

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI**

**SAĞLIK KURUMLARINDA TANI İLİŞKİLİ GRUPLARA DAYALI
GERİ ÖDEME MODELİ:
TÜRKİYE – AVUSTRALYA KARŞILAŞTIRMASI**

DOKTORA TEZİ

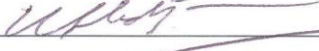
**Hazırlayan
Umut BEYLİK**

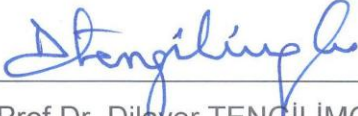
**Tez Danışmanı
Doç. Dr.Yıldız AYANOĞLU**

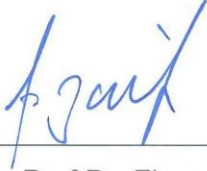
Ankara – 2014

ONAY

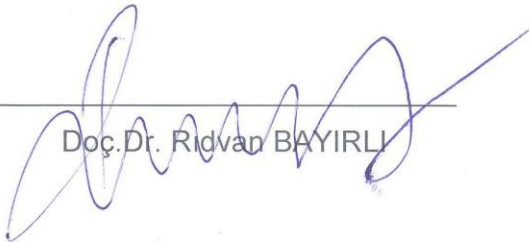
Umut BEYLİK tarafından hazırlanan “Sağlık Kurumlarında Tanı İlişkili Gruplara Dayalı Geri Ödeme Modeli: Türkiye – Avustralya Karşılaştırması” başlıklı bu çalışma, 22.04.2014 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği/oyçokluğu ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından İşletme Anabilim Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim dalında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Nalan AKDOĞAN (Başkan)


Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU


Prof. Dr. Figen ZAİF


Doç. Dr. Yıldız AYANOĞLU (Danışman)


Doç. Dr. Ridvan BAYIRLI

ÖZET

BEYLİK Umut, Sağlık Kurumlarında Tanı İlişkili Gruplara Dayalı Geri Ödeme Modeli: Türkiye – Avustralya Karşılaştırması, Doktora Tezi, Ankara, 2014.

Tanı İlişkili Gruplara dayalı geri ödeme metodolojisi ile gerçek veriler üzerinden Türkiye ve Avustralya karşılaştırması yapılarak, değerlendirmeler ve önerilerde bulunmak amacıyla bu tez çalışması yapılmıştır.

Tez çalışması verileri 2009 yılına aittir. Avustralya verileri ülke bazında, Türkiye verileri ise 14 Hastane bazında olup, Sağlık Bakanlığından temin edilmiştir. Çalışma kapsamında yapılan Ülkeler ve Hastaneler arası karşılaştırma ve değerlendirmeler: frekansı en yüksek ilk 20 DRG, DRG Bağlı Değerleri, Hastanelere Geri Ödeme Miktarları, Karlılık Durumları, Hastane Vaka Karma İndeksleri ve DRG Maliyet Yapıları üzerine yapılmıştır.

Çalışma sonucunda Avustralya Bağlı Değerleri ile Türkiye hastanelerine geri ödeme yapıldığında Türkiye Bağlı Değerleri ile yapılan geri ödemeye göre %14,53'lük oransal bir fark olduğu ortaya çıkmıştır. DRG geri ödeme yöntemine etki eden faktörler açısından ülkeler arasındaki farklılıklar ortaya koyularak, neden - sonuç ilişkisi kapsamında çeşitli değerlendirmeler ve önerilerde bulunulmuştur.

Sonuç olarak Türkiye'nin kendine özgü bir DRG uygulaması için eksikliklerini gidermesi, bu sistem üzerine sağlık politikacılarının kararlı olması ve desteklemesi gerektiği vurgulanmış, sağlık kurumlarında maliyet yapılanmasının gerekliliği belirtilmiştir.

Anahtar Sözcükler

1. Tanı İlişkili Gruplar
2. Bağlı Değer
3. Vaka Karma İndeksi
4. DRG Maliyetleri
5. Hastanelere Geri Ödeme

ABSTRACT

BEYLİK Umut, Diagnosis Related Groups in Health Institutions Model-Based Repayment: Turkey and Australia Compare, Doctorate Thesis, Ankara, 2014. This thesis study is conducted for the purpose of evaluation and putting forward suggestions by comparing Turkey and Australia on the basis of real data with Diagnosis Related Group based payback methodology.

The thesis study covers data for year 2009. As Australia data being country based and Turkey data being on the basis of 14 hospitals, all relevant data is obtained from Ministry of Health. International and inter-hospital comparison and evaluations in the framework of the study were conducted on the basis of: first 20 DRG with highest frequency, DRG Relative Values, Payback Amounts to Hospitals, Profitability Status, Hospital Case Mixed Indexes and DRG Cost Control.

As a result of the study, in case that Turkey hospitals were paid on the basis of Australia's functional values. a 14.53% proportional difference was revealed relative to the payback amount paid on the basis of Turkey's relative values. In the terms of factors affecting DRG payback method, various evaluation and suggestions are designated in the framework of cause-result correlation by putting forward differences between countries.

Consequently, Turkey's closing the gaps of a country specific DRG implementation, stability and support of health politicians are highlighted and necessity of cost control in health institutions is put forward.

Key Words

1. Diagnosis Related Groups
2. Relative Value
3. Case Mix Index
4. DRG Costs
5. Reimbursement to Hospitals

ÖNSÖZ

Bu çalışma; Türkiye’de sağlık kurumlarına yeni bir geri ödeme yöntemi olarak düşünülen Tanı İlişkili Gruplara (DRG) dayalı geri ödeme metodolojisi üzerine ülkeler ve hastaneler arasında karşılaştırmalı değerlendirmeler yapmak ve önerilerde bulunmak amacıyla yapılmıştır.

Çalışma verilerinin temini için Sağlık Bakanlığı’na resmi başvuruda bulunulmuş ve yapılan görüşmeler sonucu resmi izin yazısı ile ilgili veriler temin edilebilmiştir. Elde edilen Türkiye verileri, klinik ve maliyet verilerini bir arada bulunduran, karşılaştırma yapılabilecek tek veri seti özelliği olması çalışmanın kısıtlılığını oluşturmaktadır.

Tez çalışması süresince beni yönlendiren ve desteğini esirgemeyen danışman hocam Doç.Dr.Yıldız AYANOĞLU’na, tez izleme komitesi üyeleri Prof.Dr.Nalan AKDOĞAN ve Prof.Dr.Dilaver TENGİLİMOĞLU hocalarıma, verilerin temini aşamasında yardımları ile katkıda bulunan Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Dr.Hasan GÜLER’e ve Şube Müdürü Dr.Ümit BAŞARA’ya ve DRG uygulamaları hakkında deneyimlerini paylaşan Sağlık Bakanlığı Teşhisle İlişkili Gruplar Daire Başkanı Dr.Cevher CESUR ve Şube Müdürü Dt.Tuncay KOYUNCU’ya teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmam boyunca sonsuz destekleri ve sabırları için aileme ve çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TÜRKÇE ÖZET.....	i
İNGİLİZCE ÖZET	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR / SİMGELER DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN VE ÖDEME YÖNTEMLERİ

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE FİNANSMAN YÖNTEMLERİ .	5
1.1.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Kavramı	5
1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri	9
1.1.2.1.Özel Finansman Yöntemleri	9
1.1.2.2.Kamusal Nitelikli Finansman Kaynakları	12
1.1.3. Hizmet Sunucularına Ödeme	14
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ	15
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödemenin Temel Kavramları.....	15
1.2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Maliyetlerinin Karşılanması	15
1.2.1.2. Üçüncü Taraf Ödeyici.....	15
1.2.1.3. Sağlık Sigortası.....	16
1.2.2. Hizmet Sunuculara Yapılan Ödeme Yöntemleri	17
1.2.2.1. Harcama Kalemli Bütçeler ve Genel (Global) Bütçeler	21
1.2.2.2. Kişi Başına Ödeme	23
1.2.2.3. Hizmet Başına Ödeme	24
1.2.2.4. Gün Başına Ödeme	25
1.2.2.5. Vakaya Dayalı Geri Ödeme	25

1.3. TÜRKİYE’DE 2000 YILI SONRASI SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE GERİ ÖDEMESİ.....	26
1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	26
1.3.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Geri Ödemesi.....	29
1.4. AVUSTRALYA SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMİ.....	33
1.4.1. Temel Finansman Kaynağı	33
1.4.2. Cepten Harcamalar.....	33
1.4.3. Gönüllü Sağlık Bakım Hizmetleri.....	34
1.4.4. Fonların Tahsisi.....	35
1.4.5. Ödeme Mekanizmaları.....	35

İKİNCİ BÖLÜM

TANI İLİŞKİLİ GRUPLARA (DRG) DAYALI FİNANSMAN SİSTEMİNİN GELİŞİMİ VE ÜLKE UYGULAMALARI

2.1. TANI İLİŞKİLİ GRUPLARA (DRG) DAYALI FİNANSMAN SİSTEMİ.....	37
2.1.1. Tarihçe	37
2.1.2. Amaçları ve Yapısı.....	39
2.2. DÜNYA’DA VE TÜRKİYE’DE DRG FİNANSMAN UYGULAMALARI	49
2.2.1. Dünya’da DRG Finansman Uygulamaları	49
2.2.1.1. Amerika Birleşik Devletleri Modeli – İlk DRG Uygulaması	55
2.2.1.2. Avustralya’da DRG Uygulaması.....	58
2.2.1.3. Almanya’da DRG’ye Geçiş Süreci ve İşleyiş	60
2.2.1.4. Diğer Ülkeler	61
2.2.2. Türkiye’de Tanı İlişkili Gruplara Dayalı Geri Ödeme Uygulaması	64

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA TANI İLİŞKİLİ GRUPLARA (DRG / TİG) DAYALI MALİYETLENDİRME VE KLİNİK KODLAMA METODOLOJİSİ

3.1. SAĞLIK KURUMLARINDA MALİYET MUHASEBESİ VE DRG’YE DAYALI MALİYET BELİRLEME METODOLOJİSİ.....	69
---	-----------

3.1.1. Gider Yerleri.....	70
3.1.2. Giderlerin Sınıflandırılması	73
3.1.3. Sağlık Kurumlarında Giderlerin Sınıflandırılması.....	75
3.1.3.1. Direkt Malzeme Giderleri.....	75
3.1.3.2. Direkt İşçilik Giderleri	76
3.1.3.3. Genel Üretim Giderleri	76
3.1.4. Sağlık Kurumlarında Giderlerin Dağıtılması	77
3.1.5. Tanı İlişkili Gruplara Dayalı (DRG) Maliyet Belirleme Yöntemleri.....	79
3.1.5.1. DRG Maliyetlendirme Metodolojileri	80
3.1.5.2. DRG Maliyetlendirme Çalışmaları Analizleri	85
3.1.5.3. DRG Maliyet Muhasebesi Metodolojilerinin Karşılaştırması ve AR-DRG Değerlendirme Sonuçları	91
3.1.6. Avustralya Sağlık Hizmetleri Maliyetlendirme Deneyimi	93
3.2. KLİNİK KODLAMA METODOLOJİSİ	95
3.2.1. Tanımlar	95
3.2.2. Klinik Kodlama Süreci.....	97
3.2.2.1. Sınıflandırma (Gruplama).....	98
3.2.2.2. Kodlama	99
3.2.2.3. DRG Atanma / Oluşum Süreci	100
3.2.3. ICD – 10 AM	107
3.2.3.1. Cilt 1: ICD 10-AM Tabular Listesi	108
3.2.3.2. Cilt 2: ICD 10 - AM İndeks Listesi.....	111
3.2.3.3. Cilt 3: ACHI Tabular Listesi	112
3.2.3.4. Cilt 4: ACHI İndeks Listesi.....	113
3.2.3.5. Cilt 5: Avustralya Kodlama Standartları	114
3.2.4. Avustralya Kodlama Göstergesi Denetimi (ACBA)	115

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK YAPILARI VE DRG VERİLERİ ÜZERİNE TÜRKİYE – AVUSTRALYA KARŞILAŞTIRMASI

4.1. AVUSTRALYA VE TÜRKİYE SAĞLIK YAPISI KARŞILAŞTIRMASI.....	116
4.2. DRG'YE GÖRE GERİ ÖDEME METODOLOJİSİ	122

4.2.1. DRG'ye Dayalı Finansmanın Bileşenleri ve Bağlı Değer Hesaplanması	123
4.2.2. Vaka Karma İndeksi (VKİ) Hesaplanması	127
4.2.3. DRG'ye Göre Ödeme ve Bütçe Belirleme Formülasyonu	129
4.3. DRG GERİ ÖDEME METODOLOJİSİNE GÖRE GERÇEK VERİLERE DAYALI KARŞILAŞTIRMA: TÜRKİYE VE AVUSTRALYA	131
4.3.1. Çalışmanın Amacı	132
4.3.2. Problem Cümlesi	132
4.3.3. Varsayımlar	133
4.3.4. Kapsam ve Sınırlılıklar	133
4.3.5. Verilerin Temini ve İçeriği	136
4.3.6. Yöntem	139
4.3.7. DRG Analizleri, Bulgular ve Değerlendirmeler	140
4.3.7.1. İki Ülke Arasında İlk 20 DRG Karşılaştırması ve Değerlendirmeler ...	141
4.3.7.2. Hastanelerarası Karşılaştırma, Bulgular ve Değerlendirmeler	150
4.3.8. Türkiye ve Avustralya Bazında Gerçek Verilere Göre Hastanelere DRG Geri Ödeme Simülasyonu: Analiz, Bulgular ve Karşılaştırma.....	156
4.3.8.1. Bağlı Değerlerin Hesaplanması.....	156
4.3.8.2. Ortalama ve Toplam Maliyetler ile Dağıtılacak Global (Sanal) Bütçenin Belirlenmesi: Analiz ve Bulgular.....	158
4.3.8.3. 1,0 DRG Bağlı Değerinin Taban Fiyatının Hesaplanması.....	161
4.3.8.4. DRG Fiyatlarının Hesaplanması.....	163
4.3.8.5. Hastanelere Geri Ödeme Yapılması ve Değerlendirmeler.....	165
4.3.9. Vaka Karma İndeksi (VKİ) Hesaplanması: Ülkeler ve Hastaneler Arası Karşılaştırma	174
4.3.10. DRG Maliyet Yapısı Kapsamında Türkiye ve Avustralya Karşılaştırması	177
4.3.11. Türkiye ve Avustralya Geri Ödemeleri Karşılaştırması	183
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	185
KAYNAKÇA.....	194
EKLER	209

KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ

\$: Amerikan Doları

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACBA: Austrilian Coding Benchmark Audit / Avustralya Kodlama Göstergesi Denetimi

ACHI: Australian Classification of Health Interventions / Avustralya Sağlık Müdahaleleri Sınıflandırması

AGGY: Araştırma ve Geliştirme Gider Yerleri

AP-DRG: All Patient Diagnosis Related Group

AR-DRG: Australian Refined Diagnostic Related Groups / Tanı İlişkili Gruplar Avustralya Uyarlaması

AU\$: Avustralya Doları

BUT: Bütçe Uygulama Tebliği

BD: Bağlı Değer

CMI (VKİ): Case Mix Indeks (Vaka Karması İndeksi)

DM: Diabetes Mellitus

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

DRG (TİG): Diagnostic Related Groups (Tanı İlişkili Gruplar)

EÜGY: Esas Üretim Gider Yerleri

FTÖ: Faaliyet Tabanlı Ödeme

G-DRG: Diagnosis Related Groups in Germany

GDT: Gider Dağıtım Tablosu

GHM: Groupe Homogène des Malades / Homojen Hasta Grupları

GYGY: Genel Yönetim Gider Yerleri

HÜAP: Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi

ICD 10 AM: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision - Australian Modification / Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması, Avustralya Modifikasyonu

KK: Komorbidite ve Komplikasyon

LKF: Leistungsorientierte Krankenanstalten Finanzierung / Avusturya Hastane Finansman Sistemi

MB: Maliye Bakanlığı

MIPP: Medical System of Integrated Patient Path in Sweden

OECD: Organization for Economic Co-operation and Development

OKS: Ortalama Kalış Süresi

PSDGY: Pazarlama Satış ve Dağıtım Gider Yerleri

SB: Sağlık Bakanlığı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SSGSS: Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

SWOT: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (Güçlü yönler, Zayıf yönler, Fırsatlar, Tehditler)

TL: Türk Lirası

TMS: Tekdüzen Muhasebe Sistemi

ÜYYGY: Üretim Yerleri Yönetimi Gider Yerleri

WHO (DSÖ): Dünya Sağlık Örgütü

VB: Ve Benzeri

YGY: Yatırım Gider Yerleri

YHGY: Yardımcı Hizmet Gider Yerleri

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni	6
Şekil 2. Kutzin'in Sağlık Hizmetleri Finansmanının Çerçevesi	8
Şekil 3. Sağlık Hizmetlerinin Alternatif Finansman Yöntemleri	9
Şekil 4. Global Bütçe Oluşturma Süreci	23
Şekil 5. Türk Sağlık Sistemindeki Temel Finansal Akışlar, 2008	29
Şekil 6. DRG'nin Avrupa'da Temel Bir Finansal Altyapı Olarak Devreye Girmesine Yönelik Kronoloji	38
Şekil 7. DRG'leri Kullanan Ülkeler	50
Şekil 8. Tipik bir Avustralya Eğitim Hastanesinde DRG Finansmanından Önce ve Sonraki Etkinlik İstatistikleri	59
Şekil 9. DRG ile Maliyetlendirmede Giderlerin Dağıtım Akışı Diyagramı	82
Şekil 10. DRG Maliyetlendirme Akış Şeması	83
Şekil 11. Genel Giderlerin Direkt Giderlere Dağıtımı	84
Şekil 12. Avustralya Ulusal Maliyetlendirme Araştırmaları	94
Şekil 13. DRG Hipertansiyon Alt Grupları	98
Şekil 14. DRG Oluşum Süreci	101
Şekil 15. DRG'nin Atanması ve Oluşumu	106

Şekil 16. ICD Tabular Listesi Kolera Kategorisi	109
Şekil 17. ICD 10 Listeleri ve ICD 10 İndeks Listesi	111
Şekil 18. ACHI Kodlama Yapısı	114
Şekil 19. Avustralya Sağlık Sisteminin Organizasyon Şeması	117
Şekil 20. DRG Finansman Bileşenleri	123
Şekil 21. Bağlı Değer ve Klinik Kodlama (Ana Tanı) İlişkisi	126
Şekil 22. Bağlı Değer ve Klinik Kodlama (Ek Tanı) İlişkisi	126

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Sunuculara Ödeme Mekanizmaları ve Sunucu Davranışları	18
Tablo 2. Bireysel ve Kurumsal Hizmet Sunuculara Ödeme Yöntemleri	19
Tablo 3. Kurumsal Hizmet Sunucuları İçin Ödeme Yöntemleri: Finansal Riskler ve Teşvikler	20
Tablo 4. Geri Ödeme Mekanizmalarının Zayıf ve Güçlü Yanları	21
Tablo 5. Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları (1994-2004)	27
Tablo 6. Türkiye ve Bazı Dünya Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamunun Payının Karşılaştırılması	27
Tablo 7. Yıllar İtibariyle Kamu Tahakkuk - Tahsilat ve Terkin Rakamları (2004 -2011)	32
Tablo 8. Toplam Sağlık Harcamalarının Bir Oranı Olarak Sağlık Finansmanının Temel Kaynakları, Cari Fiyatlar, 1995–2004	33
Tablo 9. DRG SWOT Analizi	43
Tablo 10. DRG Sisteminin Temel Yapıtaşları	46
Tablo 11. Hastanelerde Gider Dağıtımlarında Kullanılabilecek Dağıtım Anahtarları	78
Tablo 12. DRG Maliyet Kümeleri Listesi	88
Tablo 13. A Hastanesi GDT’ye Dayalı DRG Yüzde Analizi	89
Tablo 14. Farklı DRG Maliyet Muhasebesi Metodolojilerinin Değerlendirme Sonuçları	92
Tablo 15. Majör Tanı Sınıfları Listesi	103
Tablo 16. DRG Algoritmasında Alan Dağılımı	105
Tablo 17. Avustralya ve Türkiye’nin Sosyo-ekonomik ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması, 2009	120
Tablo 18. X ve Y Hastaneleri için ayrı ayrı DRG Ortalama Maliyet Hesaplanması	124
Tablo 19. Konsolide “DRG A” Ortalama Maliyet Hesaplaması	124

Tablo 20. “DRG A” Bağlı Değerlerin Hesaplanması	125
Tablo 21. A Hastanesi Vaka Karma İndeksi Hesaplanması	128
Tablo 22. B Hastanesi Vaka Karma İndeksi Hesaplanması	128
Tablo 23. Türkiye ve Avustralya İlk 20 DRG Karşılaştırması	142
Tablo 24. Türkiye İlk 20 DRG Verisi ve Avustralya ile Karşılaştırması	148
Tablo 25. Hastane Ortalama Kalış Süreleri ve İlk 20 DRG Hastane Sıraları	152
Tablo 26. Hastanelerde Üretilen DRG Sayıları ve İlk 20 DRG İstatistikleri	153
Tablo 27. Türkiye ve Avustralya DRG Bağlı Değerlerinin Hesaplanması	157
Tablo 28. Toplam DRG Maliyetleri Bazında Global Bütçe Belirlenmesi	159
Tablo 29. Hastane Bazında Ortalama ve Toplam Maliyetler	161
Tablo 30. Ülke Bazında Toplam DRG Bağlı Değerleri Hesaplanması	162
Tablo 31. Ülke Bazında DRG Fiyatlarının Hesaplanması	164
Tablo 32. Türkiye DRG Fiyatlarına Göre Hastanelere Geri Ödeme	166
Tablo 33. Avustralya DRG Fiyatlarına Göre Hastanelere Geri Ödeme	168
Tablo 34. Türkiye ve Avustralya DRG Geri Ödeme Sonuçları ve Hastanelerin Karlılığına Etkisi	170
Tablo 35. Türkiye ve Avustralya VKİ Karşılaştırması	175
Tablo 36. Ülke bazında DRG Maliyet Yapısı	181
Tablo 37. Türkiye ve Avustralya Geri Ödemeleri Karşılaştırması	184

GİRİŞ

2000'li yıllarla birlikte hızını katlanarak artıran değişimin dinamizmi, açık sistem yapısına sahip sağlık sistemlerini de etkilemiştir. 20. yüzyılın başlarında halk sağlığı uygulamaları, 1970-1990'lı yıllar teknoloji kullanımı ve sağlık hizmetlerine erişimin ön plana çıktığı yıllar olmuştur. 1990'lı yıllardan 2000'li yıllara doğru sağlık sistemleri uluslararası arenada birçok yönden büyük bir baskı altına girmiştir. Sağlık hizmetlerine bütçeden ayrılan paylar azalmaktadır; yeni tedavilerde, yeni programlarda ve yeni teknolojilerde bireylerin sağlık sistemine taleplerini ve ihtiyaçlarını da artıran bir patlama olmuştur. Bakım yönetimi gibi değişen hizmet anlayışı, ilaç maliyetlerindeki artış, nüfusun ortalama yaşındaki artış ve buna bağlı olarak kronik hastalıkların artması, sağlık hizmetleri sunumu paradigmasının akut bakımdan toplum tabanlı bakıma doğru değişmesi, sağlık hizmetlerinde bakımın kalitesi sürerken ya da artarken etkililiğin ve verimliliğin artması ve maliyetlerin kontrolü yönünde beklentiler giderek artmaktadır.

21. yüzyılın başlarında ülkeler sağlık sistemlerini bu beklentileri karşılayabilecek şekilde yeniden yapılandırmaya gitmişlerdir. Sağlığa ayrılan kaynakları artırma yanında bu kaynakların etkili ve verimli kullanımı konusunda da önemli mesafeler kat etmişlerdir. Türkiye'nde uluslararası toplumda yaşanan bu değişimlere kayıtsız kalmaması gerekmektedir. Sağlık sistemi yapılarını, hizmet sunumu modellerini ve ödeme sistemlerini güvenli, etkili, hasta merkezli, zamanında, verimli, hakkaniyete uygun bir şekilde yeniden yapılandırmak durumundadır. Ödeme sistemlerini maliyeti esas alan, performansa dayalı sistemler olarak yeniden yapılandırmalıdır. Ödeme sistemlerindeki bu değişimi sağlamak için, hastalık epizoduna dayalı, klinik veri ve finansal veri arasında bağlantı sağlayan bilgi sistemleri yapılarını oluşturması gerekmektedir. Bu konuda sağlık hizmet sunucuları, geri ödeme

kurumu ve sağlık politikası belirleyicilerinin sağlık sistemine bakış açılarını değiştirmelerini gerektirmektedir.

Türkiye’de sağlık bakanlığı hastaneleri için global bütçe uygulamasına geçilerek maliyet kontrolü makro bazda sağlanmaya çalışılmış olup, bütçenin adil ve hakkaniyetli dağıtımı noktasında sorunlar yaşanmaktadır. Diğer kurumlar için halen uygulanan hizmet başına ödeme modeli, teşhis ve tedavi etkinliğini değerlendirmekten uzak, hangi sağlık sorununun tedavi edildiği ile ilgilenmeyen, onun yerine hastanelerin “masraf”larını karşılamaya yarayan bir modeldir. Böyle bir model yapılan hizmetin etkinliğini değerlendirmediği gibi, geri ödeme aşamasında yapılacak kontroller oldukça karmaşık ve zaman zamanda bu kontrolü yapan kişinin kişisel insiyatifine bağlı olabilmektedir.

Halen Dünya’da birçok gelişmiş ülkede kullanılmakta olan DRG’ler: hastanelerin tedavi ettiği hasta türlerini anlamak, hastaların ne kadar “hasta” olduklarını/hastalık şiddetlerini ölçmek, bir hastanenin tedavi ettiği hastalar açısından neden bir başka hastaneye göre daha fazla kaynak ihtiyacı olduğunu anlamak, hasta bakımının finansmanını sağlamak, hastaneler arasındaki farklılıkları ortaya koymak ve uluslararası karşılaştırmalar yapmak amacıyla benzer klinik ve maliyet özelliklerine sahip hastane vakalarını tespit etmeye ve gruplamaya yarayan bir araçtır.

DRG’lerin; klinik faaliyetlerin ölçülmesi, finansman aracı, hastane için yönetim aracı, kalite ve kullanım ölçümlerine başlamak için bir araç, hastanede klinik ve finansal kararların verilmesi vb. kullanım alanları bulunmaktadır. DRG’ler Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu gibi merkezi kurumlara; hangi sayıda, hangi tip hastaların kim tarafından tedavi edildiğinin anlaşılmaması, izleme sistemlerinin oluşturulması, kaynak tahsisi, karşılaştırmalı veri analizlerinin hazırlanması ve çeşitli göstergeler kullanılarak performansın izlenmesi gibi olanaklar sunmaktadır. Hastanelere; hangi sayıda, hangi tip hastaların kim tarafından tedavi edildiğinin anlaşılmaması, hastane, bölüm, hekim, vs. düzeyinde izlemelerin ve analizlerin

yapılması, kullanılmakta olan bakım yöntemlerinin ve sonuçlarının geliştirilmesi, hastane içi maliyetlerin kontrol edilmesi, karşılaştırmalı veri analizlerinin hazırlanması ve çeşitli göstergeler kullanılarak performansın izlenmesi gibi yönetsel olanaklar sunmaktadır.

DRG'lere dayalı bir finansman sisteminin kullanılması durumunda; sınırlı miktardaki sağlık bakım kaynaklarının hizmet sunuculara adil, hakkaniyete uygun ve şeffaf şekilde tahsis edilmesi sağlanabilir. Eğer uygun finansman kuralları seti ile birlikte uygulanırsa çeşitli teşvik mekanizmaları oluşturarak; doğru miktarda bakımın, doğru ortamda, en etkili şekilde, kaliteye azami önem göstererek gerçekleşmesini sağlar. Finansman sisteminde DRG'ler kullanıldığında; hastanın kalış süresini azaltarak, tanısal ve terapötik işlemlerin bileşimini azaltarak, komplikasyonlu hastaları uzmanlaşmış hastanelere naklederek, genel kalış süresini azaltmak için yatışın ilk birkaç günü içerisinde “bakım yoğunluğunu artırarak”, hastaya verilen ilaçları ve malzemeleri de içeren sarf malzemelerinin tipini ve miktarını azaltarak veya değiştirerek vaka başına maliyetler azaltılabilir.

Tez çalışmasında halen Türkiye’de pilot olarak uygulanmakta olan DRG uygulamasının tüm boyutlarıyla ele alınması amaçlanmıştır. Bu kapsamda Avustralya Uyarlaması seçilen DRG’nin Türkiye sağlık kurumlarını finanse etme yeteneğini ölçmek amacıyla Türkiye pilot uygulama verileri ile Avustralya ülke verilerinden karşılaştırmalı bir geri ödeme uygulaması yapılmıştır. Böylece iki ülke sağlık ve maliyet yapıları da karşılaştırılarak aradaki farklılıklar ortaya konmaya çalışılmıştır. Bununla birlikte DRG uygulamasının en doğru nasıl gerçekleştirilebileceği üzerine değerlendirmelerde bulunulmuş ve öneriler getirilmiştir.

Tez çalışmasında sağlık hizmetleri ve finansmanı ile ilgili kuramsal çerçeve öncelikle ele alınmış olup, daha sonraki bölümde Dünya’da ve Türkiye’de DRG’nin gelişimi ve uygulamaları açıklanmıştır. Akabinde DRG

Metodolojileri olan Maliyetlendirme, Klinik Kodlama ve Geri Ödeme Metodolojileri ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Uygulama bölümünde ise Türkiye ve Avustralya veri setleri DRG Geri Ödeme Metodolojisine göre analiz edilmiş ve bulgular ortaya konarak değerlendirme ve önerilerde bulunulmuştur.

Elde edilen sonuçlar neticesinde DRG'den beklenen faydaların elde edilebilirliği konusunda Türkiye gerek teknik altyapı gerekse de insan gücü olarak (maliyet boyutu hariç) önemli ilerlemeler kaydettiği ve ülkesine özgü olarak çalışmalarını yönlendirmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Bu alanda başarılı olmanın ön koşulu ise, DRG sistemini tüm bileşenleri ile Türkiye'nin uygulaması gerekliliği ile ülkedeki sağlık politikası belirleyicilerin bu konuda kararlı olmaları ve gerekli desteği vermeleridir.

BİRİNCİ BÖLÜM

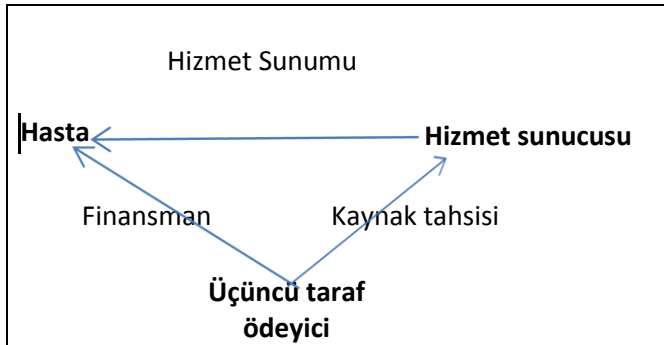
SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN VE ÖDEME YÖNTEMLERİ

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

1.1.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Kavramı

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı, en basit haliyle hizmeti sunanlar ile finanse edenler arasında bir kaynak değişimi ya da transferi süreci olarak tanımlanabilir. Şekil 1.'de de görüldüğü üzere, bu süreçte, hizmet sunucuları, kendilerine başvuran bireylerin sağlık ihtiyaçlarını gidermeye yönelik hizmetleri sunarlar ve hastalar ya da ülkenin benimsediği finansman modeline göre üçüncü taraf ödeyici hizmetin karşılığını hizmet sunana aktarır. Bazı durumlarda kaynak akışı doğrudan doğruya hasta ile hizmet sunucusu arasında gerçekleşebilir. Örneğin, sunulan hizmetin maliyetinin bireysel olarak katlanılabilecek düzeyde olması, bireyin ya da sunulan sağlık hizmetinin üçüncü taraf ödeyicinin kapsamı içinde olmaması gibi. Bu veya benzeri durumlarda sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünde üçüncü taraf ödeyici önemli bir rol oynar. Ayrıca, üçüncü taraf ödeyicinin arada olduğu durumlarda bile, örneğin, katkı payları gibi düzenlemelerle hastalar halen finansmana katkıda bulunabilirler (Tatar, 2011: 104).

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni



Kaynak: Mossialos ve Dixon, 2002

Sağlık finansmanı, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için gerekli kaynakları yaratma olarak tanımlanabilir (Gottret, Schieber 2006). Sağlık finansmanının temel amacı, beklenmedik hastalıklarla karşılaştıklarında bireyleri hastalığın finansal yükünden korumaktır. Dolayısıyla etkili bir sağlık finansmanı, bireylerin ödeme gücü olmadığı için hizmeti kullanamaması veya sağlık hizmetlerine yaptığı ödeme yüzünden yoksullaşması sorununu azaltabilir veya ortadan kaldırabilir (WHO, 2000, 2002).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı arasındaki ilişki temelde kaynakların transferi olarak açıklanabilir. Bu transfer, hizmet sunucuların mal veya hizmet olarak sağlık hizmeti kaynaklarını bireylere transfer etmesi ve bireylerin veya üçüncü şahısların da finansal kaynakları hizmet sunuculara transfer etmesi ile gerçekleşir. Bu işlem, birinci taraf (the first party), ikinci taraf (the second party) ve üçüncü taraf (the third party) kavramları ile açıklanır. Birinci taraf, sağlık hizmetlerini alan bireylerdir ve ikinci tarafa (sağlık hizmeti sunucularına) doğrudan ödeme yapabilirler. Bu, hizmet sunumu ve finansmanı sürecinde gerçekleşen transferlerin en basit şeklidir (Mossialos ve Dixon, 2002).

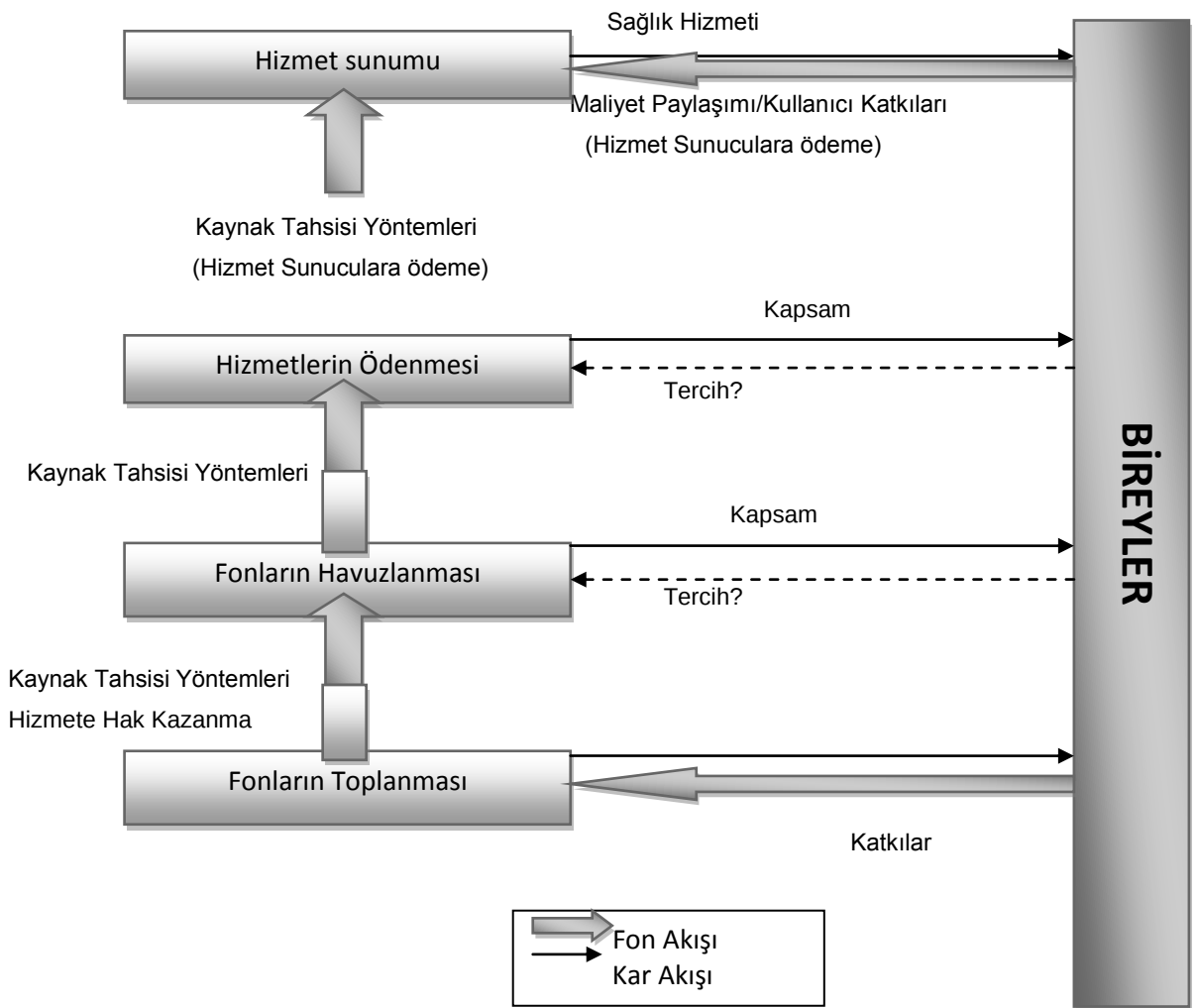
Karmaşık transfer şekli ise, bir üçüncü tarafın sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapmasıdır. Üçüncü taraf ödeyiciler, kamu veya özel

sağlık güvencesi sağlayan kurum/kuruluşları içerir ve bunlar gönüllü kuruluşlardan, ticari veya sosyal sigorta programlarına ve ulusal veya yerel düzeyde devlet organlarına kadar farklı şekillerde olabilir. Hemen her sanayileşmiş ülkede, özel sigorta pazarının temel sınırlılıklarından dolayı, üçüncü taraf ödeyiciler arasında kamu kurumları ön plandadır ve sağlık hizmetlerinin büyük kısmı toplanan vergilerle devlet tarafından veya toplanan primlerle sosyal sigorta kurumları tarafından karşılanır (Evans, 2002). Üçüncü taraf ödeme mekanizmasının geliştirilmesinin temel nedeni, sağlık sorunlarının ne zaman ortaya çıkacağına ilişkin belirsizlikten dolayı bireylerin karşılaşılabileceği finansal riskin paylaşılmasını ve bireyler arasında yeniden dağıtılmasını sağlamaktır.

Sağlık finansmanının işlevlerinden biri, bireylerin sağlık hizmetlerini etkili ve uygun bir şekilde satın alabilmelerini sağlamaktır. Bir diğer işlevi, kaynak sağlamaktır. Bu işlevin amacı, sağlık sorunları nedeniyle finansal kayıpların meydana gelmemesi için gerekli finansal koruma ve temel hizmet paketlerini sunabilmek için sisteme sürdürülebilir gelir sağlamaktır. Bu gelirlerin etkili ve hakkaniyetli bir şekilde havuzlanarak yönetilmesi gerekir (Schieber, 2005). Risk havuzlama, finansal kaynakların toplanması ve yönetimidir. Böylece sağlık harcamalarının yaratacağı finansal risk, hizmetleri kimin kullandığına bakmaksızın, havuzdaki tüm bireyler tarafından paylaşılır (Gottret ve Schieber, 2006). Risk havuzlama ile zenginler yoksulları, sağlıklı olanlar hasta olanları, gençler yaşlıları sübvansedeceği için, hakkaniyetli bir finansman sistemi için önemlidir. Yoksul hanehalklarının sağlık statüsü genellikle daha düşüktür ve ödeme güçleri daha azdır. Bu durum, yoksulların sağlık için doğrudan ödeme yapmaları ve gıda gibi temel ihtiyaçlarında kısıtlama yapmak zorunda kalmaları ile sonuçlanabilir. Ancak risk, örneğin ulusal finansman sistemiyle havuzlanırsa, sağlık ihtiyacı daha fazla olan aileler, sağlık ihtiyacı daha az olan veya ödeme gücü daha fazla olan aileler tarafından sübvansede edilir (Walley vd., 2001). Böylece ödeme gücü düşük olan bireyler veya hanehalkları için sağlık harcamalarının yaratacağı finansal yük, risk havuzlama ile azaltılmış olur.

Etkili bir risk havuzlama için havuzun büyüklüğü önemlidir. Büyük havuzlardan (az sayıda büyük örgütlerden) oluşan bir sistem kullanılacak kaynak miktarını artıracığından, belirsiz sağlık ihtiyaçlarına karşı finansal koruma sağlamak için gerekli katkı düzeyi azalacak ve bireyler ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişim zorluğu yaşamayacaktır (Carrin ve James, 2005).

Şekil 2. Kutzin'in Sağlık Hizmetleri Finansmanının Çerçevesi

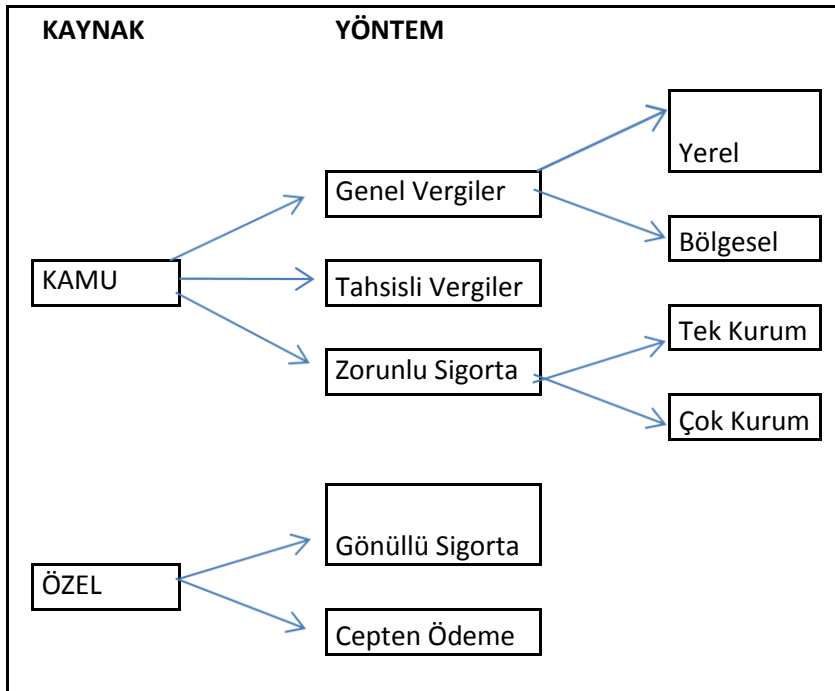


Kaynak: Bassett ve Kane, 2007: 351

1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı; doğrudan ödeme (cepten ödeme), özel sigorta sistemi, kamusal sigorta sistemi ve vergi ile finansman olarak dört grupta toplanabilir. Farklı ülkelerdeki finansman yöntemleri genellikle yukarıda sayılan yöntemlerin kombinasyonu şeklinde gerçekleşmektedir (Yalçın ve Yıldırım: 2001). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, özel ve kamusal alan finansman kaynakları şeklinde ikiye ayrılarak incelenebilir.

Şekil 3. Sağlık Hizmetlerinin Alternatif Finansman Yöntemleri



Kaynak: Tatar, 2011: 111

1.1.2.1. Özel Finansman Yöntemleri

a.Cepten Ödemeler: Cepten ödemeler, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı için doğrudan cepten ödeyerek yaptıkları tüm harcamalardır. Hastalık riski için herhangi bir finansal koruma sağlamamaktadır. Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve resmi olmayan ödeme olarak üç başlık

altında incelenebilir. 1970'li yıllarda başlayan sağlık harcamalarının hızlı artışı ve dünya ölçeğinde yaşanan makroekonomik daralma ek kaynak yaratma ihtiyacını gündeme getirmiştir. Bu ihtiyaç, kullanıcı katkısı gibi yeni cepten ödeme şekillerinin doğmasına neden olmuştur (Mossialos ve Dixon, 2002).

aa. Doğrudan ödemeler: Sosyal güvence kapsamı dışında kalan hizmetler için veya uzun bekleme süreleri nedeni ile hizmete ulaşımın aksadığı durumlarda yapılan ödemelerdir. Genellikle dişçiler ve laboratuvarlar gibi özel sektör hizmet sunucularına yapılmaktadır (İstanbuluoğlu v.d., 2010).

ab. Kullanıcı katkıları: Alma-Ata Konferansı'nda, temel sağlık hizmetlerini bütün vatandaşlara yaygınlaştırma yaklaşımı kabul görmüş ve en maliyet-etkin strateji olarak değerlendirilmiştir. Ancak, kaynakların yetersizliği nedeni ile anılan hedefe ulaşmak için ek kaynak yaratılması gerektiği tartışılmaya başlanmıştır (Lee v.d., 2002).

Ek kaynak olarak; kamu hizmetlerinden “kullanıcı katkıları” alınması, var olan kaynakların daha verimli kullanılması ve sağlığın özel sektöre açılması önerileri ileri sürülmüştür (Abel Smith B., 1986).

Sağlık harcamalarının genelde düşük olduğu durumlarda, sağlık hizmetleri için var olandan daha fazla kaynak yaratmak veya sağlık harcamalarının yüksek olduğu durumlarda, talebi azaltarak verimliliği arttırmak şeklinde iki farklı durumda kullanıcı katkıları kullanılabilir (Creese A., 1997).

Bu yolla toplanacak ek gelir, gelir düzeyi düşük olan vatandaşların desteklenmesi veya finansman sistemindeki adaletsizliklerin azaltılması için kullanılabilir. Bununla birlikte kullanıcı katkıları; finansman yükünün topluma yayılmasını ve riskin paylaşılmasını engellemekte, dayanışmayı azaltmakta ve sonuçta da finansmanda adalet konusunu olumsuz etkilemektedir. Bunun

nedeni; kullanıcı katkıları ile finansman yükünün gelir düzeyi düşük ve sağlık durumu kötü olan bireylere kaymasıdır (İstanbuluoğlu v.d., 2010).

ac. Resmi olmayan ödemeler: Kayda geçmez ve birçok ülkede kanun dışıdır. Tedavi sonrası “teşekkür hediyeleri” veya tedavi öncesi doktorlara sunulan para veya hediyeler resmi olmayan ödemeler olarak isimlendirilmektedir. Temel nedenleri; hizmet sunucuları etkileme arzusudur (İstanbuluoğlu v.d., 2010).

b. Özel Sağlık Sigortaları: Özel sağlık sigortaları; işlevlerine, primlerin hesaplanma şekillerine, yardımların belirlenmesine ve sigorta şirketlerinin statüsüne göre farklılaşmaktadır. İşlevleri açısından zorunlu sağlık sigortası yerine geçen “ikame edici özel sağlık sigortası” ve zorunlu sağlık sigortası ile birlikte uygulanan “tamamlayıcı özel sağlık sigortası” olarak ikiye ayrılmaktadır. Primlerin hesaplanma şekilleri açısından; bireysel, grupsal ve toplumsal riske göre belirlenen özel sağlık sigortaları mevcuttur. Sigorta şirketleri statü açısından, kâr amaçlı olanlar ve olmayanlar olarak farklılaşmaktadır.

Özel sağlık sigortasının teorideki en büyük avantajı; kısıtlı olan kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için harcanmasına imkân verebilmesidir. Bunu, gelir düzeyi göreceli olarak daha yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını seçmelerine izin vererek sağlamak amaçlanmaktadır. Ayrıca, özel sağlık sigortalarının kâr güdüsü ile yenilikleri ve verimliliği desteklemesi, tüketicilerin tercihini arttırması söz konusudur. Bu potansiyel avantajların gerçekleşmesi özel sağlık sigortalarının işleyiş ve denetimi ile yakından ilişkilidir. Düzenlemenin yokluğu veya yetersizliği aşağıda sıralanan bazı sorunların yaşanmasına neden olabilir (İstanbuluoğlu v.d., 2010):

- Primlerin miktarının doğru olarak belirlenmemesi,
- Kişilerin sigorta şirketinden var olan hastalıklarını gizleyebilmeleri,

- Özel sigorta şirketlerinin yüksek sağlık riskli grupları sigortalamaktan kaçınmaları,
- Bireylerin, sigortalandıktan sonra, riskli davranışlarda bulunabilmeleri,
- Şirketlerin sigorta tekelleri yaratma eğilimleri,
- Adalet ve dayanışma kavramlarının zedelenebilmesi.

c. Tıbbi Tasarruf Hesapları: Tartışmalı bir konudur. Bireyler, hane halkı ve firmaların gelecekte karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı, gönüllü veya zorunlu olarak, kendilerine ait banka hesaplarına önceden para yatırmaları ve yalnızca sağlık harcamaları için kullanmaları esasına dayanmaktadır (Deber, 2004).

1.1.2.2. Kamusal Nitelikli Finansman Kaynakları

19. yüzyıl sonunda sosyal sigortacılık yöntemi ile başlayan kamusal nitelikli finansman, 20. yüzyılın ilk çeyreğinde ortaya çıkan vergilerle finansman izlemiştir (Ron v.d., 1990).

a. Sosyal Sağlık Sigortacılığı: Kanuni olarak ilk kez 1883 yılında, Bismarck tarafından Almanya'da uygulanmıştır. Bu uygulama hastalık fonuna üye olma zorunluluğunu ve fonun finansmanının işçi ve işverenlerden alınan zorunlu katkılarla gerçekleştirilmesini gerektirmektedir (Ron v.d., 1990).

Çok kısa bir süre sonra iş kazası (1884) ile sakatlık ve yaşlılık (1889) sigortalarının da ortaya çıkmasına neden olan zorunlu hastalık sigortası, zaman içinde gelişerek diğer birçok ülkenin sosyal güvenlik sistemine örnek oluşturmuştur (Fişek v.d., 1998).

Sosyal sigorta yöntemiyle herkese sağlık güvencesi sağlamak, sadece bazı ülkelerle sınırlı olmak üzere ve ancak çok yakın zamanda mümkün

olmuştur. Avrupa’da; İsviçre 1996, Belçika 1998, Fransa ise 2000 yılında tüm nüfusa %100 oranında sosyal sağlık güvencesi sağlamıştır (Saltman, 2004).

Günümüzde sosyal sağlık sigortası tarihsel özünü korumakla birlikte ülkelerin sosyal, ekonomik, kurumsal ve ideolojik yapılarındaki farklılıklara bağlı olarak yapısı, işleyişi ve teknik yönleri açılarından farklılık göstermektedir. Sosyal sağlık sigortası sistemlerinin bazı temel özellikleri şunlardır (İstanbuluoğlu v.d., 2010):

- Üyelik zorunludur.
- İlk uygulama, işçi ve işveren katkıları ile başlamış, sonra zamanla devlet de finansmana katılmıştır.
- Tespit edilen primler genellikle işçiyle işveren arasında paylaştırılmaktadır.
- Genel vergilerin, sosyal sağlık sigortaları ile finansmanda önemli bir rolü bulunmaktadır.
- Sigorta kuruluşları bazı ülkelerde kâr amacı taşımakta iken, bazı ülkelerde taşımamaktadır.

b. Vergilerle Finansman: Vergilerle finans sistemlerinin doğması 1920’li yıllara rastlamaktadır. Sovyetler Birliği, kamu finansman yöntemini 1938 yılına kadar büyük oranda tüm nüfusa yaygınlaştırmıştır. İngiltere 1948 yılında bu uygulamayı başlatan ilk Batı Avrupa ülkesi olmuştur. Bu ülkeleri, Japonya, İskandinav ülkeleri ve Kanada izlemiştir (Broadbent v.d., 2003).

2009 yılında 29 OECD üyesinin 13’ü ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilmektedir. Dünyanın pek çok ülkesinde genel vergi gelirleri sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılmaktadır (Wagstaff, 2009: 30).

Ulusal vergilendirme yoluyla kaynak sağlama, sağlık sektörü ve diğer kamu alanlarına yapılan harcamalar konusunda bir tercih yapmayı gerektirmektedir. Vergileri ulusal olarak toplamanın avantajı; yönetimde ölçek

ekonomisinden faydalanmaktır. Yerel vergilendirme, İskandinav ülkelerinde sağlık finansman kaynağı olarak kullanılmaktadır (Preker v.d., 2002: 80).

Toplanan vergiler amaçlarına göre genel ve özel amaçlı olarak ikiye ayrılmaktadır. Genel amaçlı vergiler çeşitli amaçlar için kullanılmak üzere toplanan vergilerdir. En önemli avantajları; geniş bir gelir tabanı oluşturması ve sağlık sektörü ile diğer kamu harcamaları arasında tercih yapmaya olanak sağlamasıdır. Özel amaçlı vergiler, sadece sağlık sektöründe kullanılmak üzere toplanan vergilerdir (WHO, 2009).

c. Fonların Havuzlanması: Sağlık finansmanında tek bir havuzun bulunması, hem riskin hem de gelirin ülkedeki bütün üyeler arasında yeniden dağıtımını en üst düzeyde sağlamaktadır. Büyük fonlar yoluyla katkı oranları azaltılmakta, dayanışma daha büyük ölçüde gerçekleşmekte ve ölçek ekonomisinin avantajları kullanılmaktadır (Kutzin, 2004: 9).

Belirsiz sağlık ihtiyacının finansal riskinin paylaşılması sağlık finansmanında fon havuzlamanın temel amacıdır. Düşük gelirli üyelerin sübvansiyonu ve riskin üyeler arasında paylaşılması için farklı sağlık sistemlerinde farklı örgütsel ve teknik düzenlemeler bulunmaktadır (İstanbulluoğlu v.d., 2010).

1.1.3. Hizmet Sunucularına Ödeme

Hizmet sunuculara ödeme konusunda hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret ödeme gibi farklı yöntemler bulunmaktadır (WHO, 2009). Bu konu ayrıntılı olarak sonraki bölümde incelenmiştir.

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ

Bu başlık altında öncelikle sağlık hizmetlerinde geri ödeme ile ilgili temel kavramlara değinilmiş, daha sonra hizmet sunucularına yapılan geri ödeme yöntemleri ayrıntılı ve karşılaştırmalı olarak anlatılmıştır.

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödemenin Temel Kavramları

1.2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Maliyetlerinin Karşılanması

Sağlık hizmetlerinin sunumu neticesinde ortaya çıkan maliyetlerin karşılanması geri ödeme süreciyle gerçekleştirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde çok büyük ölçüde hizmetlerin ödeme yapılmadan önce sunumu söz konusudur. Diğer sektörlerde müşterilerin malı veya hizmeti almadan önce ödeme yaptıkları veya gerekli kredi finansmanını sağladıkları uygulamalardan farklı olarak, hastalar sağlık kuruluşlarından hizmeti almış biçimde ve çoğunlukla herhangi bir ödeme yapmaksızın ayrılırlar. Hekimler ve hastaneler ise daha önce sunmuş oldukları hizmetler ve yapmış oldukları harcamaları geri almanın çabasındadırlar (Casto ve Layman, 2006: 4).

1.2.1.2. Üçüncü Taraf Ödeyici

Üçüncü taraf ödeyici, en basit tanımıyla hizmet sunucularına yapılacak ödemeleri belirleyen ve finansman temin eden organizasyondur. Başka bir ifadeyle, sağlık hizmeti ödeyicileri belirli bir nüfus adına sağlık hizmetlerini tedarik eden kamuya ait ya da özel organizasyonlardır (Waters ve Hussey, 2004: 2).

Ödeyicilerin temel rolü; sorumlulukları kapsamında yer alan nüfus için sağlık hizmetlerinin sunumunu güvence altına almaktır. Bunu yaparken de hizmetlerin söz konusu nüfusun sağlık ihtiyaçlarına uygun ve bunları tatmin edecek şekilde olduğundan emin olmalı, maliyet etkili biçimde hareket etmeli ve ayrıca önceden belirlenmiş kalite standartlarının karşılanmasını sağlamalıdır (Dredge, 2004: 1).

1.2.1.3. Sağlık Sigortası

Sağlık hizmetlerine yönelik talebin şekillenmesinde kişilerin bir sosyal güvence kapsamında yani sigortalı olup olmadıkları önemli bir rol oynamaktadır. Sosyal güvenceye sahip olmanın sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırdığı bilinmektedir (Akyürek, 2007: 11).

Buna paralel biçimde sağlık hizmetleri için yapılacak geri ödemelerde de hastaların sigortalı olup olmadığı temel belirleyici faktörler arasındadır. Bu durumun temelinde esasen sigorta kavramının tanımı yatmaktadır. Sigorta, kişilerin karşı karşıya kalabilecekleri kayıp riskinin başka bir kesim tarafından (sigorta kuruluşu) üstlenilerek azaltılmasını amaçlayan sistemdir. Sağlık hizmetlerinde, sağlık sigortası kuruluşlarının üstlenmekte olduğu risk, bir kişi ya da gruba sunulacak sağlık hizmetlerinin öngörülemeyen maliyetleridir (Casto ve Layman, 2006: 3).

Hastalık riski ile ne zaman karşılaşılacağına bilinmemesi ve hastalık ile karşılaşıldığı anda tıbbi hizmetlerin yüksek maliyetleri ile yüz yüze gelinmesi, bireyleri kendilerini güvence altına alma ihtiyacı ile karşı karşıya bırakmaktadır. Sigortanın temelinde yatan, bireyleri ve grupları olası zararlara karşı koruma amacıdır ve sigorta kuruluşları bunu risk paylaşımı uygulaması ile yani bireyin ve grupların taşıdığı riskin tüm sigortalılara yayılması ile sağlamaktadır (Tiryaki ve Tatar, 2000: 125).

Riski üstlenen sigorta kuruluşu riski, “risk havuzu” olarak adlandırılan ve benzer riskleri taşıyan daha geniş bir sigortalı grubuna dağıtarak azaltır. Risk havuzlama, finansal kaynakların toplanması ve yönetimi olarak da tanımlanabilir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 136).

1.2.2. Hizmet Sunuculara Yapılan Ödeme Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin yeterli, kaliteli ve hakkaniyetli bir biçimde sunulması, ayrılan kaynak miktarı kadar bu kaynakların akılcı ve verimli kullanılmasına bağlıdır. Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların kullanımı ve kullanım sonuçlarını sorgulayan yaklaşımlar, sağlık harcamalarının hızlı artışı ile birlikte önem kazanmıştır. Hem sağlıklı bir toplum yaratma hem de kaynakların daha iyi kullanımı yönünde artan baskılar bir çok ülkede sağlık sisteminin performansını geliştirmeye ve ölçmeye yönelik girişimlerin artmasına neden olmuş, sağlık hizmetlerinin nasıl fiyatlandırılacağı ve geri ödemelerin nasıl gerçekleştirileceği üzerine yapılan çalışmalar ülkelerin kendi çabaları ile sınırlı kalmayıp uluslararası boyut kazanmıştır (Kadız, 2011: 76)

Dünya Sağlık Örgütü “2000 Yılında Herkese Sağlık” programında bir ülkenin ekonomik ve sosyal gelişimi ile sağlık hizmetleri kalitesinin çok büyük oranda ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Ödeme sistemleri her sağlık sisteminin yapı taşlarından biri durumundadır. Bu mekanizmalar sistem içerisinde yer alan aktörler ve şiddetli teknik dizayn karmaşıklıkları için güçlü teşvik unsurları ortaya koymaktadır. Bu tip geri ödeme sistemlerinin kurgulanışı yönetim bilimcilerin sağlık hizmetlerine en önemli stratejik katkısı olarak görülmektedir. Ancak, sağlık hizmeti sunucularına ödeme sistemini belirleyenlerin çoğunun yaklaşımı hala maliyetlerin azaltılması üzerinedir. Hizmetlerin kalite seviyesindeki artışın, sağlık hizmetleri maliyetlerini düşürdüğü birçok araştırma ile ortaya konulmasına karşın; gelişmiş olan çoğu ülkenin ödeme sistemlerinde sağlık hizmetleri kalitesinin iyileştirilmesi ikinci plana itilmekte ve çok yüksek oranda sağlık sistemlerinin sosyal hedefleri

(örneğin; sağlığın geliştirilmesi ya da nüfusun beklentisinin karşılanması vb.) göz ardı edilmektedir (Durukan, 2008: 7).

Sağlık harcamalarının kontrol edilmesi de sağlık sistemlerinin performansını etkileyen bir faktördür. Son otuz yılda sağlık harcamaları, gelir artışından daha fazla olmuştur. Kamu kesimi, özel kesim ve bireylerin sağlık harcamaları gelirlerinin içinde önemli bir pay almaya başladığı içinde, maliyetlerdeki bu yükselmeyi kontrol etme eğilimi ortaya çıkmıştır. Kalıcı bir çözüm için sağlık hizmeti sunucularına verdikleri hizmetin karşılığında yapılan geri ödemelerde ülke sağlık sistemine uygun olan yöntem ya da yöntemlerin bir arada kullanılması gerekebilir. Bilindiği üzere ödeme yöntemleri hasta (kişi) başına ödeme, hizmet bazlı ödeme, vaka başına ödeme, tanıya dayalı gruplar (teşhis ilişkili gruplar), sağlık hizmeti kaynak grupları ve karma ödeme modelleridir (Tengilimoğlu vd., 2009: 237) . Bazı ödeme modelleri ve sunucu davranışlarına ilişkin karşılaştırma Tablo 1.'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Sunuculara Ödeme Mekanizmaları ve Sunucu Davranışları

Ödeme Mekanizmaları	Sağlıkla İlgili Problemlerin Önlenmesi	Yasal Beklentilerin Karşılanması	Hizmet Tahsisi	Maliyetler
Kalem Bütçeleme	+/-	+/-	--	+++
Global Bütçe	++	+/-	--	+++
Kişi Başına Ödeme	+++	++	--	+++
Tanıya Dayalı Ödeme	+/-	++	++	++
Hizmet Başı Ödeme	+/-	+++	+++	---
+++ = Etkilerin çok olumlu olması ++ = Bazı olumlu etkilerin olması +/- = Az etki yada etkinin olmaması -- = Bazı olumsuz etkiler olması --- = Etkilerin çok olumsuz olması				

Kaynak: Waters ve Hussey, 2004:3

Bir ödeme sistemini tasarlarken önümüze çıkan ilk soru, hangi ödeme yönteminin kullanılacağı sorusudur. Her bir ödeme yönteminin, yöntemin kullandığı ilişkili bir faaliyet birimi vardır, bu Tablo 2.'de gösterilmektedir. Ödeme için faaliyet birimini seçme tarzımız, sağlık hizmetlerinin tedarikini, verimliliğini ve kalitesini etkilemektedir. Örneğin, belli bir hastalık için testler, ilaçlar ve prosedürler gibi hizmetler, tek bir ödeme birimi şeklinde birleştirildiğinde (örneğin kabul başına veya gün başına gibi), hastanelerin daha az hizmet sağlamak için bir nedeni olabilir. Bu, maliyetleri düşürebilir; ancak aynı zamanda bazı hizmetlerin gereğinden az sağlanma riskini de beraberinde getirir. Ödeme yöntemi için sekiz seçenek ve bununla ilişkili hizmet birimi Tablo 2.'de özetlenmektedir. Her bir ödeme yönteminin oluşturduğu teşvikler ve bunların etkileri aşağıda sunulmaktadır (Roberts v.d., 2009: 193).

Tablo 2. Bireysel ve Kurumsal Hizmet Sunuculara Ödeme Yöntemleri

ÖDEME YÖNTEMİ	ÖDEME BİRİMİ	DOKTORLAR VE DİĞER SAĞLIK ÇALIŞANLARI	HASTANELER VE DİĞER SAĞLAYICI KURUMLAR
Hizmet başı ödeme	Hizmet birimi	X	X
Maaş	Zaman	X	
Maaş + ikramiye	Zaman + performans	X	
Kişi başı ödeme	Kayıtlı kişiler	X	X
Günlük	Günler		X
Kabul başına	Kabuller		X
Vaka karışımı	Hastalık kategorisi		X
Genel bütçe	Bütçe kalemi		X
Global bütçe	Hastane harcaması		X

Kaynak: Roberts v.d., 2009: 194

Tablo 3.'te, kurumsal hizmet sunucuları için ödeme yöntemlerini, ödeyiciler ve hastaneler için oluşturulan teşvik yapılarını ve hastanelerin farklı ödeme yöntemlerine verdiği olası cevapları özetlenmiştir

Bu etkiler, ödeme seçiminin, bir sağlık sektörü reformcusu için kritik bir karar olduğunu göstermektedir.

Tablo 3. Kurumsal Hizmet Sunucuları İçin Ödeme Yöntemleri: Finansal Riskler ve Teşvikler

ÖDEME MEKANİZMASI	TIBBİ KARARLAR VE MALİYETLER ÜZERİNDEKİ ETKİ
Hizmet başı	Tedarikçiler bu yöntemi destekler; enflasyonist; hasta başına hizmet miktarı ve toplam tedarik artar; fazla tedavi ve ilaçların fazla kullanımına bağlı olarak kalite düşebilir.
Vaka başı	Hastane hizmetlerinin verimliliğini artırır; kabulleri belli düzeyde artırır; kabul başına çok kısa yatış ve testlerin yetersiz kullanımı nedeniyle kalite düşebilir.
Günlük	Hizmet başı ödemeye göre daha az enflasyonist, yatış uzunluğunu önemli düzeyde artırır; gün başına hizmet miktarı azalabilir.
Kişi başı	Gereksiz hizmetleri önemli düzeyde azaltır; verimliliği artırır; hastalar yetersiz tedavi edilebilir.
Global bütçe	Verimliliği artırır, enflasyonist sağlık maliyetlerini kontrol etme konusunda en etkilidir, kalite düşebilir, hacim standardı bütçeye bağlanırsa miktar artabilir
Maaş	Hastaların fazla tedavisi yönündeki teşviki kaldırır, saat başı çıktı miktarı azalabilir, hizmet kalitesi düşebilir, tedarikçiler hastalarını özel uygulamalarına sevk ederler

Kaynak: Roberts v.d., 2009: 207

Ödeme yönteminin seçilmesinin değerlendirmesi yapıldığında, hiçbir ödeme yönteminin mükemmel olmadığını vurgulanmaktadır (hepsinin hem pozitif hem de negatif özellikleri bulunmaktadır). Ülkeler sağlık sistemi hedefleri ve koşulları bakımından farklılık gösterse de uluslararası deneyimler, okuyucuların bazı koşullu kılavuz ilkeleri akılda tutması gerektiğini belirtmektedir.

Tablo 4’de ödeme mekanizmalarının zayıf ve güçlü yanlarına gösterilmiştir.

Tablo 4. Geri Ödeme Mekanizmalarının Zayıf ve Güçlü Yanları

Ödeme Mekanizması	Güçlü Yanları	Zayıf Yanları
Hizmet Başı Ödeme	Hizmet sunucusunun ödüllendirilmesi çaba ve ürün düzeyiyle yakından alakalıdır. Hizmet sunucusunun gerçekleştirdiği uygulamaların analizi kolaydır.	Maliyet enflasyonu yaratabilir. Aşırı ve gereksiz tedavi talebine yol açabilir.
Vaka Başı Ödeme	Hizmet sunucusunun ödüllendirilmesi ürün düzeyine çok yakından bağlıdır. Hizmet sunucusuna kaynak kullanımını minimize etme güdüsü aşılır.	Bütün hastalıkların listelenmesindeki zorluk ürün ile ödüllendirilmenin karışmasına neden olur. Hizmet sunucusu fazla ödül alabilmek için yanlış tanı bildirebilir.
Kişi Başı Ödeme	Yönetimi kolaydır, hizmet sunucularının faaliyetlerini değerlendirme zorunluluğu içermemektedir. İleriye dönük bütçeleme kolaylığı vardır. Maliyeti minimize etme güdüsü yaratır. Tüketicie seçme hakkı tanır.	Hizmet sunucusunda yüksek maliyetli ve riskli hastaları reddetme dürtüsü uyandırır. Hizmet sunucusunu, kabul ettiği hastalara gerekenden daha az hizmet vermeye yöneltir. Hizmet sunucularının uygulamalarının analizi zordur.

Kaynak: Belek, 2009: 141

1.2.2.1. Harcama Kalemli Bütçeler ve Genel (Global) Bütçeler

Gelişmekte olan ülkelerde hükümetler sağlık kurumlarının finansmanını spesifik harcama kalemlerine göre (line-item budgets) -maaş, ilaç, ekipman, bakım-onarım, yakıt, ısınma vb. kategorilere göre- yapmaktadır. Sağlık kurumlarındaki yöneticiler merkezi yönetimin izni olmaksızın harcama kalemleri veya bütçe kalemleri arasında transfer yapamazlar (Langenbrunner ve Wiley, 2002: 152; Pinto ve Andersson, 2001: 9).

Genel (global) bütçeler kaynakların verimli kullanımına imkan vermektedir. Verimlilik artışı bütçelerin nasıl oluşturulduğuna ve kamu yöneticilerinin performans değerlendirmelerine bağlıdır. Genel bütçeler çoğunlukla harcamaların kontrol altına alınmasını sağlamaktadır. Ancak genel bütçelerin uzun süreli (birden çok bütçe dönemi) veya kısa süreli (bir bütçe dönemi) olmasına göre sağlık hizmetlerinin maliyetleri üzerine etkileri değişmektedir. Kısa dönemde maliyetleri kontrol altına almak için sabit bütçe

sınırlandırmalarına gidilebilir. Ayrıca yöneticilere karar alma esnekliği ve hizmetlerin üretimi için gerekli girdileri planlama yetkisi verilebilir.

Harcama kalemlili bütçeler ve genel (global) bütçelerin hazırlanmasında geçmiş yılların bütçeleri esas alınmaktadır. Yani geçmişteki kaynak kullanım düzeylerine göre bütçelerin oluşturulmasına çalışılmaktadır. Harcama kalemlerine göre ayrı ayrı bütçe hazırlarken sonuçlardan çok hasta yatağı başına, personel başına veya birim maliyet başına gibi normlar ile geçmiş yılın gerçekleşen değerlerine dikkat edilmektedir (Barnum vd., 1995: 4).

Avustralya, Norveç, Portekiz'de genel (global) bütçeler beklenen vaka karması (hastalık yapısı) ve kullanım modellerine göre maliyet projeksiyonları yapıldıktan sonra oluşturulmaktadır (Wiley, 1992: 120).

Hastanelerin yönetsel açıdan yeterli bilgi ve beceride olmaması ve kalite güvencesi uygulamalarında yaşadığı sıkıntılar genel bütçelerin başarı ile uygulanmasındaki önemli engeller arasında yer almaktadır. Çünkü genel bütçeler sağlık hizmeti sunucularına hizmet kalitelerini yükseltme noktasında zayıf özendiriciler sunmaktadır. Meslek birlikleri veya akreditasyon kurumları hastaneler başta olmak üzere sağlık kurumlarının kalite açısından uyması gereken standartları belirlemek durumundadır. Kalite için performans göstergeleri oluşturmanın zor olduğu da unutulmamalıdır. Genel bütçeden daha fazla pay almak için hastaneler sağlık hizmetleri kalitesini yükseltmek isteyebilir. Ancak sonuçta genel bütçeler kalite açısından zayıf özendiriciler sunmaktadır. Genel (global) bütçeler çoğunlukla diğer ödeme yöntemleri ile birlikte kullanılmaktadır. Ülke uygulamaları incelendiğinde genel bütçelerin çoğunlukla geleneksel harcama kalemlili bütçeleme (line-item budgets), Kişi Başına Ödeme ve Vaka Başına Ödeme yöntemleri ile birlikte uyumlaştırılarak kullanıldığı görülmektedir (Glaser, 1987: 43-44).

Bir global bütçe sisteminin en temel esasları şunlardır (Waters ve Hussey, 2004: 14):

- Sağlık hizmetlerinin sunumunda harcanabilecek önceden belirlenmiş sabit bir toplam tutar vardır; bu tutar yerel ya da ulusal düzeyde bir ödeyiciye tahsis edilir,
- Ödeyicilerden hizmet sunucularına dağıtılacak toplamın ileriye dönük olarak belirlenmesi söz konusudur,
- Global bütçeler hizmetlerin fiyatları (maliyetleri) ve kalitesi arasında bir tercih yapılmasını gerektirir.

Global bütçenin ilk yılı için hem ödeyicilerin hem de hizmet sunucularının adil bir dağıtım yapıldığı ve hizmet sunumunun sürdürülebileceği konularında tatmin olmaları önemlidir.

Şekil 4. Global Bütçe Oluşturma Süreci



Kaynak: Choi, 2011: 64

1.2.2.2. Kişi Başına Ödeme

Sağlık hizmetlerinin etkinlik ve adalet sınırları içerisinde yerine getirilmesinde yaşanan sıkıntılar kamu kesiminin sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi ve finanse edilmesinde aktif bir rol oynamasına neden olmuştur. Doktor, eczacı ve diğer personel ücretli olarak istihdam edilmektedir. Bunun

yanında hastaneler kamu kesimine ait olabilir, kendilerine tahsis edilen yıllık bütçe ile maliyetlerini karşılamaya çalışırlar. Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğunda bu ücretsiz bir şekilde hastalara sunulur. Bu sistemde fon organizasyonları ile hizmeti sağlayanlar arasında doğrudan bir ilişki vardır. Sağlık harcamaları ile ilgili kararları doğrudan idare almaktadır (Işık, 2005: 296).

Özellikle aile hekimliği gibi uygulaması bölge esasında yürütülen hizmetlerin ödemesinde sıklıkla kullanılan bir ödeme yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Hekim, önceden belirlenmiş tüm hizmetleri sunmayı kabul ettiği kişileri kendi listesine kaydeder ve kaydettiği her bir kişi için (sıklıkla aylık) sabit bir ücret alır. Yani kendisine kayıtlı bir kişide gebelik takibi de yapsa apse drenajı da yapsa o kişi için sabit aynı ücreti alır (Tengilimoğlu, v.d., 2009: 239).

1.2.2.3. Hizmet Başına Ödeme

Hastaneye kabulü yapılan her bir hasta için önceden belirlenmiş bir bedel üzerinden ödeme yapılmasına dayanan bir yaklaşımdır. Özel hastanelere hak edişleri devlet veya sigorta kurum ve şirketleri tarafından genelde bu yöntemle ödenmektedir. Hastanelere verdikleri her bir hizmet için ayrı ayrı ödeme yapılmaktadır. Örneğin, bir mide ülserinin hastanede yatarak tedavisinde hastanenin tüm imkânlarından faydalanan hastanın kendisi veya onun adına üçüncü şahıslar (*third party*) hastaya yapılan tüm harcamalar karşılığında ödeme yapmaktadır. Hastanın hastanede bulunduğu süre içindeki tüm maliyetler hastanın faturasına yansıtılmaktadır (Kaya, 2008: 63).

Bu sistem genel olarak değerlendirildiğinde sağlık mesleği yönünde pozitif özellikleri daha fazla olan özellikle hekimlerin klinik uygulamalar konusunda daha kendilerini daha rahat hissedebilecekleri bir nitelik göstermektedir. Özellikle hastalıkların teşhis ve tedavileri sırasında yoğun

maliyet baskısı altında kalmamaları nedeniyle daha fazla tetkik, daha ayrıntılı konsültasyonlar ve benzeri tercihi kolayca görülebilecektir.

1.2.2.4. Gün Başına Ödeme

Hastanelere, bireylere sundukları hizmetlerin süresi başına ödeme yapılır. Hasta başına günlük ödenen miktar tüm harcamaları kapsar. Hastaneler ise kazançlarını daha da artırmak için hastanın gerekenden daha da uzun kalmasını sağlamak isteyebilirler. Çünkü hastaya yapılan müdahaleler ve buna personel, araç-gereç, malzeme vb. girdilerin maliyetleri dikkate alındığında hastanede yatan bir hastanın maliyeti genellikle ilk iki gün çok yüksek olmakta ve daha sonra giderek azalmaktadır. Bu durumda ödemeyi yapan kurum veya kuruluş ya kendisinin görevlendireceği hekim veya hemşire aracılığıyla hastanede hastayı ziyaret ederek olası taburcu tarihini belirlemekte veya belli teşhisler için ödeme yapılabilecek hastanede kalış sürelerini kısıtlayabilir. Bu sürenin sonunda ya hastanenin uygun görülen başvurusuna göre süre uzatılmakta veya hastane tüm maliyetleri karşılamak zorunda kalmaktadır (Kaya, 2008 s. 64-65).

1.2.2.5. Vakaya Dayalı Geri Ödeme

Vakaya dayalı geri ödeme yönteminde, hizmet sunucularına her bir vaka için önceden belirlenmiş, sabit bir miktar ödenir. Burada vakadan kasıt; belirli bir durum ya da hastalığa bağlı olarak sağlık hizmeti alan hastalardır. Üçüncü taraf ödeyiciler, hizmet sunucularına gün ya da hizmet başına ödeme yapmak yerine her bir vaka için ödeme yaparlar. Ödemeler, belirli şartlar altında ya da bir hastalığa bağlı olarak, her bir hasta için ihtiyaç duyulan ortalama kaynak miktarına dair geçmiş verilere göre tayin edilmektedir. Vakaya dayalı geri ödemeler, vaka başına tek bir fiyat üzerinden ya da vaka gruplarına göre (hastalığa ya da koşullara göre) farklı oranlar üzerinden

gerçekleştirilebilmektedir. Bu bağlamda son dönemin adından en çok söz ettiren uygulaması olan Tanı İlişkili Gruplar (TİG) , klinik profili ve ihtiyaç duyduğu kaynaklar açısından homojen olan hastaları kategorize etmektedir (Folland v.d., 1997: 453). Böylelikle aynı grup içerisinde sınıflanan hastalar, benzer teşhis ve tedavilere, kaynak tüketimine ve kalış sürelerine sahip olmaktadır. Her bir TİG, ağırlık adı verilen bir ödeme oranına sahiptir. Ağırlıklar kendi içerisinde görecelidirler. Daha yüksek düzeydeki ağırlıklar, bakım ve tedavi için daha fazla kaynağa gereksinimi olan hastaların yer aldığı gruplarla ilgilidir. Daha yüksek düzeyde kaynak tüketimi, hastalığın şiddetine ya da pahalı ekipmanla tıbbi uygulamalar gibi bakım ve tedavi için ihtiyaç duyulan hizmetlerin türlerine bağlı olarak sunulacak hizmetlerin yoğunluğu ile alakalıdır. Daha yüksek ağırlıklar, daha yüksek ödemelere dönüşmektedir (Casto ve Layman, 2006: 9).

1.3. TÜRKİYE’DE 2000 YILI SONRASI SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE GERİ ÖDEMESİ

1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Türkiye’de Özel Nitelikli Sağlık Finansmanı:

a. Türkiye’de Cepten Ödemeler: OECD ülkelerinde cepten ödemelerin toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı 1992-2004 yılları arasında, %20-21 arasında seyretmiş, aynı dönemde ülkemizde bu oran %29 olarak bulunmuştur. Ancak, 2004 yılında OECD ve ülkemizde cepten ödeme oranlarında benzerlik olduğu görülmektedir (OECD: 2009).

Tablo 5. Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları

Finansman Kaynağı	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Vergi ve Fon	46	43	43	43	41	27	26	32	31	30	31
Sigorta Primi	24	27	25	28	31	33	36	35	38	40	40
Cepten Ödeme	30	30	32	29	28	30	29	24	22	21	20
Diğer Özel	0	0	0	0	0	10	9	9	9	9	9
Toplam	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Kaynak: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CSP2009>

b. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı: Ülkemizde 1980’li yılların başından itibaren, özel sağlık sigortalarına olan talep artmıştır. Ancak özel sağlık sigortacılığı sektörü 1999 ve 2000 yıllarında durağanlık dönemine girmiştir. Söz konusu durağanlığı ortadan kaldırmak ve özel sağlık sigortacılığını teşvik etmek için özel sağlık sigortalarından alınan Banka ve Sigorta Muamele Vergisi 4697 sayılı Kanun ile 07.10.2001 tarihinde yürürlükten kaldırılmıştır. Bu durum sigortalılar tarafından özel sağlık sigortaları için ödenen primlerin %5 azalması anlamına gelmiştir. Ülkemizde 1997-2002 yılları arasında sigorta şirketi sayısının azalmasına karşılık sigortalı sayısında az da olsa artış görülmüştür.

Tablo 6. Türkiye ve Bazı Dünya Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamunun Payının Karşılaştırılması, %

Ülkeler / Yıllar	2002	2003	2004	2005
Afganistan	29,1	28,7	22,8	31,2
Çin	35,8	36,2	38	38,8
İngiltere	83,4	85,5	86,3	86,9
ABD	44,6	44,5	44,8	45,1
Türkiye	70,4	71,6	72,3	71,4

Kaynak: Karacık, 2009: 1030

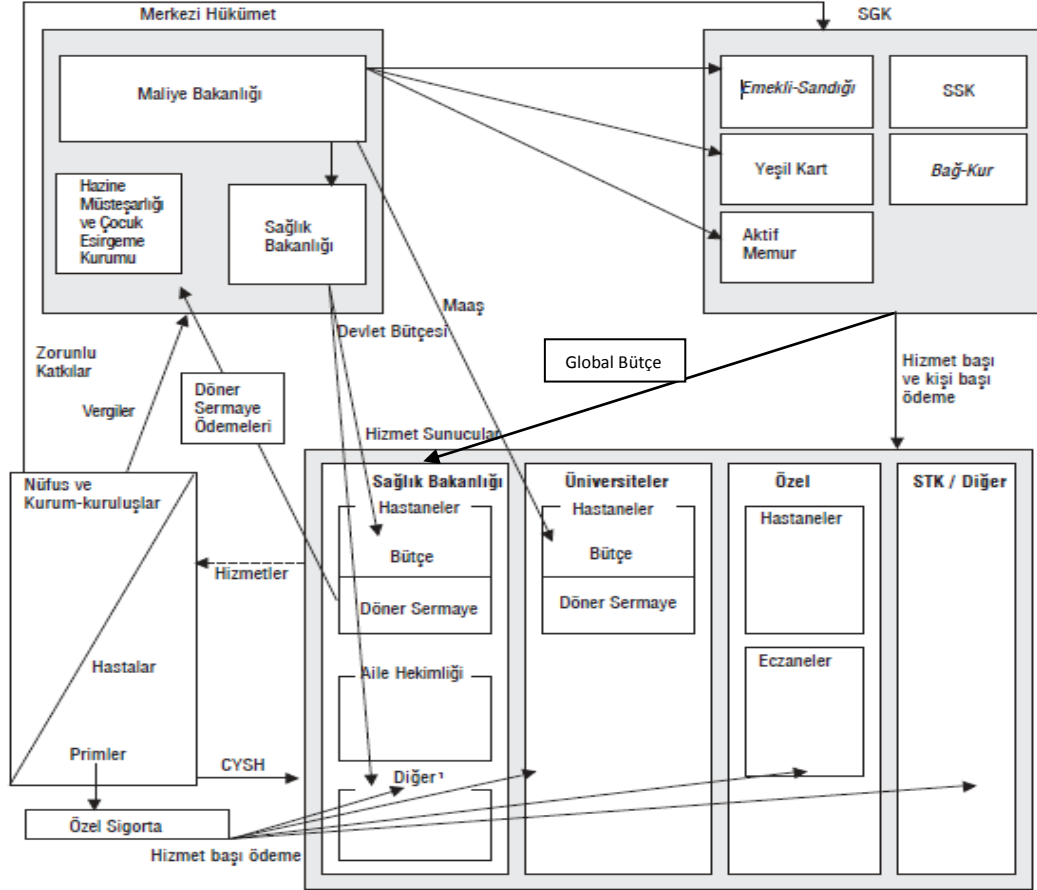
Türkiye’de Kamusal Nitelikli Sağlık Finansmanı

Bağımlı çalışanlar için, sigortacılık tekniği öngörülerek 1950 yılında yürürlüğe giren Kanun, ülkemizde kamusal nitelikli sağlık finansmanı olarak değerlendirilebilecek ilk uygulamadır. Bunu 1965 yılında sağlık harcamaları kurumlarınca karşılanmak üzere kamu çalışanlarının, 1971 yılında emekli memurların, 1985 yılında bağımsız çalışanların güvence altına alınması ve 1992 yılında çıkarılan Yeşil Kart Kanunu izlemiştir. 2006 yılında kabul edilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSS), tek bir finansman kurumu ile bütün vatandaşların sosyal sigortacılık yöntemiyle sağlık güvencesine kavuşturulmasını hedeflemektedir (Karacık, 2009: 1031).

Sosyal Sağlık Sigortacılığı hakkında Türkiye’de yapılan son düzenleme, yukarıda belirtilen norm ve standart farklılıklarını ortadan kaldırmayı ve tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamayı amaçlayan 31.05.2006 tarih ve 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”nun kabulüdür ([http:// rega.basbakanlik.gov.tr/](http://rega.basbakanlik.gov.tr/)).

Gerek sosyal güvenlik alanında gerekse sağlık finansmanı alanında köklü değişimleri beraberinde getiren kanun, şimdiye kadar kurulan sosyal güvenlik rejimlerini aynı çatı altında birleştirmiş, ilk kez zorunlu devlet katkısını ve tüm nüfusu zorunlu sağlık sigortası kapsamı altına alan GSS sistemini getirmiştir. Sistemin idari yapılanması ise 16 Mayıs 2006 tarih ve 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile gerçekleştirilmiştir ([http:// rega.basbakanlik.gov.tr/](http://rega.basbakanlik.gov.tr/)).

Şekil 5. Türk Sağlık Sistemindeki Temel Finansal Akışlar, 2008



Kaynak: OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, 2008: 48

1.3.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Geri Ödemesi

Türkiye’de yakın dönemde sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması ve geri ödemesi ile ilgili karar verici yapılanmaya baktığımızda 2004 yılında bir Geri Ödeme Komisyonu kurulduğu görülmektedir. Bu komisyon; SGK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, MB, DPT ve Hazine Müsteşarlığı temsilcilerinden oluşmaktadır. Komisyon sağlık hizmetleri, ilaçlar ve SGK’nın geri ödemesini yaptığı sağlık hizmetleri için fiyat belirlenmesinden ve SGK teminat paketinde değişiklikler yapılmasından sorumludur. Bu Komisyon’un altında Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yer almaktadır. Bu alt komisyon Geri Ödeme Komisyonu tarafından karar alınmasını kolaylaştırmak için gerekli

teknik çalışmalardan sorumludur. Tüm sağlık sigorta fonları için tek bir Geri deme Komisyonu'nun kurulmasıyla birlikte, önceden var olan parçalı sistemin yerini alan ve tüm fonları etkileyecek ödeme stratejilerinin ele alınmasına yönelik bir mekanizma oluşturulmuştur (OECD, 2008).

2000'li yılların başlangıcında, ödeme mekanizmasında yapılan değişiklikler çok azdı. Sağlık sigortası fonlarının yaptığı demeler geriye dönüktü (hizmet başı deme). Farklı sağlık sigorta fonları ile değişik hastane türlerinin (yani niversite, kamu ve özel) fiyat tarifesi ve ödeme mekanizmaları koordineli değildi. SUT kapsamında SGK 2007 yılında, işlemsel ve ICD 10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) kodlama sistemlerini esas alarak yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetleri için toplu bir fiyat geliştirmiştir. Bütün sağlık sigorta fonları ile kamu hastaneleri ve özel hastaneler için aynı fiyatın uygulamaya konması, paranın hastayı takip ettiği ileriye dönük bir ödeme sistemine (hizmet başı ödeme sisteminde olduğu gibi) doğru geçiş için atılan ilk adımdır. SB hastanelerine yönelik global bt ilk olarak 2006 yılında oluşturulmuştur. Bu, st limiti olan bir bt miktarı olup SB ile yıllık müzakere edilir. Bu bt, geçmişteki harcama düzeyleri ile Hazine'nin orta vadeli bt tahminlerini yansıtır. SB hastanelerine global btye dayalı olarak SB tarafından belirlenen aylık bir tutar ödenir. Bu demeler global bt st limitini karşılayacak şekilde düzenlenir; harcamalar st limiti aşmışsa, yıl sonu talepleri denmeyebilir. (Akdağ, 2012).

2006 yılından beri DRG'lere dayalı olarak hastanelere ödeme yapılması konulu bir pilot çalışma yapılmıştır. Bu proje kapsamında, Avustralya DRG sistemi Türkiye'ye adapte edilmektedir. Yaklaşık 50 hastaneden hastane maliyeti ile ilgili veriler toplanmış ve analiz edilmiştir; temel maliyetler ve göreceli ağırlıklar geliştirilmiştir (Akdağ, 2012).

Türkiye'de Global Btnin Dağıtımı

Sağlık Bakanlığı, hastanelerini finansal açıdan rahatlatmak için global bt ile belirlenen ödeneklerin planlamalarını yapmaya başlanmıştır. Daha

önce sadece fatura üretimini dikkate alan planlamalar yapılmaktaydı. Bunun yerine, hastanelerin personel yükü, hizmet verdiği alan büyüklüğü, ayakta ve yatan hasta sayıları gibi birçok parametreyi göz önünde tutularak tespit edilen oranlara göre planlama yaklaşımına geçilmiştir. Bu parametreler (Akdağ, 2012):

- Ayakta Hasta Geliri
- Yatan Hasta Geliri
- Personelin Kuruma İlave Yüğü (Bu parametre, döner sermayeden çalıştırılan personel giderlerinin kurumlar arasında oluşturduğu dengesizliğin azaltılması amacıyla uygulanmaktadır)
- Kapalı Alan Gideri (Kapalı alana bağlı giderlerden dolayı (elektrik, kira, yakıt vb.) kurumlar arasında oluşan dengesizliğin düzeltilmesi amacıyla uygulanmaktadır)
- Bina Bakım-Onarım Gideri (Bu parametre bina bakım-onarım giderlerinin oluşturduğu dengesizliğin düzeltilmesi amacıyla uygulanmaktadır)
- Çerçeve Alımı Yapılması (Çerçeve alımı yapmak üzere görevlendirilmiş hastanelerin teşviki amacıyla uygulanmaktadır. Bu kurumlara tahakkukunun %1'i kadar ilave tahsilat sağlanmaktadır)
- Satın Alma Yönünden Bağlılık (Başka kurumların satın alma işlemini yürüten hastanelerin teşviki amacıyla uygulanmaktadır. Bu kurumlara bağlı hastane başına tahakkukunun binde 2'si kadar ilave tahsilat sağlanmaktadır)
- B1 Tipi 112 Entegre İstasyonu (B1 tipi entegre 112 istasyonları, verdikleri hizmetten dolayı ilave bir gider oluşturduğundan, istasyonların entegre edildiği kurumları desteklemek için tahakkuklarının %1'i kadar ilave tahsilat sağlanmaktadır)
- Tanıyla İlgili Gruplar (Kasım 2010'dan itibaren Sağlık Bakanlığınca geliştirilen Tanı İlişkili Gruplar (TİG) uygulaması dikkate alınarak yapılmaktadır)

- Stok Kayıt Düzeni: (Kurumun stok kayıtları düzensiz ise tahakkukunun %1'i kadar kesinti yapılması öngörülmüştür)
- Hastane Rollerine Uyum (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne belirlenen hastane rollerine uyum gösteremeyen kurumlardan tahakkukunun %1'i kadar kesinti yapılması öngörüldü)

2004-2011 yılları arasında SB kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumuna (yeşil kart dâhil) verdiği hizmetin bedeli 111 milyar TL civarında iken bu bedelin 95 milyar TL'si tahsil edilmiştir. Sağlık Bakanlığı kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumuna verdiği hizmet bedelinin son 8 yılda terkin oranı yaklaşık %14'tür.

Tablo 7. Yıllar İtibariyle Kamu Tahakkuk - Tahsilat ve Terkin Rakamları (2004-2011, TL)

Yıl	Tahakkuk	Tahsilat	Terkin
2004	10.659.000.000	9.806.000.000	1.352.000.000
2005	10.807.000.000	7.940.000.000	2.868.000.000
2006	13.321.000.000	11.491.000.000	1.831.000.000
2007	13.973.000.000	12.524.000.000	1.449.000.000
2008	15.039.000.000	12.495.000.000	2.545.000.000
2009	15.630.000.000	13.700.000.000	1.930.000.000
2010	15.577.000.000	13.544.000.000	2.033.000.000
2011	15.811.000.000	14.204.000.000	1.607.000.000
Toplam	110.818.000.000	95.204.000.000	15.614.000.000

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2012

1.4. AVUSTRALYA SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMİ

1.4.1. Temel Finansman Kaynağı

Avustralya, temel olarak vergiyle finanse edilen bir sağlık bakım sistemine sahiptir. Finansman küçük zorunlu sigorta paylarını içeren genel vergilerle ve özel ödemelerle sağlanır (Healy v.d., 2006).

Tablo 8. Toplam Sağlık Harcamalarının Bir Oranı Olarak Sağlık Finansmanının Temel Kaynakları, Cari Fiyatlar, 1995–2004

Yıl	Kamu %	Özel Sağlık Sigortası %	Cepten Ödemeler	Diğer
1995-1996	67,2	10,5	16,0	6,3
1998-1999	68,0	7,5	18,1	6,4
1999-2000	70,1	6,5	17,2	6,2
2000-2001	69,4	6,7	18,6	5,3
2001-2002	68,4	7,5	19,3	4,9
2002-2003	68,7	7,3	19,7	4,3
2003-2004	67,9	7,1	20,3	4,6

Kaynak: Australian Institute of Health & Welfare, 2005: 28.

1.4.2. Cepten Harcamalar

Bakım zamanında bireyler tarafından yapılan cepten ödemeler, Avustralya’da 2003-2004 arasındaki toplam sağlık harcamalarının %20,3’ünü oluşturmaktadır. Sağlık mal ve hizmetlerinin tahmini devlet dışı finansmanının bireylerden gelen kısmının 1993-1994’te %50,4 olduğu, ancak bu oranın yükselerek 2003-2004’te %63,3’e (15,9 milyar AU\$’ı) geldiği görülmüştür (Australian Institute of Health and Welfare 2005: 31–33). Cepten yapılan harcamalardaki artış, kısmen bir talep yönlü maliyet kısma stratejisi olarak

katkı paylarından faydalanma stratejisi olarak gözükmektedir (Scotton, 1998: 87).

1.4.3. Gönüllü Sağlık Bakım Hizmetleri

Özel sağlık sigortası fonları üyeleri, Medicare yararı ve yatan hasta ücretleri arasındaki fark için hastanelerdeki özel hastaların tedavi ve konaklama maliyetlerine karşı bireyleri sigortalayabilir. 1995 yılında yapılan yasa, sigorta fonlarının hastaneler ve bireysel uygulayıcılarla anlaşmalar yapmasına izin vermiştir. Ancak tıp mesleği mensupları ilk başlarda, ücretleri belirleme özgürlükleri için bir tehdit olarak algıladıkları için buna karşı çıkmışlardır (Foley, 2000).

2000'li yıllara girerken ülkedeki özel sağlık sigortası düzeylerinde önemli bir artış olmuştur ve Aralık 1998'de toplumun %30,1'i özel sağlık sigortasına sahipken Eylül 2000'de bu oran %45,7'ye yükselmiştir. (Australian Institute of Health and Welfare, 2004: 252).

Eylül 2005'te özel sağlık sigortası kapsamındaki nüfus %43,1'di. Aynı zamanda özel sağlık sigortalı kişilerin yaş profili de değişmişti. 65 yaş altı özel sağlık sigortalı kişi oranı Mart 2000'de %85,99 iken Mart 2001'de bu oran %89,2'ye yükselmişti. Ancak 30-59 yaş arası özel sağlık sigortalı oranında Ağustos 2002'den Ağustos 2003'e kadar %4'lük bir düşüş gerçekleşirken 60 yaş üzeri özel sağlık sigortalı oranında %6'luk bir artış görüldü (PHIAC, 2004).

Çalışmaların hedefi, sağlık fonlarının daha etkili sağlık hizmeti sunumunu geliştirmeleri, yüksek riskli grupların maliyetlerini daha adil yansıtmak ve sigortacıları üyelerini beklenmeyen cepten ödemelere karşı korumaları yönünde teşvik etmek üzere programlar yapmaktır (Healy v.d., 2006).

1.4.4. Fonların Tahsisi

Federal Devlet sağığa çoğunlukla üç program altında belirlenen taahhütlere göre harcama yapmaktadır: Medicare (hastane dışı özel sağık hizmetlerini finanse eder), İlaç Yararlanma Programı ve Avustralya Sağık Bakım Anlaşmaları (kamu hastanelerini finanse eder). Federal Devletten Eyaletlere yapılan genel amaçlı fonların tahsisi Federal Devlet Ödenekler Komisyonu tarafından müzakere edilir. Eyaletin sağık bakım fonları genellikle şu kaynaklardan gelir: Mal ve hizmet vergileri Eyalet payı, Avustralya Hükümetinden gelen özel amaçlı ödemeler ve hibeler, kendi finansal kaynaklarından gelen fonlar ve devlet dışı kaynaklardan sağılanan fonlar (genellikle kullanıcı ücretleri). Eyalet Sağık Departmanı, Eyaletin bütçe süreci içinde kendi bütçesini mükazere eder ve Eyaletin bütçe süreci içinde sağık portföyü oldukça önemlidir. Çünkü sağık portföyü, mevcut bütçenin yaklaşık %40'ına kadar tekabül edebilmektedir. Federal Devletin Eyaletlere yaptığı sağık hibeleri, performans ölçümü bileşenlerine artı olarak bir nüfus formülüne göre hesaplanır. Yine de yüksek sağık hibeleri alan bir eyaletin finansal avantajı, Federal Devletten aldığı başka gelirlerindeki düşüşle dengelenebilir. Bazı hibeler, Federal Devlet Hibw Komisyonu tarafından yönetilen “finansal eşitlik” ilkesine tabidir. Bu ilkeyle, tüm Eyaletlerin vatandaşlara yüksek vergi veya ücret yükü yüklemekten yeterli hizmet düzeyini sağılayabilmeleri amaçlanmaktadır. Yani fakir eyaletler, zengin Eyaletlerce çapraz sübvansede edilmektedir (Duckett, 2004).

1.4.5. Ödeme Mekanizmaları

Sağık bakım yöneticilerine ve sunucularına fonları tahsis etme şekilleri açısından Eyaletler farklılaşmaktadır. Örneğin The New South Wales sağık bölümü, sekiz Bölge Sağık Hizmetlerine yaş ve cinsiyete göre ağırlıklandırılan nüfus-tabanlı bir formüle göre fonları tahsis etmektedir (Stoelwinder ve Viney, 2000).

Diğer eyaletler, hastaneler gibi hizmet sunucularla anlaşma müzakereleri yapmaktadırlar ve hastanelere kısmen bir vaka karışım formülüne göre fon vermektedirler. Yönetimler (Federal, Eyalet ve Bölge) kamu hastanelerinin finansmanının %90'ından fazlasına katkı yapmaktadır (Australian Institute of Health and Welfare, 2004: 44).

Eyaletler, anlaşma süresindeki hizmetlere olan talepte meydana gelen herhangi bir artışı karşılamadan sorumlu oldukları ve sınırlı gelir artırma kapasitelerinden dolayı maliyet kontrolü ve maliyet etkililik temel politika odağıdır. Son on yılda kamu hastanelerinin finansman şeklinde önemli değişiklikler olmuştur. Özellikle satın alıcı özgüllüğü ve yönetim sorumluluğu artmıştır. Ancak eyaletler, finansal risk paylaşımı ve maliyet kontrolü kişi başına vergi modelleri uyarlamamışlardır ve özel sağlık fonlarının kişi başına vergi sözleşmeleri kullanmalarına izin verilmemektedir (Duckett, 2004: 140).

Avustralya, 1985'te teşhis ilişkili gruplar (DRG) ödeme yöntemini denemeye başladı ve şu anda DRG sistemlerinin özellikleri konusunda büyük bir deneyime sahiptir. Ayrıca 665'ten fazla bireysel grupların yer aldığı kendi standart sınıflama sistemini üretmiştir ve bu sistem Avustralya'ya özgü Teşhis İlişkili Gruplar (AR-DRGs) olarak bilinmektedir (Australian Institute of Health and Welfare 2005: 250). Federal Devletin teşvikiyle tüm Eyaletler kamu hastanelerinin finansman formülünü DRG sistemi ile bütünleştirmiştir. New South Wales, hastanelere ödeme yapmada nüfusa göre finansmanı büyük ölçüde değiştirmemiştir ve vaka karışımı bilgisini daha çok bir yönetim aracı olarak kullanmaktadır. Büyük hastanelerin tamamı, işlem maliyetlerini aşağıda tutan bilgisayarlı veri tabanlarına sahiptir. Hedefler, etkinlik sağlanarak başarıldığı için vaka karışımına göre finansman yönteminde etkinlik avantajı var gözükmemektedir. Ancak, vaka karışımına göre finansmanın etkililik üzerindeki etkisi konusunda ise çok az kanıt vardır (Hughes, 2004: 113).

İKİNCİ BÖLÜM

TANI İLİŞKİLİ GRUPLARA (DRG) DAYALI FİNANSMAN SİSTEMİNİN GELİŞİMİ VE ÜLKE UYGULAMALARI

2.1. TANI İLİŞKİLİ GRUPLARA (DRG) DAYALI FİNANSMAN SİSTEMİ

2.1.1. Tarihçe

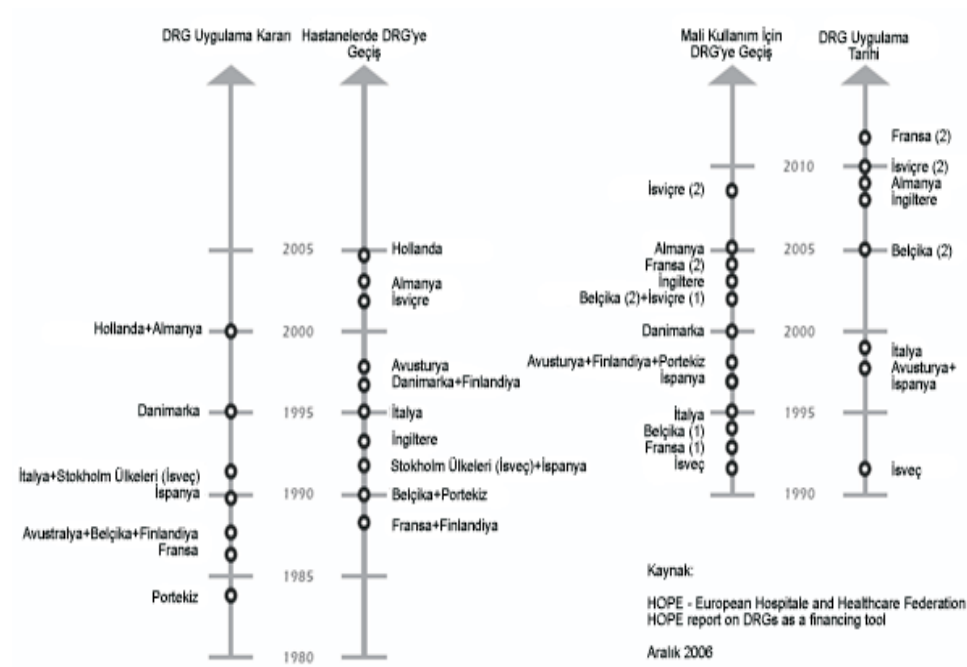
Diagnose Releted Groups (DRG) sistemi Yale Üniversitesinden Robert Barclay Fetter ve Jhon D.Thompson tarafından oluşturulmuş, esas olarak hasta sınıflandırmasını amaçlayan bir sistemdir. Bu sistem Hastane vakalarını, ICD (International Classification of Disease) tanıları, yapılan işlemler (ACHI (The Australian Classification of Health Interventions)), yaş, cinsiyet, taburculuk durumu, komplikasyon ve ko-morbiditesi olup olmamasına 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 tecrübeden sonra Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere 1983'den itibaren Dünya genelinde uygulamaya geçmiştir. Avustralya, ABD, Kanada, Yeni Zellanda, 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 DRG uygulanmaktadır (www.eurodrg.eu, 2011).

Şekil 6. DRG'nin Avrupa'da Temel Bir Finansal Altyapı Olarak Devreye Girmesine Yönelik Kronoloji



Kaynak: Marshall, 2009: 5

Türkiye'de HÜAP (Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Alt Yapı Geliştirilmesi Projesi) kapsamında 2005-2006 yıllarında 7 pilot hastanede Teşhisle İlişkili Gruplar (DRG) adı ile veri girişi yapılmaya başlandı daha sonra 2008 yılı sonuna kadar 40 hastanenin katılımı ile pilot çalışmaya devam edildi Kasım 2009' da pilot çalışma tamamlanarak proje bitirildi. Sağlık bakanlığı resen bu süreç bitiminde devreye girerek bu sistemin devamı ve yerleşmesi adına bakanlık bünyesinde kurumsal bir yapı kurarak bu pilot projeden yararlanarak kendi geliştirdiği yazılım ve yeni dizayn ile sistemi daha da geliştirmiştir. Mayıs-Eylül 2010 tarihleri arasında verdiği eğitimlerle 255 hastanenin klinik kodlamacısını eğiterek, alt yapı kurmuş veri girişini başlatmıştır. Kasım 2010

tarihi itibari ile ilk olarak seçilen 50 pilot hastaneye TİG kapsamında belli bir oranda ödeme gerçekleştirerek resmen TİG sistemi ile geri ödeme dönemini pilot olarak başlatmıştır.

2.1.2. Amaçları ve Yapısı

DRG, 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 grupta çabasının altında hastane performansını değerlendirme ve ölçülebilir hale getirme isteği vardır (Fetter, 1991: 21).

DRG 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. DRG sistemi ile hastaneler arasındaki farklılıklar ortaya konarak, hastaneler arası ve hatta uluslararası karşılaştırmaları yapmak mümkün olmaktadır (www.eurodrgeu, 2011).

DRG 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 DRG 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.

DRG 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 DRG tipi ödeme sistemleri iki temel yapı taşından oluşurlar: 1) Hasta sınıflandırma sistemi, 2) Maliyet ağırlıklarını veya DRG 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. DRG'ler, hasta özelliklerini kaynak tüketimi ile ilişkilendirerek hastane faaliyetini özlü bir ölçüsünü sağlar. Yani DRG'ler hastane ürünlerini tanımlamaktadır. Ödeme oranı düzenleme mekanizması, özel DRG'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 DRG'nin fiyatını belirlemede, genellikle bir hastaneler örneklemini içindeki hastaları tedavi etmenin ortalama maliyetleri ile ilgili bilgi kullanılmaktadır.

Bu iki temel yapı taşının yanında DRG-tipi hastane ödeme sistemleri klinik ve maliyet verileri için veri toplama süreci kurulmasını gerektirir. Klinik veri, hastaları DRG'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, hastanelerde tedavi edilen bazı vakaların önemli bir şekilde ortalama vakadan daha maliyetli olduğu gerçeğini dikkate almalıdırlar. Bu nedenle,

DRG-tipi hastane ödeme sistemleri, genellikle aykırı vakalar için ödeme oranlarının düzenlenmesine ihtiyaç duyarlar (Scheller-Kreinsen v.d., 2009: 1-5).

Amaçları (Scheller-Kreinsen v.d., 2009: 1- 5):

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

1.Şeffaflığı Artırmak – Performans Karşılaştırmaları

DRG kavramının orijinal formülünün merkezindeki fikir tüm sınıflandırma sistemlerinde olduğu gibidir: özgün gözüken 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 tanımasıdır. Bu nedenle, DRG'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 DRG'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.

2.Etkinliği Teşvik Etmek – Ödeme ve Kaynak Tahsisi

DRG'lerin arkasındaki ikinci güdü çok açıktır. DRG'ler, hastanelere finansal kaynakları tahsis etmede bir ödeme mekanizması olarak kullanılmaktadırlar. Ödeme mekanizması rolü açısından DRG'nin 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 etmektedir.

ABD’de, DRG’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 DRG’ler çekici hale gelmiştir. Bu kapsamda, prospektif ödeme terimi ortaya çıkarılmıştır. Ancak DRG’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 (DRG’ler, hasta hacmine göre ayarlanan bütçelere göre daha az prospektiftir) açısından çıkış noktası tamamen farklıdır. İlk olarak ABD’de ve daha sonra birçok Avrupa ülkesinde, DRG tipi sistemler, ekonominin genel ilkelerine göre kamu politikası tasarlama paradigmasıyla daha iyi uyum sağlamışlardır. Çünkü DRG’ler etkin kaynak kullanımını teşvik etmede finansal baskı uygulamak için kullanılabilirler. Ancak DRG’lerin bu rolü, metodolojik olarak sağlam bir sistemin yanında dikkatlice dengelenmiş teşvikleri gerektirmektedir.

3.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 DRG’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. DRG, maliyetleri göz önünde tutarak on binlerce tanı ve işlemden yüzlerce grup oluşturur. Her grubun maliyetlerine göre birer ağırlık (bağıl değer) hesaplar. Bu bağıl 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 DRG grubuna yerleştirilir. Vakaların dahil olduğu gruplara ait bağıl değerler toplamı, ödeme katsayısı ile çarpılarak ödenecek rakam belirlenir. DRG, 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 9. DRG 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
Performans artışı	Sistemin kurulmasının karmaşık olması		Düşük bağıl değerli komplike vakalardan kaçınılması

Kaynak: Narmanlı, 2012: 32

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

Tüm DRG 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

DRG-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:

- a) 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).
- b) 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 DRG’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 DRG içindeki tedaviler, türdeş maliyetlerce kategorize edilmelidir. Bir hasta sınıflandırma sistemi

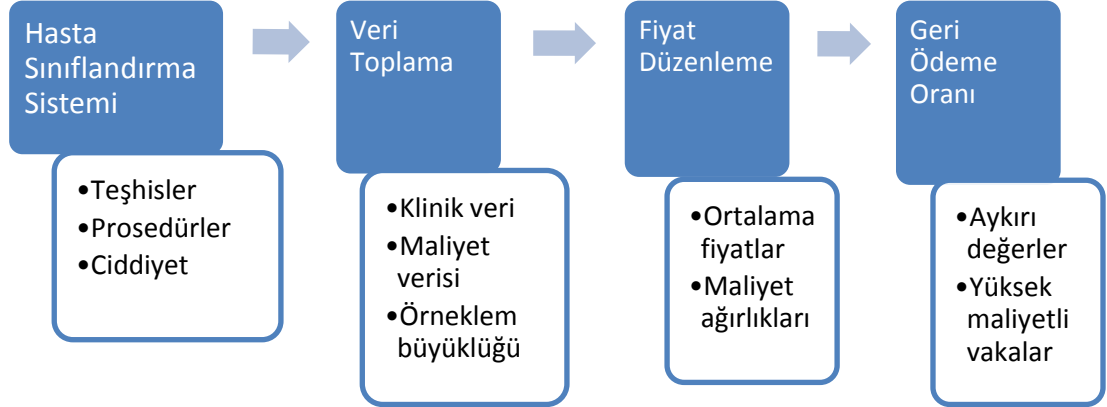
geliştirmek, sadece teşhis ve tedaviler için kodlama sistemlerinin varlığını ve maliyet muhasebesi için tanımlı bir metodolojiyi değil aynı zamanda kodları ve metodolojileri kullanarak hastaneden seçilen bir örneklemden ya da hastanenin tamamında elde edilecek gerçek veriyi gerekli kılar. Bu nedenle, DRG sistemlerini başlatan ülkeler, kendilerine özgü uygulama kalıplarını göstermeyebilecek olsa bile genellikle DRG sistemini başka bir ülkeden ithal ederler.

2) Çıktıyı Ağırlıklandırma veya Fiyatları Tanımlama

DRG'lerin ağırlıklandırma mekanizmaları ve fiyat düzenleri ülkelere göre değişmekle birlikte ortak özellikler mevcuttur. DRG'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 işlemekten sorumlu kurum DRG maliyet ağırlıklarını veya fiyatlarını hesaplamaktadır. Geri ödeme oranını belirlemede iki farklı yaklaşıma gidilebilir. Daha az kullanılan yaklaşım olan doğrudan yaklaşım, tanımlı DRG grubu başına ortalama maliyetleri hesaplamakta ve bunu geri ödeme oranı olarak kullanmaktadır. Daha sık kullanılan dolaylı yaklaşım ise kaynak kullanım yoğunluğuna göre farklı DRG 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 DRG'lerin fiyatı, her DRG'ye verilen DRG maliyet ağırlığı ile maliyet ağırlığı 1 olan referans DRG için düzenlenen fiyatın çarpılması sonucu otomatik olarak hesaplanmaktadır. Her bir DRG grubunun maliyet ağırlığı, referans DRG'ye göreli kaynak tüketim miktarını göstermektedir. Bütün DRG sistemleri, DRG 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 DRG içindeki diğer vakalara yeterince geri ödeme yapılabilmesi için fazla ödemeler almaktadırlar.

Tablo 10. DRG Sisteminin Temel Yapıtaşları



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

Teşvikler ve DRG'ler (Scheller-Kreinsen v.d., 2009: 3):

Birçok ülkede yatan hasta sektöründe, kamu hastaneleri veya kar amaçlı olmayan hastaneler baskın 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 düzenlemeler de etkinliği engelleyebileceği için DRG'lerin etkili ve etkin hizmet sunumunu teşvik ettiği düşünülmektedir. Ancak DRG'ler aynı zamanda, “durgun kanamalı hastayı” şiddetli göstererek hastaneden erken çıkarma gibi istenilmeyen davranışları da teşvik edebilir. Bu nedenle herhangi bir DRG sisteminin başarısı, hizmet sunucuyu sosyal hedeflerle bağlantılı davranışa teşvik etme ölçüsüne bağlıdır.

Özetlendiği gibi, DRG'lerin temel arzulanan hedefi, vakaya dayalı geri ödemenin hastaneleri etkin kaynak kullanmaya teşvik etmesini sağlamaktır. Temeldeki mantık, hastanelerin geri ödemeleri çıktıya bağlandığı, teşhis veya prosedürler açısından ölçüldüğü için hastanelerin hizmet başına (veya DGR başına) kullandığı kaynakları minimum yapmaya teşvik olacağıdır.

Ancak DRG sistemleri, hizmet sunucunun daha belirsiz davranışlara da neden olabilir. DRG 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 DRG'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.

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

DRG'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 şaşırtıcı biçimde azdır. Mevcut çalışmalar, sadece ABD kapsamı üzerinde yoğunlaşmaktadır ve hastane maliyetleri üzerindeki etkileri çok az düşünme eğilimindedirler. Diğer ülkelerdeki DRG 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, DRG'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 DRG uygulamalarını yakın bir zamanda inceleyen uluslararası kanıt, DRG sistemleri ve hizmet başına ödeme rejimlerinin 1990 ve

2004 yılları arasındaki toplam sağlık harcamalarının benzer şekilde etkilediğini göstermektedir.

Sağlık Sonuçları ve Bakım Kalitesi

DRG'lerin sağlık sonuçları ve bakım kalitesi üzerindeki etkileri ile ilgili sistematik kanıtlar çok sınırlıdır. ABD'de yapılan eski çalışmalar, DRG'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 DRG'ler, hastane performansını ve kaynak kullanımını karşılaştırma aracı sundukları için politika yapıcılar için açık şekilde caziptirler. Ayrıca kaynak tahsis araçları olarak istekli rollerinde DRG'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. DRG'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 DRG oranlarını düzenlemedeki düzeltme faktörlerine özel dikkat vermeleri gerekmektedir. Dahası politikacılar, DRG sistemi geliştirmenin ihmal edilmiş bir alanı olan kalitedeki eşitsizlikleri nasıl hesaba katacaklarını düşünmek

zorundadırlar. Ayrıca, DRG'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 DRG sistemiyle bütünleştirilmektedir. Bu yaklaşım, yenilikçi tıbbi cihazların uygulanmasını kolaylaştırmakta ancak zorlamamaktadır. Dahası, bu durum, uzun vadede uygun ve sürdürülebilir olmayabilecek şekilde DRG sistemlerinin karmaşıklığını artırabilmektedir.

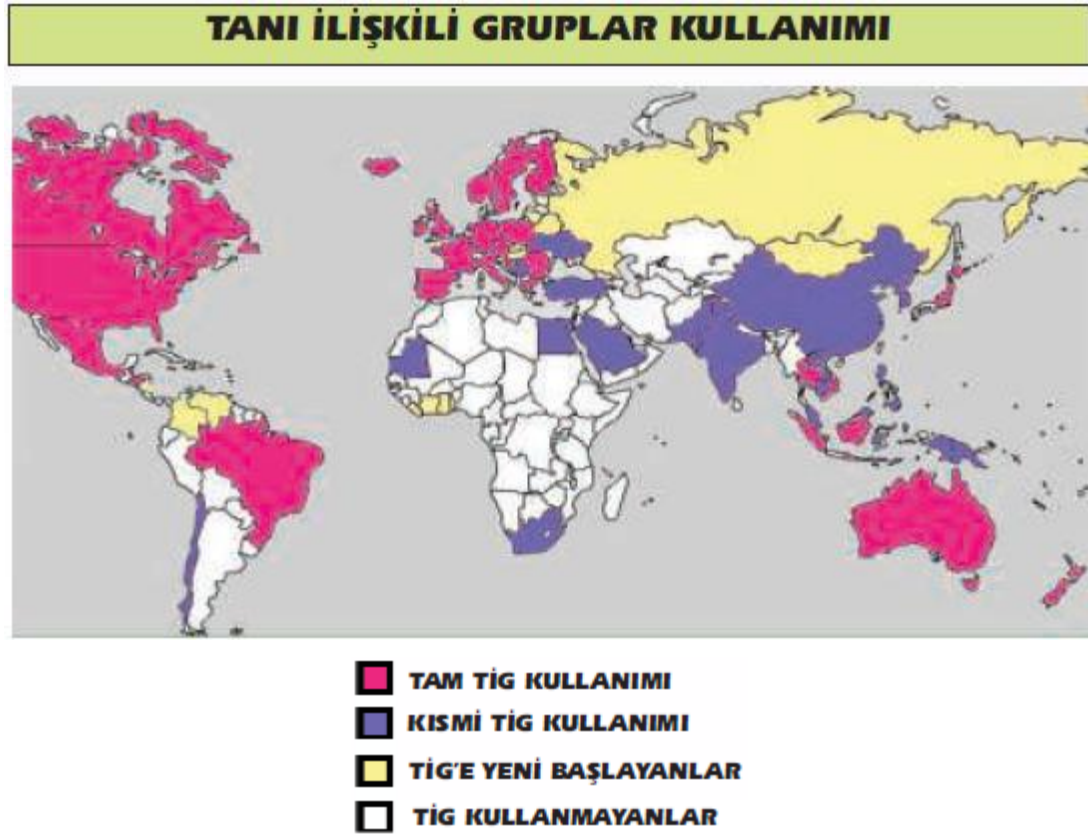
2.2. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE DRG FİNANSMAN UYGULAMALARI

2.2.1. Dünya'da DRG Finansman Uygulamaları

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 başlayan "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 7.'deki haritada gösterilmiştir.

Şekil 7. DRG'leri Kullanan Ülkeler



Kaynak: Burduja, 2007: 6

Dünya'da DRG Bakımından Önde Gelen Ülkeler

DRG sistemi Amerika Birleşik Devletleri - Yale Üniversitesi kaynaklı olmasına rağmen zamanla bu alanda diğer ülkeler ön plana çıkmıştır. Dünya'da DRG 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

DRG bakımında önde gelen ülkelerden birisi olması ve OECD indeksinde de ilk sırada olması arasındaki ilişki incelemeye değerdir.

Avustralya'nın kendi DRG 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>).

DRG 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 “Euro DRG” 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 DRG 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 ICD9-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 oluşmuştur. 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)

DRG 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 DRG sisteminin işletilmesinden ve devamlılığından DRG 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. DRG'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 DRG sistemleri geliştirmesine sürekli zorluklar çıkarmaktadır. Sistemler, klinik uygulamadaki değişiklikleri gösterecek şekilde güncelleştirilmelidir.

Almanya DRG ödeme sisteminde fiyat düzenlemedeki yapısal değişkeni değerlendirirken eyalet tabanlı orandan bir ulusal tabanlı oran

kullanmaya geçmektedir. Ayrıca Almanya psikiyatrik bakımında DRG 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 DRG'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 Finlandiyalılar 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. DRG-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.

DRG 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 DRG 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 DRG sisteminin kullanım amacının faturalandırma veya bütçelendirme aracı olmasına göre yapılmaktadır. Birçok ülke yıllık sağlık harcamaları bütçesini oluştururken, geçmiş yıllardaki DRG istatistiklerini dikkate almaktadır ve ödeme sınırı yılın başında belirlenmektedir. Böylece DRG 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 DRG sistemi faturalandırma sistemi olarak kullanılmaktadır. DRG 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 kullanmaktadır.

2.2.1.1. Amerika Birleşik Devletleri Modeli – İlk DRG Uygulaması

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 DRG gruplarının kullanılmasını, 1 Ekim 1983 tarihinden itibaren zorunlu kılmıştır. DRG gruplarının her birine, diğer gruptaki kaynak tüketimine oranla söz konusu gruptaki tüm hastaların ortalama kaynak tüketimini ölçen bir ağırlık veya faktör atanmaktadır. DRG ağırlıkları bir çarpan faktörü ile çarpılarak, aşağıda anlatılan belli etkenlere göre genel olarak ayarlanabilen bir ulusal DRG ücret listesi oluşturulabilmektedir. Göreli ağırlıkları belirlemek için kullanılan mekanizma oldukça ayrıntılıdır ve titizlikle hazırlanmıştır ve hastanelere ait klinik ve maliyet verilerine gereksinim duyar. DRG 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 üretmiş olduğu hastaların hem miktarını hem de türünü yansıtabilen (örneğin DRG'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. DRG'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. DRG'ler 1983'te ilk olarak uygulandığında yaklaşık 468 adet DRG grubu mevcut idi. DRG ödemesi; bir DRG'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 DRG 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 bazı genel sonuçları aşağıda sunulmuştur (Shah, 2008: 6).:

- Kalış süresinde azalma (1983'ten 1989 yılına kadar 10 günden 8,5 güne)
- Özellikle ilk yıllarda artan, ilerki yıllarda ise istikrara kavuşan Vaka Karması 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 olmuştur veya hiç değişme olmamıştır.

Birleşik Devletler'deki DRG sisteminde meydana gelen en büyük değişiklikler, son yıllarda getirilmiştir. Kısaca, yeni DRG sınıflandırması sisteminde hastanın 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 DRG 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 DRG ödemeleri ile ilişkilendirerek sağlık hizmetinin performansını ve kalitesini ölçmeye başlamıştır.

DRG 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 DRG 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).

2.2.1.2. Avustralya'da DRG Uygulaması

Avustralya, 1985'te Amerika Birleşik Devletleri'nin DRG ödeme yöntemlerinin pilot uygulamalarına başlamıştır ve DRG 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 DRG 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 DRG'ye dayalı ödeme sistemi sağlık hizmetleri finansman politikasının temelini oluşturmaktadır. Hastanelere uygulanan geri ödeme politikaları bu sisteme göre belirlenmekte, yıllık bütçeleme ve ödeme sistemleri hastaneler ve sağlık hizmetleri finansman bölümüyle birlikte kapsamlı planlamalar ve özel çalımsalar 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 DRG 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 (Marshall, 2008: 5).

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 sahip olmaktadır. DRG 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).

Şekil 8. Tipik bir Avustralya Eğitim Hastanesinde DRG Finansmanından Önce ve Sonraki Etkinlik İstatistikleri

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

2.2.1.3. Almanya'da DRG'ye Geçiş Süreci ve İşleyiş

Almanya yakın zamanda DRG sistemine geçiş aşamalarını tamamlamıştır. DRG sistemini uygulama aısından diğerk 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 gerçerk maliyetler de alınmaktadır. Bu veriler Mayıs ayı sonuna kadar hastanelerle görüşülerek iyileştirilmekte ve kalite elemeleri yapılmaktadır (%60'ı elemeyi geçmektedir). Ortaya çıkan sonuçlara göre DRG Enstitüsü tarafından ödemeler değıştirilmekte, yeni gruplar oluşturulmaktadır. Tüm paydaşlarla 6 haftalık ortak çalışma sonrasında mutabakat sağılanarak Ocak ayında yeni DRG'ler ve ödemeler devreye alınmaktadır. Alman sisteminde, hastane katsayısı bulunmamaktadır. 3. basamak sağılık kuruluşları, daha komplike vakalarla ilgilendiğı ve yıllık olarak hasta dağılımları ile maliyetler iyi hesaplanarak gerektiğinde yeni gruplar oluşturulduğundan ve grupların ödemeleri değıştirildiğinden zarar etmemektedirler. %100 hasta kapsaması sağılanmaktadır. Tüm hastane çeşitleri (kamu, özel, üniversite), tüm sigorta kuruluşları (devlet ve özel) ve tüm çalışan tipleri (işçi, memur, esnaf) DRG sistemine dahildir. Her hasta için, gittiğı hastaneden ve yararlandığı sigorta çeşitinden bağımsız olarak aynı hastalığa aynı ücret ödenmektedir (Quentin, 2010: 4-6).

Kalite, DRG Enstitüsü'nden bağımsız kuruluşlar tarafından sürekli kontrol edilmekte, Almanya Sağılık Bakanlığı kaliteyi sağılamak için mevzuatı oluşturmaktadır. Bütün hastaneler 2 yılda bir medikal kalite raporları yayınlamaktadır. Kaliteyi sağılayan bir diğerk 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 DRG-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 DRG-tipi ödeme sistemini düzenleyen tek ödeyicili sistemi seçme özgürlüğü verilmektedir. Bu üç gelişim, Almanya'da DRG-tipi ödeme sisteminin öneminin artmaya devam ettiğini göstermektedir. G-DRG'lerin 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. DRG-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 değişimlerin DRG-tipi ödeme sistemine atfedilebileceğini cevaplamada uygun veri hala yetersizdir (Quentin, 2010: 4-6).

2.2.1.4. Diğer Ülkeler

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. Geçiş periyodu 2012 yılına kadar sürmüştür. Fransa'daki FTÖ sistemi, etkinliği artırma, şeffaflık, 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 gözükmemektedir. 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 DRG 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 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

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

- DRG'ye 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

DRG 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

DRG 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.

2.2.2. Türkiye’de Tanı İlişkili Gruplara Dayalı Geri Ödeme Uygulaması

Ülkemizde hastanelerin geri ödemelerinde kullanılan yeni bir yöntem olan DRG konusunda ilk çalışmalar 2005 yılında Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi (HUAP) adlı proje ile başlamıştır. Bu proje 2009 yılı itibari ile sonuçlanmıştır. DRG çalışması Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi (HUAP) olarak adlandırılan projenin alt çalışma başlıklarından sadece biridir. (www.tig.saglik.gov.tr; TİG Uygulama Rehberi, 2011: 9).

Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi 47 hastanenin katılımıyla Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu ve Hacettepe Üniversitesi’nin hastanelere yönelik

yeni ödeme sisteminin temelini oluşturması amacıyla yürüttüğü bir alt yapı geliştirme faaliyetidir.

Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinin dışında 7 adet hastane pilot hastane olarak seçilmiş olup öncelikle bu hastanelerde DRG uygulamalarının altyapı hazırlık çalışmalarına başlanmıştır (Hacettepe Üniversitesi – Rapor D.B.3.1, 2006).

10-11 Kasım 2005 tarihlerinde Ankara’da “Pilot Hastaneler için DRG Uygulamaları ve Klinik Maliyetlendirme Eğitimi” kapsamında ilgili hastanelerin proje sorumlusu olarak belirlenen başhekim yardımcıları ve hastane yönetimlerinin belirledikleri diğer personel hastanelerde yürütülecek çalışmalar, kullanılacak araçlar konusunda eğitimden geçirilmiştir.

Hastaneler tarafından belirlenen kişiler daha sonra iki grup halinde 13-17 şubat ve 27 şubat-03 Mart 2006 tarihlerinde Ankara’da “ICD-10-AM Kodlama Eğitimi”ne alınmıştır. Klinik maliyetlendirme konusunda çalışacak olanlar ise 01-03 şubat 2006 tarihlerinde Ankara’da eğitime alınmıştır. 21 şubat 2006 tarihinde Ankara’da düzenlenen bir başka seminerde ise hastanelerde bilgi işlem birimlerinde görev yapan gerek hastane personeline gerekse yüklenici şirket elemanlarına kullanılacak yazılımlar, istenilen veriler, veri toplama ve aktarım metodları konularında bilgi ve eğitim verilmiştir.

Bu projenin pilot aşamasıyla ilgili olarak veri girişi, veri birleştirmesi ve episodların AR-DRG’ye göre gruplandırılması için “DRG Klinik Veri Giriş” yazılımı kullanılmıştır. Burdan yapılan veri girişleri merkezde toplanmıştır.

AR-DRG’ye göre gruplandırma için kullanılabilecek veriler, 2005 takvim yılı için Pilot Hastanelerin bilgi sistemlerinden ayıklanmış ve DRG gruplandırması için sunulmak üzere gerekli formata uyarlanmıştır.

Veriler analiz edilmiş ve ACHI standardındaki prosedür kodlarının tanımlanması için gerekli kalemlerin eşleştirilmesi, Türk sınıflandırmasının geliştirilmesini ve eğitim süreçlerini yürütmek üzere çalışmalar gerçekleştirilmiştir. ICD-10-AM'ye yönelik olarak ileriye dönük veri kodlamaya, 1 Ocak 2006 tarihinden sonraki kayıtlar kullanılarak başlanmıştır ve söz konusu veriler, kodlamanın doğruluğu ile klinik kayıt girdisinin tamlığı bakımından analiz edilmiştir.

Proje kapsamında yer alan çekirdek grup elemanları 20-24 Haziran 2005 tarihinde "Sağlık Enformasyon Altyapısı Geliştirme Eğitimi"ne alınmışlardır. Bu eğitim esnasında sağlık sisteminde geri ödeme yöntemleri, DRG'ye dayalı maliyetlendirme gibi konular ağırlıklı olarak işlenmiştir (Hacettepe Üniversitesi – Rapor D.B.3.1, 2006).

Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi 2009 yılı itibariyle sonuçlanmıştır. Bu süreçte oluşan birikimler, Sağlık Bakanlığı bünyesinde Teşhisle İlişkili Gruplar Şubesi'nin oluşturulması ile değerlendirilmeye başlanmıştır (TİG Uygulama Rehberi, 2011).

Sağlık Bakanlığı DRG / TİG Kurumsal Yapılanması ve Uygulamalar:

HÜAP Projesinde oluşan birikimler, Sağlık Bakanlığı bünyesinde Teşhisle İlişkili Gruplar Şubesi'nin oluşturulması ile değerlendirilmeye başlanmıştır. DRG çalışmalarına temel olacak yapı için Avustralya örneği ele alınmıştır. Çalışmanın başlangıcından itibaren ICD 10-AM ve DRG algoritması olarak da AR DRG 5.1 versiyonu kullanılmaya başlanmıştır (TİG Uygulama Rehberi, 2011).

Yapılacak ödemelerde yatan hastalar için DRG sistemi, ayaktan hastalar içinde BBaG (Branş Bazlı Ayaktan Gruplama) ve ayaktan gelip gününbirlik işlem alan hastalar için ise İBaG (İşlem Bazlı Ayaktan Gruplar) sistemi temelinde ödemeler yapılandırılmış ve gerçekleştirilmiştir. Birçok

yönetimsel rapor bir takım internet ara yüzleri ile hem SB'nda hem de sahada her bir hastane için yapılandırılmıştır. Bu amaçla DRG karar destek sistemi, Web servis, Web yönetim, Klinik kodlamacı profil ara yüzleri oluşturulmuştur. DRG temelinde hastane ödemeleri, 01 Aralık 2010 tarihinde 50 pilot hastanenin Kasım dönemine ilişkin sağlık hizmeti bedellerinin yatan hastalar için Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG/DRG), poliklinik hizmetleri için Branş Bazlı Ayaktan Gruplama (BBaG) ve günübirlik işlemler için İşlem Bazlı Ayaktan Gruplama (İBaG) sistemi doğrultusunda ödenmesiyle başlamıştır.

Sağlık Bakanlığında, Kasım 2010 döneminde 50, Aralık 2010 döneminde 256 hastaneye DRG'ye göre ödeme yapılmıştır. Ocak ayı 2011'de ise hastane sayısı 555'e (yatan hasta sayısı düşük entegre ilçe hastaneleri hariç, 50 yatak üzeri tüm hastaneler) çıkarılmıştır. Başlangıçta Sağlık Bakanlığının global bütçesinin %10'u DRG'ye göre dağıtılmış olup bu oran Ağustos 2011 döneminde %100'e çıkarılmıştır. Ancak bazı 3.Basamak Hastanelerin aşırı miktarda az geri ödeme alması sonucu 2011 Ekim sonuna kadar %5 üzerinden dağıtım yapılmıştır. Sağlık Bakanlığının 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yeniden yapılandırılması sonrası, hastanelere DRG üzerinden geri ödeme yapılmamış olup, 2012 yılı ve 2013 yılı sonu itibarı ile halen klinik ve demografik veriler ilgili yazılım üzerinden hastanelerden toplanmakta ancak herhangi bir maliyet verisi toplanmamaktadır.

2013 yılı itibarı ile Avustralya ile lisans anlaşmasında (AR-DRG Modeli) son aşamaya gelinmiştir.

Teşhis İlişkili Gruplar (TİG/DRG) faaliyetleri, Türkiye çapında sayıları 555'i bulan miktarda Sağlık Bakanlığı hastanesinin klinik verilerinin toplanıp incelenmesi, uygun gruplara atanması ve bu temellerde yatan hastalara yönelik geri ödeme oranlarının belirlenmesi çalışmalarının yapılmasını içermektedir. Faaliyet kapsamına bakıldığında en göze çarpan, Sağlık

Bakanlığına bağlı hastanelerin yatan hasta geri ödemelerine doğrudan etki edecek verilerin oluşturulması çalışmalarıdır. Hem sağlık politikalarının şekillendirilmesi, hem geri ödemede global bütçe üzerinden adil dağıtım sağlanabilmesi açılarından önemli olan bu faaliyetlerin daha üst düzey bir yapılanma ile yerine getirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Ekim 2012 itibariyle *“Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı”* kurulmuştur.

Üniversite ve Özel Hastanelerde TİG/DRG (www.tig.saglik.gov.tr):

42 Üniversite hastanesinin klinik kodlayıcısının eğitimi, 2010 Kasım ayında Ankara Üniversitesi ile birlikte yapılarak tamamlanmıştır. İlk olarak Erciyes Üniversitesi Hastanesi DRG sistemine veri göndermeye başlanmıştır. Özel sektörün klinik kodlayıcı ihtiyacını karşılamaya yönelik Aralık 2012 – Mart 2013 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı tarafından eğitimler düzenlenmiştir.

27 Haziran 2013 tarihinde İstanbul’da özel hastanelere ve üniversite hastanelerine yönelik TİG bilgilendirme toplantısı gerçekleştirilmiştir.

Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi tarafından Özel ve Üniversite Hastanelerine yönelik TİG Temel Klinik Kodlama Eğitimi 15 Ağustos 2013 tarihinde düzenlenmiştir.

19. ICD-10 AM Klinik Kodlama Temel Eğitimi 6-10 Ocak 2014 tarihleri arasında Ankara’da Kamu hastanelerinden 66 kişi, Özel hastanelerden 32 kişi, Üniversite hastanelerinden 8 kişi ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumundan 5 kişi olmak üzere toplam 101 kişi eğitime katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA TANI İLİŞKİLİ GRUPLARA (DRG / TİG) DAYALI MALİYETLENDİRME VE KLİNİK KODLAMA METODOLOJİSİ

3.1. SAĞLIK KURUMLARINDA MALİYET MUHASEBESİ VE DRG'YE DAYALI MALİYET BELİRLEME METODOLOJİSİ

İşletmelerde üretilen mamül ve hizmetlerle ilgili olarak ortaya çıkan maliyetlerin oluşumunun belirlenip izlenmesi, etkin bir maliyet muhasebesi sisteminin varlığı ile mümkün olabilmektedir.

Maliyet muhasebesi sistemi; *"Bir işletmede üretilen mal ve hizmet birimlerinin elde edilmesi ve bunların alıcılara ulaştırılıp paraya çevrilmesi için, işletmenin yaptığı fedakarlığın parasal ölçüsünü gösteren maliyetlerin, hangi giderlerden oluştuğunu belirleyen, sözkonusu giderleri; türleri, fonksiyonları ve gider yerleri bakımından hesap planındaki sınıflandırma doğrultusunda kaydedip izleyen, bu bilgilerin inceleme ve yorumunun yapılmasına imkan verecek raporların hazırlanmasını ve maliyetlerin kontrolünü amaç bilen işlemler bütünüdür"* olarak tanımlanmaktadır (Akdoğan, 2009: 6).

Maliyet muhasebesi hizmet işletmelerinde özellikle sağlık hizmeti sunan işletmelerde son derece önemlilik arz etmektedir. İster özel kuruluş ister devlet desteğinde oluşturulan sağlık birimleri olsun maliyetlerini hesaplayarak rekabet şanslarını artırmak durumundadırlar. Devlet açısından rekabeti vatandaşlarına daha fazla hizmet sunumu açısından algılamak gerekir. Bugün devlet hastanelerinde yeni başlayan maliyet işlemleri çok yakın bir gelecekte olumlu sonuçlar ortaya çıkararak, sosyal devlet

anlayışının gereklerini daha pozitif olarak yerine getirmesi sağlanacaktır (Karasioğlu, 2007: 88).

Hastaneler, maliyet minimizasyonu gerçekleştirerek en düşük maliyetle sağlık hizmeti üreterek, faaliyetlerin ve yatırımların sürdürülebilirliği için yeterli kar elde etmeyi amaçlarlar. Hastane maliyet muhasebesi, hastane finansal muhasebe alt sistemlerinden aldığı finansal bilgileri, hastane işletmesinin hizmet üretim maliyetlerinin belirlenmesi için kendine özgü teknikler ile kaydeden, sınıflayan ve raporlayan bir finansal bilgi sistemidir. Hastane maliyet muhasebe sisteminin temel amacı, finansal ve idari planlamalara yardımcı olmak ve hastane maliyet analistlerine kolay işleyebilecekleri düzenli ve sistemli maliyet bilgilerini sunmaktır (Akasheva, 2003: 37).

Sağlık işletmelerinin hizmet işletmeleri olmalarının doğal sonucu işletme içi değer hareketleri çoktur. Ayrıca hastanelerin çevresi ile olan ilişkileri karmaşık olduğundan finansal muhasebe ön plana çıkmaktadır. Ancak yöneticilerin, maliyet ve teknik etkinlik konularının denetlenmesi, hizmet kalitesinin belirlenmesi, kapasite planlanması gibi konularda bilinçlenmesi, maliyet bilgilerine gittikçe artan bir önem vermelerine neden olmaktadır. Bu gereksinimler sağlık işletmelerinin hem stok değerlendirme sorunların karmaşık olması hem de üretim süreçlerinin karmaşıklığı nedeni ile maliyet muhasebesinin sunduğu hizmetlere muhtaç olduğunu ortaya koymaktadır (Bennett, 1989: 73).

3.1.1. Gider Yerleri

Gider yeri; başında sorumlu bir yöneticinin bulunduğu ve giderleri denetlenebilir bir örgüt birimidir. Gider yeri, üretim ve diğer hizmetlerin yapıldığı, maliyetlerin oluştuğu, işletmenin bir birimini veya birim içindeki bir yeri ifade etmektedir. İşletmeler, gider yerlerini belirlerken genelde işletmenin

organizasyon şemalarını esas alırlar. Ancak gider yerlerinin sınıflandırılmasında ve isimlendirilmesinde bazı metotlar da uygulanmaktadır. Bu yöntemleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Aras, 2010, 7-8):

Yerel Bölümleme: Yer bakımından aynı özellikleri taşıyan veya diğerlerinden belirli fiziksel unsurlarla ayrılabilen yerlerden her biri, tek tek veya gruplandırılarak bir gider yeri olarak kabul edilir. Bu ayırmda temel ölçüt fiziksel mekandır. Örneğin hastanenin her bir katının ayrı bir gider yeri olarak sınıflandırılması gibi.

Fonksiyonel Bölümleme: Bu bölümlemde aynı işi yapan personel, araç ve gereçten oluşan her birim, ayrı bir gider yeri olarak kabul edilir. Burada temel ölçüt mekan değil, mekanda yapılan iştir. Örneğin, hastanenin bir katındaki dahiliye kliniğinin bir gider yeri olarak sınıflandırılması gibi.

Sorumluluklara Göre Bölümleme: Başında sorumlu bir yöneticisi bulunan her örgüt birimi ayrı bir gider yeri olarak kabul edilir. Gider yerlerinin sınıflandırılmasında ideal olan, yukarıdaki üç yöntemin mümkünse bir arada uygulanmasıdır. Genel kural olarak; maliyet belirleme ve denetim çalışmaları açısından önem taşıyan belirli bir iş, belirli bir yerde ve belirli bir kişinin sorumluluğu altında yapılıyorsa, bunun tartışmasız olarak ayrı bir gider yeri olarak kabul edilmesi gerekir. Bu yöntemlerin bağdaşmaması durumunda hangi bölümlemenin temel alınacağı işletme yöneticisinin kararı ile belirlenir.

Sağlık kuruluşlarında gider yerleri belirlenmesinde fonksiyonel bölümleme temel olarak kullanılmaktadır. Gider yerlerinin sınıflandırılmasında ise Tekdüzen Muhasebe Sistemi (TMS)'nin gider yerleri sınıflandırması (sekizli sınıflaması) esas alınmalıdır. TMS sınıflamasına göre gider yerleri 1-8 arası sayısal kodlarla tanımlanacak biçimde aşağıdaki gibi yapılmalıdır (Aras, 2010: 9-10):

1. *Esas Üretim Gider Yerleri (EÜGY)*: İşletmenin ana faaliyet konusu ile ilgili mal veya hizmet üretiminin gerçekleştirildiği birimlerdir. Sağlık kuruluşlarında herhangi bir bilim dalı altında bağımsız olarak yürütülen poliklinik, klinik, ameliyathane, doğumhane, yoğun bakım, klinik laboratuvarları ve eğitim hizmeti üretimi birimleri EÜGY olarak sınıflandırılır.

2. *Yardımcı Üretim Gider Yerleri (YÜGY)*: İşletmenin ana faaliyet konusu olan mal veya hizmet üretimine yardımcı mal veya hizmet üreten işletme birimleridir. Sağlık kuruluşlarında görüntüleme merkezleri, laboratuvarlar, klinik uzmanlıklarına bağlı laboratuvarlar, müşterek kullandıkları takdirde ameliyathaneler ve doğumhaneler ile sağlıkla ilgili mal üreten, protez, ortez, ilaç, serum üretim laboratuvarları gibi yerleri YÜGY'ler arasında sınıflandırılır.

3. *Yardımcı Hizmet Gider Yerleri (YHGY)*: İşletmenin ana faaliyet gider yerlerine ve diğer gider yerlerine müşterek nitelikte destek hizmet üreten birimlerdir. Sağlık kuruluşlarında hasta kabul, merkezi sterilizasyon, teknik bakım ve onarım merkezleri gibi yerler YHGY olarak sınıflandırılır.

4. *Yatırım Gider Yerleri (YGY)*: İşletmenin duran varlıklarından birisine dönüştürülmek üzere yapımı veya inşası devam eden bina, tesis gibi yatırım amaçlı gider yerleridir. Sağlık kuruluşlarında yapılmakta olan herhangi bir tesis veya bina YGY olarak nitelendirilir.

5. *Üretim Yerleri Yönetimi Gider Yerleri (ÜYYGY)*: Üretim hizmetlerinin planlama, puantaj ve denetim gibi hizmetlerini yürütmek üzere, üretim birimlerine bağlı olarak kurulmuş bulunan gider yerleridir. Sağlık kuruluşlarında pek fazla rastlanmayan bir gider yeri türüdür.

6. *Araştırma ve Geliştirme Gider Yerleri (AGGY)*: İşletmelerde yeni bir ürün geliştirmek, yeni bir teknoloji geliştirmek, eski bir teknolojiyi iyileştirmek amacıyla kurulan her türlü araştırma ve geliştirme ünitesi bu grupta sınıflanır.

Örneğin sağlık işletmelerinde biyomedikal ürün araştırma ve geliştirme merkezleri bu grupta yer almalıdır.

7. Pazarlama Satış ve Dağıtım Gider Yerleri (PSDGY): Pazarlama satış ve dağıtım ile ilgili işletme birimlerinin sınıflandırıldığı gider yerleridir. Sağlık kuruluşlarında halkla ilişkiler, kurumsal ilişkiler gibi birimler PSDGY'ler arasında nitelendirilir.

8. Genel Yönetim Gider Yerleri (GYGY): İşletmelerin genel yönetim, finansal yönetim, insan kaynakları yönetimi birimleri ve sosyal amaçlı birimlerinin sınıflandırıldığı gider yerleridir. Sağlık kuruluşlarında başhekimlik, hastane müdürlüğü, finans direktörlüğü, bilgi işlem birimleri gider yerleri GYGY'ler arasında sınıflandırılmaktadır (Durukan, 2006: 50-52).

3.1.2. Giderlerin Sınıflandırılması

Günümüzde sağlık bakım endüstrisinde kapasite kullanım oranının düşüklüğü, daha gelişmiş hizmetlere olan talep, yanlış hükümet program ve politikaları gibi nedenlerle sunulan hizmet maliyetleri önemli derecede artmaktadır. Sağlık işletmelerinde maliyetlerin kontrol ve denetim altına alınabilmesi için öncelikle giderlerin sınıflarına göre bilinmesi zorunludur (Ocak v.d., 2004:5).

Giderler; çeşitlerine, işletme fonksiyonlarına, ürünlere yüklenmesine, faaliyet hacmiyle olan ilişkilerine, kontrol edilebilirlik özelliklerine ve fiili olup olmamasına göre değişik açılardan sınıflandırılabilmektedir.

Giderlerin Çeşitlerine Göre Sınıflandırılması

Gider çeşitleri (türleri), giderlerin doğal adları olarak da ifade edilmektedir. Giderlerin ortaya çıkması gerçekte çeşit ya da doğal adına göre olmaktadır. Gerek teoride, gerekse uygulamada kabul görmüş; Tekdüzen Muhasebe Sistemine (TMS) uygun olan sınıflandırma şöyledir: İlk Madde ve Malzeme Giderleri, İşçi Ücret ve Giderler, Memur Ücret ve Giderleri, Dışarıdan Sağlanan Fayda ve Hizmetler, Çeşitli Giderler, Vergi Resim ve Harçlar, Amortisman ve Tükenme Payları, Finansman Giderleri.

Giderlerin İşletme Fonksiyonuna Göre Sınıflandırılması

Bu sınıflama, işletme fonksiyonlarına göre oluşan giderler göz önüne alınarak yapılmış bir sınıflamadır. Bu sınıflamada gider türleri şöyledir: Tedarik Giderleri, Üretim Giderleri, Araştırma ve Geliştirme Giderleri, Pazarlama Giderleri, Yönetim Giderleri, Finansman Giderleri (Akar, 2004: 92).

Giderlerin Hizmetlere Yüklenmelerine Göre Sınıflandırılması

Belirli bir mal veya hizmetin üretim maliyetine doğrudan doğruya yüklenip, yüklenememesine göre giderler direkt ve endirekt olarak ikiye ayrılmaktadır. Direkt Giderler, belirli bir mal veya hizmetin üretim maliyetine doğrudan doğruya yüklenebilen giderlerdir. Endirekt Giderler, bir mal veya hizmetin üretim maliyetine doğrudan yüklenemeyen, dağıtımında bir takım dağıtım ölçütleri kullanılan giderlerdir.

Giderlerin Faaliyet Hacmiyle Olan İlişkilerine Göre Sınıflandırılması

Giderler, faaliyet hacmiyle ilişkileri açısından temelde sabit giderler, değişken giderler ve karma giderler olmak üzere üç grupta toplanmaktadırlar. Herhangi bir dönemde, bir gider önceki döneme göre farklılık gösterebilir.

Bunun nedeni, işletmede yerine getirilen faaliyetlerde gerek büyüklük, gerekse çeşit olarak farklılıklardır. Faaliyet hacmi, bir sağlık kurumunda verilen hizmetin büyüklüğü olarak tanımlanmaktadır. Örneğin; belirli bir dönemde yatan hasta sayısı, ayaktan hasta sayısı, yapılan ameliyat sayısı, idrar testi sayısı gibi (Gündüz v.d., 2002: 20).

3.1.3. Sağlık Kurumlarında Giderlerin Sınıflandırılması

Sağlık kurumlarında direkt malzeme, direkt işçilik ve genel üretimden oluşan üretim maliyetleri gider olarak adlandırılabilir.

3.1.3.1. Direkt Malzeme Giderleri

Hastane hizmetinin ayrılmaz bir parçası olan, üretimin içerisinde mutlaka bulunan, ne kadar harcadığı ve parasal değeri doğrudan tespit edilebilen malzemelerdir. Bu malzemeler ilaç ve serum ile tıbbi sarf malzemesi olarak iki grupta toplanabilir. Bu giderlerin kaydının yapılması tıbbi nedenlerle zorunluluk olduğundan maliyet muhasebesi açısından da izlenmesi kolaydır. Kamu hastanelerinde mizanlardan ve ayniyat muhasebesinden, özel hastanelerde ise bilgisayar kayıtlarından izlenebilmektedir (Talakacı, 2009: 44).

Hastane işletmelerinde malzemeler niteliklerine göre (Pişkin, 2005: 53):

- Tıbbi malzemeler (enjektör, gazlı bez, pamuk vb.)
- Cerrahi malzemeler
- Kimyevi maddeler (laboratuarda kullanılan kimyasallar vb.)
- İlaçlar
- Temizlik malzemeleri
- Kırtasiye malzemeleri

3.1.3.2. Direkt İşçilik Giderleri

Sağlık hizmetinin üretilmesi için mutlaka gerekli olan ve üretilen sağlık hizmeti ile doğrudan ilişkili olan personel giderlerinden oluşmaktadır. Sağlık hizmetinin sunulmasında doğrudan görev alan hekimler ve yardımcı sağlık personelinin aldıkları maaş ve ücretler hastaneler için direkt işçilik giderleridir. Bu giderler maaş bordrolarından izlenebilmektedir (Altıntaş, 2003: 58).

Hastanelerde çalışmakta olan iş gücünün çeşitliliği nedeniyle ücretlerin belirlenmesinde aşağıdaki gibi sınıflandırılması gerekmektedir (Pişkin, 2005: 55):

- Hekim ücretleri (bu gruba hastanede tam gün yada yarım gün çalışan bordrolu hekimlerin ücretleri dahil edilmelidir.)
- Hemşire ücretleri
- Diğer sağlık personeli ücretleri (radyolog, laborant, vb.)
- İdari personelin ücretleri (hastanenin muhasebe, personel, vb. genel yönetim departmanlarında çalışan memurların ücretleri)
- Yardımcı personelin ücretleri (hastanede çamaşırhane, sterilizasyon, mutfak vb. destek hizmetlerinin görüldüğü departmanlarda çalışan personelin ücretleri)

3.1.3.3. Genel Üretim Giderleri

Hastanedeki hizmet üretimi için gerekli olan ve direkt malzeme ve direkt işçilik dışında kalan tüm giderlerdir. Genel üretim giderlerinin en önemli özelliği, sunulan hizmetin var olabilmesi için mutlaka gerekli olması, ancak çıktı miktarı ile arasında doğrudan ilişki kurulamamasıdır. Başlıca genel üretim giderleri şunlardır: endirekt işçilik, kira, yiyecek, genel sarf malzemesi, haberleşme, kırtasiye, amortisman ve tükenme payları, vergi, resim, harçlar,

temizlik malzemesi, taşıma, tanıtım, bakım onarım, dışardan sağlanan hizmet ve sair giderler (Talakacı, 2009: 45).

3.1.4. Sağlık Kurumlarında Giderlerin Dağıtılması

İşletmede üretilen mamul ve hizmet maliyetlerinin ölçülebilmesi için, giderlerin ayrıntılı olarak izlenmesi ve söz konusu giderlerin mamul ve hizmet maliyetleri ile ilişkilendirilmesi gerekir. Maliyet muhasebesinin amaçlarından birisi de, maliyetlerin gider yerleri ve mamul birimleri itibarıyla oluşumunu izlemek ve maliyet kontrolünü gerçekleştirmektir. Giderlerin dağıtılması ile ilgili olarak üç dağıtım ortaya çıkmaktadır:

1. Gider çeşitlerinin gider yerlerine dağıtılması (1. Dağıtım)

Direkt ilk madde ve malzeme giderleri ve direkt işçilik giderlerinin hem sunulan hizmete, hem de gider yerlerine doğrudan doğruya aktarılması mümkündür. Buna karşılık, sağlık kuruluşlarında tek tip hizmet sunulmadığı için, genel üretim giderlerinin gider yerlerine ve hizmet maliyetlerine doğrudan aktarılması mümkün olamamaktadır. Bu nedenle, genel üretim giderlerinin gider yerleri ve hizmetlerle ilişkilendirilmesinde dağıtım ölçütlerinden yararlanılmaktadır (Gündüz v.d., 2002: 71).

2. Yardımcı üretim gider yerleri ile yardımcı hizmet gider yerlerinde toplanan giderlerin dağıtılması (2. Dağıtım)

Giderlerin birinci dağıtımı ile gider yerlerinin direkt giderleri belirlenmiş olur. İkinci dağıtım aşamasında yardımcı hizmet gider yerlerindeki giderler ve yardımcı üretim gider yerlerindeki giderler, esas üretim gider yerlerine dağıtılır. Gider yeri giderlerinin dağıtımında esas alınan temel kriter, gider yerlerinin aralarındaki hizmet ilişkileridir. Örneğin yardımcı hizmet üretim

gider yeri olan bir yemekhane sadece esas üretim gider yerlerine değil, diğer üretim gider yerlerine de hizmet vermektedir (Karakaya, 2006: 318- 319).

Gider dağıtımlarının yapılmasında kullanılabilecek dağıtım ölçütleri Tablo 11’de gösterilmektedir.

Tablo 11. Hastanelerde Gider Dağıtımlarında Kullanılabilecek Dağıtım Anahtarları

BÖLÜMLER	MALİYET DAĞITIM ÖLÇÜTLERİ
Eczane	1. dağıtım ilaç gider toplamı
Ameliyathane	Ameliyat sayısı, Ameliyathanede bölümlere ayrılan süre
Anestezi	Ameliyat istek sayısı, Ameliyathanede bölümlere ayrılan süre
Kan Bankası	Bölümlerden gelen istek sayısı, Verilen her 500 mililitrelik kan miktarı
Patoloji	Tetkik sayısı
Doğumhane	Doğum sayısı
Yoğun Bakım ve Ayılma Odası	Hastanın Kalış Süresi
Röntgen	Film sayısı (ağırlıklı)
Radyoterapi	Seans sayısı
Steril Depo	Dönüştürülmüş set sayısı, Bölümlere gönderilen aletlerin değeri veya yüzdesi
Diyet	Dönüştürülmüş öğün adedi, Yatan hasta+personel sayısı
Ev İdaresi	Saat miktarı (metrekareye göre)
Oksijen Tedavi	Verilen oksijen saat miktarı
Tıbbi Gazlar	Sayaç göstergesi (metreküp), Gaz uygulama sayısı veya süresi
Bakım-Onarım Atölyesi	İstek belgesi sayısı (ağırlıklı)
Çamaşırhane	Yıkanan çamaşır miktarı (kilogram veya adet)
Terzihane	Dönüştürülmüş parça adedi, dikilen miktar (metre)
Yemekhane	Yatan hasta gün sayısı ve personel sayısı
Personel Yatakhane	Misafir edilen personel sayısı
Ulaştırma hizmetleri	Kullanılan kilometre
Sıhhi Tesisat	Kilowatt/saat, ağırlıklı buhar (kilogram), Radyatör adedi, metreküp
Arşiv	İşlem sayısı, Dosya sayısı
Hasta Kabul	Yatan hasta sayısı
Sosyal Hizmetler	Verilen hizmet saati, Vaka adedi
Kafeterya	Personel sayısı
Isıtma giderleri	metrekare

Kaynak: Durukan, 2006: 80

3. Esas üretim gider yerlerinde toplanan giderlerin, o gider yerinde üretilen mamul ve hizmet maliyetlerine yüklenmesi (3. Dağıtım)

Esas üretim gider yerlerinde toplanan giderlerin o gider yerlerinde üretilen mamul veya hizmet maliyetine yüklenmesine üçüncü dağıtım denir.

Klinik maliyetleri yatılan gün sayısına, poliklinik maliyetleri muayene sayısına, ameliyathane maliyetleri hastanın ameliyathanede kalış süresine, yoğun bakım maliyetleri ise yatılan gün sayısına bölünerek hesaplanır. Böylece hastanenin herhangi bir biriminde tedavi olan hastanın ortalama birim maliyeti hesaplanmış olur (Durukan, 2006: 88).

3.1.5. Tanı İlişkili Gruplara Dayalı (DRG) Maliyet Belirleme Yöntemleri

DRG ya da Casemix (vaka karması) maliyetlendirme yöntemi hastanelerde gider yerlerinin hasta epizot ve DRG'leri bazında istatistiksel analizlerinin incelenmesini sağlar. Hastanede maliyetlendirme altyapısının oluşturulmasının birçok avantajı vardır (Hacettepe Üniversitesi, 2006: 36):

- Paranın kolay yönetimini sağlar.
- Finansman yapısının avantajlarını sağlar.
- Kontrat yönetim kalitesinin artırılmasını sağlar.
- Finansal yönetim kalitesinin arttırılmasını sağlar.
- Kaynak kullanım ve planlama kalitesinin arttırılmasını sağlar.
- Diğer hastane verileri ile kıyaslama imkanı sağlar.

Maliyet, hastanelerde hasta epizotunda hastanın giderlerinin nereye harcandığını görmemizi sağlayarak, elde edilen verilerin hastane düzeyinde, hastane departmanları düzeyinde ve hasta bazında incelenmesini sağlar. Maliyetlendirme, hasta bazında direkt ve indirekt giderleri belirlemek için yapılmaktadır (Hacettepe Üniversitesi, 2006: 36-37):

Direkt giderler; hasta epizodu bazında yapılan tedavi giderlerinden oluşmaktadır. Örneğin, radyoloji giderleri, eczane/ilaç giderleri, laboratuvar giderleri, doktor/hemşire ücretleri gibi. Direkt giderler, bireysel hasta bakımıyla direkt ilişkisi olmayan, hastanelerin genel yönetim giderleri ve yönetsel işleyişi ile ilgili olan giderlerden farklıdır.

Genel giderler; hasta tedavi epizodu dışında kalan hastane harcamalarından oluşmaktadır. Örneğin, çamaşırhane giderleri, ev idaresi giderleri, elektrik giderleri ve amortisman giderleri...gibi. Genel giderler hasta giderlerinin içine direkt olarak eklenmezler bununla birlikte genel giderlerin toplam maliyetler içine dağıtılması gerekmektedir.

Gider yerleri sağlık kuruluşlarında benzer personel, ekipman ve yöntem kullanan sağlık departmanlarından oluşur. Hastanelerde gider yerleri departmanlardan oluşur. Casemix maliyetlendirme metodolojisinin içinde bazı gider yerleri Direkt Gider Yerleri olarak tanımlanırken bazıları da İndirekt Gider Yerleri olarak tanımlanmıştır. Ameliyathane, radyoloji gibi bölümler direkt gider yeri olarak adlandırılırken, çamaşırhane, merkezi sterilizasyon gibi bölümler indirekt gider yeri olarak adlandırılır.

3.1.5.1. DRG Maliyetlendirme Metodolojileri

Klinik maliyetlendirme için gerekli olan veriler 6 aylık ve 12 aylık dönemler olmak üzere yılda iki defa toplanır. Veri toplama aşamasında yukarıdan aşağıya maliyetlendirme ve aşağıdan yukarıya maliyetlendirme metodolojileri kullanılmakta olup, ayrıca her iki yöntemi içeren karma maliyetlendirme metodolojisi de kullanılmaktadır: (Hacettepe Üniversitesi, 2008: 9)

Yukarıdan Aşağıya Maliyetlendirme (Maliyet Modelleme) Metodolojisi: Maliyet modelleme metodolojisi hastane mizanı ve ilgili tablolardan maliyet

verisinin hastalara dağıtım sürecidir. Gerçek tutarların hesaplanmadığı durumlarda maliyetler tahmin edilerek kaynak kullanımlarına göre dağıtılır. Maliyet dağıtım sürecinde çeşitli oranlar ve yöntemler kullanılmaktadır. Yukarıdan aşağıya maliyetlendirme yapabilmek için departmantal düzeyde maliyet verisi toplanılmaktadır.

Aşağıdan Yukarıya Maliyetlendirme (Hasta Bazında Maliyetlendirme)

Metodolojisi: Hasta düzeyinde maliyetlendirme tüm maliyet verilerinin hasta bazında toplanmasıdır. Örneğin hastalara kullanılan ilaç ve malzemeler gibi. Hesaplanan maliyet, bir kabulde hasta bakımı için harcanan toplam tutarı yansıtır.

Hasta bazında ve kaynak kullanım verilerinin toplanması ilgili bilgi sistemleri aracılığı ile yapılmaktadır. Diğer yandan departmanlara göre giderlerin toplanması Gider Dağıtım Tablosu aracılığı ile yapılmaktadır. Hasta bazında veri Minimum Taburcu Veri Seti ile sağlanır ve bu da hasta bazında ve kaynak kullanım verisini içerir. Gider Dağıtım Tablosu ise departmanlara göre gider çeşitlerinin dağılımıdır. Gider Dağıtım Tablosu'ndaki değerler farklı tablolardan gelmektedir; mizan, gelir tablosu ve bilanço gibi. Bu veri kaynakları ilgili yazılım programı ile analize tabi tutulmaktadır. Bu program, ilk etapta Genel Yönetim Giderleri'ni Direkt Giderlere dağıtır ve Direkt Giderleri de DRG'lere aktarır. Sağlık kurumları için DRG maliyetlendirme süreci iki basamaktan oluşmaktadır. İlki Departmantal maliyetlendirme sürecidir.(Gider dağıtım tablosu aracılığı ile). Bu yöntemde hastane giderleri gider yeri ve çeşitleri olarak ayırma tabi tutulur. Gider çeşitleri gider yerlerine belli oranlara göre dağıtılır. İkincisi ise DRG bazında Casemix maliyetlendirme sürecidir. Bu yöntemde de maliyetler DRG'lere dağıtılır (Hacettepe Üniversitesi, 2008: 37-38):

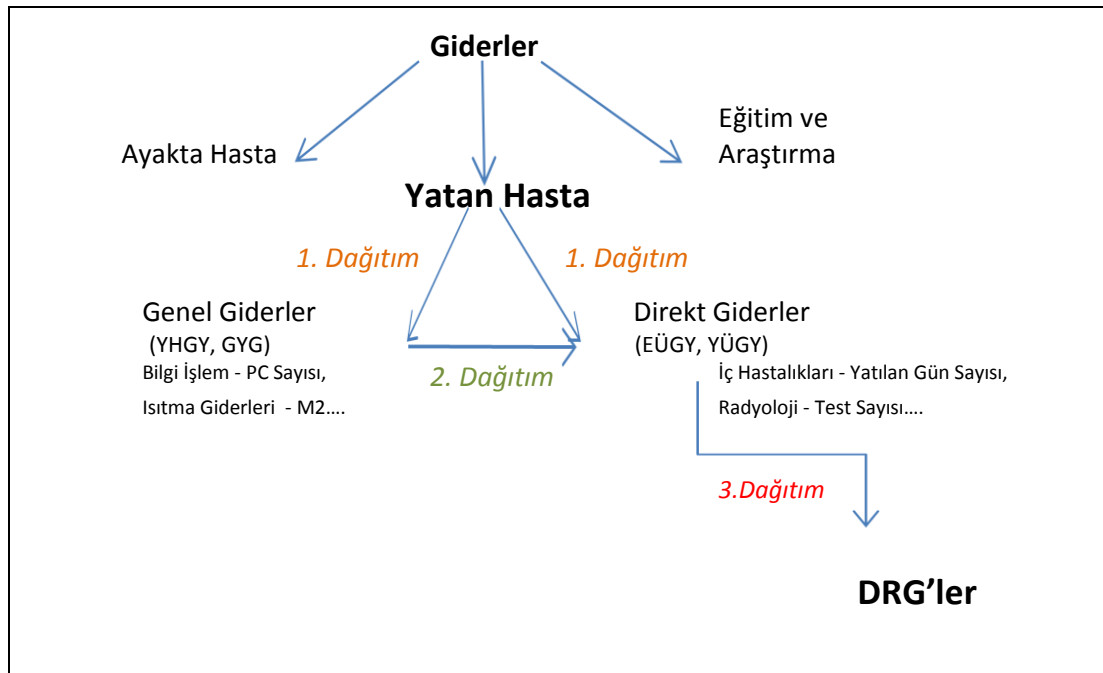
Departmental Maliyetlendirme (Gider dağıtım tablosu aracılığı ile)

Hastane mizanında bulunan tüm gider çeşitleri hastanede yer alan gider yerlerine gider dağıtım tablosu aracılığı ile manuel olarak dağıtılmaktadır. Gider Çeşitleri ve Yerleri Tekdüzen Hesap Planı'na göre ve Tıpta Uzmanlık dallarına göre ayrılmıştır. Oluşturulan bu tablo resmi evraklar referans alınarak doldurulmaktadır. İlk etapta mizan rakamları gider çeşitlerine yüklenmekte ikinci adım olarak bu toplam tutarlar departmanlara belli kriterler kullanılarak dağıtılmaktadır.

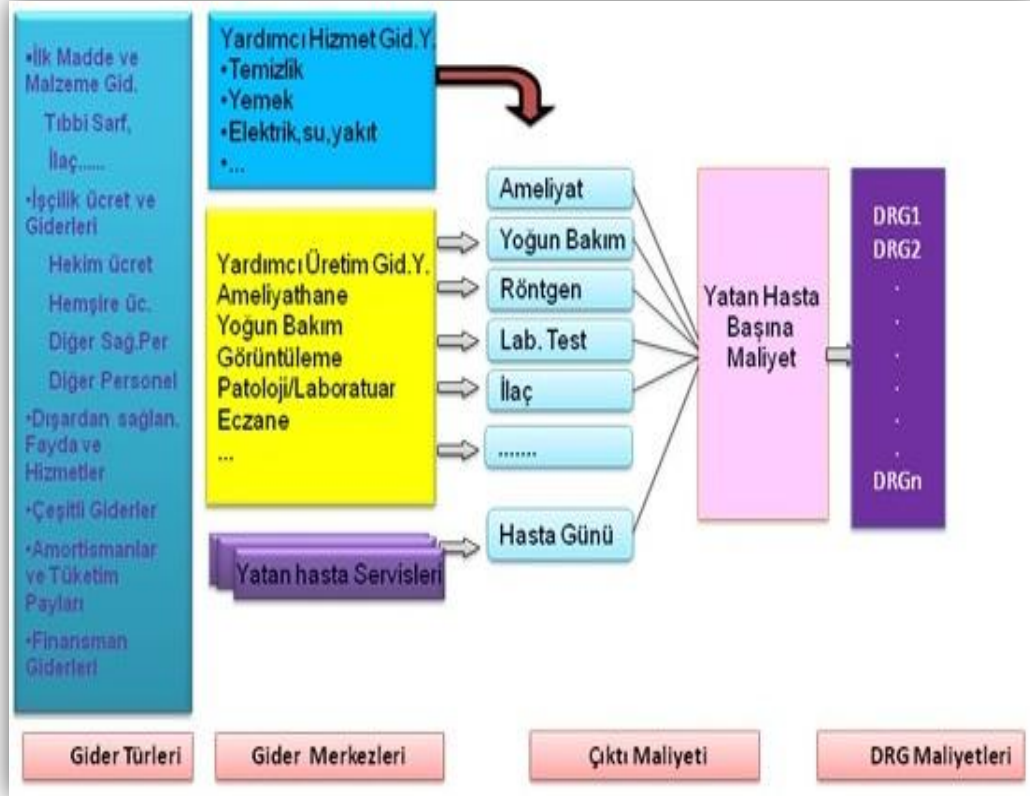
DRG (Casemix) Maliyetlendirme

Casemix maliyetlendirme iki basamak izlenerek yapılır. İlki Genel Giderlerin Direkt Giderlere dağılımı, ikincisi Genel Giderlerin yüklendiği Direkt Giderlerin DRG'lere dağılımıdır. Bu dağılım hasta sayısına, departman yatış günlerine ve prosedür sayıları gibi kriterlere göre yapılabilir. Bu süreç Şekil 9'daki diagramda gösterilmektedir.

Şekil 9. DRG ile Maliyetlendirmede Giderlerin Dağıtım Akışı Diyagramı



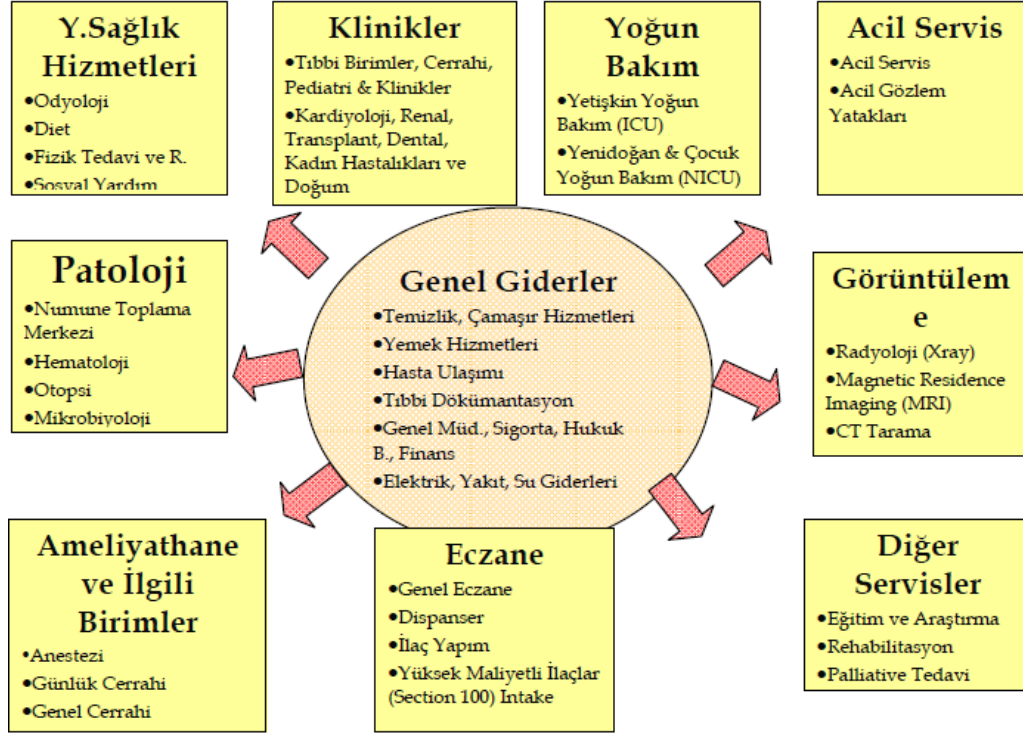
Şekil 10. DRG Maliyetlendirme Akış Şeması



Genel Giderlerin Direkt Giderlere Dağılımı

Genel Giderlerin, direkt giderlere dağıtımı (temizlik, elektrik ve su giderleri gibi) hastaneden alınan belirli verilere göre yapılmaktadır. Metrekareler, verilen yemek adetleri, yıkanan çamaşırın kilosu gibi. Şekil 11'de sağlık kurumları için genel giderlerin direkt giderlere dağıtımı gösterilmiştir.

Şekil 11. Genel Giderlerin Direkt Giderlere Dağıtımı



Kaynak: Hacettepe Üniversitesi, 2008: 39

Direkt Giderlerin DRG'lere Dağılımı

Hastanenin direkt giderlerinin DRG'lere dağıtılması için değişik dağıtım kriterleri kullanılır. Genel olarak süreç şu şekilde işlemektedir: İlk olarak tanı kodlarını gruplayarak oluşturulan DRG'lerdeki hastaların toplam yatış günlerinin hastanedeki toplam yatış süresine oranla maliyetler dağıtılır. Daha sonra hasta taburcu setine ait klinik verilerle bu hastaların departmanları tespit edilmiştir ve departman maliyetleri o departmanlardaki DRG'lerde bulunan hastaların yatış günlerine göre DRG'lere dağıtılmıştır. Örneğin iç hastalıklarda yatan hastaların DRG'leri bulunmuştur ve iç hastalıklarındaki maliyetler DRG'lere bu hastaların yatış günleri oranı ile dağıtılmıştır. 3. adımda yardımcı üretim gider yerleri için DRG başına hastalara uygulanan toplam test sayısı hesaplanmıştır ve yardımcı üretim gider yerlerindeki

maliyetler bu test sayısı oranlarına göre DRG'lere dağıtılmıştır (Hacettepe Üniversitesi, 2008: 40)

3.1.5.2. DRG Maliyetlendirme Çalışmaları Analizleri

Avustralya'da DRG gruplandırması için Laeta Grouper yazılımı kullanılmaktadır. Geliştirilen gruplama motoru diğer yazılımlar tarafından çağrılmak suretiyle kullanılabileceği gibi toplu hasta kayıtlarının (dışardan bir dosya gösterilmek suretiyle) dosya olarak verilmesi ile de çalışabilmelidir. Bu gruplama motorunun hastanelere dağıtılması gerektiğinden ve bir çok yazılım tarafından kullanılması gerekeceğinden dolayı, çağrılabilir bir yapıda olması gerekmektedir.

Minimum Hasta Taburcu Setinde yer alan klinik veriler ve Gider Dağıtım Tablosu ile toplanan veriler DRG analizleri için Avustralya Gruplama Yazılımı olan AR-DRG Grouper yazılımı ve Gider Dağıtım Tabloları için Combo yazılım araçları ile analiz edilir. Klinik ve Gider verileri AR-DRG Grouper ve Combo yazılımları için girdi tabloları haline getirilmektedir. Analiz içinde yer alan süreçler şunlardır (Hacettepe Üniversitesi, 2006: 62) :

- ICD 10 üç basamaklı kodlar (tanı kodları) ile en uygun ICD 10-AM tanı kodlarının eşleştirmesi,
- SUT prosedür/işlem kodlarının ACHI işlem kodları ile eşleştirilmesi,
- ACHI kodlarının sıralanması,
- Verilerin kalitesi ve geçerlilik analizlerin yapılması,
- Minimum Hasta Taburcu Seti verilerinin AR-DRG Laeta Grouper yapısına dönüştürülmesi,
- Grouper Girdi Dosyasının oluşturulması,
- Türk Maliyet merkezlerinin Avustralya Maliyet merkezleri ile eşleştirilmesi
- Türk Gider Çeşitleri ile Avustralya Gider Çeşitlerinin eşleştirilmesi,

- DRG Maliyet Tablosunun oluşturulması,

“AR-DRG Grouper” hasta bazındaki klinik verileri belli bir işleme tabi tutan ve her hasta için DRG kodları atayan bir yazılım programıdır. DRG kodları ile birlikte, AR-DRG Grouper proseslerin gruplanmasında kullanılan her veri için onaylanmış işaretleri de sağlamaktadır. Proseslerin gruplanmasında Laeta Grouper yazılımı kullanılır. “Combo” yazılımı, departmanlar, DRG maliyetleri ve kaynak kullanım verileri bazında işlem yapan ve DRG maliyet raporları üreten bir maliyet modelleme yazılımıdır. Combo her hastane için standart dosyalar kullanmaktadır.

Veri İşleme süreci; hastanelerden gelen departmantal bazda maliyet verisinin ve hasta bazında kaynak kullanımı verisinin merkez ekip tarafından işlenerek DRG maliyetlerinin hesaplanması sürecidir. Farklı kaynaklardan gelen bu verilerin işlenerek DRG maliyetlerinin hesaplanabilmesi için bir bilgisayar yazılımına ihtiyaç duyulmaktadır. Dünyada bu konuda kullanılmakta olan birçok yazılım mevcuttur. Ülkemizde ise DRG maliyetlerinin hesaplanabilmesi için Combo adlı yazılımın lisans hakkı satın alınmış olup, veri işleme sürecinde bu yazılım kullanılmaktadır. Veri toplama sürecinde ilk olarak, elde edilen ve gerekli kontrolleri gerçekleştirilen Gider Dağıtım Tablosu verisi, kaynak kullanım verisi ve dağıtım kriterleri verisi, klinik kodlama verisi kullanılarak hastaları DRG gruplarına gruplayan Grouper programından gelen veri ile eşleştirilir. Hasta Demografik Bilgisi, Tanı Kodu ve İşlem Kodu eşleştirilir. Veri işleme sürecinde dikkat edilmesi gereken en önemli konu, departmantal giderlerin toplandığı dönem ile sadece o dönem içerisinde hizmet sunulan hastaların verilerinin eşleştirilmesidir. Klinik kodlama çalışmaları sonucu hastalar DRG gruplarına atanır ve DRG maliyetleri o dönem içerisindeki DRG grubunda yer alan hastaların toplam maliyetinin ortalaması alınarak hesaplanır (Hacettepe Üniversitesi, 2008: 11).

DRG maliyetini hesaplamak için kullanılan Combo yazılımı için iki ayrı girdi dosyası oluşturulur. Bu dosyalar Volume (Hacim) Dosyası ve Maliyet Dosyasıdır (Hacettepe Üniversitesi, 2008: 11):

Volume (Hacim) Dosyası; DRG bazında, hastaların departmantal hareketlerini, kalış gün sayılarını, işlem adetlerini, ameliyathane sürelerini, toplam ilaç ve malzeme giderlerini içerecek şekilde hazırlanır.

Bu dosyadaki veriler, Combo yazılımı tarafından toplam giderlerin DRG gruplarına dağıtılması için kullanılan dağıtım kriterleridir.

Maliyet Dosyası; Gider çeşitlerine göre gider yerlerinde gerçekleşen toplam maliyetler içerisinde yatan hasta giderlerinin, ayakta hasta giderlerinin ve eğitim giderlerinin paylarının ayrı ayrı gösterildiği bir dosyadır.

Combo yazılımı tarafından maliyet dosyasındaki toplam giderlerin DRG gruplarına dağıtılmasında kullanılacak dağıtım kriterlerinin oluşturulması için Volume dosyasındaki veri, klinik maliyetlendirme uzmanı tarafından incelenerek uygun dağıtım kriterleri belirlenir ve bu kriterler Maliyet dosyası içerisinde tanımlanır.

Maliyet ve Volume dosyaları tamamlandıktan sonra bu dosyalar Combo yazılımına aktarılarak Maliyet Bucket raporu elde edilir. Maliyet Bucket raporu Tablo 12'deki kümelerle göre DRG maliyetlerini gösterir.

Tablo 12. DRG Maliyet Kümeleri Listesi

No	Maliyet Kalemleri
1	Doktor Ücretleri
2	Hemşire Ücretleri
3	Diğer Sağlık Personeli Ücretleri
4	Patoloji
5	Görüntüleme
6	Yardımcı Sağlık Hizmetleri
7	Eczane
8	Yoğun Bakım
9	Ameliyathane
10	Acil Servis
11	Tıbbi Malzemeler
12	Özel İşlem Uygulamaları
13	Çeşitli Servis Hizmetleri
14	Amortisman

Kaynak: Hacettepe Üniversitesi, 2008: 12

Küme maliyetleri direkt ve genel yönetim maliyetleri olarak kendi içerisinde ayrıştırılır.

Sağlık kurumlarından toplanan temel istatistik verilerinin kullanılması ile birim maliyetler hesaplanabilir. Temel istatistik verilerinin başlıcaları: Yatak Sayısı, Hekim Sayısı, Yatak Başına Düşen Hekim Sayısı, Yatılan Gün Sayısı, Ameliyat Sayısı, Yatak İşgal Oranı, Yatak Devir Hızı'dır.

Temel Birim Maliyetler (Hacettepe Üniversitesi, 2008: 15-16):

Hastane işletmelerinde temel hizmetlere yönelik olarak gerçekleşen giderler ile bu gider grupları ile ilişkilendirilebilen çıktılar arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla kullanılan birim maliyetlerden oluşmaktadır. Temel birim maliyetler hastanenin dönemsel olarak ve diğer hastaneler ile genel karşılaştırmaları yapabilmesi için kullanılmaktadırlar. Bunların başlıcaları:

Yatak Birim Maliyeti, Yatan Hasta Birim Maliyeti, Yatılan Gün Birim Maliyeti, Poliklinik Birim Maliyeti, Hekim Başına Maliyeti'dir.

Temel istatistikler ve hesaplanan temel birim maliyet sonuçları da yüzde analizlerine eklenerek önceki dönemler ile karşılaştırılabilir bir formatta hazırlanır.

Analiz ve Raporlama sürecinde gerçekleştirilen analizler ve raporlar hastane bazında gerçekleştirilir. Gider Dağıtım Tablosundaki departmantal giderler kullanılarak hazırlanan yüzde analizleri ve veri işleme süreci sonunda oluşan DRG maliyetleri kullanılarak hazırlanan DRG analizleri olarak iki farklı raporlama şeklinde yapılır. Hazırlanan bu raporlar hastanenin önceki dönemleri ile karşılaştırılarak yüksek varyasyonlar olup olmadığı analiz edilir ve yüksek varyasyonlar mevcut ise bunların sebebi incelenerek olası hatalar tespit edilir.

Tablo 13. A Hastanesi GDT'ye dayalı DRG Yüzde Analizi

KOD	GİDER ÇEŞİTLERİ		
		GİDER TUTARI	%
1	İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ	6.430.069,35	8,91
2	İŞÇİ ÜCRET VE GİDERLERİ	1.619.608,37	2,24
3	MEMUR ÜCRET VE GİDERLERİ	44.021.223,33	60,97
4	DIŞARIDAN SAĞLANAN FAYDA VE HİZMETLER	12.889.548,37	17,85
5	ÇEŞİTLİ GİDERLER	219.262,12	0,30
6	VERGİ RESİM VE HARÇLAR	6.513.922,27	9,02
7	AMORTİSMANLAR VE TÜKENME PAYLARI	513.251,86	0,71
8	FİNANSMAN GİDERLERİ	0,00	0,00
TOPLAM		72.206.885,67	100,00

KOD	GİDER YERLERİ		
		GİDER TUTARI	%
1	ESAS ÜRETİM GİDER YERLERİ	32.270.727,12	44,69
2	YARDIMCI ÜRETİM GİDER YERLERİ	11.995.769,51	16,61
3	YARDIMCI HİZMET GİDER YERLERİ	1.977.240,77	2,74
4	YATIRIM GİDER YERLERİ	0,00	0,00
5	ÜRETİM YERLERİ YÖNETİMİ GİDER YERLERİ	0,00	0,00

6	ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME GİDER YERLERİ	0,00	0,00
7	PAZARLAMA SATIŞ VE DAĞITIM GİDER YERLERİ	0,00	0,00
8	GENEL YÖNETİM GİDER YERLERİ	10.055.691,65	13,93
9	BORSA SEMT POLİKLİNİĞİ	2.606.540,34	3,61
10	SEMA YAZAR SEMT POLİKLİNİĞİ	2.968.514,44	4,11
11	UNCALI SEM POLİKLİNİĞİ	2.445.241,50	3,39
12	AŞIR AKSU SEMT POLİKLİNİĞİ	7.887.160,34	10,92
TOPLAM		72.206.885,67	100,00

KOD	HİZMET TÜRLERİ	GİDER TUTARI	%
1	YATAN HASTA HİZMETLERİ	24.652.736,34	34,14
2	AYAKTA HASTA HİZMETLERİ	47.554.149,34	65,86
3	EĞİTİM HİZMETLERİ		0,00
TOPLAM		72.206.885,68	100,00

KOD	TEMEL İSTATİSTİKLER	ADET	
1	FİİLİ YATAK SAYISI	852	
2	ÇIKAN (TABURCU OLAN+ÖLEN) HASTA SAYISI	45.504	
3	YATILAN GÜN SAYISI	213.371	
4	POLİKLİNİK SAYISI	1.670.381	

KOD	TEMEL BİRİM MALİYETLER	GİDER TUTARI	
1	YATAK BİRİM MALİYETİ (YTL/YIL)	28.935,14	
2	YATAN (ÇIKAN) HASTA BİRİM MALİYETİ (YTL/AD)	541,77	
3	YATILAN GÜN BİRİM MALİYETİ (YTL/AD)	115,54	
4	POLİKLİNİK MUAYENESİ BİRİM MALİYETİ (YTL/AD)	28,47	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2009

DRG Analizleri; hesaplanan DRG maliyetleri üzerinden gerçekleştirilen analizlerdir (Hacettepe Üniversitesi, 2008: 18);

- *En yüksek ve en düşük toplam maliyete sahip 20 DRG,*
- *En fazla taburcu sayısına sahip 20 DRG,*
- *En yüksek ve en düşük kar oranına sahip 20 DRG,*
- *Taburcu başına en yüksek ve en düşük ortalama maliyete sahip 20 DRG gibi analizler bu süreçte en sık kullanılan analizlerdir.*

DRG analizleri de, yüzde analizlerinde olduğu gibi hastanenin bir önceki dönemleri ile karşılaştırılabilir ve dönemler arası varyasyonlar incelenerek olası hataları belirlemede ve veri kalitesini arttırmada yardımcı olur, ayrıca hastane üst yönetimine karar verme aşamasında destek sağlar.

3.1.5.3. DRG Maliyet Muhasebesi Metodolojilerinin Karşılaştırması ve AR-DRG Değerlendirme Sonuçları

1984 yılında Avustralya hükümeti, Amerikan Bütün Hasta DRG (AP-DRGs) Sistemine dayanan kendi DRG sistemini geliştirmeye başlamıştır. Geliştirilmiş olan bu sistem ilk kez Viktorya'da 1993 yılında yatan hasta ödeme sisteminde kullanılmıştır. Maliyetlerin ağırlıklandırılması verilerin gönüllü olarak sağlandığı hastanelerden gerçek maliyet verilerinin kullanılmasıyla yinelenerek hesaplanmasına dayanmaktadır. Hem yukarıdan aşağı, hem de aşağıdan yukarı maliyet muhasebesi yaklaşımı kullanılmaktadır. Yukarıdan aşağı yaklaşım Yale DRG sistemine oldukça benzemektedir. Ancak hastaneler ulusal hizmet ağırlıklarını kullanmak zorunda olmadıkları için kendilerinin oluşturduğu maliyet dağıtım kriterlerini kullanabilmektedirler.

Tablo 14. Farklı DRG Maliyet Muhasebesi Metodolojilerinin Değerlendirme Sonuçları

	Yale- DRG	AR- DRG YA*	AR- DRG AY**	G- DRG	İsveç AP-DRG	MIP P
İleri derecedeki sağlık problemlerinin önlenmesi						
Fiyatlandırmaya hastanın sağlık riskinin uyumu	-2	-2	+1	+1	-1	+2
Kalitenin geliştirilmesinin ve değişimin teşvik edilmesi	-2	-1	0	+1	0	-2
Hizmetlerin sunumu ve problemlerin çözülmesi						
Yüksek derecede kanıta dayalı tedavinin sunulması	-2	-2	-2	-2	-2	+1
Tedavi giderleri az olan hastalara hizmet sunmak istenilmemesinin yasaklanması	-2	-2	+1	+2	+1	+2
Kişilerin meşru beklentilerinin karşılanması						
Farklı farklı bölümlerde tedavinin azaltılması	0	0	0	+1	0	+2
Hasta odaklı tedavinin geliştirilmesi	-2	-2	+2	+1	+2	+2
Toplam	-10	-9	+2	+4	0	+7
* YA: Yukarıdan Aşağıya Maliyetlendirme						
** AY: Aşağıdan Yukarıya Maliyetlendirme						

Kaynak: Durukan, 2008: 9

Hizmet ağırlıklandırılmasının hesaplanması hastanelerde her bir birey için yapıldığından yeni tedavi metotlarının uygulanmasına ve yüksek maliyetli hastaların ortaya konulmasına olanak sağlamaktadır. Bu da pozitif etki yaratarak kalitenin gelişmesine ve değişime yol açmakta ve de gerçek maliyetlerin azaltılmasını sağlamaktadır. Ancak hastane içindeki politik süreç, diğer sorumluluk merkezlerinden de maliyetlerin azaltılmasını isteyecekleri için olumlu etki nötr (0) hale gelmektedir. Alternatif olarak, hasta bazında klinik maliyetlendirme olarak adlandırılan aşağıdan yukarı sistem, maliyetlerin dağıtımını gerektirmektedir. Bu maliyetlendirme sistemi daha doğrudur. Klinik maliyet kayıt sistemine dayandığından her bir hastanın harcamaları bulunabilmektedir. Bu da toplam maliyetlerin çok büyük oranını oluşturan doğrudan maliyetlerin hesaplanabilmesine olanak sağlamaktadır. Aşağıdan yukarıya yaklaşım, fiyatlandırmaya hastanın hastalık riskinin daha çok ya da az entegrasyonunu sağladığı için, kaliteyi olumlu olarak (+1) etkilemektedir.

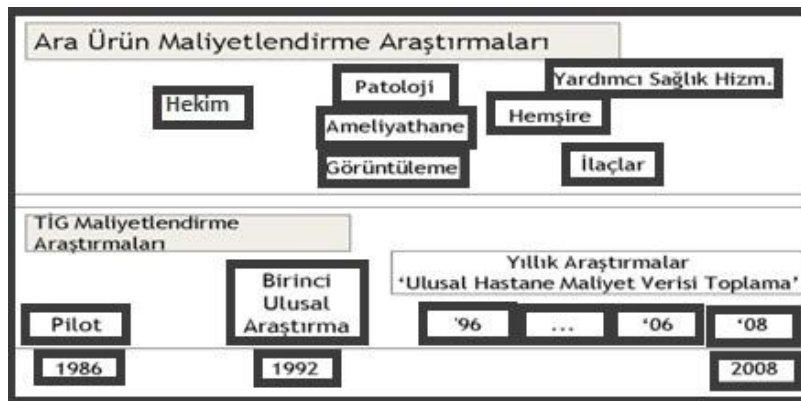
AR-DRG sistemi de bütçelenmiş maliyetler yerine gerçek maliyetlere dayandığı için kanıta dayalı tedavi sunulmasını olumsuz şekilde (-2) etkilemektedir. Aşağıdan yukarıya yaklaşımın hasta odaklı olması, maliyetlerin yüksek olması nedeniyle riskli hastalara hizmet sunmama isteğini azaltmakta ve hasta odaklı tedavinin gelişimini oldukça (+2) artırmaktadır. Bir zincir en zayıf halkası kadar sağlam olduğu için, AR-DRG sistemi genel olarak kaliteyi olumsuz olarak etkilemektedir (Durukan, 2008: 8-9).

3.1.6. Avustralya Sağlık Hizmetleri Maliyetlendirme Deneyimi

Diğer birçok ülke gibi Avustralya'da Bölgesel veya Ulusal Sağlık Hesapları gibi üst düzeyde sağlık bakım hizmeti ürünlerine yönelik maliyet analizi dokümanları üretmektedir. Bu analizlerde sağlık bakım hizmeti ürünlerine ait harcamalar halk sağlığı, yataklı tedavi, hastanede ayakta tedavi, topluma dayalı sağlık bakım hizmetleri gibi daha üst seviyedeki gruplar halinde sınıflandırılmaktadır. Ayrıca bunların kamu finansmanlı, özel sigorta finansmanlı ya da cepten ödeme şeklinde alt sınıfları da oluşturulabilir. Bu gibi sınıflamalar sıklıkla sağlık hizmetlerine ait harcamaların ulusal veya bölgesel seviyede muhasebeleştirilmesi için kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasından sorumlu olan yapılanmaların gerçek ve denetlenmiş hesapları ile uyumlu olmak ve maliyetlendirmenin yanı sıra birim başına ortalama maliyet seviyesinde karşılaştırma imkanı sağlamak gibi avantajları vardır. Bu üst düzey işlevlerin ortalama maliyetlerinin saptanması, genellikle az sayıda kategori olduğu ve muhasebe maliyet merkezleri ile bütçeler genellikle sadece bu görevleri yürüten yönetim birimlerine tahsis edildiği için oldukça kolaydır. Ancak, bazı durumlarda, hastaları hem yatırarak hem de ayakta tedavi eden bir hastane gibi birden fazla hizmet türünü birlikte sunan yönetim birimleri de vardır. Yatan hasta hizmetlerinde vaka türleri muazzam sayıdadır ancak bu vakalar DRG'ler gibi daha kısıtlı sayıda kategoriler şeklinde gruplandırılabilir. Kategori sayısı arttıkça ürün maliyetlendirmenin karmaşıklığı da artar.

Avustralya'da hastanede yatan hastalarının DRG'ler ile maliyetlendirilmesi: Yale Maliyet Modeli ile geliştirilen A.B.D. hastane maliyetlendirme tekniklerinin kopyalanması ile 1986'da başlamıştır. Maliyetlerin DRG'lere doğru olarak atanmasını sağlamak üzere iyi maliyet atama yöntemlerinin geliştirilmesini gerektirmiştir. En iyi sonuçları ana ürünlerde basit tüm-ürün maliyetlendirmesi yaptıktan sonra yatan hasta episodlarına odaklanma suretiyle vermiştir. Birçok hastane bu işi doğru yapmış iyi ve uyumlu maliyet çıktıları elde etmiştir. Yöneticileri korkutan, aklını karıştıran ve yoran aşırı karmaşık sistemler satan birçok yazılım firmasını ortaya çıkarmıştır. Birçok hastanenin standart yaklaşımlara odaklanmasına ve daha basit standart paketlere geri dönmesine veya bazı hastane gruplarında kendileri arasında doğru bir şekilde kıyaslama yapmayı sağlayan merkezi bir maliyetlendirme birimi oluşturmalarına imkan vermiştir. Avustralya'da maliyet verisi toplanması “Ulusal Hastane Maliyet Verisi Toplanması” (National Hospital Cost Data Collection–NHCDC) işidir. Bu sayede çok büyük bir hastane örneklem grubundan standart DRG, ayaktan hasta ve sub-akut yatan hasta maliyetleri elde edilmektedir. Aynı zamanda bölgeler ve benzer hastane grupları arasında karşılaştırma yapılabilmesine ortam oluşturarak, hastanelerin kendi maliyetlerini aynı büyüklükte ve işlevlere sahip benzer hastaneler ile karşılaştırmalarını sağlar. NHCDC projelerinde yürütülen araştırmaların unsurları Şekil 12.'de gösterilmiştir (Marshall, 2009: 5 – 6).

Şekil 12. Avustralya Ulusal Maliyetlendirme Araştırmaları



Kaynak: Marshall, 2009: 6

3.2. KLİNİK KODLAMA METODOLOJİSİ

3.2.1. Tanımlar

DRG Klinik Kodlama Metodolojisi ile ilgili temel kavramlar açıklanmıştır (TİG Uygulama Rehberi, 2011: 1-20):

Hastaneye Yatırma; hastanenin hastanın bakım ve/veya tedavi sorumluluğunu üstlendiği süreçtir. Hastaneye yatırma, hastanın bir günlük ya da bir gecelik bakım veya tedaviye ihtiyacı olması kriterini temel alan bir klinik kararı takip eder.

Bakım Epizodu; hastanın hastaneye yatırılması ile taburcu edilmesi arasında geçen süre anlamına gelmektedir (Hastaneye yatırma ile taburcu arasında geçen bu süre hastaneye yatırılan hasta olarak da adlandırılmaktadır).

Yatan Hasta; Hastaneye yatırmalar veya yataklı hastalar veya tedavi gören hastalar. Tedavi ya da bakım sunulması amacıyla bir hastanenin hastaneye yatırma sürecinden geçen hasta.

Tıbbi Kayıt (Klinik Kayıt); İster yazılı ister elektronik ortamda olsun, hastanın tıbbi durumuyla ilgili olan ve bir hekim, hastane veya diğer hizmet sunucular ya da tıbbi tedavi tesisleri tarafından muhafaza edilen öyküler, raporlar, tanımlar, prognozlar, açıklamalar ve diğer veri ve kayıtlar.

ICD 10 AM; DRG'lere atanmak üzere; standartlar, tanımlar ve kurallar dahil olmak üzere hastanelerin klinik verilerinin tanı ve işlem kodlamaları için kullanılmakta olan kodlama sisteminin Avustralya uyarlamasıdır.

ACHI (Australian Classification of Health Interventions); Avustralya Sağlık Girişimleri Sınıflaması olup cerrahi, tanısal ve tetkik amaçlı yapılan işlemler sınıflandırılmıştır. İşlem kodları 7 basamaklı ve numerik yapıdadır. Cerrahi işlemler, medikal girişimler, yardımcı sağlık hizmetleri girişimlerini ve diş işlemlerini kapsar. Yapılan tıbbi müdahale ve işlemler bu sınıflandırma üzerinden kodlanır. Bu işlemler:

- Ana Tanı tedavisi için gerçekleştirilen işlemler
- Ek Tanı tedavisi için gerçekleştirilen işlemler
- Ana Tanı ile ilişkili tanısal amaçlı işlemler
- Ek Tanı ile ilişkili tanısal amaçlı işlemler

Ana Tanı; araştırma sonunda, hastaneye yatırılan hasta bakımının bir epizodunun veya bir sağlık hizmeti tesisinde bulunmanın esas nedeni olarak ortaya konulan tanıdır. Ana tanı, Avustralya Yenilenmiş Tanı İlişkili Gruplar ve Ana Tanı Kategorileri sınıflandırmasında temel tayin edicilerden biridir. Yatan hastanın bakımına ilişkin her epizodun bir ana tanısı olmalıdır ve ek tanıları da olabilir. Tanı, sağlık durumunu etkileyen bir hastalık, durum, yaralanma, zehirlenme, belirti, semptom, anormal bulgu, şikayet veya diğer faktörler olabilir. Bu kodlar, çok daha büyük kaynak tüketimine yol açma ihtimali olan tanılardır. Hasta belirli semptomlarla yatırılır, fakat ana tanı çalışma veya inceleme sonrasında keşfedilir. Semptoma neden olan hastalık ana tanı olarak kodlanır. Semptomun kodlanmasına gerek yoktur.

- Hasta belirli semptom\semptomlarla yatırılır, söz konusu durum tedavi edilir ve ancak bu durumun sebebi bulunamazsa bu semptom ana tanı olarak kodlanır.
- Hasta bir semptom ile yatırılır, yatışı sırasında semptomun esas nedeni bilinir ve bu durum tedavi edilirse ana tanı semptom olur semptomun nedeni ise ek tanı olarak kodlanır.

Ek Tanı; ana tanı ile birlikte seyreden, hastanın hastanede bulunduğu sırada ortaya çıkan veya hastaneye başvurduğu sırada var olan bir durum veya şikâyet olarak tanımlanır. Ek tanıları vakaların DRG'lere atanmasını etkileyen faktörlerden biridir. Ek tanıları ek terapötik tedavi ve tanısal işlemler gerektirdiğinden, artan hasta bakımı ve maliyetine neden olup hastanede yatış süresini uzatacağından mutlaka kodlanması gerekir. Ek tanıları ana tanının nedenini belirtmek, klinik durumu daha iyi ifade etmek için kullanılır.

3.2.2. Klinik Kodlama Süreci

Klinik kodlama süreci hastanın taburcu olması ve hasta dosyasının klinik kodlama birimine gelmesiyle başlar ve iki aşamada gerçekleşir (Yılmaz, 2007: 10):

Birinci aşamada; tıbbi kayıtlar hangi durumların kodlanacağını belirlemek için analiz edilir. Kayıtlardan hastanın yaşı, cinsiyeti, taburcu tarihi vb. bilgileri kontrol edilir. Hastanın çıkış özeti (epikriz), ameliyat raporları, gözlem notları, radyoloji raporları, laboratuvar sonuçları, konsültasyon raporları, patoloji raporu vb. temel kayıtlar incelenerek hastanın hastaneye yatış nedeni, hastanın öyküsü, fiziksel muayene bulguları, tanıları, hastaya uygulanan işlemler, komorbiditeleri, komplikasyonları belirlenir. ICD-10-AM kodlama standartları çerçevesinde hangi durumun/durumların kodlanacağına karar verilir. Ana tanı ve ek tanıların belirlenmesi için bu son derece önemlidir. Ana tanı ve ek tanı ayrımı DRG oluşturulmasında son derece önemlidir. Bu nedenle kodlayıcı ICD-10-AM kodlama standartları çerçevesinde ana tanı, ek tanı kriterlerine uygun olarak kodlama yapmalıdır.

İkinci aşama; kodlanacak durumların sistemden bulunarak kodların atanmasıdır. Bu aşamada şu adımlar izlenir: Kodlanacak tanı ve prosedürler için alfabetik indeksin uygun kısmına başvurulur. Tüm açıklayıcı/yönlendirici notları okunur ve en uygun kod/kodlar belirlenir. Kontrol etmek amacıyla

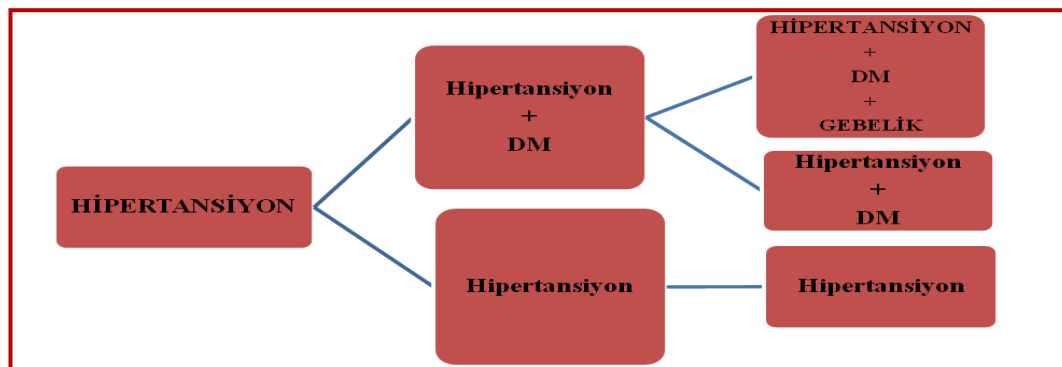
tabular listesine gidilerek kod/ kodlar kontrol edilir. Burada bulunan açıklayıcı/yönlendirici notlar okunur, kod/kodlar atanır. Kodlayıcı atanan bu kodların hastanın tıbbi durumunu tam olarak ifade ettiğinden emin olmalıdır.

Özetle klinik kodlama süreci, hastaların hastalık yapılarına göre sınıflandırılarak belirlenmiş kodlara atanması sürecidir. Bu süreçte; vakanın yapısına göre yaklaşık 17 000 hastalık ve 2 500 morfoloji tanısı ile 6.000 işlem arasından 25 adet Majör Tanı Sınıflaması içerisine vaka gönderilmekte, oradan da 665 DRG'ye atama yapılmaktadır.

3.2.2.1. Sınıflandırma (Gruplama)

Bu metodolojiye göre; her hasta benzersizdir ve her hastanın; bir dizi farklı klinik tanısı, risk faktörü, aile durumu vardır. Bu çeşitliliği anlamlandırmak için, bunları benzer koşullarla tanımlayan gruplara ayırmamız gereklidir. Hastayı ana tanıya göre gruplandırmak ve daha sonra ikincil hastalıkların varlığına ya da yokluğuna göre alt gruplara ayırmak gerekmektedir.

Şekil 13. DRG Hipertansiyon Alt Grupları



Kaynak: Şencan ve Demir, 2013: 36

Sınıflandırma: Benzer hastalık ve/veya işlemlerin aynı grupta toplanmasıdır. DRG yapısı içerisinde hastalıkların sınıflandırılması şu hususlara göre yapılmaktadır (Şencan ve Demir, 2013: 37):

- Etkilenen vücut kısımlarına göre: Beyni etkileyen hastalıklar, kalbi etkileyen hastalıklar, Karaciğeri etkileyen hastalıklar gibi toplam 21 sistem içerisinde gruplara ayrılmıştır.
- Neden (Etyoloji): Hangi ajandan etkilenmiş olduğuna göre enfeksiyöz ve paraziter, viral, bakteriyel, mikotik, helmint ve protozoolar gibi hastalığı oluşturan nedenlere göre de gruplara ayrılmıştır.
- Morfoloji: Özellikle kanserlerin kodlanmasında, hücrelerin yapısı, primer ya da sekonder olması ve davranış tipleri (iyi huylu, kötü huylu, in-situ ve bilinmeyen vs.) hakkında bilgilendirmelerde bulunarak kanserler gruplara ayrılmıştır.
- Fonksiyonel anormallik: Hastalıklardan etkilenmeler sonucunda ortaya çıkan fonksiyonel anormalliklere göre de gruplara ayrılmıştır.

3.2.2.2. Kodlama

Kodlama, hastalıkların, yaralanmaların ve prosedürlerin nümerik veya alfanümerik yapıda ifade edilmesidir. Nümerik yapı işlemlerde olduğu gibi toplam yedi rakamdan oluşan işlemlerin kodlanmasında kullanılmaktadır. Örneğin 92514-19 gibi. Alfanümerik yapı ise tanılarda, morfolojide ve sağlık durumunu etkileyen faktörlerde olduğu gibi bir harf ve arkasından gelen rakamlardan oluşan toplam üç ila beş karakter arasında değişen kod yapısına sahiptir. Örneğin J45.0 veya M8140/3 gibi.

Elde edilen kodlar aşağıda verilen sırada düzenlenir (Yılmaz, 2007: 10):

Tanılar

- Ana Tanı
- Ana Tanının altında yatan nedenler
- Tedavi komplikasyonları
- Birlikte bulunan hastalıklar veya yatış sırasında tedavi edilen diğer durumlar
- Ek veya opsiyonel kodlar

İşlemler

- Ana Tanı tedavisi için gerçekleştirilen işlemler
- Ek Tanı tedavisi için gerçekleştirilen işlemler
- Ana Tanı ile ilişkili tanısal / araştırma amaçlı işlemler
- Ek Tanı ile ilişkili tanısal / araştırma amaçlı işlemler hastalıklara ilişkin tanıları, hastalıkların tanı ve tedavisinde uygulanan işlemleri (Avustralian Classification of Health Intervention-Avustralya Sağlık Girişimleri Sınıflaması) içermektedir.

Sağlık verilerindeki kodlamaların kullanım alanları (Şencan ve Demir, 2013: 23):

- Sağlık hizmetlerinin karşılaştırılması
- Sağlık politikalarının geliştirilmesi
- Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi
- Maliyet hesaplamaları
- Ödeme sistemleri
- Araştırma ve planlamalar

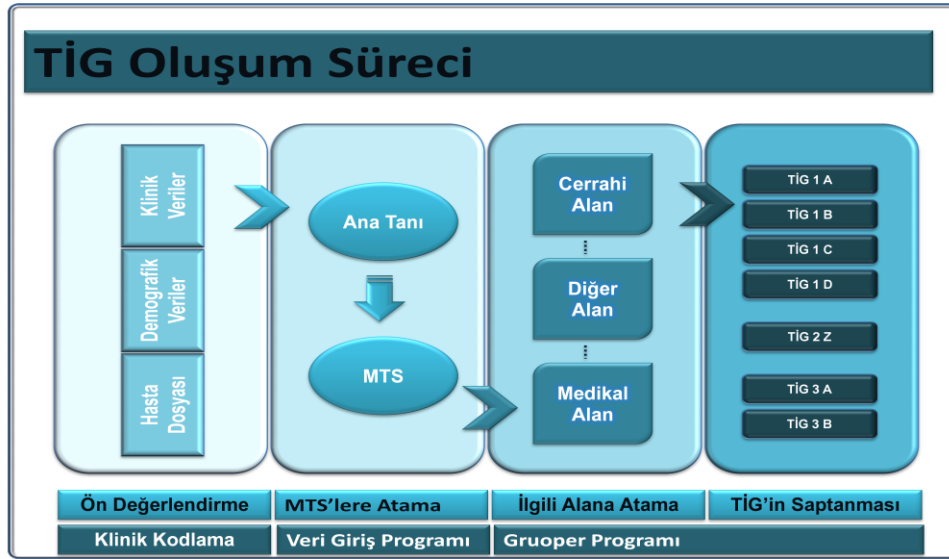
3.2.2.3. DRG Atanma / Oluşum Süreci

DRG oluşum süreci 4 ana başlık altında toplanmaktadır ve Şekil 14’de gösterilmiştir (Şencan ve Demir, 2013: 22 - 37):

- Ön değerlendirme

- Majör Tanı Sınıfı (MTS) ataması
- Alan ataması
- DRG'nin saptanması

Şekil 14. DRG Oluşum Süreci



Kaynak: Şencan ve Demir, 2013: 22

1) Ön Değerlendirme

Verilerin toplanıp detaylı olarak incelendiği bu başlık kendi içerisinde 3 alt başlığa ayrılmaktadır.

- Hasta Dosyası:** Hastalara ait en kapsamlı verilere ulaşabileceğimiz hasta dosyaları en ince detayına kadar incelenmeli ve dosya tam anlamıyla değerlendirildikten sonra kodlama aşamasına geçilmelidir. Burada dikkat edilmesi gereken en önemli noktalardan birisi de hasta dosyası değerlendirilirken sadece epikriz ya da hasta özet raporu olarak ifade edilen doküman baz alınmamalı tüm dosya verileri dikkatle incelenmelidir. Tanı ve işlemlerin kodlanmasında asıl tanı ve tedavilere ilişkin bilgiler epikriz dışındaki diğer dosya verileri içerisinde bulunabilmektedir. Kodlama yapılacak olan dosyaların tüm verileri toplandıktan sonra (Patoloji, mikrobiyoloji, ameliyat notu, anestezi notu vs.) klinik

kodlamacıların önüne gelmeli ve klinik kodlama süreci dosya üzerinden gerçekleştirilmelidir.

- b) Demografik Veriler:** Hastanın cinsiyeti, yaşı, hastanede kalış süresi, yatış şekli (sevk, doğrudan başvuru, hasta türü/servis değişimi vs.), yoğun bakımda kaldığı gün sayısı, izinli gün sayısı, bebekse yatış ağırlığı gibi verilerin dikkatli ve eksiksiz olarak doldurulması gerekmektedir. Bu veriler de DRG oluşum süreci içerisinde önemli yer tutmaktadır.
- c) Klinik Veriler:** Klinik veriler değerlendirilirken hangi durumlar kodlanır? Ana tanı nedir? Ek tanı var mıdır? İşlem olarak kodlanması gerekenler, detaylı olarak incelendikten sonra önce ana tanı, sonra varsa ek tanı ve sonrasında da işlemler olmak üzere klinik veriler tespit edilerek kodlamaya hazır hale getirilir.

Ön değerlendirme aşaması adı verilen bu üç alt başlığa ayrılan bölüm, kodlamanın ilk basamağı ve temelini oluşturduğu için dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. Klinik kodlama basamağı olarak da tanımlayabileceğimiz bu aşamada hataların en sık görüldüğü yer olması ve sistem içerisinde insan müdahalesine en açık yer olması nedeniyle klinik kodlamacıların çok dikkatli olması gereken bir bölümdür.

2) Majör Tanı Sınıfı (MTS) Ataması

Bu bölüm ön değerlendirme aşamasında tespit edilen kodlanacak durumların tespitinden sonra sistemin Veri Giriş Programı üzerinden yürüyen basamakları içermektedir.

- a) Ana tanı:** İlgili bölümde de detaylı olarak anlatılacağı üzere *“Araştırma sonunda, hastanın hastanedeki bakım epizodunun esas nedeni olarak ortaya konulan tanıdır.”* Veri giriş programına tanı ve işlemlere ait kodlar girilirken ana tanı olarak belirtilen durum ilk sırada verilmeli ve ana tanı kutucuğu içerisinde gösterilen alan mutlaka işaretlenmelidir.

b) Major Tanı Sınıfları (MTS): Hastalıklar ve sağlık durumunu etkileyen diğer faktörlerin gerekli kodlamaları sonucunda ana tanıya uygun olarak 25 farklı MTS'ye atama olmaktadır.

Tablo 15. Majör Tanı Sınıfları Listesi

MTS	DRG SAYISI	MTS KISALTMASI
MTS - 99 Hatalı DRG'ler	6	
MTS - 00 Öncü - Majör Tanı Sınıfları (MTS)	12	A
MTS - 01 Sinir Sistemi Hastalıkları	53	B
MTS - 02 Göz Hastalıkları	20	C
MTS - 03 KBB & Ağız Hastalıkları	28	D
MTS - 04 Solunum Sistemi Hastalıkları	42	E
MTS - 05 Dolaşım Sistemi Hastalıkları	67	F
MTS - 06 Sindirim Sistemi Hastalıkları	52	G
MTS - 07 Hepatobiliyer Sistem Hastalıkları	29	H
MTS- 08 Kas-iskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları	79	I
MTS - 09 Deri ve Meme Hastalıkları	29	J
MTS - 10 Endokrin ve Metabolik Hastalılar	19	K
MTS - 11 Böbrek ve İdrar Yolları Hastalıkları	37	L
MTS - 12 Erkek Üreme Organları Hastalıkları	19	M
MTS -13 Kadın Üreme Organları Hastalıkları	20	N

MTS - 14 Gebelik, Doğum ve Lohusalık	17	O
MTS - 15 Yenidoğan (ve Diğer Neonatlar)	25	P
MTS- 16 Kan ve Kan Yapıcı Organların Hastalıklar	10	Q
MTS - 17 Neoplastik Hastalıklar	18	R
MTS - 18 Enfeksiyöz ve Parazitik Hastalıklar	17	T
MTS - 19 Akıl Sağlığı Bozuklukları	13	U
MTS - 20 Alkol/İlaç Kullanımı/ bunlara bağlı Organik Akıl Sağlığı Bozukluklar	8	V
MTS - 21 Yaralanma, Zehirlenme ve Toksik İlaç Etkileri	24	W,X
MTS - 22 Yanıklar	8	Y
MTS - 23 Sağlığı Etkileyen Faktörler ve Sağlık Hizmetleri ile Kurulan Diğer Tıp Temaslar	13	Z

Kaynak: Şencan ve Demir, 2013: 25

MTS'ler genel olarak ilgili ana tanıların sistemlere göre sınıflandırılmasının yapıldığı bir algoritmaya sahiptir. (Dolaşım sistemi hastalıkları, kan hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları vs.) Ayrıca hatalı DRG'ler olarak sınıflandırılan, kapsamlı olan ve olmayan ameliyathane işlemleri ana tanı ile ilişkili olmayan, neonatal tanı ve yaş/kilo ile tutarsız gibi durumlarda oluşan DRG'ler de bu MTS yapısı içerisinde yer almaktadır.

3) Alan Ataması

Mevcut tanılara ya da hastada tespit edilen diğer durumlara yönelik yapılan işlem türüne göre alan ataması gerçekleştirilmektedir. DRG kodlama yapısında 3 farklı alan bulunmaktadır.

Tablo 16. DRG'nin Algoritmasında Alan Dağılımı

Alanı	Kod Aralığı	Sayısı
Dahili	60 - 99	347
Cerrahi	01 - 39	280
Diğer	40 - 59	38

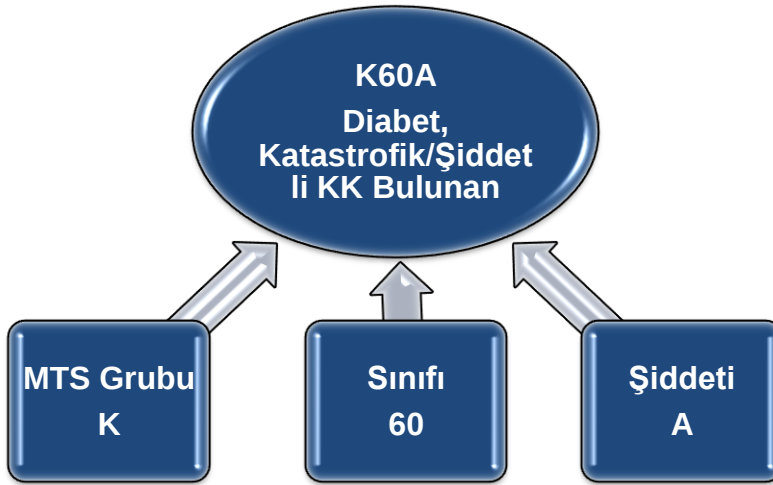
Kaynak: Şencan ve Demir, 2013: 27

- a) *Medikal Alan:* Çoğunlukla vücudun iç organlarının tedavisine yönelik dâhili branşlarda yapılan yatışlarda, cerrahi müdahale içermeyen hasta gruplarının oluşturduğu DRG' lerdir.
- b) *Cerrahi Alan:* Vücuttaki yapı bozukluklarının ameliyatla onarılmasına ya da hastalıklı organı kesip çıkararak iyileştirilmesine dayanan cerrahi nitelikteki ameliyathane işlemlerinin yer aldığı DRG gruplarıdır.
- c) *Diğer Alan:* Çoğunlukla aynı gün içinde yapılan, ameliyathanede gerçekleştirilen işlemlerin yer almadığı, basit müdahaleleri içeren işlem gruplarıdır.

4) DRG'nin Oluşumu

Cerrahi, medikal ve diğer gibi ilgili alanlara atanan ana tanımlar daha sonra eşlik eden ek tanımlar, komplikasyon ve komorbidite durumlarının varlığı dikkate alınarak ilgili DRG gruplarına atanırlar.

Şekil 15. DRG'nin Atanması ve Oluşumu



Kaynak: Şencan ve Demir, 2013: 28

Sistemin, alan ataması ve DRG oluşumu basamakları gruplayıcı program tarafından verilerin bulunmasına göre ilgili bölümlere sistem tarafından otomatik olarak atanmaktadır. Oluşan her bir DRG genel kod yapısı ise şu şekildedir:

İlk Bölüm: Bir harften oluşur. DRG'nin ait olduğu MTS grubunu gösterir.

İkinci Bölüm: DRG'nin hangi alana ait olduğunu gösterir. 01-99 arasında değişen rakamlardan oluşur.

Üçüncü Bölüm: Kaynak Kullanım derecesini göstermektedir. A, B, C, D ve Z olarak harflerden oluşmaktadır. Bunlardan A, B, C, D olarak ifade edilenler kaynak kullanımının daha çok olandan az olana doğru değiştiğini gösterirken; Z olarak yer alan TİG'lerin ise tek olduğu ve kaynak kullanımına göre ayrımın olmadığını göstermektedir.

3.2.3. ICD – 10 AM

ICD-10 AM'deki 'temel' hastalık sınıflandırması üç karakterli bir kod yapısına dayanmakta olup, bu yapı genel uluslararası karşılaştırmalar için Dünya Sağlık Örgütüne yapılacak uluslararası raporlamada zorunlu kodlama düzeyini oluşturmaktadır. Bu temel kod kümesi, faydalı ve anlaşılır bilgilerin elde edilmesini sağlamak amacıyla bilgiler büyük gruplar halinde sunulmaya devam ederken, önemli spesifik hastalık antitelerinin tanımlanabilmesi için dört ve beş karakterli kodları içerecek şekilde genişletilmiştir.

DRG sınıflandırma sisteminin Türkiye'de yerleştirilmesi ve yaygınlaştırılması amacı ile yürütülen pilot proje kapsamında, ICD-10 AM hastalıkların ve medikal işlemlerin sınıflandırılma sistemi seçilmiştir.

ICD-10-AM'de hastalık kodlamasında yapılan önemli değişiklikler, WHO ICD-10'dan alınmıştır. Özetle, bu değişiklikler şöyledir, ICD 10 AM'in ICD-10'dan farkları (Kadız, 2011: 43):

- Başlık değişikliği
- Geç etkilerden ziyade sekel kullanımı
- Alfanojmerik kodlama planı
- Kara taşıma kazalarına ilişkin eksenin değiştirilmesi
- Dört yeni bölüm
- Yaralanmalara ilişkin eksenin değiştirilmesi
- Hastalık ve durumlarının yerinin değiştirilmesi
- Dış neden kodlarında yapılan yapısal değişiklikler
- Hançer ve yıldız imli yazım biçimi
- Obstetrik kodlara beşinci karakter atanmaması
- Diyabet
- ICD-O morfoloji kodlarının eklenmesi

- Her bölüm için uygun işlem (prosedür) kodlarının sisteme eklenmesi

ICD 10- AM, 5 Ciltten oluşmaktadır (TİG Uygulama Rehberi, 2011: 34-41):

Cilt 1: Hastalıkların tabular listesi

Cilt 2: Hastalıkların alfabetik dizini (indeks)

Cilt 3: İşlemlerin (ACHI) tabular listesi

Cilt 4: İşlemlerin (ACHI) alfabetik dizini (indeks)

Cilt 5: Avustralya kodlama standartları

Bu beş cildin ilk ikisi tanılara yönelik olarak hazırlanmış olup; 1. Cilt hastalıkların sistematik olarak hazırlanmış tablolarına ait listeyi oluştururken, 2. Cilt ise hastalıkların alfabetik dizine göre sıralandıkları listeyi oluşturmaktadır.

3. ve 4. Ciltler ise hastalıklara ilişkin tedavileri ve görüntüleme yöntemlerine yönelik hazırlanmış olup; 3. Cilt işlemlerin ve görüntüleme yöntemlerinin sistematik olarak hazırlanmış tablolarına ait listeyi oluştururken, 4. Cilt ise işlem ve görüntüleme yöntemlerinin alfabetik dizine göre sıralandıkları listeyi oluşturmaktadır.

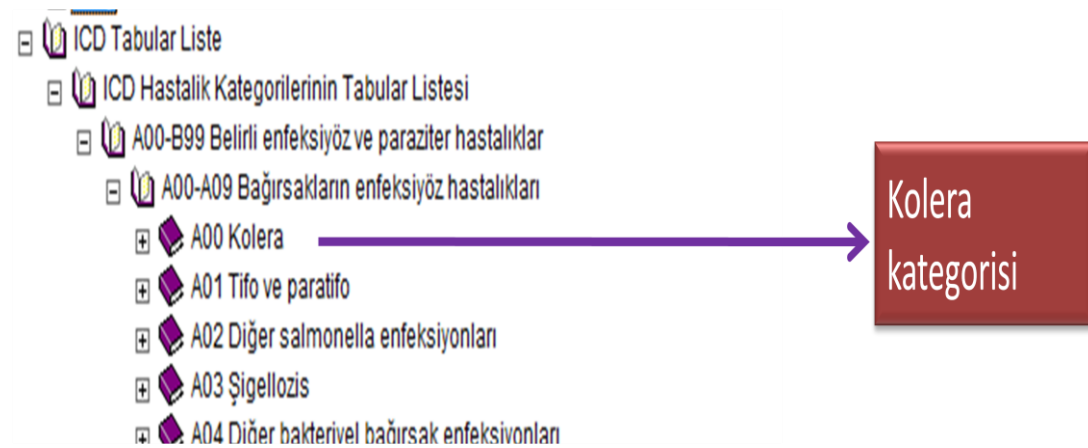
5. Cilt ise tüm bu kodların kullanımına ilişkin kodlama standartlarının yer aldığı kullanım kılavuzu görevini yerine getirmektedir.

3.2.3.1. Cilt 1: ICD 10-AM Tabular Listesi

Hastalıkların tanılarına ait olan bu ciltte sınıflama yapısında 5 düzey bulunmaktadır;

1. *Düzey:* Hastalıkların genel olarak sistemlere göre sınıflandırıldığı 21 bölümden oluşmaktadır. Örnek: A00-B99 Belirli enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar sistemi
2. *Düzey:* Sistemlere göre ayrılmış olan 21 bölümün içindeki belli hastalıkların bir araya getirilmesi ile oluşan bloklardır. Örnek: A00-09 Bağırsağın enfeksiyöz hastalıkları bloğu
3. *Düzey:* Blokları oluşturan hastalıkların tek tek ele alındığı üç basamaklı hastalık kodlarıdır. Bu kodlar ICD10-AM'in temel yapısını oluşturur. Bu düzeyde her hastalığa bir hastalık kodu karşılığı bulunmaktadır. Örnek: A00 Kolera

Şekil 16. ICD Tabular Listesi Kolera Kategorisi



Kaynak: TİG Uygulama Rehberi, 2011: 38

4. *Düzey:* Üç basamaklı hastalık koduna, bir basamak daha ilave edilmesiyle hastalıkların daha fazla detaylandırıldığı **dörtlü kırılım** yapısı oluşmaktadır.

5. *Düzey:* Hastalıkların en detaylı biçimde ifade edildiği **beşli kırılım** yapısı meydana gelmektedir. Bu yapı daha çok kas ve iskelet sisteminde olduğu gibi bölge detayı hakkında bilgi verirken, obstrüksiyon olup/olmadığının belirlendiği durumlar, insülin kullanımı olup olmayan durumlar vs. alanlarda kullanılmaktadır.

Diğer ve Tanımlanmamış Kodlar

Hastalıklar sınıflandırılırken dördü ve beşli kırılımlarda her hastalığa karşılık gelen detaylara ilişkin kodlar bulunmayabilir, yani her hastalığın detaylandırılmış alt tipi olmayabilir. Böyle durumların varlığında kullanılmak üzere geliştirilen kodlama standardı şu şekildedir.

Dördü Kırılım İçin;

- .0-7 spesifik durumlar
- .8 sınıflanmamış spesifik durumlar(Diğer)
- .9 tanımlanmamış durum

Beşli Kırılım İçin;

- .0 tanımlanmamış durumlar
- .1-8 spesifik durumlar(Diğer)
- .9 diğer durumlar

ICD 10-AM içerisinde kodlama yaparken klinik kayıta net olarak ifade edilmemiş bir tanı, işlem veya diğer durumların kodlanmasında karar vermeden önce o kayda ilişkin detay klinik kaydı hazırlayan hekimlerden istenmeli ve bu ortak çalışma sonucunda oluşturulan veriler dikkate alınmalıdır.

Her branş için klinik kayıtlar üzerinde kodlamalar yapılırken; kodlamanın ilgili hekim ve klinik kodlayıcı arasında iş birliği sağlanarak yapılması gerektiği unutulmamalıdır. Hekimler klinik kayıtları oluştururken mümkün olduğunca açık ve detaylı olarak kayıt yapmalıdır. Özellikle her branş hekimi kendi karşılaştığı tanılar, işlemler ve diğer durumlara ilişkin ICD 10- AM özellikli standartları ve kodlama yapısını bilmeli ve kaydı bu çerçevede oluşturmalıdır. Buna rağmen sıkıntı yaşanan konularda, hekim görüşüne başvurulması gereken durumlarda klinisyen klinik kodlayıcıya gereken zamanı ayırmalı, gereken bilgi ve belge paylaşımında bulunmalıdır. İlgili dosyadan sorumlu hekim klinik kodlama sürecinin hekim ve klinik

kodlayıcının iş birliği ile yürütüleceği gerçeğini her zaman aklında bulundurmalıdır.

3.2.3.2. Cilt 2: ICD 10 - AM İndeks Listesi

ICD 10 - AM standartlarına göre oluşturulmuş e-kitapta yapılan düzenlemeler sonucunda en çok değişiklik 2. Cilt İndeks listesinde meydana gelmiştir. İndeks listesi yeni düzenleme ile kendi içerisinde 5 alt gruba ayrılmıştır.

Şekil 17. ICD 10 Listeleri ve ICD 10 İndeks Listesi



Kaynak: TİG Uygulama Rehberi, 2011: 39

1. Ana İndeks

Hastalıkların tanıları, yaralanmalar ve diğer sağlık durumunu etkileyen faktörlere ilişkin kodlar bu indeks içerisinde alfabetik dizi şeklinde sınıflandırılmıştır.

2. Dış Etkenler İndeksi

Morbidite ve mortalite dış nedenlere ait kodlar bu indeks içerisinde alfabetik dizi şeklinde sınıflandırılmıştır.

3. İlaç ve Kimyasallar İndeksi

Her bir madde için zehirlenme kodları ile ilaçların ters etkilerinin listesi ve doğru şekilde verilen maddelerin ters etkilerini gösteren, ayrıca zehirlenmenin kazayla mı yoksa kasıtlı mı olduğunu veya gerçekleşme şekli belirlenmemiş bir zehirlenme mi olduğunu gösteren madde isimlerinin alfabetik dizi şeklinde sınıflandırıldığı listedir.

4. Kara Taşıtları Kazaları İndeksi

Bu indekste taşıt kazalarına bağlı olarak meydana gelen durumlar ve sakatlıkların meydana geldiği kişi veya kişiler ile kazaya karışan diğer tarafa ait verilerin çapraz kodlama tablosu ve bu tablonun indeks formatında yeni yapılandırılmış formatının bir arada bulunduğu listedir.

5. Neoplazma İndeksi

Bu indekste ise kanserlerin yerleri alfabetik dizi şeklinde listelenmiş olup, kanserin yerine ait oluşabilecek morfolojik yapısı ile ilgili habis(primer, sekonder), selim, in situ ve davranış tipi bilinmeyen şeklinde farklılıklara göre kod ayrımlarını gösteren kanserin yer kodlarının bulunduğu listedir.

3.2.3.3. Cilt 3: ACHI Tabular Listesi

1. Ciltte tanılar, yaralanmalar ve diğer sağlık durumunu etkileyen faktörlerde olduğu gibi bu ciltte işlemler ve görüntüleme yöntemlerinin 21 bölümden oluşan sistemlere göre tablolar halinde yer aldığı listedir.

ACHI tablolar listesinde kullanılan sınıflama da 2016 blok içerisinde yer alan işlemler sayısal bir sıra takibi bulunmayan bir kodlama yapısında listelenmiştir.

3.2.3.4. Cilt 4: ACHI İndeks Listesi

Yapı olarak 2. Cilt Ana indeksine benzer bir yapıya sahiptir. Bu listede yer alan işlemler ve görüntüleme yöntemleri alfabetik dizi şeklinde sınıflandırılmıştır.

Kodlama yapılırken tanı ya da işlemler ilgili indekslerden aranır, uygun kod bulunduktan sonra bu kodun “dâhil” ve “hariç” gibi önemli talimatları içerip içermediğini görmek için tablolar listesinden kontrolü yapılması gerekir. Böylece talimatlarda geçen, ek kod, sıralama ve bir işlemin başka yerde ne zaman kodlanacağı gibi kuralları gösteren kapsam dışı tutma açıklamalarının da bu liste içerisinde değerlendirilmesi ve ona göre kodların belirlenmesi sağlanmış olur.

Tüm cerrahi işlemler, medikal ACHI ve yardımcı sağlık hizmetleri girişimlerini ve diş işlemlerini kapsar. ACHI yapısı anatomik bölgeye göre düzenlenmiştir.

ACHI Kodlama Yapısı

ACHI de kodlama yapısı numerik özellik taşımaktadır. Birbiri arkasına gelen ilk 5 rakam o işlemin genel özellikleri ve tanımı hakkında bilgi verirken, 6.ve 7. Rakamlar ise işlemin detayı hakkında bilgi vermektedir.

Şekil 18. ACHI Kodlama Yapısı



Kaynak: Şencan ve Demir, 2013: 30

Örneğin “*karpal tünel serbestleştirilmesi*”; serbestleştirme işleminde, işlem endoskopik ve açık olarak iki farklı yöntemle yapılabilmektedir. Böyle bir durumun kodlanmasında ayrı kodlar bulunmaktadır.

Kod yapısına bakıldığı zaman; 39333 - Karpal tünel serbestleştirilme işlemini ifade ederken sonunda 00 olması bu işlemin endoskopik olarak yapıldığını, 01 olması ise açık bir serbestleştirme işlemi yapıldığını ifade etmektedir.

ACHI Kodlama Basamakları

ACHI kodlamaları da, tanıları ve tıbbi durumu ilgilendiren diğer durum kodlamalarında olduğu gibi bir takım kurallar süzgecinden geçirilerek gerçekleştirilmektedir.

- Tıbbi terimlerin analizi
- 4. Ciltte yer alan ana terimin alfabetik listeden aranması
- 3. Ciltte yer alan tablolar listesinden kontrol edilmesi
- Düzenleyiciler ve kod açıklamaları

3.2.3.5. Cilt 5: Avustralya Kodlama Standartları

Bu ciltte, tüm bu kodların kullanımına ilişkin kodlama standartlarının yer aldığı kullanım kılavuzu görevini yerine getirmektedir.

3.2.4. Avustralya Kodlama Göstergesi Denetimi (ACBA)

Austrilian Coding Benchmark Audit (ACBA), sürekli kalite geliştirme felsefesinden doğmuştur. Tüm kodlama kalite aktiviteleri, klinik kodlama hizmetleri ve sağlık kurumlarının yönetimlerinin iyileştirilmesi amacıyla klinik kodlayıcılar ve klinisyenlere bir eğitim olanağı sunmaktadır. ACBA'nın ortaya çıkış amacı kodlayıcı hataları ile sistem hatalarını ayırt etmektir. ACBA kodlama kalite çalışmaları konusunda deneyimsiz olan klinik kodlayıcıların klinik kodlama süreçlerine ilişkin bilgilerini ve kodlama metodolojilerinin doğruluğunu test etmek, verinin kalitesini yükseltmektir. ACBA'nın Amaçları şunlardır (Yadikar, 2008: 5):

- Sürekli kalite geliştirme felsefesi oluşturmak.
- Kodlama kalite çalışmalarını desteklemek.
- Klinik kodlama hizmetlerini geliştirmek.
- Sağlık kurumlarında yönetimin iyileştireceği alanları belirlemek
- Kodlayıcı ve klinisyenlere eğitim imkanı sağlamak.
- Klinik kodlayıcılara ve klinisyenlere kodlama kalitesi hakkında geri bildirim sağlamaktır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK YAPILARI VE DRG VERİLERİ ÜZERİNE

TÜRKİYE – AVUSTRALYA KARŞILAŞTIRMASI

Bu bölümde; doğrudan DRG verileri ile karşılaştırma yapmadan önce ülkeler arasında başta sağlık göstergeleri olmak üzere sosyal ve ekonomik göstergeler, sağlık sistemindeki yapısal farklılıklar istatistiki veriler ile karşılaştırmalı olarak ortaya konulmuştur. Böylece uygulama çalışması sonuçları ile ilişkisi ülkeler arası yapısal farklılıklar açısından da değerlendirilebilmiştir. Burada; ülkelerin sağlık sistemleri hakkında özet bilgiler ile DRG Geri Ödeme Metodolojisinin kuramsal çerçevesi de anlatılmıştır.

4.1. AVUSTRALYA VE TÜRKİYE SAĞLIK YAPISI KARŞILAŞTIRMASI

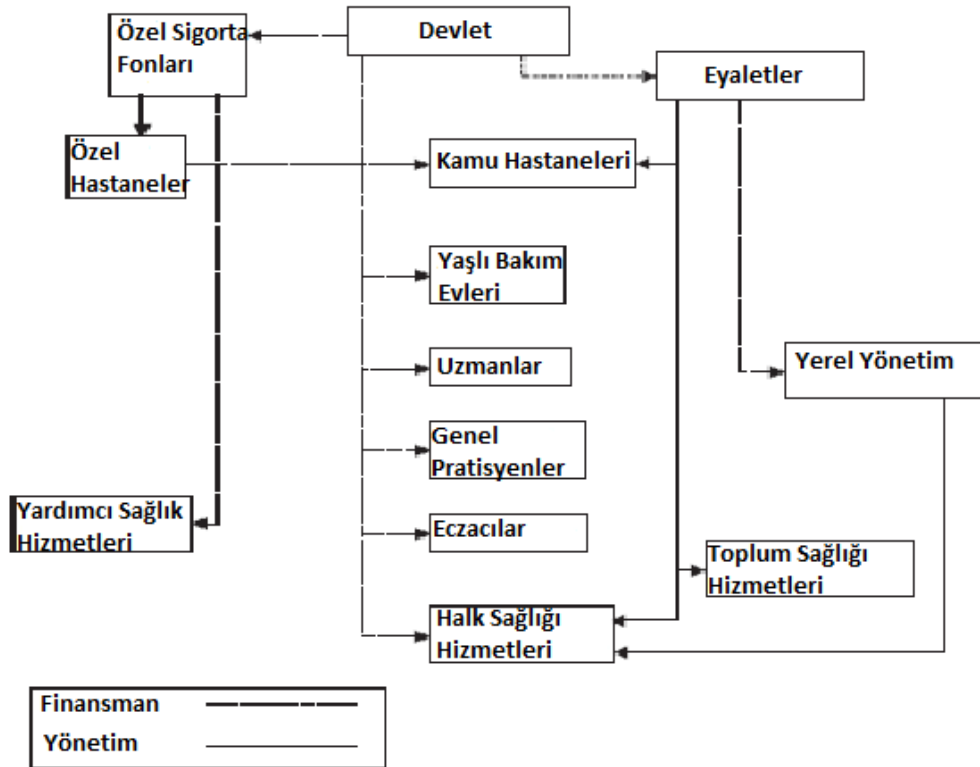
Avustralya Sağlık Sistemi Genel Çerçeve

Avustralya, endüstrileşmiş bir ülke olup, sağlıklı yaşam beklentisi ve kişi başına sağlık harcamaları açısından verimlilik ve etkililik olarak en iyi performansa sahip ülkelerden biridir. Kişi başına düşen sağlık harcaması Türkiye'dekinin 4 katından fazladır. Doğumda beklenen yaşam süresi bakımından dünyada en yüksek değerlere sahip dördüncü ülkedir. Ölüm nedenlerinin başında kalp-damar hastalıkları ve kanser gelmektedir. Ayrıca AIDS, Amerika hariç tüm ülkelerden daha hızlı yayılmaktadır (Healy v.d., 2006: 23)

Avustralya'da paydaşları çok olan sağlık hizmeti alanı, giderek karmaşık hale gelmiştir. Sorumlulukların bölündüğü Avustralya sağlık sisteminde, özellikle ulusal bir yaklaşımın arzu edilmesi konusunda yönetim

düzeyleri arasında sürekli danışma işbirliği esastır. Dahası, bölümler arasındaki bağı yasal otoritelerin kısmen düzenlediği kamu ve özel sektör arasındaki sınırdaki olduğu gibi yönetim düzeyleri arasındaki bağ bulanıktır. Şekil 19.'da sağlık sektöründe yer alan başlıca örgütler gösterilmektedir (Healy v.d., 2006: 24).

Şekil 19. Avustralya Sağlık Sisteminin Organizasyon Şeması



Kaynak: Healy v.d., 2006: 25

2000'li yıllar ile birlikte Avustralya'daki sağlık hizmeti yönetimi, artan sağlık maliyetlerini kısma, yapısal etkinliği geliştirme, özel sektörü devam ettirme, teknik etkinliği ve tahsis etkinliğini geliştirme ve yeni kamu sektörü yönetimi şekillerini uygulamaya yönelik mikroekonomik reformlarla ilgilenmiştir. Sağlık sektörü, kamu iktisadi teşebbüslerini de rekabet etmeye zorlayan 1995 yılı Ulusal Rekabet Politikası ve mikroekonomik reformlar konusunda hükümetlere danışmanlık yapan bağımsız bir organ olan

Verimlilik Komisyonu tarafından bu doğrultuda yönlendirilmiştir (Sargutan, 2010: 308-355).

Devletin yasa koyucu yetkisi, Anayasadan gelmektedir: Yasanın temel unsurlarını 1946 Hastane Faydaları Yasası, 1950 İlaç Faydaları Yasası, 1953 Ulusal Sağlık Yasası ve 1997 Özel Sağlık Sigortası Teşvik Yasası oluşturmaktadır. Yönetim yetkisi, Avustralya Sağlık Bakım Anlaşmaları ve Ulusal Sağlık Öncelikleri gibi tüm taraflarca imzalanmış anlaşmalarla iki taraflı hükümetlerarası anlaşmaların kullanımı artırma yoluyla Federal Devlet tarafından kullanılır (HiT Summary: Australia, 2006: 3-4).

Ulusal bağımsız otorite olan Özel Sağlık Sigortası Yönetim Kurulu yasal çerçevesinde özel sağlık sigortası endüstrisini düzenler ve yönetime istatistiki bilgi sağlar. Federal Devlet genel denetçileri ve aynı zamanda Eyalet ve Bölge denetçileri sağlık bakım sistemini çeşitli yönlerden denetleyebilirler (Auditor-General Victoria, 2005).

Türkiye Sağlık Sistemi Genel Çerçevesi ve Son Dönem Reformları

Türkiye’de sağlık hizmetleri ile ilgili temel çerçeve Anayasa’nın 56. Maddesi ile belirlenmiş olup, bu madde ile devlete sağlık hizmetlerinin planlanması ve denetlenmesi görevi verildiği, hizmet sunumunu da yine devletin kamu ve özel sektör aracılığıyla yerine getireceği, yaygın sağlık hizmeti sunumu için genel sağlık sigortasının kurulabileceği belirtilmiştir.

Türkiye’de 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı yürürlüğe konmuş, pek çok alanda reformlar yapılmıştır. Bunların başlıcaları arasında; 2005 yılında SSK Hastaneleri Sağlık Bakanlığına devrolması, 2006 yılında GSS yürürlüğe girmesi, 1. Basamakta Aile Hekimliği sistemine geçilmesi ve Kasım 2011’de çıkarılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması sayılabilir. Böylece Sağlık Bakanlığı hizmet sunumu alanından çekilerek planlayıcı ve

denetleyici bir rol üstlenmiş, sağlık hizmet sunumunlarını ise bağlı kurumlarına devretmiştir. Türkiye ve Avustralya'nın sağlık sistemlerinin finansman yapıları 1. Bölümde anlatılmıştır.

Türkiye ve Avustralya Karşılaştırması

Avustralya'da yüksek bir sağlık statüsünün varlığından söz edilebilir. Türkiye, Avustralya ile karşılaştırıldığında daha düşük bir sağlık statüsüne sahiptir. Avustralya beklenen yaşam süresi bakımında dünyanın en önde gelen ülkelerindendir. Mortalite Oranları ve diğer göstergeler değerlendirildiğinde (HIV/AIDS hariç) Avustralya çok daha yüksek bir sağlık statüsüne sahiptir.

Avustralya'da koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerine Türkiye'ye kıyasla daha fazla önem verilmekte, daha fazla bütçe ayrılmakta, özellikle tütün ve alkol tüketimini azaltmaya yönelik etkili faaliyetler yürütülmektedir. Türkiye'de ağırlık tedavi hizmetleri üzerinedir.

Avustralya ve Türkiye'de zorunlu sağlık sigortacılığı uygulanmaktadır. Her iki ülkede de zorunlu sigortanın kapsam dışında sağlık hizmetleri için özel sağlık sigortacılığı da bulunmaktadır (Sargutan, 2006).

Avustralya'da sağlık hizmetlerinin kentsel ve kırsal alanlarda dağılımında çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Özellikle nüfus yoğunluğunun az olduğu bölgelerde örneğin Aborjinlerin yaşadığı yerlerde sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik de azdır. Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda bir eşitsizlik söz konusu olup, sağlık kuruluşları ve çalışanları büyük yerleşim yerlerinde yığılmıştır (Sargutan, 2010: 308-355).

Avustralya'nın gelişmiş bir ekonomiye sahip olması, yetersiz olsa da Türkiye'ye göre sağlık araştırma ve geliştirme yatırımları fazladır. Avustralya ve Türkiye'de kişi başına düşen hekim ve hemşire sayılarına

bakıldığında Avustralya'nın çok önde olduğu görülmektedir. Bu durum, Avustralya'da bakım ve tedavi hizmetlerinin Türkiye'ye göre daha iyi görüldüğü anlamına gelmektedir. Tablo 17.'de anlatılanlar ile birlikte diğer çeşitli göstergelerin de yer aldığı karşılaştırma tablosu bulunmaktadır.

Tablo 17. Avustralya ve Türkiye'nin Sosyo-ekonomik ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması, 2009

Göstergeler	Birim	Avustralya	Türkiye
Nüfus Göstergeleri			
Toplam nüfus	*1000 kişi	21 955	71 897
15 yaş altı genç nüfus	Nüfusun %	19,1	26,1
65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus	Nüfusun %	13,3	7,6
Beklenen Yaşam Süresi	Yıl	81,6	74,1
Doğurganlık Hızı (2010)	Kadın Başına	1,9	2,1
Ekonomik Göstergeler			
Döviz kuru	\$ başına	1,28	1,55
Gayri Safi Yurtiçi Hasıla	Milyar \$	1.138,7	702,6
Kişi Başına Düşen Milli Gelir	\$	52.058	9.961
Fiyat seviyeleri Endeksleri	OECD = 100	112	58
İşsizlik oranı: Toplam işgücünün	%	5,6	12,6
Enflasyon oranı: tüm öğeleri	Yıllık büyüme %	1,8	6,3
Toplam vergi geliri	GSYİH'nın %	25,9	24,6
Sağlık Harcamaları ve Finansmanı			
Kamu Harcamalarında Sağlık Harcamaları	%	16,8	12,8
Toplam Sağlık Harcaması	GSYİH %	9,0	6,1
Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu Payı	%	68,5	75,1
Toplam Sağlık Harcamalarında Özel Payı	%	31,5	25,9
Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması	\$	3734,0	906 (2008)

Göstergeler	Birim	Avustralya	Türkiye
Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması	\$	2 559	661
Sağlık Üzerine Cepten Harcama	% Sağlık Harcamalarının	18,6	21,8 (2008)
Sağlık Eğitimi ve İnsan Kaynakları			
Hekim Sayısı	1000 kişiye düşen	3,1	1,64
Hemşire Sayısı	1000 kişiye düşen	10,1	1,45
Tıp Mezunları	100 bin nüfus başına	10,8	6,6
Hemşirelik Mezunları	100 bin nüfus başına	63,3	5,4
Tıbbi Cihaz ve Yatak Sayıları			
Hastane Yatak Sayısı	1000 kişiye düşen	3,8	2,4
Akut Bakım Yatak Sayısı	1000 kişi başına	3,4	2,3
Psikiyatrik Bakım Yatak Sayısı	1000 kişi başına	0,4	0,1
Manyetik Rezonans (MR) Sayısı	1 Milyon kişi başına	9,7	8,9
Bilgisayarlı Tomografi (BT) Cihaz Sayısı	1 Milyon kişi başına	39,0	11,6
Mamograf Cihaz Sayısı	1 Milyon kişi başına	24,5	9,2
Radyoterapi Ekipman Sayısı	1 Milyon kişi başına	8,9	1,9
Tütün ve Alkol Kullanımı			
Alkol Tüketimi	15 yaş üstü kişi başına Litre	10,3	1,5
Tütün Tüketimi	15 yaş üstü nüfus oranı	15,1 (2010)	25,4 (2010)
Genel Sağlık Yapısı			
Kızamık Aşılama Oranı	%	94,0	97,0
Difteri-Boğmaca-Tetanoz (DBT) Aşılama Oranı	%	92,0	96,0
Bilgisayarlı Tomografi İşlem Sayısı	1000 kişi başına	92,2	95,8
Manyetik Rezonans (MR) İşlem Sayısı	1000 kişi başına	21,1	67,2
Normal Doğum Kalış Süresi	gün	2,3	1,5
Sezaryenli Doğum İşlemi	1000 Canlı Doğumda	315	437
Hekim Konsültasyon Sayısı	Kişi Başına	6,6	7,3
Mortalite Oranı (30-70 yaş, 2008)	100 000 kişi başına	278	550
HIV/AIDS Mortalite Oranı (2008)	100 000 kişi başına	59	0,1
Kanser Mortalite Oranı (2008)	100 000 kişi başına	125	163
Kalp Damar Hast. ve Diabet Mortalite Oranı	100 000 kişi başına	65	268

Göstergeler	Birim	Avustralya	Türkiye
Solunum Hastalıkları Mortalite Oranı (2008)	100 000 kişi başına	11	30
Bebek Ölüm Oranı	1000 Canlı Doğumda	4,3	10,2
Anne Ölüm Oranı	100 000 doğumda	7	20
Kaba Doğum Oranı (2011)	1000 kişi başına	13,35	17,44

Kaynak: <http://www.who.int/gho/countries>, 2013

4.2. DRG'YE GÖRE GERİ ÖDEME METODOLOJİSİ

DRG'nin kullanım alanlarına baktığımızda genel olarak: Global Etkinlik Gözetimi, Kaynak Tahsisi, Kıyaslama, Finansman ve Sözleşme Müzarekeleri, Uygun Olmayan Bakımın Tanımlanması, Sağlık Kurumu Bölüm Bütçelerinin Oluşturulması ve Klinik Uygulamalarda Yenilik gibi çeşitli amaçlarla kullanılabilmektedir (Hacettepe Üniversitesi, 2005: 17).

Bir geri ödeme yöntemi olarak DRG / TİG'in diğer ödeme sistemlerine göre başlıca üstünlükleri şunlardır (Şencan ve Demir, 2013: 21):

- Hastalık şiddetini dikkate alır,
- Sadece cerrahi vakaları değil tüm yatan hastaları sınıflayabilir,
- Vaka karmaşı indeksi yoluyla hastaneleri kıyaslamak ve performans ölçmek mümkündür,
- Hastanelerde maliyet kontrolü ve verimliliği teşvik eder,
- Maliyet analizlerine göre hesaplanmış bağıl değerlerle fiyatlandırma ve bütçe kontrolü mümkündür.

Sağlık kurumlarına DRG / TİG modeline göre ödeme:

- Her hastane için ilgili ay da ürettiği bağıl değer toplamaları hesaplanır.

- Çalışmaya dâhil olan bütün hastanelerin bağıl değer toplamı hesaplanır.
- İlgili ayda dağıtılacak bütçe tutarı, hastanelerin üretmiş oldukları bağıl değerler ve Vaka Karma İndeksi kullanılarak dağıtılır.

4.2.1. DRG'ye Dayalı Finansmanın Bileşenleri ve Bağıl Değer Hesaplanması

DRG'ye dayalı finansman bileşenleri klinik ve maliyet verilerinden elde edilir. Elde edilen DRG ortalama maliyetleri dikkate alınarak geri ödemeye esas olan her bir DRG'nin Bağıl Değeri ve sağlık kurumunun Vaka Karma İndeksi (VKİ/CMI) hesaplanır (Busse v.d., 2011).

Şekil 20. DRG Finansman Bileşenleri



Kaynak: Şencan ve Demir, 2013: 4

Bağıl Değer: Bir DRG/TİG' in maliyetinin, tüm DRG/TİG'lerin ortalama maliyetine oranıdır. Bağıl değeri hesaplamak için maliyet verileri gereklidir.

$$\text{Bağıl Değer} = \frac{\text{Bir TİG için Ortalama Maliyet}}{\text{Tüm Ülke veya Pilot Hastaneler Grubu için Tüm TİG'leri temsil Eden Genel Ortalama Maliyet}}$$

TİG / DRG “A” için Bağlı Değerlerin Hesaplanması

Örnek hesaplamada örneklem hastanesi sayısı 2 ve bunların üretmiş oldukları DRG/TİG çeşitliliği 4 (DRG A, DRG B, DRG C ve DRG D) olarak varsayılmıştır.

Tablo 18. X ve Y Hastaneleri için DRG Ortalama Maliyet Hesaplanması

	Hasta	DRG #	Hasta Başına	DRG Ortalama
X Hastanesi			Maliyet	Maliyet
	Hasta 1	DRG A	1500	2167
	Hasta 2	DRG A	2000	2167
	Hasta 3	DRG A	3000	2167
	Hasta 4	DRG B	5000	5000
	Hasta 5	DRG C	12000	12000
Toplam	5 vaka		4700	
Y Hastanesi	Hasta	DRG #	Hasta Başına M.	DRG Ortalama M.
	Hasta 1	DRG A	1600	1600
	Hasta 2	DRG B	4500	4600
	Hasta 3	DRG B	4700	4600
	Hasta 4	DRG D	8000	8000
	Hasta 5	DRG C	16000	16000
Toplam	5 vaka		6960	

Tablo 19. Konsolide “DRG A” Ortalama Maliyet Hesaplaması

DRG bazında X ve Y Hastaneleri Genel Ortalama Maliyet Hesaplama Formülü: $[(X \text{ Hst. Hasta Sayısı} * X \text{ Ort. Maliyeti}) + (Y \text{ Hst. Hasta Sayısı} * Y \text{ Ort. Maliyeti})] /$ X ve Y Hastaneleri Toplam Hasta Sayısı	
DRG #	Genel Ortalama Maliyet
DRG A	2025
DRG B	4733
DRG D	8000
DRG C	14000
Toplam Ortalama Maliyet	5830

Kaynak: Busse, Geisler, Quentin ve Wiley, 2011; Şencan ve Demir, 2013

Tablo 20. “DRG A” Bağlı Değerlerin Hesaplanması

Genel Ort.	Hasta Sayısı	DRG #	Ortalama M.	İşlem	Bağlı Değerler
		DRG A	2025	2025 / 5830	0,35
		DRG B	4733	4733 / 5830	0,81
		DRG D	8000	8000 / 5830	1,37
		DRG C	14000	14000 / 5830	2,40
Toplam	10		5830		

Kaynak: Busse, Geisler, Quentin ve Wiley, 2011; Şencan ve Demir, 2013

DRG A'nın bağlı değeri < DRG C'nin bağlı değeri, bunun anlamı DRG A'ya atanan hastalar için DRG C'ye oranla daha az kaynak gerektiğidir. Bağlı değer hesaplanırken öncelikle bir DRG grubunun ortalama maliyeti; o DRG grubundaki hastaların toplam maliyeti, toplam hasta sayısına bölünerek hesaplanmaktadır. Bir DRG grubunun ortalama maliyeti hesaplandıktan sonra tüm ülke veya pilot hastaneler grubu için ortalama maliyet; maliyetlerin toplamı, toplam hasta sayısına bölünerek hesaplanır. Bir DRG grubunun ortalama maliyeti, genel ortalama maliyete bölünerek bağlı değeri hesaplanır (TİG e-Bülteni, 2009: 16).

Bağlı Değerlere ulaşmak için bu hesaplama her DRG için yapılır. Ağırlıklarda normalizasyonun yapılmasından sonra 1.0'in altında ve üstünde olmak üzere bağlı değerler bir liste halinde belirlenir.

Daha sonra bulunan Bağlı Değer belirlenen Taban Fiyat ile çarpılarak DRG Fiyatı, DRG Fiyatı ile de o DRG'nin frekansı çarpılarak o DRG'den alınacak geri ödeme miktarı tespit edilir.

DRG Dönüşümüne Kodlamanın Etkisi

Kodlama yaparken ana tanının detaylarının varlığı vakanın gideceği DRG'yi değiştirebilmektedir. Örnekte görüleceği üzere; ülserin kronik ve perfore olup olmadığının belirtilmesi ülserle ilgili gidebilecek DRG'yi değiştirmektedir. Değişecek DRG aynı zamanda farklı bir bağlı anlamına gelmektedir.

Şekil 21. Bağlı Değer ve Klinik Kodlama (Ana Tanı) İlişkisi

• Peptik Ülser Temel tanı: K27.9 <i>Peptik ülser, perforasyon yada kanama eşlik etmeyen</i> G63Z → Komplikasyonun eşlik etmediği peptik ülser Bağlı Değer: 1,01	• Kronik Perfore Peptik Ülser Temel tanı: K26.5 <i>Peptik Ülser, Kronik, Perforasyonun eşlik ettiği</i> G62Z → Komplikasyonun eşlik ettiği peptik ülser Bağlı Değer 1,25
---	--

Kaynak: Şencan ve Demir, 2013: 7

Ayrıca, ana tanıya eşlik eden ek tanıların da oluşacak DRG ve bağlı değerleri değiştirmektedir.

Örnek: Papiller karsinom Tiroid Ca hastada diyabet ve hipertansiyon bulunmaktadır.

Şekil 22. Bağlı Değer ve Klinik Kodlama (Ek Tanı) İlişkisi

Kodlama: 1) C73 Tiroid ca M8050/3 Papiller karsinom TİG K64B Endokrin Hastalıklar Bağlı Değer 0,76 maliyet	2) C73 Tiroid ca M8050/3 Papiller karsinom E11.72 İnsulin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, insulin rezistansı ile birlikte I10 Esansiyel (primer) hipertansiyon TİG K64A Endokrin Hastalıklar Katastrofik Olmayan Katastrofik Bağlı Değer : 1,26
--	---

Kaynak: Şencan ve Demir, 2013: 7

4.2.2. Vaka Karma İndeksi (VKİ) Hesaplanması

Bir hastanenin vaka üretimini bir başka hastane ile karşılaştırmamızı sağlayan orandır. Hastanenin tedavi etmiş olduğu hastalıkların kompleksliğinin ölçülmesini sağlayan bir kavramdır (Busse v.d., 2011).

Vaka Karması Yönteminin Kullanım Alanları (Şencan ve Demir, 2013: 8):

- Klinik faaliyetlerin ölçülmesi
- Hastaneler arası performans değerlendirmesi
- Finansman
- Hastane içi yönetim aracı
- Kalite ölçümlerine başlamak için bir araç
- Hastanede klinik ve finansal kararların verilmesi
- Hekimler arası karşılaştırma istatistikleri ve hizmet sunucu profilleri tespitinde
- Hastane içi ve hastaneler arası bakım kalitesi karşılaştırmaları
- Klinik rehberler, protokoller ve sürekli kalite gelişimi projelerini destekleme
- Veri ve tanımlama standartlarının oluşturulması

Bunun için her hastanenin, her DRG'yi için ayrı ayrı raporladığı hasta sayılarına ihtiyacımız bulunmaktadır. DRG'lerde yer alan hasta sayıları o DRG'lerin bağıl değeri ile çarpılarak bunların toplamı alınır ve hastanedeki toplam hasta sayısına bölünür (TİG e-Bülteni, 2009: 16).

Vaka Karma İndeksi hesaplamasında aşağıdaki formül kullanılmaktadır (Şencan ve Demir, 2013: 8):

$$\Sigma (\text{DRG Bağlı Değer} \times \text{Vaka Sayısı})$$

Hastane Vaka Karma İndeksi =

A Hastanesi için toplam vaka sayısı

Hesaplamayı örnekle açıklayacak olursak; 2 Hastanenin üretmiş olduğu DRG/TİG'ler, bağlı değerler ve yatan hasta sayıları Tablo 21'de verilmiştir. Yukardaki formülü uygulayarak VKİ'lerine ulaşıyoruz.

Tablo 21. A Hastanesi Vaka Karma İndeksi Hesaplanması

DRG	Hasta Sayısı (A)	Bağlı Değer (B)	Ağırlıklandırılmış Hasta (A*B)	Vaka Karma İndeksi (D / C)
DRG 1	200	0,28	56,33	
DRG 2	400	1,95	778,86	
DRG 20	5	1,11	5,56	
Toplam	605 (C)		840,75 (D)	1,39

Kaynak: Şencan ve Demir, 2013: 8-9

Tablo 22. B Hastanesi Vaka Karma İndeksi Hesaplanması

DRG	Hasta Sayısı (A)	Bağlı Değer (B)	Ağırlıklandırılmış Hasta (A*B)	Vaka Karma İndeksi (D / C)
DRG 1	300	0,28	84,49	
DRG 2	500	1,95	973,57	
DRG 10	182	0,66	119,81	
DRG 20	300	1,11	333,8	
Toplam	1282 (C)		1511,67 (D)	1,17

Kaynak: Şencan ve Demir, 2013: 8-9

Buna göre; A Hastanesinin B hastanesine kıyasla daha yüksek (Hastane A VKİ (1,39) > Hastane B VKİ(1,17))vaka karması indeksine sahip olması daha yüksek bağıl değerli (komplike/kompleks) vakaları tedavi ettiğini göstermektedir. Ayrıca hastaların yapısına göre daha fazla geri ödeme alacaktır.

4.2.3. DRG'ye Göre Ödeme ve Bütçe Belirleme Formülasyonu

DRG / TİG ile finansman seçenekleri genellikle bir Ödeme Sistemi ya da bir Bütçeleme Sistemi olarak uygulanmaktadır (TCHEALTH Bilgi Teknolojileri Ltd.Şti, 2008: 15 -19):

Ödeme Sistemi olarak uyarlandığında (Busse v.d., 2011);

- Taban fiyata gerek duyar
- Bir bağıl değerler setine gerek duyar

Yani öncelikle geri ödeme kurumu tarafından bir taban fiyat belirlenmesi gerekecektir. Bu taban fiyat verildikten sonra her DRG'nin bağıl değeri ile bu fiyat ayrı ayrı çarpılarak o DRG'nin fiyatı hesaplanacaktır (TİG e-Bülteni, 2009: 16).

*DRG A Fiyatı = Taban Fiyat * DRG A Bağıl Değer*

*DRG A için ödeme = DRG A Fiyatı * DRG A Frekansı*

Ödeme, hastane tarafından rapor edilen vakalara göre oluşturulan DRG'lere bağılı olarak hesaplanan taban fiyat ve bağılı değerlere göre yapılandırılır.

Bütçeleme Sistemi olarak uyarlandığında (Busse v.d., 2011);

- Taban fiyata gerek duyar
- Önceki yıldan alınan DRG'ye göre vaka sayısına gerek duyar
- Önceki yıldan alınan vaka karması indeksine gerek duyar

Sağlık Kurumu Bütçesi = Toplam Vakalar * Taban Fiyat * VKİ

Önceki yılın vaka sayıları ve Vaka Karma İndeksleri (VKİ/CMI) ile gerçekleşen vaka sayısı ve Vaka Karma İndeksleri üzerinden bütçeleme ve kontrat/sözleşme sistemi oluşturulur.

Taban Fiyat

- Taban fiyat ortalama hasta maliyetini ifade eder.
- Ortalama vaka için taban fiyat bağıl değeri 1.0 'dir.
- Taban fiyat olmadan DRG fiyatlarını hesaplamak mümkün değildir.
- DRG fiyatları olmadan ödeme ya da bütçeleme sistemi oluşturmak mümkün değildir.
- Taban fiyat ulusal, eş - grup veya hastane bazında yeni bir finansal sistem oluşturulmasına bağlı olarak hesaplanabilir.
- Taban fiyatı hesaplamak için, şunlar belirlenmelidir (Busse v.d., 2011):
 - Hesaplamaların hangi düzeyde yapılacağı,
 - Dağıtılacak olan para miktarı,
 - DRG'ye göre vakaların sayısı,
 - Vaka karması İndeksi (VKİ/CMI).

Taban fiyat bize mevcut parayı vaka karmasına göre ayarlanmış hasta sayısına (vaka sayısı) bölerek ortalama hasta için fiyatı vermektedir (Busse v.d., 2011).

4.3. DRG GERİ ÖDEME METODOLOJİSİNE GÖRE GERÇEK VERİLERE DAYALI KARŞILAŞTIRMA: TÜRKİYE VE AVUSTRALYA

Literatür çalışmaları incelendiğinde yapılan araştırmalar genellikle DRG uygulamalarının sonuçları üzerine olmakla birlikte ayrıca çeşitli vakalara özgü karşılaştırmaları içeren çalışmalarda yapılmıştır. Türkiye’de ise hekim ve yönetici tutum ve davranışlarına yönelik az sayıda çalışma yapıldığı görülmüş olup, uygulama Türkiye’de Avustralya örneği üzerinden yürütülmüş ancak halen geçiş süreci çalışmaları devam etmektedir. Bu kapsamda tez çalışmasında Türkiye ile Avustralya özelinde karşılaştırma yapılmasının başlıca nedenleri şunlardır:

- Türkiye’de Sağlık Bakanlığı DRG pilot projesi uygulaması kapsamında Avustralya’nın DRG Modeli esas alınmıştır.
- Türkiye ve Avustralya’nın; Tanı ve İşlem kodlamasında ICD 10 - AM (International Classification of Diseases, Australian Modification), kullanılmıştır.
- DRG algoritması olarak da AR-DRG (Australian Refined Diagnosis Related Groups: Grupları tayin eden algoritma) kullanılmıştır.
- DRG Maliyetlendirme metodolojilerine bakıldığında ise; her iki ülke maliyet verileri de aynı metodoloji (Gider Dağıtım Tabloları aracılığıyla dağıtım kriterleri kullanılarak) ile yapılmıştır.
- Avustralya’da hastanelere dağıtılacak toplam global bütçe, DRG geri ödeme metodolojisine göre hastanelere paylaştırılmaktadır. Ülkemizde halen Sağlık Bakanlığı hastanelerine Global Bütçe üzerinden kaynak aktarımı yapılmakta olup, 2010 yılı Kasım ayı ile 2011 Ekim ayları arasında 555 hastaneye global bütçenin belirli bir oranı (%5 ve %10) DRG’ye göre (Avustralya Uyarlaması (AR-DRG) üzerinden) dağıtılmıştır.

4.3.1. Çalışmanın Amacı

Türkiye Sağlık Sektöründe yeni bir geri ödeme modeli olarak düşünülen ve halen Sağlık Bakanlığı hastanelerinde pilot olarak uygulanmakta olan DRG'ye dayalı geri ödeme modelinin, ülkemizde Avustralya Uyarlamasına göre yapılan pilot çalışması verileri (Türkiye'yi temsilen) ile Avustralya ülke verilerini DRG Geri Ödeme Metodolojisi aracılığıyla karşılaştırmak, değerlendirmelerde ve çıkarımlarda bulunmak çalışmanın temel amacıdır. Yapılacak karşılaştırma ile farklılık kaynakları tespit edilecek, önerilerde bulunulacaktır.

4.3.2. Problem Cümlesi

Sağlık kurumlarına geri ödeme yöntemi olarak DRG'nin Avustralya Uyarlamasını (AR-DRG) seçen Türkiye'nin, sağlık kurumlarına yapılan geri ödemede Avustralya Bağlı Değerleri üzerinden yapılan kaynak tahsisi doğru ve hakkaniyetli bir dağıtım sağlamakta mıdır? Ülkelerin sağlık yapısı ve maliyet yapısı başta olmak üzere ülkeler arasındaki farklılıklar kaynak dağıtımında önemli bir etken midir?

Türkiye'nin kendine özgü hesaplanan DRG Bağlı Değerleri ve Avustralya Bağlı Değerleri ile sağlık kurumlarına yapılan geri ödemenin karşılaştırılması yapılmış olup, Avustralya Bağlı Değerleri hangi oranda Türkiye'yi temsil ettiği ya da hangi oranda sapma/farklılık gösterdiği tespit edilerek değerlendirme ve önerilerde bulunulmuştur

4.3.3. Varsayımlar

- Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınarak Resmi Yazı ile temin edilen ve çalışmada kullanılan Türkiye ve Avustralya'ya ait verilerin doğru olduğu kabul edilmiştir.
- Sağlık Bakanlığında temin edilen 14 Hastane verisinin Türkiye'yi temsil ettiği varsayılmıştır.
- Yapılacak veri analizi çalışmalarında 665 DRG arasından Türkiye'yi temsil eden 14 Hastane DRG verilerinden frekansı en yüksek ilk 20 DRG'nin sağlık kurumlarında üretilen DRG'lerin tamamını temsil ettiği varsayılmıştır.
- Sağlık kurumlarına dağıtılacak sanal Global Bütçe miktarı; Türkiye İlk 20 DRG Toplam Maliyet verisinden oluşturulmuştur.

4.3.4. Kapsam ve Sınırlılıklar

Çalışma verileri 2009 yılı yatan hastalara ait verileri kapsamaktadır. Sağlık Bakanlığı 2010 Kasım ayından itibaren pilot olarak ve belli bir oranda (%5 ve %10 arasında değişen) Avustralya maliyet verilerinden elde edilen Bağlı Değerlere göre global bütçeden sağlık kurumlarına (555 hastane) kaynak tahsisi yapmaktadır. Avustralya DRG maliyet verileri ülke bazını (kamu) kapsamakta, Sağlık Bakanlığı DRG maliyet verileri ise 14 hastaneyi kapsamaktadır. Bu 14 Hastane, "Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi" kapsamında Sağlık ve Maliye Bakanlıkları, SGK ve Hacettepe Üniversitesi ortaklaşa pilot uygulama yaptığı kurumlar olduğu için seçilmiş olup, bu proje kapsamında gerçekleştirilen çalışmalar Avustralya'nın DRG

Kodlama ve Maliyetlendirme Metodolojisine göre yapılmıştır ve Türkiye'yi temsil edebilecek verileri içeren tek çalışmadır.

DRG Analizleri; hesaplanan DRG maliyetleri üzerinden gerçekleştirilen analizlerdir (Hacettepe Üniversitesi, 2008: 18);

- *En yüksek ve en düşük toplam maliyete sahip 20 DRG,*
- *En fazla vaka sayısına (frekans) sahip 20 DRG,*
- *En yüksek ve en düşük kar oranına sahip 20 DRG,*
- *Taburcu başına en yüksek ve en düşük ortalama maliyete sahip 20 DRG* gibi analizler bu süreçte en sık kullanılan analizlerdir.

Sağlık Bakanlığı 2011 yılı içerisinde DRG pilot uygulama sonuçlarını yukarıdaki 20 DRG bazında 3'er aylık veri setleri ile yayınlamıştır. Bu kapsamda gerek çalışmanın yönetilebilir olması açısından gerekse de genel olarak uygulamada kullanımından dolayı 665 adet DRG'yi temsil etmek üzere, Türkiye'de frekansı en yüksek olan ilk 20 DRG (çalışmada kullanılacak DRG sınırır) üzerinden çalışma yapılacak olup, bunların hastanelerde üretilen tüm DRG'leri kapsadığı varsayılacaktır. İlk 20 DRG'ler arasında frekans sayısı en yüksek olanların seçilme nedeni ise; o hastane ya da ülkenin hastalık yapısını en yüksek oranda temsil edecek veri paketi olmasından kaynaklanmıştır.

Ülke bazında temin edilen Avustralya DRG verileri içerisinde yer alan maliyet verileri ABD \$ üzerinden olması nedeniyle ilgili yıl (2009) paritesine göre (1 \$ = 1,5 TL) hesaplamalar yapılmıştır.

Türkiye'yi temsil eden 14 hastane daha önce belirtilen "Proje" kapsamında seçildiği için bu hastanelerin tamamı tez çalışması kapsamına alınmıştır. Hastane isimleri aşağıda belirtilmiş olup, çalışma Türkiye'de yeni bir metodolojinin uygulanması ve iki ülke arası karşılaştırma üzerine olması

nedeniyle; yapılacak hesaplamalar, bulgular, değerlendirme ve sonuç bölümlerinde hastaneler H1, H2,...,H14 olarak isimlendirilmiştir.

- Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
H1 - 438 Yataklı
- Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
H2 - 500 Yataklı
- Özel Bayındır Hastanesi
H3 - 131 Yataklı
- Çanakkale Devlet Hastanesi
H4 - 500 Yataklı
- Ege Üniversitesi Erişkin Hastanesi
H5 - 640 Yataklı
- Elazığ Devlet Hastanesi
H6 - 539 Yataklı
- Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi
H7 - 618 Yataklı
- Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi
H8 - 664 Yataklı
- İzmir Dr.S.Seren Göğüs Hastalıkları Hastanesi
H9 - 500 Yataklı
- İzmir Karşıyaka Devlet Hastanesi
H10 - 267 Yataklı
- Konya Numune Hastanesi
H11 - 598 Yataklı
- Muğla Marmaris Devlet Hastanesi
H12 - 84 Yataklı
- Tekirdağ Devlet Hastanesi
H13 - 320 Yataklı
- Van Devlet Hastanesi
H14 - 417 Yataklı

4.3.5. Verilerin Temini ve İçeriği

Veri temini için Sağlık Bakanlığında dilekçe ile akademik destek ve izin talebinde bulunulmuştur. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 02/02/2012 tarihli ve 4810 sayılı akademik destek konulu resmi yazısında araştırmanın Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görüldüğü belirtilmiş (EK-1) ve ilgili yazı ekinde Türkiye'ye ve Avustralya'ya ait veriler tarafıma verilmiştir.

Türkiye'yi temsilen 14 Hastaneye ve ülke bazında Avustralya'ya ait 1 yıllık her bir DRG için temin edilen veri kümesi (maliyet verileri Direkt Giderler ve Genel Giderler ayrımını da içermektedir) ve açıklamaları şöyledir:

“Vaka/Hasta Sayısı”: 1 yıl boyunca ilgili DRG'ye atanan vaka/hasta sayısını yani o DRG'nin yıllık frekansını gösterir.

“Ortalama Kalış Günü”: Her DRG için toplam kalış gününün toplam hasta sayısına bölünmesiyle hesaplanır. Düşük hacimli bazı DRG'ler için ondalık basamak düzeyinde küçük farklılıklar olabilir.

“Ortalama Bir Hasta/Vaka (DRG) Maliyeti”: O DRG'ye ait 1 yıllık Toplam Maliyetin, o DRG'ye ait toplam hasta sayısına bölünmesi ile elde edilir.

“Ortalama Bir Gün Maliyeti”: O DRG'ye ait 1 yıllık Toplam Maliyetin, o DRG'ye ait toplam gün sayısına bölünmesi ile elde edilir.

“Medikal/Tıbbi Hizmet Ücretleri”: Tıbbi hizmet sunan uzman ve pratisyen hekim personele yapılan ödemeler de dahil olmak üzere verilen maaş ve ücretleri içerir.

“Hemşirelik Ücretleri”: Hemşirelik bakımı ile ilgili sağlık çalışanlarına verilen maaş ve ücretleri içermektedir.

“Diğer Personel Ücretleri”: Tıbbi ve bakım hizmetleri dışında çalışanlar için yapılan tüm giderleri içerir.

“Patoloji”: Hastaların tanı ve tedavi işlemleri için tanı laboratuvarlarında yapılan tüm işlem maliyetlerini içerir. Biyokimya, Hematoloji, Mikrobiyoloji ve Patoloji Laboratuvarları işlemlerinin maliyetleri gibi.

“Görüntüleme”: Radyoloji Uzmanı ya da Teknikeri/Teknisyeni tarafından genellikle tanı hizmetleri için gerçekleşen tüm maliyetleri içerir.

“Yardımcı Sağlık Hizmetleri”: Tıbbi ve Bakım hizmeti sunanlar hariç diğer sağlık çalışanlarınca (Psikolog, Sağlık Teknisyenleri, Odyolog, Fizyoterapist vb.) gibi diğer çalışanlarınca verilen tanısal ve işlemsel tüm giderleri içerir.

“Eczane”: İlaç ürünleri ve klinik eczacılık hizmetlerinin satın alma, üretim, dağıtım, tedarik ve depolama dahil olmak üzere ilaç sağlanmasına ilişkin giderleri içerir.

“Yoğun Bakım”: Yoğun bakım maliyetlerinin bileşimidir.

“Ameliyathane”: Ameliyathane koşullarında gerçekleştirilen işlem maliyetlerini içerir.

“Tıbbi Malzeme ve Diğer”: Tıbbi ve cerrahi malzemeler, yatak giderleri ve diğer bölümle ilgili benzer giderleri içerir.

“Özel İşlemler”: Tanı ve tedavi işlemleri uygun nitelikli hekimler yönetimi altında yapılabilir bir ortam sağlanarak gerçekleştirilen özel nitelikli işlem maliyetlerini içerir. Ameliyathane masrafları dahil değildir.

“Çeşitli Servis Hizmetleri”: Protez, Ortez ödemeleri gibi maliyetleri içerir

“Amortisman”: İlgili DRG'ye ayrılacak olan amortisman payını içerir.

Çalışmanın alt veri analizi bölümünde DRG Maliyet Kümesi Verileri 2 (iki) ana başlık altında toplanmış olup, temin edilen ve yukarıda açıklamaları bulunan maliyet verileri şu isimler altında gider çeşitleri olarak sınıflandırılarak incelenmiştir:

1. Direkt Giderler

- Personel Giderleri
 - Hekim Giderleri
 - Hemşire Giderleri
 - Diğer Personel Giderleri
- Tanı İşlem Giderleri
 - Patoloji Giderleri
 - Görüntüleme Giderleri
 - Diğer Yardımcı Sağlık Hizmetleri Giderleri
- Eczane Giderleri
- Acil, Yoğun Bakım ve Ameliyathane Giderleri
 - Ameliyathane Giderleri
 - Acil ve Yoğun Bakım Giderleri
- Tıbbi Malzeme ve Diğer Giderler
 - Tıbbi Malzeme Giderleri
 - Özel İşlem Giderleri
 - Çeşitli Servis Giderleri
- Amortisman

2. Genel Giderler

- Temizlik ve Çamaşır Hizmet Giderleri
- Yemek Hizmeti Giderleri
- Hasta Ulaşım Hizmeti Giderleri
- Elektrik, Yakıt ve Su Giderleri
- Çeşitli Genel Yönetim (Sigorta, Finans, Hukuk gibi) Giderleri

4.3.6. Yöntem

Tez çalışması kapsamında elde edilen tüm verilerin çalışma için gerekli tablolara dönüştürülmesi ve DRG Geri Ödeme Metodolojisi ile ilgili tüm hesaplamaların yapılması için “Microsoft Office Excel 2007” yazılım programı kullanılmıştır.

Tez çalışmasının Kapsam ve Sınırlılıklar başlığı altında da belirtildiği üzere genel olarak DRG’ler ile yapılan analizlerden biri de en fazla vaka sayısına (frekansa) sahip 20 DRG üzerinden yapılan analizlerdir. Bu kapsamda yapılan çalışmada, öncelikle Türkiye’deki 14 Hastane verileri dikkate alınarak frekansı en yüksek olan ilk 20 DRG tespit edilmesi amacıyla hastane verileri birleştirilmiştir (14’lü Bucket Raporu). Daha sonra oluşturulan Türkiye verisinden frekansı en yüksek olan ilk 20 DRG belirlenmiş ve Ortalama Hasta ve Gün Maliyetleri tespit edilmiştir. Avustralya’ya ait ilk 20 DRG’de belirlenerek Ortalama Hasta ve Gün Maliyetleri tespit edilip, Türkiye DRG verileri ile karşılaştırılmıştır.

Daha sonra Türkiye’ye ait frekansı en yüksek 20 DRG verisi, tez çalışmasının 4.2. bölümünde anlatılan DRG Geri Ödeme Metodolojisi basamaklarına göre işlemlere tabi tutulmuştur. Bu kapsamda öncelikle Türkiye için her bir hastane bazında “Bağıl Değer” (Bağıl Değer Formülasyonuna göre) hesaplanmış, akabinde bu 20 DRG’nin her biri için Türkiye’yi temsil eden Bağıl Değerler bulunmuştur. Avustralya içinde ülke bazında Türkiye’ye ait ilk 20 DRG üzerinden aynı hesaplama yapılmıştır.

Ülke bazında her bir DRG için Bağıl Değerler belirlendikten sonra her bir DRG’nin fiyatının hesaplanmasında kullanılmak üzere Taban Fiyat belirlenmesi yapılmıştır. Bu işlemde Global Bütçeden (Sanal Bütçe) o yıl 14 hastanenin Toplam Maliyeti belirlenerek bu değerlerin toplam Bağıl Değer Sayısına bölünmesi ile “Taban Fiyat” bulunmuştur. Böylece Türkiye ve

Avustralya DRG Bağıl Değerleri arasındaki farkların hastanelerin kar/zarar durumuna etkisini de ortaya koyacak şekilde işlenmesi de sağlanmıştır.

Daha sonra her hastane için ilgili Geri Ödeme miktarı tespit edilmek üzere belirlenmiş bulunan “Taban Fiyat * İlgili Türkiye DRG Bağıl Değeri * Vaka Frekansı” sonuçları ile “Taban Fiyat * İlgili Avustralya DRG Bağıl Değeri * Vaka Frekans” sonuçları karşılaştırılmak üzere hesaplanmıştır.

DRG’ye dayalı geri ödeme sisteminin alt veri tabanı da nicel ve oransal olarak incelenerek, hastaneler ve ülkelerarası farklılıkların temel kaynakları da ortaya konulmuştur.

Hastaneler arası karşılaştırmalar için her hastanenin Vaka Karma İndeksleri ilgili formülasyona göre hesaplanmış ve geri ödeme ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Yapılan hesaplamalar sonucu ortaya çıkan bulgular analiz edilmiş olup, farklılıkların sebepleri alt maliyet verileri bazında değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır.

4.3.7. DRG Analizleri, Bulgular ve Değerlendirmeler

Bu bölümde yapılan değerlendirmeler DRG Analizlerinde sıklıkla kullanılan ve çalışmanın gerçek verilere dayalı geri ödeme uygulamasının veri tabanını oluşturan frekansı en yüksek (vaka sayısı en yüksek) ilk 20 DRG’nin tespiti, ülkeler ve hastaneler arasında karşılaştırmalı değerlendirilmesi üzerinde durulmuştur.

4.3.7.1. İki Ülke Arasında İlk 20 DRG Karşılaştırması ve Değerlendirmeler

Bu kapsamda öncelikle 14 Hastane bazında temin edilen veriler Türkiye DRG verilerini oluşturmak üzere birleştirilerek tek bir DRG seti (maliyet kümesi ile birlikte) oluşturulmuş olup, Türkiye’de toplam 653 DRG üretildiği belirlenmiştir. Ülke bazında Türkiye DRG verisi oluşturulduktan sonra Avustralya’ya (665 DRG arasından) ve Türkiye’ye (653 DRG arasından) ait vaka sayısı (frekansı) en yüksek ilk 20 DRG verileri tespit edilmiş ve bunların Türkiye ve Avustralya’da frekans açısından kaçınıcı sırada oldukları Tablo 23’de gösterilmiş ve değerlendirmelerde bulunulmuştur.

Türkiye ve Avustralya İlk 20 DRG Karşılaştırmasını içeren Tablo 23’e göre Avustralya ilk 20 DRG’sinin Türkiye DRG sıraları incelendiğinde 6 adet DRG’nin ortak olduğu görülmüştür. Ayrıca Avustralya ilk 20 DRG’si içerisinde Türkiye’nin ilk 50 sırada yer alan DRG’lerinden 8, ilk 100’den ise sadece 9 adet DRG’si yer aldığı görülmüştür. Türkiye ilk 20 DRG’si bakımından Tablo 23 incelendiğinde her iki ülkenin 6 adet DRG’sinin frekansı en yüksek ilk 20 DRG içinde olduğu görülmüş olup bunlar Doğum, Solunum Sistemi, Sindirim Sistemi, Göz ve Dermatolojik rahatsızlıklar üzerine yoğunlaştığı görülmüştür. Türkiye ilk 20 DRG’si içinde Avustralya’nın ilk 50’de 12 DRG’si, ilk 100’de de 17 DRG’si bulunmaktadır.

Tablo 23. Türkiye ve Avustralya İlk 20 DRG Karşılaştırması

Avustralya İlk 20 DRG ve Türkiye Sırası				Türkiye İlk 20 DRG'si ve Avustralya Sırası			
Sıra	DRG Kodu	Kodun Açıklaması	Türkiye DRG Sırası	Sıra	DRG Kodu	Kodun Açıklaması	Avustralya DRG Sırası
1	L61Z	Hemodiyaliz	601	1	F42B	Dolaşım Sistemi Bozuklukları Akut Myokard Enfarkti Bulunmayan, invaziv Kardiyak inceleme işlemleri ile, Kompleks Tanı/İşlem Bulunmayan	87
2	R63Z	Kemoterapi	148	2	E65B	Kronik Obstrüktif Havayolu Hastalığı (KOA), Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	18
3	O60B	Normal Doğum, Vajinal Yolla	7	3	O01C	Doğum, Sezaryen, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	12
4	F74Z	Göğüs Ağrısı	139	4	G09Z	Herni (Fıtık) işlemleri, inguinal ve Femoral, 0 Yas Üzeri	260
5	C16A	Göz, Lens Tanı ve Tedavi işlemleri	5	5	C16A	Göz, Lens Tanı ve Tedavi işlemleri	5
6	G48C	Kolonoskopi	558	6	J11Z	Cilt, Subkütan ve Meme işlemleri, Diğer	14
7	G70B	Diğer Sindirim sistemi hastalıkları, Katastrofik/Şiddetli KK	49	7	O60B	Normal Doğum, Vajinal Yolla	3
8	G66Z	Karın ağrısı ve Mezenterik Adenit	53	8	I68B	Spinal Hastalıklar, Cerrahi Olmayan, KK Bulunmayan	56
9	G67B	Özofajit, Gastroenterit & çeşitli Sindirim Sistemi Bozuklukları, 9 Yaş Üzeri, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	9	9	G67B	Özofajit, Gastroenterit & çeşitli Sindirim Sistemi Bozuklukları, 9 Yaş Üzeri, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	9

Avust. Sıra	DRG Kodu	Kodun Açıklaması	Türkiye DRG Sırası	Türk. Sıra	DRG Kodu	Kodun Açıklaması	Avustralya DRG Sırası
10	X60B	Yaralanmalar, Katastrofik/Şiddetli KK	303	10	G07B	Appendektomi, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	55
11	Z64B	Sağlık Hizmetleri ile Sağlık Durumu ve Diğer İletişim Etkileyen Diğer Faktörler	411	11	D11Z	Tonsillektomi ve/veya Adenoidektomi	50
12	O01C	Sezaryen ile Doğum, Katastrofik şiddetli KK	3	12	X62B	Zehirlenmeler/Toksik Etki, ilaçlar ve Diğer Maddeler, 60 Yas Altı, KK Bulunmayan	24
13	G47C	Gastroskopi, aynı gün	199	13	D10Z	Nazal Tanı ve Tedavi işlemleri	123
14	J11Z	Cilt, Subkütan ve Meme işlemleri, Diğer	6	14	H08B	Kolesistektomi, Laparoskopik, Kapalı Koledok Eksplorasyonu Yapılmayan, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	43
15	J64B	Selülit, Katastrofik/Şiddetli KK	111	15	E62C	Solunum Sistemi, Enfeksiyon/Enflamasyon, KK Bulunmayan	31
16	Q61B	Kırmızı Kan Hücresi Bozuklukları, Katastrofik/Şiddetli KK	224	16	B81B	Sinir Sistemi, Diğer Bozuklukları, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	96
17	Z40Z	Endoskopi ve Sağlık Hizmetleri ile Sağlık Durumu ve Diğer İletişim Etkileyen Faktörler	509	17	F62B	Kalp Yetmezliği ve Şok, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	41
18	E65B	Kronik Obstrüktif Havayolu Hastalığı (KOA), Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	2	18	K60B	Diyabet, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	49
19	O66A	Doğum öncesi ve Diğer Obstetrik Kabul, Katastrofik /Şiddetli KK	22	19	H63B	Karaciğer Hastalıkları, Malinite, Siroz, Alkolik Hepatit Haricinde, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	180
20	F76B	Aritmi, Kardiyak Arrest ve İletim Bozuklukları	316	20	P67D	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 2499 g Üzeri, Önemli Ameliyathane işlemi Olmaksızın, Problemin Eslik Etmediği	67

Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde öncelikle her iki ülkede de Doğum, Göz, Cilt, Sindirim ve Solunum Sistemi hastalıklarının önemli bir oran teşkil ettiği anlaşılmaktadır.

Hemodiyaliz, Kemoterapi, Gastroskopi, Kolonoskopi ve Endoskopi DRG'leri gibi sağlık insangücü ve teknolojisini yoğun barındıran DRG'ler Avustralya'da en önde gelen DRG'ler arasında olması dikkat çekici olmuştur. Özellikle tanısal işlemleri yoğun barındıran Endoskopi ve Kolonoskopi DRG'leri ile kanser hastalıklarının medikal tedavisinde sıkça kullanılan Kemoterapi DRG'si ve dünya'da genel olarak sıkça görülen Böbrek yetmezliği hastalarının yaşamında çok önemli bir etken olan Hemodiyaliz DRG'sinin Avustralya'da ilk 20 DRG arasında görülmesi, ülkenin ekonomik ve sağlık yapısı açısından yakından ilişkili olduğunu ve sağlık hizmetlerine ulaşımın Türkiye'ye oranla çok daha kolay olduğunu söylemek mümkündür. Bu kapsamda Tablo 17'de (bölüm 4.1) iki ülkenin tıbbi cihaz ve yatak sayıları karşılaştırmasında da belirtildiği üzere Avustralya ile başlıca farklılıklar arasında özellikle sağlık hizmetlerine ve teknolojik donanıma ulaşılabilirliğin olduğu söylenebilir.

Özellikle kronik hastalığı olanların daha kolay sağlık insangücü, tedavi imkanları ve tıbbi cihazlara ulaşımının sağlanmasının ülkenin sağlık göstergelerine önemli etki yaptığı (örneğin Tablo 17'de de gösterilen ortalama yaşam beklentisinin yüksekliği) söylenebilir. Ayrıca Avustralya'da ilk 20 DRG içerisinde Kolonoskopi, Gastroskopi ve Endoskopi gibi tanısal DRG'ler yer alırken Türkiye'de bu DRG'ler son sıralarda yer almıştır. Gerek sağlık hizmetlerine ulaşım gerekse erken tanı ve tedavi açısından Türkiye ve Avustralya arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir.

Yine dikkat çeken bir husus da Normal Doğum ve Sezaryenle Doğum açısından yapılan karşılaştırmadır. Her iki ülkede de ilk 20 DRG içinde bulunan bu DRG'lerde Avustralya'da Normal Doğum DRG'si 3., Türkiye'de 7.

Sırada iken, Sezaryenle doğum açısından bakıldığında Türkiye’de Sezaryenle doğum frekansı en yüksek 3. DRG iken Avustralya’da 12. DRG olarak yer aldığı görülmüştür. Son yıllarda özellikle ülkemizde Sezaryen işleminin tıbbi açıdan daha tehlikeli ve mali açıdan ise çok daha pahalı bir işlem olduğunun tartışıldığını da dikkate alırsak, Tablo 23 verilerine göre Türkiye’de Sezaryen DRG’si, Normal Doğum DRG’sinin önünde yer aldığı bu çalışmada da görülmüştür. Bu sonuç Tablo 17’deki (Bölüm 4.1.) sağlık göstergeleri ile de uyumlu çıkmıştır.

Ortak görülen DRG’ler dışında Türkiye’de Herni (fıtık) ve Spinal (Omurga ile ilgili) rahatsızlık DRG’lerinin ilk DRG’ler içinde yer alması, Avustralya’da ise bu DRG’lerin gerilerde yer alması Türkiye’nin işgücü yapısının emek, Avustralya’nın ise teknoloji yoğun olması ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Yine Tablo 17’deki istatistiki verilerle uyumlu olarak Kalp-Damar (dolaşım sistemi) hastalıkları ile Diyabet hastalığı Türkiye’de Avustralya’ya oranla çok sık görülen kronik vakalar olarak çıkmıştır.

Sonuç olarak Tablo 23 verileri değerlendirildiğinde özellikle Tez Çalışmasının Bölüm 4.1.’de anlatılan (Tablo 17) Türkiye ve Avustralya’nın karşılaştırmalı sağlık yapısı incelemesi ile paralel olduğu anlaşılmış olup, bu çerçevede sosyo-ekonomik yapı ile sağlık dokusu farklılıklarının önemlilik arz ettiği, ayrıca sağlık kaynaklarına ulaşılabilirliğin de önemli bir etken olduğu düşünülmüştür. Bu bağlamda ülkeler arasında hem sosyal ve ekonomik yapıdan hem de sağlık yapısından kaynaklanan farklılıklarının bulunduğu söylenebilir.

Türkiye İlk 20 DRG verisi ve Avustralya ile Karşılaştırmasını gösteren Tablo 24. hastanelere dağıtılacak olan geri ödeme miktarını da belirleyen ülke bazındaki temel yapıyı oluşturmaktadır.

Tablo 24’de Türkiye’nin frekansı en yüksek ilk 20 DRG verileri; 14 Hastane verilerinin birleştirilmesi ile oluşturulan 653 DRG kümesi arasından seçilmiştir. 653 DRG üreten 14 Hastanede toplam 291.851 vaka gerçekleşmiş olup, toplam yatılan gün sayısı da 1.745.325 olarak gerçekleşmiştir. 20 adet DRG tüm DRG’lerin %3’üne tekabül etmektedir. Ancak vaka frekansı en yüksek 20 DRG’ye bakıldığında bu DRG’lere atanan 87.602 vakanın olduğu, bunun da tüm yatan hastaların %30’una karşılık geldiği, toplam yatılan gün sayısı bakımından incelendiğinde ise 377.806 yatış günü ile toplam yatışların %22’sini temsil ettiği görülmektedir. Her bir DRG için Vaka ve Gün bazında ortalama maliyetler de tabloda gösterilmiş olup, tüm DRG’ler bazında Ortalama Bir Vaka Maliyeti 1.659 TL, Ortalama Bir Gün Maliyeti ise 386 TL olarak gerçekleşmiştir.

Avustralya Bucket raporundan elde edilen veriler incelendiğinde 2009 yılında 665 DRG’ye atanan toplam 4.865.608 vakanın bulunduğu ve toplam yatılan gün sayısının ise 14.545.916 olduğu görülmüştür. Avustralya ilk 20 DRG bazında değerlendirme yapıldığında ilk 20 DRG’de 2.002.515 vaka gerçekleştiği bunun da oransal olarak tüm DRG’lerde %41’e tekabül ettiği tespit edilmiştir. İlk 20 DRG açısından toplam yatılan gün sayısının 2.889.015 olduğu bunun da %20’lik bir orana karşılık geldiği görülmüştür.

Çalışmanın yapılacağı (Türkiye’nin frekansı en yüksek ilk 20 DRG’si) DRG’ler bazında Avustralya verilerine bakıldığında (Tablo 24) DRG’lere toplam 589.019 vaka ataması yapıldığı ve 1.504.501 toplam gün sayısına sahip olduğu görülmüştür. Vaka sayısı bakımından 2009 yılında tüm DRG’lerde toplam 4.865.608 vaka ve toplam yatış günü 14.545.916 olan Avustralya’da, çalışma yapılacak DRG verileri vaka sayısı bakımından %12,1 yatılan gün sayısı bakımından ise %10,3’lük bir oranı temsil etmektedir. Ortalama Bir Vaka Maliyeti 6.489 TL, Ortalama Bir Gün Maliyeti ise 2.595 TL olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 24 verileri değerlendirildiğinde Ortalama Kalış Süreleri Avustralya'da 2,5 gün, Türkiye'de ise 4,3 gün çıkmıştır. Sağlık bakım ve tedavi hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi açısından önemli bir gösterge olan Ortalama Kalış Süresi; sağlık kurumlarında hastalık tanı, tedavi ve bakım süreçlerinin uygunluğu ile ilişkili olarak değişkenlik göstermektedir. Bu kapsamda Türkiye Avustralya'dan 1,75 kat daha uzun sürede hastalarını taburcu etmektedir. Bu durumun ülkeler arasındaki tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin kalitesiyle ve sağlanan sağlık kaynaklarıyla ilişkili olduğu söylenebilir.

Tablo verileri Vaka ve Gün bazında ortalama maliyetler açısından değerlendirildiğinde Avustralya DRG maliyetlerinin hasta bazında 3,9 kat, gün bazında ise 6,7 kat daha fazla maliyetle sonuçlandığı ortaya çıkmıştır. Bu durum ülkeler arasındaki gerek sağlık insan gücü nicelik ve nitelik farklılıkları ile aldıkları ücret farklılıkları, gerekse sağlık teknolojisi donatıları arasındaki hizmet kullanım oranları dikkate alındığında temel sebepler olarak karşımıza çıkabilen hususlar olarak değerlendirilebilir. Ayrıca yine Tablo 17'ye bakıldığında Avustralya'da kişi başına düşen milli gelirin de Türkiye'den yaklaşık 5,3 kat fazla olduğu ve aynı tabloda gösterilen kişi başına düşen hekim, hemşire, yatak ve cihaz sayılarına ve bunlara ulaşım istatistiklerine bakıldığında iki ülke arasındaki maliyet farklılıklarının temel kaynakları arasında bunların yoğunlaştığını söyleyebiliriz.

DRG Metodolojisinde ortalama maliyet verisi mutlaka gerekli olup, Bağlı Değer hesaplamaları verilerin rakamsal büyüklüğünden değil, birbirleri arasındaki oransal ilişkiden kaynaklanması nedeniyle ülkelerarasındaki bu rakamsal olarak büyük farklılık önem arz etmeyecektir. Her ülkenin Bağlı Değerleri kendi DRG ortalama maliyet verilerinin birbirine göre kıyaslanması ile saptanmaktadır. Ancak öncelikle ülkelerin verilerini oluşturan hastaneler arasındaki DRG maliyetlerinin standardize olma durumu ve DRG çeşitlerine göre farklılık durumu Bağlı Değerlerin büyüklüklerini ve ortalamalarını etkileyen temel faktör olduğu da unutulmamalıdır.

Tablo 24. Türkiye İlk 20 DRG verisi ve Avustralya ile Karşılaştırması

Toplam		Toplam Vaka Sayısı (% Oran)		Toplam Yatılan Gün Sayısı (% Oran)		Ortalama Yatılan Gün Sayısı		Bir Vaka Maliyeti (TL)		Bir Gün Maliyeti (TL)	
		Türkiye	Avustralya	Türkiye	Avustralya	Türkiye	Avustralya	Türkiye	Avustralya	Türkiye	Avustralya
		87.602 (100)	589.019 (100)	377.806 (100)	1.504.501 (100)	4,3	2,5	1.659	6.489	386	2.595
DRG Kodu	Kodun Açıklaması										
F42B	Dolaşım Sistemi Bozuklukları Akut Myokard Enfarkti Bulunmayan, invaziv Kardiyak inceleme işlemleri ile, Kompleks Tanı/İşlem Bulunmayan	10.497 (12)	11.768 (2,0)	14.827 (3,9)	46.078 (3,1)	1,4	3,9	2.700	9.897	1.911	2528
E65B	Kronik Obstrüktif Havayolu Hastalığı (KOA), Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	8.243 (9,4)	38.465 (6,5)	70.833 (18,7)	187.075 (12,4)	8,6	4,9	1.684	7.907	196	1.626
O01C	Doğum, Sezeryan, Katastrofik/şiddetli KK Bulunmayan	5.904 (6,7)	45.379 (7,7)	22.651 (6,0)	178.663 (11,9)	3,84	3,94	1.223	14.061	319	3.571
G09Z	Herni (Fıtık) işlemleri, inguinal ve Femoral, 0 Yas Üzeri	5.031 (5,74)	2.956 (0,5)	18.060 (4,8)	14.064 (0,9)	3,59	4,76	1.399	14.303	390	3.006
C16A	Göz, Lens Tanı ve Tedavi işlemleri	5.007 (5,7)	65.340 (11,1)	11.273 (3,0)	66.352 (4,4)	2,25	1,02	1.183	3.734	525	3.677
J11Z	Cilt, Subkütan ve Meme işlemleri, Diğer	4.859 (5,5)	42.013 (7,1)	8.893 (2,4)	53.407 (3,5)	1,83	1,27	1.009	3.463	551	2.725
O60B	Normal Doğum, Vajinal Yolla	4.434 (5,1)	116.175 (19,7)	7.824 (2,1)	297.325 (19,8)	1,76	2,56	942	7.308	534	2.856
I68B	Spinal Hastalıklar, Cerrahi Olmayan, KK Bulunmayan	4.001 (4,6)	17.680 (3,0)	36.063 (9,5)	64.029 (4,3)	9,01	3,62	2.294	6.228	254	1.720
G67B	Özofajit, Gastroenterit & çeşitli Sindirim Sistemi Bozuklukları, 9 Yaş Üzeri, Katastrofik/şiddetli KK Bulunmayan	3.809 (4,3)	48.959 (8,3)	16.166 (4,3)	81.684 (5,4)	4,24	1,67	1.080	2864	254	1.716

DRG Kodu	Kodun Açıklaması	Toplam Vaka Sayısı (% Oran)		Toplam Yatılan Gün Sayısı (% Oran)		Ortalama Yatılan Gün Sayısı		Bir Vaka Maliyeti (TL)		Bir Gün Maliyeti (TL)	
		Türkiye	Avustralya	Türkiye	Avustralya	Türkiye	Avustralya	Türkiye	Avustralya	Türkiye	Avustralya
G07B	Appendektomi, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	3.569 (4,1)	17.804 (3,0)	11.597 (3,1)	40.357 (2,7)	3,25	2,27	1.865	9.048	574	3.992
D11Z	Tonsillektomi ve/veya Adenoidektomi	3.439 (4)	19.433 (3,3)	11.867 (3,1)	21.390 (1,4)	3,45	1,1	1.665	4.485	483	4.075
X62B	Zehirlenmeler/Toksik Etki, ilaçlar ve Diğer Maddeler, 60 Yas Altı, KK Bulunmayan	3.427 (3,9)	32.975 (5,6)	4.832 (1,3)	61.056 (4,1)	1,41	1,85	1.586	3.501	1.125	1.891
D10Z	Nazal Tanı ve Tedavi işlemleri	3.346 (3,8)	8.467 (1,4)	10.865 (2,9)	9.070 (0,6)	3,25	1,07	1.424	6.080	439	5.675
H08B	Kolesistektomi, Laparoskopik, Kapalı Koledok Eksplorasyonu Yapılmayan, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	3.275 (3,73)	21.403 (3,6)	12.635 (3,3)	40.134 (2,7)	3,86	1,87	1.304	9.857	338	5.261
E62C	Solunum Sistemi, Enfeksiyon/Enflamasyon, KK Bulunmayan	3.250 (3,7)	26.810 (4,6)	34.498 (9,1)	81.753 (5,4)	10,61	3,05	2.065	5.528	195	1.813
B81B	Sinir Sistemi, Diğer Bozuklukları, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	3.248 (3,7)	10.573 (1,8)	22.476 (5,9)	33.145 (2,2)	6,92	3,13	2.557	5.994	369	1.912
F62B	Kalp Yetmezliği ve sok, Katastrofik KK Bulunmayan	3.117 (3,6)	22.329 (3,8)	20.228 (5,4)	104.825 (7,0)	6,49	4,69	1.740	7.862	268	1.675
K60B	Diyabet, Katastrofik/siddetli KK Bulunmayan	3.082 (3,51)	19.498 (3,3)	22.178 (5,9)	64.163 (4,3)	7,20	3,29	1.686	6.543	234	1.988
H63B	Karaciğer Hastalıkları, Malinite, Siroz, Alkolik Hepatit Haricinde, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	3.061 (3,5)	5.688 (1,0)	13.940 (3,7)	13.735 (0,9)	4,55	2,41	1.894	4.596	416	1.903
P67D	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 2499 g Üzeri, Önemli Ameliyathane işlemi Olmaksızın, Problemin Eslik Etmediği	3.003 (3,42)	15.284 (2,6)	6.100 (1,6)	46.196 (3,1)	2,03	3,02	746	4.259	367	1.409

Tez çalışmasının geri ödeme metodolojisi; ülke bazında Tablo 24 verilerinden elde edilen Bağlı Değerler ve yine tabloda yer alan Frekanslar (Vaka Sayıları) ile Ortalama Maliyetler üzerinden hesaplanacak olan Toplam Maliyetlerin Global Bütçe (Sanal) miktarı olarak düşünülerek dağıtılması ile gerçekleştirilmiştir.

4.3.7.2. Hastanelerarası Karşılaştırma, Bulgular ve Değerlendirmeler

Türkiye'yi temsil eden 14 Hastane verileri incelenmiş olup, her bir hastanenin ilk 20 DRG bakımından kendi DRG sıraları ve Hastane Ortalama Kalış Süreleri Tablo 25'de gösterilmiştir.

Hastaneler Ortalama Kalış Süreleri açısından değerlendirildiğinde göze çarpan en düşük sürenin 1,3 gün ile H3 Özel Hastanesinin olmasıdır. Kalp-Damar Hastalıkları ile Doğum ve Yenidoğan vakalarının ağırlıklı olduğu hastanede taburcu süreleri Avustralya ülke ortalamasının da altında gerçekleşmiştir. Bir Özel Dal Devlet Hastanesi olan H9 Hastanesi de 10,3 ortalama kalış günü ile en yüksek değere, onun ardından ise bir Üniversite Hastanesi olan H5 Hastanesi ise 6,6 gün ile en yüksek ortalama kalış süresine sahip 2. Hastane olmuştur. H9 Hastanesi vakalarının büyük çoğunluğu Kronik Akciğer Hastaları iken H5 Üniversite Hastanesinde Sezaryen ile doğumun diğerlerine göre biraz daha sık gerçekleşen vaka olduğu görülmüştür. Yine OKS açısından dikkate çeken bir durum da doğu bölgesinde yer alan H6 ve H14 devlet hastanelerinin ikisinin de birbirine çok yakın ve Türkiye ortalamasının üzerinde OKS'ye sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 25'e bakıldığında ilk 20 DRG içersinde H1'in 12, H2'nin 4, H3'ün 8, H4'ün 13, H5'in 5, H6'nın 14, H7'nin 15, H8'in 5, H9'un 5, H10'un 9, H11'in 12, H12'nin 9, H13'ün 10 ve H14'ün 10 adet DRG'si bulunmaktadır.

Özellikle 1. Sırada yer alan F42B (Dolaşım Sistemi Hastalıkları) DRG'sine bakıldığında 3.basamak Özel Dal Hastanesi olan H2 Hastanesi ve H3 Özel Hastanesinde 1.sırada, H8 Üniversite Hastanesinde 2. ve H5 Üniversite Hastanesinde 4. Sırada yer aldığı, 7 hastanede ise bu DRG'nin üretilmediği görülmüştür. Benzer durumun O60B (Normal Doğum) DRG içinde geçerli olduğu görülmüştür. Bu durum, hastane türlerine göre farklılığın önemli oranda olması açısından değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmüştür. Ayrıca uzman sağlık profesyoneli veya bazı klinik hizmet birimlerinin genel hastanelerde bulunmaması, bu tür vakaların 3.basamak ve ilgili özel dal hastanelerinde yoğun olarak bulunmasına neden olabileceğini düşündürmüştür. Bu bağlamda daha somut olarak bazı hastanelerde örneğin Kadın Doğum, Kalp-Damar Cerrahisi ve Yenidoğan gibi birimlerin olmaması bu alanda hizmet verememelerinin sebebi olup, ilgili hastanelerin tablodaki verileri "0" olarak yer almıştır.

Tablo 25. Hastane Ortalama Kalış Süreleri ve İlk 20 DRG Hastane Sıraları

HASTANELER														
Ortalama Kalış Süreleri (Gün)	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14
	3,5	2,4	1,3	4,2	6,6	5,4	4,6	3,3	10,3	3,9	4,4	2,6	2,7	5,3
Frekanslarına Göre DRG'lerin Hastanelerdeki Sıraları														
DRG'ler	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14
F42B	344	1	1	0	4	32	0	2	0	0	13	0	0	0
E65B	85	96	55	3	59	3	2	185	1	3	1	15	10	1
O01C	7	0	3	1	1	0	0	3	0	29	0	2	1	0
C16A	2	0	0	24	24	4	12	15	10	1	5	44	25	6
G09Z	6	61	27	16	89	10	10	36	13	2	3	9	5	2
J11Z	4	153	22	100	87	6	1	33	48	58	77	4	3	3
I68B	23	261	78	6	30	2	6	57	70	39	6	54	40	8
O60B	3	0	11	4	6	0	0	5	0	13	0	1	2	0
G67B	94	50	29	12	96	5	5	145	223	12	4	11	17	9
G07B	14	143	20	25	41	17	17	51	168	7	9	7	11	5
D11Z	10	0	13	26	231	9	26	29	26	35	8	25	23	4
X62B	9	232	39	14	162	19	19	69	159	6	2	26	26	67
D10Z	13	0	4	22	151	7	15	9	49	25	18	24	28	11
E62C	12	133	54	17	37	16	20	160	4	26	53	8	48	35
B81B	62	166	24	7	42	12	18	37	103	15	7	230	19	26
H63B	29	9	75	112	12	13	3	42	147	30	65	62	133	31
H08B	18	4	12	10	86	42	11	21	16	76	26	46	12	93
K60B	53	117	64	18	35	21	4	40	238	27	12	10	33	16
P67D	1	0	2	2	206	65	0	72	0	138	265	68	57	198
F62B	92	17	43	13	17	11	13	110	25	4	24	31	13	84

Hastaneler arasındaki benzerliği ve farklılığı daha açık olarak ortaya koymak üzere hastanelerde üretilen DRG sayıları ve ilk 20 DRG istatistikleri Tablo 26’da gösterilmiştir.

Tablo 26. Hastanelerde Üretilen DRG Sayıları ve İlk 20 DRG İstatistikleri

Hastaneler	Üretilen DRG Sayısı	İlk 20 DRG Vaka Sayısı ve Oranı (%)		Toplam Vaka Sayısı	İlk 20 DRG Toplam <u>Gün</u> Sayısı ve Oranı (%)		Toplam Yatılan <u>Gün</u> Sayısı
		Vaka	%		Gün	%	
H1	464	5.736	36	15.750	19.866	24	82.019
H2	304	6.551	34	19.396	15.592	12	126.161
H3	483	3.452	37	9.393	4.595	17	27.142
H4	489	8.995	35	25.599	35.688	27	130.044
H5	599	5.465	16	34.576	35.870	11	328.521
H6	370	7.054	38	18.337	9.653	25	37.869
H7	460	9.283	34	27.122	42.269	26	160.716
H8	596	8.922	21	42.769	29.392	11	278.539
H9	257	3.888	29	13.540	39.927	32	123.585
H10	354	4.927	34	14.625	19.363	30	64.171
H11	396	9.900	35	28.351	43.078	31	137.235
H12	284	1.807	38	4.737	4.628	33	14.217
H13	394	5.333	33	16.262	14.355	27	53.923
H14	356	6.276	29	21.394	33.349	27	122.489
Toplam	653	Ortalama (%)	30		Ortalama (%)	22	

Tablo 26 değerlendirildiğinde; üretilen DRG çeşit sayısı bakımından iki Üniversite Hastanesi olan H5 (599 DRG) ve H8 (596 DRG) Hastaneleri açıkça ön plana çıktığı görülmüştür. Yine iki Özel Dal Hastanesi olan H2 (304 DRG) ve H9 (257 DRG) Hastaneleri ise en az DRG çeşidi üreten hastaneler olmuşlardır. Bu durum da Üniversite Hastanelerinde olduğu gibi hastane türleri ile DRG çeşitleri arasında yakın ilişki olduğunu göstermiş olup, özel dal hastanelerinin sundukları hizmet çeşitliliğinin diğer hastanelere göre daha az olması nedeninden kaynaklanmaktadır. H12 hastanesi diğer hastanelere göre nispeten küçük (az yataklı) devlet hastanesi olması nedeniyle daha az DRG çeşidi ürettiği düşünülmüş, diğer hastaneler ise büyüklüklerine göre nispeten daha orantılı DRG çeşidi ürettiği görülmüştür.

İlk 20 DRG verisinin tamamı sadece Genel Eğitim ve Araştırma Hastanesi olan H1 Hastanesi ile Üniversite Hastaneleri olan H5 ve H8 Hastanelerinde görülmüştür.

Hastaneleri bölgesel bazda da Doğu, İç ve Batı Bölgesi şeklinde 3 bölümde sınıflayarak değerlendirme yapabiliriz. Bu kapsamda H6 ve H14 Hastaneleri (devlet hastaneleri) doğu bölgesini temsil etmekte olup, bu bölgede vaka çeşitliliğinin dağılım gösterdiğini, her iki hastanede sıklıkla üretilen DRG'lerin E65B, C16A, GO9Z, J11Z, I68B, G67B, D11Z ve D10Z olduğunu söyleyebiliriz. Bu DRG'ler genel olarak; Solunum, Sinir ve Sindirim Sistemi Hastalıkları ile ayrıca Göz, Cilt ve Deri Hastalıkları olarak görülmüştür. İç Bölgeyi temsil eden hastaneler olarak ise H1, H2, H3, H7, H8 ve H11 Hastaneleri yer almakta olup, hastaneler tür olarak her çeşit hastaneyi kapsamış olup, hastanelerin hizmet yapılarının bu kapsamda farklılaşacağı görülmüştür. Yapılan değerlendirme sonucu bu 6 İç Bölge Hastanesi'nin tamamında sık üretilen ortak DRG vakasının H08B kodu ile Safra Kesesi Hastalıkları olduğu görülmüştür. Aslında bu DRG kodu da zaten ülkemizde sıklıkla karşılaşılan Sindirim Sistemi hastalıklarından biri olarak ön plandadır. Batı Bölgesi olarak düşünebileceğimiz H4, H5, H9, H10, H12 Hastanelerinden H5, Üniversite Hastanesi, H9 ise Özel Dal Devlet Hastanesi

diğerleri ise Devlet Hastanesidir. Bu bölgede ortak olarak sık kodlanan DRG'ler solunum sistemi enfeksiyonlarını içeren E62C ile Kalp Yetmezliği vakasını içeren F62B DRG'leri olmuştur. Bölgeler arasında genel bir değerlendirme yapıldığında özellikle doğu bölgelerinde Spinal Hastalıklar ve Herni (Fıtık) gibi Sinir Sistemi Hastalıklarının diğer bölgelere göre daha sık görüldüğü bunun da temel nedeninin ekonomik yapının bu bölgede emek üzerine yoğunlaşmasından kaynaklanabileceğini söylenebilir. Bununla birlikte demografik verilerin birlikte değerlendirilmesi daha net değerlendirme yapılmasına olanak sağlayacaktır. Batı bölgesi açısından diğer bölgelerden farklı olarak Kalp Hastalığının ön planda olduğu görülmüştür. İç Bölge açısından değerlendirme yapmak oldukça zordur. Çünkü buradaki hastanelerin çoğu Türkiye'nin her bölgesinden hasta kabul eden hastanelerdir ve genel yapı ile uyumlu vakalar görülmüştür.

Tablo 26 incelendiğinde toplam 653 DRG arasından vaka sayısı en yüksek ilk 20 DRG, tüm vaka sayılarına göre %30'unu, toplam gün sayısı bakımından ise %22'sini temsil etmiştir. Hem Vaka Sayısı bakımından hem de Gün Sayısı bakımından değerlendirildiğinde yine iki Üniversite Hastanesinin (H5 ve H8) temsil düzeyleri en az oranda çıkmıştır. İlk 20 DRG içinde Vaka sayısı bakımından H5 Üniversite Hastanesi %16'lık, H8 Üniversite Hastanesi ise %21'lik temsil ile en az düzeyde DRG verisi ilk 20 DRG'de yer alan hastaneler olmuşlardır. İlk 20 DRG'deki Toplam Gün Sayısı bakımından da her iki Üniversite hastanesi (H5 ve H8) %11'lik temsil ile en az DRG toplam gün sayısı verisini Türkiye ilk 20 DRG verisi içerisinde bulundurmıştır. Üniversite hastanelerinde sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği diğer hastanelere göre daha komplike ve geniş kapsamlı hastaların tanı ve tedavi işlemleri aynı zamanda bu hastanelerin eğitim ve araştırma fonksiyonu ile birlikte yürütülmektedir. Genel hastanelerde (2.basamak düzeyinde) görülen DRG çeşitliklerinden çok daha farklı çeşitte hastalar, genel hastanelerde tedavi edilemeyen hastalar bu tür hastanelere yönlendirilmektedir. Bu nedenle hem çeşit olarak hem de miktar olarak Üniversite Hastanelerine fazla hasta başvurusu gibi nedeler ile Üniversite

Hastanelerinin ilk 20 DRG verisi içerisinde diğer hastanelere oranla daha az veri bulundurduğu öngörülmüştür. DRG vaka sayısı verileri bakımından diğer hastaneler genel ortalama yakını (%30), 10 hastanesinin ise %30'un üzerinde vaka sayıları, Türkiye ilk 20 DRG verisi içerisinde girmiştir.

4.3.8. Türkiye ve Avustralya Bazında Gerçek Verilere Göre Hastanelere DRG Geri Ödeme Simülasyonu: Analiz, Bulgular ve Karşılaştırma

Bu bölümde hastanelere geri ödeme işlemi için sırasıyla,

- Bağlı Değerlerin Hesaplanması
- Dağıtılacak Global Bütçenin Belirlenmesi
- DRG Taban Fiyatının Belirlenmesi
- DRG Fiyatlarının Hesaplanması
- Hastanelere Geri Ödeme Yapılmasına ilişkin hesaplamalar yapılmıştır.

4.3.8.1. Bağlı Değerlerin Hesaplanması

Hatırlanacağı üzere bir DRG'nin Bağlı Değeri; o DRG (çeşidi) için belirlenen ortalama maliyetin, tüm DRG'leri temsil eden genel ortalama maliyete oranı ile bulunmaktadır. Bu çerçevede ülke bazında ilgili Bağlı Değer hesaplamaları Tablo 27'de, Hastane bazında ilgili Bağlı Değer hesaplamaları EK-2'de gösterilmiştir.

Tablo 27. Türkiye ve Avustralya DRG Bağlı Değerlerinin Hesaplanması

Sıra No	DRG Kodu	Türkiye Ortalama Maliyeti (TL)	Avustralya Ortalama Maliyeti (TL)	Türkiye Bağlı Değerleri	Avustralya Bağlı Değerleri
		(A) 1.659	(B) 6.489	(DRG / A) 1,00	(DRG / B) 1,00
1	F42B	2.700	9.897	1,63	1,53
2	E65B	1.684	7.907	1,02	1,22
3	O01C	1.223	14.061	0,74	2,17
4	G09Z	1.399	14.303	0,84	2,20
5	C16A	1.183	3.734	0,71	0,58
6	J11Z	1.009	3.463	0,61	0,53
7	O60B	942	7.308	0,57	1,13
8	I68B	2.294	6.228	1,38	0,96
9	G67B	1.080	2864	0,65	0,44
10	G07B	1.865	9.048	1,12	1,39
11	D11Z	1.665	4.485	1,00	0,69
12	X62B	1.586	3.501	0,96	0,54
13	D10Z	1.424	6.080	0,86	0,94
14	H08B	1.304	9.857	0,79	1,52
15	E62C	2.065	5.528	1,24	0,85
16	B81B	2.557	5.994	1,54	0,92
17	F62B	1.740	7.862	1,05	1,21
18	K60B	1.686	6.543	1,02	1,01
19	H63B	1.894	4.596	1,14	0,71
20	P67D	746	4.259	0,45	0,66

Bağlı Değerler; her bir DRG ortalama maliyetinin, genel ortalama maliyete bölünmesi ile hesaplanmış olup, genel ortalama maliyetin Bağlı Değeri 1'dir. Bağlı Değer hesaplaması maliyetler arasındaki oransal ilişkiye bağlı olduğundan Türkiye ortalama maliyetlerinin düşük olması ya da Avustralya ortalama maliyetlerinin yüksek olması ile ilişkili olmayıp, ülkeler bazında oluşan her DRG Bağlı Değeri, ait olduğu ülkenin maliyet yapısının oransal ilişkisini göstermektedir. Örneğin 18. Sırada yer alan K60B (Diyabet, Katastrofik/siddetli KK Bulunmayan) DRG'sine ortalama maliyetler açısından baktığımızda Avustralya'nın ortalama maliyeti 3,9 kat fazla olmasına rağmen, Bağlı Değerler açısından neredeyse anlamsız düzeyde bir fark oluşmuştur (K60B Bağlı Değeri Türkiye için 1,01 iken Avustralya için de 1,02 çıkmıştır)

Tablo 27 bulgularına bakıldığında Türkiye için en düşük bağıl değer 0,45 ile P67D (Yenidoğan kontrolleri), en yüksek Bağıl Değer 1,63 ile F42B (Dolaşım Sistemi Hastalıkları) çıkmıştır. Avustralya Bağıl Değerlerine bakıldığında 0,44 ile G67B (çeşitli Sindirim Sistemi Rahatsızlıkları) en düşük, 2,2 ile G09Z (Herni (fıtık) işlemleri) ise en yüksek Bağıl Değere sahip DRG çıkmıştır. DRG Bağıl Değerlerinin yüksekliği hastanelere yapılacak geri ödeme formülünde çarpan olduğu için doğrudan ilişkili olup, yüksek Bağıl Değer DRG'lerine sahip hastaneler dolayısıyla daha fazla geri ödeme alabilecektir.

4.3.8.2. Ortalama ve Toplam Maliyetler ile Dağıtılacak Global (Sanal) Bütçenin Belirlenmesi: Analiz ve Bulgular

Bu bölümde dağıtılacak toplam global (sanal) bütçe belirlenmiş ve hastanelere dağıtımı için 1 Bağıl Değerin Taban Fiyatı tespit edilmiştir.

Dağıtılacak global bütçenin belirlenmesinde 14 Hastane toplam maliyet verisi dikkate alınmıştır. Böylelikle ülkeler arası geri ödeme farklılıkları ile hastanelerin kar/zarar durumunun da ilişkisinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Hastane DRG ortalama maliyetleri ve frekanslarının çarpımı ile Hastane bazında Toplam Maliyetler bulunmuş, 14 Hastanenin toplam maliyetlerinin kümülatif toplamı ile de dağıtılacak sanal Global Bütçe (Genel Toplam Maliyet) belirlenerek Tablo 28'de gösterilmiştir.

Tablo 28. Toplam DRG Maliyetleri Bazında Global Bütçe Belirlenmesi

Sıra No	DRG Kodu	(A) Ortalama Maliyetler (TL)	(B) Vaka Sayıları (Frekanslar)	(A x B) Toplam Maliyet (Global Bütçe)
		1.659	87.602	145.331.718
1	F42B	2.700	10.497	28.347.044
2	E65B	1.684	8.243	13.885.251
3	O01C	1.223	5.904	7.223.485
4	G09Z	1.399	5.031	7.040.834
5	C16A	1.183	5.007	5.925.734
6	J11Z	1.009	4.859	4.905.112
7	O60B	942	4.434	4.179.001
8	I68B	2.294	4.001	9.180.254
9	G67B	1.080	3.809	4.115.586
10	G07B	1.865	3.569	6.657.934
11	D11Z	1.665	3.439	5.727.620
12	X62B	1.586	3.427	5.436.901
13	D10Z	1.424	3.346	4.766.344
14	H08B	1.304	3.275	4.272.205
15	E62C	2.065	3.250	6.712.843
16	B81B	2.557	3.248	8.306.728
17	F62B	1.740	3.117	5.425.107
18	K60B	1.686	3.082	5.197.762
19	H63B	1.894	3.061	5.799.034
20	P67D	746	3.003	2.241.709

Tablo 28’de dağıtılacak global bütçe 145.331.718 TL olarak belirlenmiş olup, bu değer tüm hastanelerin toplam maliyetlerini de ifade etmektedir. Hastanelerin kendi ürettikleri DRG maliyetleri bazında ortalama ve toplam maliyet miktarları da EK-3’de gösterilmiştir.

Tablo 28’de yer alan DRG ortalama maliyetleri değerlendirildiğinde Kalp-Damar Hastalıkları (F42B, F62B), Sinir Sistemi (Omirlilik) Hastalıkları (B81B), Solunum Sistemi Rahatsızlıkları (E62C, E65B) gibi kronik olan ve diğerlerine göre daha ağır seyreden vakaların ortalama maliyetleri daha yüksek çıkmıştır.

EK-3 tablosundan elde edilen verilerle oluşturulan Tablo 29’da hastanelerin toplam maliyet (dağıtılacak sanal global bütçe) içinde aldıkları paylar miktar ve oransal olarak gösterilmiştir. Hastane bazında tüm DRG Ortalama Maliyetleri de Tablo 29’da yer almaktadır. Bu veriler hastane toplam vaka sayısı ile çarpılarak hastane bazında toplam maliyetler bulunmuş ve hastane toplam maliyetlerinin kümülatif toplamı ile de dağıtılacak Global Bütçe (Genel Toplam Maliyet) belirlenmiştir.

Hastane bazında ortalama maliyetler değerlendirildiğinde Üniversite, Eğitim ve Araştırma ile Özel Dal Devlet Hastaneleri yani tüm 3. Basamak Hastane ortalama maliyetleri Genel Hastanelerden ve dolayısıyla Türkiye ortalamasından yüksek çıkmıştır. Bu hastanelerin fonksiyonları gereği 2.Basamak hastanelerden daha komplike ve dolayısıyla maliyetli vakalar bakmaları doğal karşılanmaktadır. 2.Basamak Devlet Hastaneleri Türkiye ortalamasının oldukça altında, H3 Özel Hastanesi ise biraz altında ortalama maliyet gerçekleştirmiştir.

Tablo 29. Hastane Bazında Ortalama ve Toplam Maliyetler

Hastaneler	(A) Tüm DRG'ler Ortalama Maliyeti (TL)	(B) Toplam Vaka Sayısı	(A x B) Toplam Maliyet (TL) ve (%) Oranı
H1	2.753	5.736	15.788.340 - (10,8)
H2	1.734	6.551	11.356.159 - (7,8)
H3	1.563	3.452	5.393.750 - (3,7)
H4	1.015	8.995	9.124.920 - (6,2)
H5	3.363	5.465	18.376.063 - (12,6)
H6	1.404	7.054	9.900.289 - (6,8)
H7	837	9.284	7.765.230 - (5,3)
H8	3.309	8.922	29.520.661 - (20,3)
H9	2.574	3.888	10.005.768 - (6,9)
H10	961	4.928	4.732.384 - (3,2)
H11	1.338	9.900	13.241.250 - (9,1)
H12	821	1.808	1.482.644 - (1,0)
H13	414	5.334	2.205.196 - (1,5)
H14	1.029	6.275	6.453.838 - (4,4)
Genel	1.659	87.602	145.331.718 - (100)

4.3.8.3. 1,0 DRG Bağlı Değerinin Taban Fiyatının Hesaplanması

Dağıtılacak global bütçenin belirlenmesinin ardından ülke bazında 1 Bağlı Değerin Taban Fiyatının hesaplanması gerekmektedir. Bu amaçla ülke bazında Tablo 28'da hesaplanan DRG Bağlı Değerleri, o DRG'nin toplam vaka sayısı ile çarpılarak Toplam Bağlı Değer verisi elde edilecek ve ardından Global Bütçe değeri (145.331.718 TL), toplam Bağlı Değer verisine bölünerek 1 Bağlı Değerin fiyatı bulunmuştur.

Tablo 30. Ülke Bazında Toplam DRG Bağlı Değerleri Hesaplanması

Sıra No	DRG Kodu	(A) Vaka Sayıları (Frekanslar)	(B) Türkiye Bağlı Değerleri	(C) Avustralya Bağlı Değerleri	(A x B) Türkiye Toplam Bağlı Değerleri	(A x C) Avustralya Toplam Bağlı Değerleri
1	F42B	10497	1,63	1,53	17.083,73	16.009,99
2	E65B	8243	1,02	1,22	8.367,22	10.044,29
3	O01C	5904	0,74	2,17	4.352,38	12.793,36
4	G09Z	5031	0,84	2,20	4.242,54	11.089,29
5	C16A	5007	0,71	0,58	3.570,39	2.881,20
6	J11Z	4859	0,61	0,53	2.955,23	2.593,11
7	O60B	4434	0,57	1,13	2.517,68	4.993,63
8	I68B	4001	1,38	0,96	5.532,43	3.840,07
9	G67B	3809	0,65	0,44	2.479,64	1.681,15
10	G07B	3569	1,12	1,39	4.012,17	4.976,47
11	D11Z	3439	1,00	0,69	3.451,44	2.376,93
12	X62B	3427	0,96	0,54	3.276,20	1.848,96
13	D10Z	3346	0,86	0,94	2.872,03	3.135,10
14	H08B	3275	0,79	1,52	2.574,20	4.974,83
15	E62C	3250	1,24	0,85	4.045,36	2.768,69
16	B81B	3248	1,54	0,92	5.006,11	3.000,23
17	F62B	3117	1,05	1,21	3.269,19	3.776,52
18	K60B	3082	1,02	1,01	3.132,16	3.107,65
19	H63B	3061	1,14	0,71	3.494,60	2.168,03
20	P67D	3003	0,45	0,66	1.350,35	1.970,99
				TOPLAM	87.585,03	100.030,52

DRG Bağlı Değer Taban Fiyat hesaplaması şu formül ile yapılmıştır.

Global Bütçe

Ülke DRG Bağlı Değer Taban Fiyatı = -----

Ülke Toplam Bağlı Değeri

Türkiye Bağlı Değer Taban Fiyatı = 145.331.718 / 87.585,03 = **1659,32 TL**

Avustralya Bağlı Değer Taban Fiyat= 145.331.718 / 100.030,52= **1452,87 TL**

Ülke bazında elde edilen Bağıl Değer Taban Fiyatlarının anlamı rakamsal değeri 1,0 olarak kabul edilen Bağıl Değerin fiyat (TL) olarak karşılığını göstermektedir.

4.3.8.4. DRG Fiyatlarının Hesaplanması

1,0 DRG Bağıl Değerinin fiyatının (Taban Fiyat) belirlenmesinin ardından DRG bazında geri ödeme için sondan bir önceki aşama her bir DRG'nin fiyatlarının hesaplanmasıdır. Bu amaçla her bir DRG'nin Bağıl Değeri, belirlenmiş olan Taban Fiyat ile çarpılacaktır. Yapılan hesaplamalar sonucu ülke bazında bulunan DRG Fiyatları Tablo 31'de gösterilmiş olup, formül ile gösterimi şöyledir:

$$\text{DRG A Fiyatı} = \text{Taban Fiyat} * \text{DRG A Bağıl Değer}$$

Tablo 31 bulgularına bakıldığında Türkiye DRG Fiyatları arasında en düşük DRG Fiyatı 746 TL ile P67D (Yenidoğan kontrolleri), en yüksek DRG Fiyatı 2.701 TL ile F42B (Dolaşım Sistemi Hastalıkları) çıkmıştır. Avustralya Bağıl Değerlerine bakıldığında 641 TL ile G67B (çeşitli Sindirim Sistemi Rahatsızlıkları) en düşük, 3202 TL ile G09Z (Herni (fıtık) işlemleri) DRG'si ise en yüksek fiyata sahip DRG çıkmıştır. DRG Fiyatları arasındaki ilişki tamamen Bağıl Değerler arasındaki ilişki ile aynıdır çünkü DRG Fiyatları Bağıl Değerlerinin her biri aynı sabit Taban Fiyat ile çarpılması ile bulunmuşlardır. DRG Fiyatları hastanelere yapılacak geri ödeme formülünde ana çarpan olduğu için ödeme miktarının büyüklüğüyle doğrudan ilişkili olup, yüksek Fiyat DRG'lerine sahip hastaneler dolayısıyla daha fazla geri ödeme alabilecektir.

Tablo 31. Ülke Bazında DRG Fiyatlarının Hesaplanması

DRG Kodu	TÜRKİYE			AVUSTRALYA		
	(A) Taban Fiyat (TL)	(B) Bağıl Değer	(A x B) DRG Fiyatı (TL)	C Taban Fiyat (TL)	D Bağıl Değer	(C x D) DRG Fiyatı (TL)
F42B	1.659	1,63	2.701	1.453	1,53	2.216
E65B	1.659	1,02	1.684	1.453	1,22	1.770
O01C	1.659	0,74	1.223	1.453	2,17	3.148
G09Z	1.659	0,84	1.399	1.453	2,20	3.202
C16A	1.659	0,71	1.183	1.453	0,58	836
J11Z	1.659	0,61	1.009	1.453	0,53	775
O60B	1.659	0,57	942	1.453	1,13	1.636
I68B	1.659	1,38	2.294	1.453	0,96	1.394
G67B	1.659	0,65	1.080	1.453	0,44	641
G07B	1.659	1,12	1.865	1.453	1,39	2.026
D11Z	1.659	1,00	1.665	1.453	0,69	1.004
X62B	1.659	0,96	1.586	1.453	0,54	784
D10Z	1.659	0,86	1.424	1.453	0,94	1.361
H08B	1.659	0,79	1.304	1.453	1,52	2.207
E62C	1.659	1,24	2.065	1.453	0,85	1.238
B81B	1.659	1,54	2.557	1.453	0,92	1.342
F62B	1.659	1,05	1.740	1.453	1,21	1.760
K60B	1.659	1,02	1.686	1.453	1,01	1.465
H63B	1.659	1,14	1.894	1.453	0,71	1.029
P67D	1.659	0,45	746	1.453	0,66	954

Türkiye ve Avustralya DRG Fiyatları karşılaştırıldığında birbirlerine en yakın fiyatlı DRG, 86 TL'lik fiyat farkıyla "E65B" olmuştur. Birbirleri arasında en fazla farkın olduğu DRG ise 1.925 TL farkla "O01C" DRG'si olmuştur. Görüldüğü üzere DRG'ler arasındaki farklar çok büyük oranda olup, sadece "O01C" DRG'si arasındaki fiyat farkı Türkiye'de 16 DRG'nin, Avustralya'da ise 15 adet DRG'nin fiyatından yüksek olup, bu durumun hastanelere yapılan geri ödemede en önemli farklılık sebeplerinden biri olacağı ortaya çıkmıştır.

4.3.8.5. Hastanelere Geri Ödeme Yapılması ve Değerlendirmeler

Burada bir önceki bölümde hesaplanan Türkiye ve Avustralya DRG Fiyatlarına göre hastanelere DRG frekansları doğrultusunda yapılan geri ödemeler Türkiye ve Avustralya bazında Tablo 32 ve 33’de gösterilmiş olup, hesaplamalarda kullanılan formül şöyledir:

$$\text{“DRG A için ödeme} = \text{DRG A Fiyatı} * \text{DRG A Frekansı”}$$

Tablo 32. Türkiye DRG Fiyatlarına Göre Hastanelere Geri Ödeme

Hastaneler / DRG'ler		Türkiye DRG Fiyatlarına Göre Geri Ödeme Miktarları (TL)																			
		B81B	C16A	D10Z	D11Z	E62C	E65B	F42B	F62B	G07B	G09Z	G67B	H08B	H63B	I68B	J11Z	K60B	O01C	O60B	P67D	X62B
H1	(a)DRG Fiyatı	2.557	1.183	1.424	1.665	2.065	1.684	2.701	1.740	1.865	1.399	1.080	1.304	1.894	2.294	1.009	1.686	1.223	942	746	1.586
	(b)DRG Frekansı	59	663	232	352	236	41	2	37	215	414	37	164	120	138	551	77	396	614	1.019	369
	(axb)Toplam Ödeme	150.892	784.480	330.432	586.193	487.434	69.057	5.401	64.392	401.052	579.298	39.968	213.897	227.324	316.633	556.066	129.847	484.401	578.500	760.321	585.347
H2	DRG Fiyatı	2.557	1.183	1.424	1.665	2.065	1.684	2.701	1.740	1.865	1.399	1.080	1.304	1.894	2.294	1.009	1.686	1.223	942	746	1.586
	DRG Frekansı	5	0	0	0	9	26	5.151	216	8	47	55	666	342	1	7	16	0	0	0	2
	Toplam Ödeme	12.787	0	0	0	18.589	43.792	13.910.383	375.912	14.923	65.766	59.411	868.632	647.873	2.294	7.064	26.981	0	0	0	3.173
H3	DRG Fiyatı	2.557	1.183	1.424	1.665	2.065	1.684	2.701	1.740	1.865	1.399	1.080	1.304	1.894	2.294	1.009	1.686	1.223	942	746	1.586
	DRG Frekansı	70	0	286	102	37	37	1.208	43	74	64	63	105	26	24	72	31	464	108	587	51
	Toplam Ödeme	179.025	0	407.343	169.863	76.420	62.320	3.262.229	74.834	138.037	89.553	68.053	136.946	49.253	55.067	72.662	52.276	567.581	101.756	437.986	80.902
H4	DRG Fiyatı	2.557	1.183	1.424	1.665	2.065	1.684	2.701	1.740	1.865	1.399	1.080	1.304	1.894	2.294	1.009	1.686	1.223	942	746	1.586
	DRG Frekansı	594	235	264	228	320	860	0	405	232	341	421	463	51	677	58	318	1.266	855	1.029	378
	Toplam Ödeme	1.519.151	278.059	376.009	379.693	660.927	1.448.519	0	704.836	432.763	477.151	454.768	603.868	96.613	1.553.338	58.533	536.251	1.548.617	805.565	767.782	599.624
H5	DRG Fiyatı	2.557	1.183	1.424	1.665	2.065	1.684	2.701	1.740	1.865	1.399	1.080	1.304	1.894	2.294	1.009	1.686	1.223	942	746	1.586
	DRG Frekansı	196	295	59	30	226	162	750	317	199	112	107	117	380	263	115	240	1.171	636	36	54
	Toplam Ödeme	501.269	349.052	84.032	49.960	466.780	272.861	2.025.391	551.686	371.207	156.718	115.582	152.597	719.859	603.438	116.057	404.718	1.432.409	599.228	26.861	85.661
H6	DRG Fiyatı	2.557	1.183	1.424	1.665	2.065	1.684	2.701	1.740	1.865	1.399	1.080	1.304	1.894	2.294	1.009	1.686	1.223	942	746	1.586
	DRG Frekansı	375	613	527	418	336	642	149	386	324	407	603	112	348	689	551	207	0	0	62	305
	Toplam Ödeme	959.060	725.319	750.593	696.104	693.974	1.081.337	402.378	671.770	604.377	569.503	651.366	146.076	659.239	1.580.871	556.066	349.069	0	0	46.261	483.823
H7	DRG Fiyatı	2.557	1.183	1.424	1.665	2.065	1.684	2.701	1.740	1.865	1.399	1.080	1.304	1.894	2.294	1.009	1.686	1.223	942	746	1.586
	DRG Frekansı	335	401	358	268	318	1.161	0	394	352	430	660	430	1.071	619	1.416	750	0	0	0	320
	Toplam Ödeme	856.760	474.475	509.890	446.306	656.797	1.955.501	0	685.692	656.607	601.686	712.937	560.828	2.028.865	1.420.260	1.429.020	1.264.744	0	0	0	507.618

Hastaneler / DRG'ler		Türkiye DRG Fiyatlarına Göre Geri Ödeme Miktarları																			
		B81B	C16A	D10Z	D11Z	E62C	E65B	F42B	F62B	G07B	G09Z	G67B	H08B	H63B	I68B	J11Z	K60B	O01C	O60B	P67D	X62B
H8	DRG Fiyatı	2.557	1.183	1.424	1.665	2.065	1.684	2.701	1.740	1.865	1.399	1.080	1.304	1.894	2.294	1.009	1.686	1.223	942	746	1.586
	DRG Frekansı	282	427	559	328	66	54	2.763	98	203	287	75	371	247	185	295	267	1.291	797	160	167
	Toplam Ödeme	721.213	505.238	796.170	546.225	136.316	90.954	7.461.539	170.553	378.668	401.590	81.016	483.877	467.908	424.472	297.712	450.249	1.579.198	750.919	119.383	264.913
H9	DRG Fiyatı	2.557	1.183	1.424	1.665	2.065	1.684	2.701	1.740	1.865	1.399	1.080	1.304	1.894	2.294	1.009	1.686	1.223	942	746	1.586
	DRG Frekansı	6	262	22	73	1.011	2.093	0	74	2	156	1	144	3	12	25	1	0	0	0	3
	Toplam Ödeme	15.345	310.006	31.334	121.568	2.088.118	3.525.292	0	128.785	3.731	218.286	1.080	187.812	5.683	27.533	25.230	1.686	0	0	0	4.759
H10	DRG Fiyatı	2.557	1.183	1.424	1.665	2.065	1.684	2.701	1.740	1.865	1.399	1.080	1.304	1.894	2.294	1.009	1.686	1.223	942	746	1.586
	DRG Frekansı	242	658	169	137	166	477	0	467	413	524	280	39	151	115	65	161	155	279	14	415
	Toplam Ödeme	618.913	778.564	240.702	228.149	342.856	803.423	0	812.737	770.394	733.217	302.458	50.866	286.049	263.861	65.598	271.498	189.602	262.869	10.446	658.317
H11	DRG Fiyatı	2.557	1.183	1.424	1.665	2.065	1.684	2.701	1.740	1.865	1.399	1.080	1.304	1.894	2.294	1.009	1.686	1.223	942	746	1.586
	DRG Frekansı	697	766	334	678	141	1.456	461	319	605	913	781	314	105	701	91	468	0	0	6	1.064
	Toplam Ödeme	1.782.573	906.353	475.708	1.129.088	291.221	2.452.377	1.244.940	555.167	1.128.543	1.277.533	843.643	409.535	198.908	1.608.404	91.837	789.200	0	0	4.477	1.687.829
H12	DRG Fiyatı	2.557	1.183	1.424	1.665	2.065	1.684	2.701	1.740	1.865	1.399	1.080	1.304	1.894	2.294	1.009	1.686	1.223	942	746	1.586
	DRG Frekansı	1	22	40	40	129	73	0	34	130	120	92	22	16	20	190	108	322	393	15	40
	Toplam Ödeme	2.557	26.031	56.971	66.613	266.436	122.956	0	59.171	242.497	167.912	99.379	28.694	30.310	45.889	191.747	182.123	393.882	370.277	11.192	63.452
H13	DRG Fiyatı	2.557	1.183	1.424	1.665	2.065	1.684	2.701	1.740	1.865	1.399	1.080	1.304	1.894	2.294	1.009	1.686	1.223	942	746	1.586
	DRG Frekansı	182	153	143	159	90	350	0	258	271	472	189	270	23	109	727	127	839	752	66	153
	Toplam Ödeme	465.464	181.034	203.671	264.786	185.886	589.514	0	449.007	505.512	660.455	204.159	352.148	43.570	250.094	733.684	214.163	1.026.295	708.521	49.245	242.705
H14	DRG Fiyatı	2.557	1.183	1.424	1.665	2.065	1.684	2.701	1.740	1.865	1.399	1.080	1.304	1.894	2.294	1.009	1.686	1.223	942	746	1.586
	DRG Frekansı	204	512	353	626	165	811	0	69	541	744	445	58	178	448	696	311	0	0	9	106
	Toplam Ödeme	521.729	605.813	502.769	1.042.491	340.791	1.365.987	0	120.083	1.009.160	1.041.057	480.693	75.647	337.197	1.027.910	702.399	524.447	0	0	6.342	167.355

Tablo 33. Avustralya DRG Fiyatlarına Göre Hastanelere Geri Ödeme

Hastaneler / DRG'ler		Avustralya DRG Fiyatlarına Göre Geri Ödeme Miktarları (TL)																			
		B81B	C16A	D10Z	D11Z	E62C	E65B	F42B	F62B	G07B	G09Z	G67B	H08B	H63B	I68B	J11Z	K60B	O01C	O60B	P67D	X62B
H1	(a)DRG Fiyatı	1.342	836	1.361	1.004	1.238	1.770	2.216	1.760	2.026	3.202	641	2.207	1.029	1.394	775	1.465	3.148	1.636	954	784
	(b)DRG Frekansı	59	663	232	352	236	41	2	37	215	414	37	164	120	138	551	77	396	614	1.019	369
	(axb)Toplam Ödeme (TL)	79.180	554.290	315.821	353.471	292.098	72.585	4.432	65.130	435.552	1.325.795	23.726	361.941	123.484	192.432	427.221	112.802	1.246.695	1.004.653	971.697	289.246
H2	DRG Fiyatı	1.342	836	1.361	1.004	1.238	1.770	2.216	1.760	2.026	3.202	641	2.207	1.029	1.394	775	1.465	3.148	1.636	954	784
	DRG Frekansı	5	0	0	0	9	26	5.151	216	8	47	55	666	342	1	7	16	0	0	0	2
	Toplam Ödeme	6.710	0	0	0	11.139	46.029	11.414.164	380.221	16.207	150.513	35.268	1.469.833	351.929	1.394	5.427	23.439	0	0	0	1.568
H3	DRG Fiyatı	1.342	836	1.361	1.004	1.238	1.770	2.216	1.760	2.026	3.202	641	2.207	1.029	1.394	775	1.465	3.148	1.636	954	784
	DRG Frekansı	70	0	286	102	37	37	1.208	43	74	64	63	105	26	24	72	31	464	108	587	51
	Toplam Ödeme	93.943	0	389.331	102.426	45.795	65.503	2.676.822	75.692	149.911	204.954	40.398	231.730	26.755	33.466	55.826	45.414	1.460.774	176.714	559.751	39.977
H4	DRG Fiyatı	1.342	836	1.361	1.004	1.238	1.770	2.216	1.760	2.026	3.202	641	2.207	1.029	1.394	775	1.465	3.148	1.636	954	784
	DRG Frekansı	594	235	264	228	320	860	0	405	232	341	421	463	51	677	58	318	1.266	855	1.029	378
	Toplam Ödeme	797.172	196.468	359.382	228.953	396.065	1.522.507	0	712.914	469.991	1.092.020	269.963	1.021.821	52.481	944.031	44.971	465.857	3.985.648	1.398.987	981.233	296.301
H5	DRG Fiyatı	1.342	836	1.361	1.004	1.238	1.770	2.216	1.760	2.026	3.202	641	2.207	1.029	1.394	775	1.465	3.148	1.636	954	784
	DRG Frekansı	196	295	59	30	226	162	750	317	199	112	107	117	380	263	115	240	1.171	636	36	54
	Toplam Ödeme	263.040	246.630	80.316	30.125	279.721	286.798	1.661.934	558.009	403.139	358.669	68.613	258.214	391.032	366.736	89.166	351.591	3.686.567	1.040.650	34.329	42.329
H6	DRG Fiyatı	1.342	836	1.361	1.004	1.238	1.770	2.216	1.760	2.026	3.202	641	2.207	1.029	1.394	775	1.465	3.148	1.636	954	784
	DRG Frekansı	375	613	527	418	336	642	149	386	324	407	603	112	348	689	551	207	0	0	62	305
	Toplam Ödeme	503.265	512.488	717.403	419.747	415.869	1.136.569	330.171	679.468	656.367	1.303.378	386.669	247.179	358.103	960.764	427.221	303.247	0	0	59.122	239.079
H7	DRG Fiyatı	1.342	836	1.361	1.004	1.238	1.770	2.216	1.760	2.026	3.202	641	2.207	1.029	1.394	775	1.465	3.148	1.636	954	784
	DRG Frekansı	335	401	358	268	318	1.161	0	394	352	430	660	430	1.071	619	1.416	750	0	0	0	320
	Toplam Ödeme	449.584	335.249	487.344	269.120	393.590	2.055.384	0	693.551	713.090	1.377.034	423.220	948.991	1.102.094	863.154	1.097.905	1.098.720	0	0	0	250.837

Hastaneler / DRG'ler		Avustralya DRG Fiyatlarına Göre Geri Ödeme Miktarları (TL)																			
		B81B	C16A	D10Z	D11Z	E62C	E65B	F42B	F62B	G07B	G09Z	G67B	H08B	H63B	I68B	J11Z	K60B	O01C	O60B	P67D	X62B
H8	DRG Fiyatı	1.342	836	1.361	1.004	1.238	1.770	2.216	1.760	2.026	3.202	641	2.207	1.029	1.394	775	1.465	3.148	1.636	954	784
	DRG Frekansı	282	427	559	328	66	54	2.763	98	203	287	75	371	247	185	295	267	1.291	797	160	167
	Toplam Ödeme	378.456	356.986	760.964	329.371	81.689	95.599	6.122.565	172.508	411.242	919.090	48.093	818.781	254.171	257.970	228.730	391.144	4.064.353	1.304.085	152.573	130.905
H9	DRG Fiyatı	1.342	836	1.361	1.004	1.238	1.770	2.216	1.760	2.026	3.202	641	2.207	1.029	1.394	775	1.465	3.148	1.636	954	784
	DRG Frekansı	6	262	22	73	1.011	2.093	0	74	2	156	1	144	3	12	25	1	0	0	0	3
	Toplam Ödeme	8.052	219.041	29.949	73.305	1.251.319	3.705.356	0	130.261	4.052	499.575	641	317.802	3.087	16.733	19.384	1.465	0	0	0	2.352
H10	DRG Fiyatı	1.342	836	1.361	1.004	1.238	1.770	2.216	1.760	2.026	3.202	641	2.207	1.029	1.394	775	1.465	3.148	1.636	954	784
	DRG Frekansı	242	658	169	137	166	477	0	467	413	524	280	39	151	115	65	161	155	279	14	415
	Toplam Ödeme	324.774	550.110	230.059	137.573	205.459	844.460	0	822.051	836.665	1.678.060	179.548	86.071	155.384	160.360	50.398	235.859	487.974	456.512	13.350	325.304
H11	DRG Fiyatı	1.342	836	1.361	1.004	1.238	1.770	2.216	1.760	2.026	3.202	641	2.207	1.029	1.394	775	1.465	3.148	1.636	954	784
	DRG Frekansı	697	766	334	678	141	1.456	461	319	605	913	781	314	105	701	91	468	0	0	6	1.064
	Toplam Ödeme	935.402	640.401	454.673	680.834	174.516	2.577.639	1.021.536	561.530	1.225.623	2.923.795	500.810	692.984	108.048	977.497	70.557	685.601	0	0	5.721	834.032
H12	DRG Fiyatı	1.342	836	1.361	1.004	1.238	1.770	2.216	1.760	2.026	3.202	641	2.207	1.029	1.394	775	1.465	3.148	1.636	954	784
	DRG Frekansı	1	22	40	40	129	73	0	34	130	120	92	22	16	20	190	108	322	393	15	40
	Toplam Ödeme	1.342	18.393	54.452	40.167	159.664	129.236	0	59.850	263.357	384.288	58.994	48.553	16.465	27.889	147.318	158.216	1.013.727	643.043	14.304	31.355
H13	DRG Fiyatı	1.342	836	1.361	1.004	1.238	1.770	2.216	1.760	2.026	3.202	641	2.207	1.029	1.394	775	1.465	3.148	1.636	954	784
	DRG Frekansı	182	153	143	159	90	350	0	258	271	472	189	270	23	109	727	127	839	752	66	153
	Toplam Ödeme	244.251	127.913	194.665	159.665	111.393	619.625	0	454.153	548.998	1.511.535	121.195	595.878	23.668	151.993	563.684	186.050	2.641.357	1.230.454	62.936	119.931
H14	DRG Fiyatı	1.342	836	1.361	1.004	1.238	1.770	2.216	1.760	2.026	3.202	641	2.207	1.029	1.394	775	1.465	3.148	1.636	954	784
	DRG Frekansı	204	512	353	626	165	811	0	69	541	744	445	58	178	448	696	311	0	0	9	106
	Toplam Ödeme	273.776	428.049	480.537	628.616	204.221	1.435.759	0	121.459	1.095.970	2.382.589	285.353	128.003	183.168	624.706	539.648	455.603	0	0	8.105	82.698

Tablo 34. Türkiye ve Avustralya DRG Geri Ödeme Sonuçları ve Hastanelerin Karlılığına Etkisi

Hastaneler	Türkiye Geri Ödeme		Avustralya Geri Ödeme		Toplam Maliyetler		Türkiye Geri Ödemesi Kar/Zarar Durumu		Avustralya Geri Ödemesi Kar/Zarar Durumu	
	(A) Miktar (TL)	Global Bütçe Payı (%)	(B) Miktar (TL)	Global Bütçe Payı (%)	(C) Miktar (TL)	Toplam Maliyet Payı (%)	(D)=(A-C) Miktar (TL)	(D/C) Karlılık (%)	E=(B-C) Miktar (TL)	(E/C) Karlılık (%)
H1	7.352.777	5,06	8.253.958	5,68	15.788.340	10,86	-8.435.563	-53,43	-7.534.382	-47,72
H2	16.061.604	11,05	13.916.721	9,58	11.356.159	7,81	4.705.445	41,44	2.560.562	22,55
H3	6.083.630	4,19	6.476.522	4,46	5.393.750	3,71	689.880	12,79	1.082.772	20,07
H4	13.305.400	9,16	15.239.915	10,49	9.124.920	6,28	4.180.480	45,81	6.114.995	67,01
H5	9.087.642	6,25	10.499.779	7,22	18.376.063	12,64	-9.288.421	-50,55	-7.876.284	-42,86
H6	11.630.097	8,00	9.658.108	6,65	9.900.289	6,81	1.729.808	17,47	-242.181	-2,45
H7	14.771.686	10,16	12.561.464	8,64	7.765.230	5,34	7.006.456	90,23	4.796.234	61,77
H8	16.132.154	11,10	17.282.850	11,89	29.520.661	20,31	-13.388.507	-45,35	-12.237.811	-41,46
H9	6.697.926	4,61	6.283.673	4,32	10.005.768	6,88	-3.307.842	-33,06	-3.722.095	-37,20
H10	7.692.446	5,29	7.781.579	5,35	4.732.384	3,26	2.960.062	62,55	3.049.195	64,43
H11	16.881.564	11,62	15.074.319	10,37	13.241.250	9,11	3.640.314	27,49	1.833.069	13,84
H12	2.428.699	1,67	3.271.288	2,25	1.482.644	1,02	946.055	63,81	1.788.644	120,64
H13	7.331.751	5,04	9.671.345	6,65	2.205.196	1,52	5.126.555	232,48	7.466.149	338,57
H14	9.874.343	6,79	9.360.198	6,44	6.453.838	4,44	3.420.505	53,00	2.906.360	45,03
Global Bütçe	145.331.718 TL									

Tablo 32 ve 33’de ülkelere göre hastane bazında her bir DRG için yapılacak olan toplam geri ödeme miktarları belirlenmiştir. Bu tablolardan elde edilen verilerle hazırlanan Tablo 34’de Hastane bazında toplam geri ödeme miktarları, bunların global bütçe içindeki payları ile toplam maliyet içindeki paylarının karşılaştırması ile yine hastanelerin kar/zarar ve karlılık durumları ülke bazında karşılaştırılmıştır.

Dağıtılan global bütçe, hastanelerin toplam maliyetinden elde edilmiştir. Bu kapsamda hastaneler değerlendirildiğinde yani toplam maliyetin üzerinde geri ödeme alan hastaneler her iki ülke için: H2, H3, H4, H7, H10, H11, H12, H13 ve H14 Hastaneleri çıkmıştır. Bu hastanelerin karlılık oranları Türkiye ve Avustralya bazında önemli farklılıklar göstermektedir. Bu durum hastanelerin DRG çeşit ve frekans farklılıklarının bulunduğunu, ayrıca Türkiye ve Avustralya DRG fiyat farklılıklarının büyük önem arz ettiğini göstermiştir.

Her iki ülke içinde en karlı hastane H13 Hastanesi çıkmıştır. H13 Hastanesi genel ortalama maliyeti değerlendirildiğinde hastaneler arasındaki en düşük maliyet ortalamasına (414 TL) sahip hastane olduğu görülmüştür. Tüm hastaneler ortalama maliyeti (1659 TL) ile karşılaştırıldığında diğer hastanelerle arasındaki farkın temel nedeninin H13 hastanesinin çok daha düşük ortalama maliyetlerle DRG ürettiğinden kaynaklandığı görülmüştür.

Her iki ülke açısından ortak karlı çıkan hastanelere genel ortalama maliyet (1.659 TL) ile karşılaştırarak bakıldığında; H3, H4, H7, H10, H11, H12, H13 ve H14 Hastaneleri genel ortalama maliyetin altında DRG üretmişlerdir. H2 Hastanesi genel ortalama maliyetin üzerinde (1.734) TL DRG üretmesine rağmen her iki ülke içinde ortak karlı hastane çıkmıştır. H2 hastanesinin ortalama maliyeti genel ortalama maliyetin yaklaşık %4,5 üzerinde olmasına rağmen Türkiye geri ödemesi ile %41,44, Avustralya Geri Ödemesi ile %22,55 her iki ülke açısından da karlı konumda görünmektedir. Bu durum; hem hastanenin DRG çeşit ve frekans yapısıyla ilişkili olduğunu, hem de aşırı zarar eden hastanelerin gelir kayıplarından pay aldığını

düşündürmüştür. Hastanelerin ortalama maliyetlerinin oransal yapıları karlılık/zararlılık durumunu etkilemekle birlikte kesin etken olmadığı ortaya çıkmış, hastanelerin DRG yapılarının (DRG çeşit ve frekansları) önemli etkenlerden biri olduğu anlaşılmıştır. Bunun için hastaneler arasındaki ülke bazında karlılık oranları karşılaştırıldığında en küçük karlılık oranları farkı H10 Hastanesi'nde %1,88 (Türkiye ile karlılığı %62,55, Avustralya ile karlılığı %64,43), en yüksek karlılık oranları farkı da H13 Hastanesi'nde %106,09 (Türkiye ile karlılığı %232,48, Avustralya ile karlılığı %338,57) çıkmıştır. Karlılık oranları hastaneye ve ülkeye göre önemli oranda farklılaşmış olup, bunun en büyük nedeni iki ülke arasındaki DRG Fiyat farklılıklarıdır. DRG Fiyatları geri ödeme formülasyonunda doğrudan çarpan olması nedeniyle hastanelerde üretilen DRG çeşitleri ile bunların frekansları geri ödeme miktarının belirlenmesine temel oluşturmaktadır. Ülkeler arasındaki temelde Bağlı Değer farklılığından (o da maliyet yapısı ile ilgili) kaynaklanan farklılıklar geri ödemelerde DRG Fiyatları ile üretilen DRG çeşit ve frekanslarına göre büyük farklılıklara neden olmuştur.

Çalışma kapsamına alınan H3 Özel Hastanesi sonuçları da ayrıca önemlidir. Özel Hastanelerin global bütçe kapsamında DRG'ye göre geri ödeme almasının sonuçlarının da değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda Tablo 34 değerlendirildiğinde H3 Hastanesi her iki ülke geri ödemesi açısından karlılık sağlamış olmakla birlikte karlılık değeri açısından geri sıralarda yer almıştır. Hastane Türkiye Geri Ödemesi açısından %12,79'luk karlılık değeri ile 10. Sırada, Avustralya Geri Ödemesi açısından ise %20,07'lik karlılık değeri ile 8. Sırada yer almıştır. Genel ortalama maliyetin altında (1.563 TL) DRG üreten hastane vaka çeşitlilikleri sırasıyla F42B, P67D, O01C ve D10Z DRG'leri üzerine yoğunlaştığı görülmüştür. Hastane verileri değerlendirildiğinde 3. Basamak Hastaneler ile Genel Devlet Hastaneleri arasında bir konum aldığı görülmüştür.

H6 Hastanesi Türkiye Geri Ödemesi ile %17,47 karlılık oranına sahip olmuş iken, Avustralya Geri Ödemesi ile %-2,45 zararlılık oranı elde etmiştir.

DRG frekanslarının hangi miktarda yüksek ya da düşük olması geri ödeme miktarını etkileyen temel unsurlardan biridir. Çünkü ülkeler arasındaki 1 DRG çeşidindeki fiyat farkı, frekans sayısı kadar geri ödeme miktarının ülke ve diğer hastaneler bazında farklılaşmasına neden olacaktır.

Her iki ülke açısından zarar yapan hastaneler ise H1, H5, H8 ve H9 Hastaneleri olmuştur. Bu hastaneler açısından ülkelere göre zarar oranları açısından farklar %4 ile %8 bandında gerçekleşmiştir. Bu hastanelerden H1 Hastanesi 3.Basamak hizmet sunan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, H5 ve H8 Hastaneleri de yine 3.Basamak düzeyinde hizmet veren Üniversite Hastaneleri ve son olarak H9 Hastanesi de yine Özel Dal Hastanesi olması sebebiyle 3. Basamak düzeyde hizmet sunan hastanedir. H2 Hastanesi de 3. Basamak düzeyinde hizmet veren Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastanesi olmasına rağmen DRG çeşidi ve frekansı bakımından değerlendirildiğinde; F42B DRG çeşidi, ürettiği tüm DRG'lerin %78,6'sını içermiş olması nedeniyle ve bu DRG üzerinden hem maliyet açısından hem de DRG Fiyatı açısından avantajlı bir konumda olmasından dolayı Türkiye Geri Ödemesi ile %41,44 karlılık, Avustralya Geri Ödemesi ile de %22,55 karlılık sağlamıştır. F42B DRG çeşidi sadece 7 hastanede üretilmiş olup, bunların zaten 4'ü 3. Basamak düzeyde faaliyet gösteren H1, H2, H5 ve H8 Hastaneleridir. Bu tür hastanelerin vaka ortalama maliyetleri genel olarak diğer genel hastanelere göre daha yüksek çıkmaktadır. F42B DRG'si (Dolaşım Sistemi Hastalıkları) tanı ve tedavi işlemleri özel uzmanlık gerektirmekte, Kalp-Damar Hastalıkları ve Cerrahisi konusunda yetişmiş sağlık profesyonellerince tanı ve tedavi işlemleri yürütülmektedir. Bu sağlık profesyonelleri genellikle 2. Basamak düzeyinde değil, 3. Basamak düzeyde hizmet veren hastanelerde yoğunlaşmış olup, H2 Hastanesi uzun dönemdir Kalp ve Damar Hastalıkları üzerine ihtisaslaşmış bir hastane olması nedeniyle tanı ve tedavi işlemlerinin standartlaştırılmış olması ve böylece gereksiz işlem maliyetlerinin önüne geçmiş olabileceğini düşündürmüştür.

Diğer 3. Basamak Hastaneleri ise büyük oranda zarar etmişlerdir. Bu hastaneler açısından iki ülke zararlılık durumları yakın olup iki ülke ortalama zararları H1 Hastanesi için %-50, H5 Hastanesi için %-46, H8 Hastanesi için %-43 ve H9 Hastanesi için %-35 çıkmıştır. Bu hastanelerin vaka durumlarının diğer hastanelere göre daha ağır olması nedeniyle, vaka maliyetlerinin de yüksek olması doğal olup, ortalama maliyetlerinin yüksek olduğu Tablo 29'dan görülmüştür. Ayrıca 3.Basamak hastanelerde genellikle 2.Basamak düzeyinde tedavisi mümkün olmayan hastalar bulunmakta olup, bu tür hastanelerde ülke genelinde her ilde bulunmamakta, bu nedenle de farklı bölgelerden vakalar kabul edilmektedir. Tablo 35'e bu kapsamda yapılan bir değerlendirme ile baktığımızda bu hastaneler önemli oranda zarar etmişlerdir.

4.3.9. Vaka Karma İndeksi (VKİ) Hesaplanması: Ülkeler ve Hastaneler Arası Karşılaştırma

Vaka Karma İndeksinin hesaplanması için her hastanenin, her DRG'si için ayrı ayrı raporladığı vaka sayılarına ihtiyaç bulunmaktadır. DRG'lerde yer alan vaka sayıları o DRG'lerin bağıl değeri ile çarpılarak bunların toplamı alınır ve hastanedeki toplam vaka sayısına bölünür. Bu amaçla yapılan hesaplamalar aşağıdaki formül ile yapılmıştır:

$$\text{Hastane Vaka Karma İndeksi} = \frac{\sum (\text{DRG Bağıl Değer} \times \text{Vaka Sayısı})}{\text{Hastanenin Toplam Vaka Sayısı}}$$

Ek-4'de Türkiye Bağıl Değerleri ile, Ek-5'de ise Avustralya Bağıl Değerleri ile Hastane Bazında Vaka Karma İndekslerinin hesaplanması bu formüle göre ayrı ayrı yapılmıştır.

Ek-4 ve Ek-5'den elde edilen Hastane Ağırlıklandırılmış Vaka Toplamları, Hastane Toplam Vaka Sayısına bölünerek Türkiye ve Avustralya bazında Hastane Vaka Karma İndeksleri bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar ülke bazında karşılaştırmalı olarak Tablo 35'de gösterilmiştir. Avustralya VKİ ortalaması 1,14, Türkiye'nin ise 0,99 çıkmıştır. Bu sonuca Avustralya'da gerçekleşen vakalar Türkiye'ye göre daha kompleks yapıda çıkmışlardır.

Tablo 35. Türkiye ve Avustralya VKİ Karşılaştırması

DRG Kodu	(A) Toplam DRG Frekansı (Vaka Sayısı)	TÜRKİYE		AVUSTRALYA	
		(B) Ağırlıklandırılmış Vaka	(B / A) VKİ	(C) Ağırlıklandırılmış Vaka	(C / A) VKİ
H1	5.736	4.430,09	0,77	5.679,97	0,99
H2	6.551	9.677,21	1,48	9.576,80	1,46
H3	3.452	3.665,42	1,06	4.456,82	1,29
H4	8.995	8.016,58	0,89	10.487,35	1,17
H5	5.465	5.475,36	1,00	7.225,43	1,32
H6	7.054	7.007,20	0,99	6.646,23	0,94
H7	9.283	8.900,02	0,96	8.644,18	0,93
H8	8.922	9.719,71	1,09	11.893,20	1,33
H9	3.888	4.035,54	1,04	4.324,11	1,11
H10	4.927	4.634,74	0,94	5.354,90	1,09
H11	9.900	10.171,24	1,03	10.373,40	1,05
H12	1.807	1.463,30	0,81	2.251,14	1,25
H13	5.333	4.417,42	0,83	6.655,34	1,25
H14	6.275	5.949,35	0,95	6.441,22	1,03
Toplam Ortalama	87.602	87.563	0,99	100.010	1,14

Tablo 35'e göre H2 Hastanesi hem Türkiye hem de Avustralya Bağlı Değerlerine göre en yüksek Vaka Karma İndeksine (VKİ) sahip olması daha yüksek bağlı değerli (komplike/kompleks) vakaları tedavi ettiğini göstermektedir. Ayrıca DRG yapısına göre daha fazla geri ödeme alması beklenmektedir. Bu kapsamda Tablo 34 ile ilişkilendirildiğinde H2 Hastanesi

her iki ülke bazında kendi hastane türünde (3.Basamak Hastane) en yüksek geri ödemeyi almış ve tek karlılık oranı pozitif olan hastane olmuştur. Ayrıca 14 Hastane bazında geri ödeme açısından değerlendirildiğinde ise geri ödeme miktarı bakımından Türkiye’de ilk 3 sırada (ilk 3’de olanlar birbirine çok yakındır (H8 ve H11 ile birlikte)), Avustralya’da ise 4. Sırada yer almıştır.

Yine iki üniversite hastanesi olan H5 ve H8 Hastaneleri Avustralya VKİ bakımından 2. ve 3. Sırayı almış olması, üniversite hastanelerinin daha komplike vakalarla ilişkilendirildiğini doğrulamıştır. Bu kapsamda Avustralya geri ödeme miktarları incelendiğinde H8 Hastanesi 1. Sırada yer alırken H5 Hastanesi 6. sırada yer almıştır. 3.Basamak Hastanelerin Türkiye VKİ değerlendirildiğinde H1 hariç H5, H8 ve H9 Hastanelerinin VKİ’leri ilk 5 Hastane içerisinde yer almıştır. Yine VKİ’leri incelendiğinde Türkiye verisine göre H1, H12 ve H13 hastaneleri en düşük VKİ’ine sahip hastaneler çıkmış olup, yine geri ödeme miktarları ile ilişkilendirildiklerinde H12’inin en az, H3’ün sondan 4. ve H1’in de en yüksek zarar oranıyla sondan 5. Olduğu görülmüştür.

H1 Hastanesi de 3.Basamak düzeyde hizmet veren hastane olmasına rağmen ne Üniversite hastaneleri gibi ne de Özel Dal Hastaneleri gibi VKİ yüksek çıkmamıştır. Hastane DRG verileri incelendiğinde herhangi bir vakada yığılma olmadığı, ayrıca hastane ortalama maliyetinin iki üniversite hastanesinden (H5 ve H8) sonra 2.753 TL ile en yüksek olduğu tespit edilmiştir.

H3 Özel Hastanesi VKİ açısından değerlendirildiğinde Türkiye’ye göre H5 ve H8 Üniversite Hastanelerinden sonra 1,06’lık değerle 3., Avustralya’ya göre ise 1,29’luk değerle H2 Özel Dal ile yine H5 ve H8 Üniversite Hastanelerinden sonra 4. Sırada gelmiştir. Bu durum hastanenin geri ödeme açısından yapılan değerlendirmesine benzerlik gösterdiğini, hastanenin

vakalarının genel olarak; 3.Basamak Hastaneler ile Genel Devlet Hastaneleri arasında bir kompleksliğe sahip olduğunu söyleyebiliriz.

Sonuç olarak “Vaka Karma İndeksleri” ile vaka kompleksliği ve geri ödeme miktarları arasında önemli bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

4.3.10. DRG Maliyet Yapısı Kapsamında Türkiye ve Avustralya Karşılaştırması

Bu bölümde Türkiye ve Avustralya bazında DRG maliyetlerini belirleyen ana kalemler bazında değerlendirme yapılmıştır. Bu amaçla, her bir DRG için temin edilen Genel ve Direkt Giderler ayrımını içeren 13 kalemlik maliyet kümesi verileri daha yönetilebilir bir değerlendirme açısından çalışmanın “Verilerin Temini ve İçeriği” bölümünde belirtildiği üzere 6 kalemlik Direkt Gider verisi ile 1 kalemlik Genel Gider verisi bazında incelenmiştir. Yapılan değerlendirmeler miktar (TL) bazında değil, oransal bazda yapılmıştır. Ülkelerin maliyet yapılarında miktarsal (TL) olarak değerlendirilme yapılması aradaki aşırı farklar nedeniyle anlamlı görülmemiştir.

Ülke bazında oluşturulan DRG Maliyet Yapısı verileri Tablo 36’da, hastane bazında oluşturulan DRG Maliyet Yapısı verileri ise EK-6,7,8,9,10,11 ve 12’de gösterilmiştir.

Direkt Giderler kapsamında ülkeleri karşılaştırdığımızda toplam giderler içerisinde Direkt Giderlerin oranları açısından Türkiye ortalaması %82, Avustralya ortalaması ise %79 çıkmıştır. DRG başına Direkt Gider ortalamaları incelendiğinde Avustralya Direkt Gider oranları %77-81 arasında gerçekleşmekte iken Türkiye’de bu değer %75-88 aralığında gerçekleşmiştir. Türkiye açısından en çok Direkt Gider payı E62C ve P67D DRG’lerinde (%88), Avustralya’da ise %81’lik oran ile F42B DRG’si olmuştur. Yine en az pay alan DRG’ler Türkiye’de %75 ile F42B, Avustralya’da ise %77 ile E62C,

F62B ve I68B olmuşlardır. Bu kapsamda yapılan değerlendirmede Direkt Giderler bazında Avustralya'da vaka başına önemli bir farklılık bulunmadığı, Türkiye'de ise DRG'ye göre önemli farklılıklar göstermediği (dağıtım kriterleri ile maliyetlerin DRG'lere dağıtılmış olması bu açıdan önemli bir etkindir) ancak hastanelere göre farklılıklar gösterdiği görülmüştür.

Direkt Giderleri alt kalemleri bazında incelediğimizde her iki ülkede de sıralama olarak Personel Giderleri 1. Sırada yer almıştır. Ancak Türkiye'de bu oran toplam giderlerin %25'i iken, Avustralya'da %35 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye ve Avustralya karşılaştırmasının istatistiki olarak yer aldığı Tablo 17'de nüfus başına düşen hekim sayısı Avustralya'da Türkiye'den yaklaşık 2 kat ve Hemşire sayısı da 7 kat fazla olması ve çalışanlarına verilen maaş ve ücretlerin de Türkiye'ye göre çok daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır. DRG ortalama maliyeti Türkiye'den yaklaşık 4 kat daha fazla olan Avustralya'da bu giderin oldukça önemli bir kısmı personel giderleri çıkmıştır.

Ülkeler arasındaki DRG maliyet yapısı farklılıklarından diğeri de 2. ve 3. Sırada yer alan gider çeşitleri olmuştur. 2. Sırada Türkiye'de %21 ile Malzeme ve Çeşitli Giderler yer alırken, Avustralya'da % 19 ile Acil-Yoğun Bakım-Ameliyathane Giderleri, 3. Sırada Türkiye'de %18 ile Acil-Yoğun Bakım-Ameliyathane Giderleri, Avustralya'da ise %12 ile Malzeme ve Çeşitli Giderler yer almıştır. Avustralya vaka karma indeksinin (1,14), Türkiye'den (0,99) yüksek çıkması bu açıdan birlikte değerlendirildiğinde Avustralya'da vakaların daha kompleks olduğunu bir kez daha söyleyebiliriz. Avustralya'da Türkiye'ye göre, tedavi ve bakım hizmetlerinin daha yoğun verildiği Acil, Yoğun Bakım ve Ameliyathane Giderleri açısından DRG'ler daha fazla oranda pay almışlardır.

Hastanelerde önemli bir yer tutan Tanı Giderleri açısından değerlendirdiğimizde Türkiye'de toplam giderlere göre %8, Avustralya'da ise %5,8 olarak her iki ülkede de 4. Sırada yer alan gider çeşidi olmuşlardır.

Türkiye verisi içerisinde yer alan 14 Hastaneden; 2'si Üniversite, 2'si Eğitim ve Araştırma (1'i Özel Dal), 1 Özel Dal Devlet ve 1 donanımlı Özel Hastanesi oldukları dikkate alındığında bu giderlerin daha yüksek çıkabileceği düşünülmüştür.

Ayrıca Eczane Giderleri açısından değerlendirdiğimizde Türkiye'de %7, Avustralya'da ise %1,9'luk pay alan bu giderler arasındaki oransal farklılığın Türkiye'de ortalama kalış gününün (4,3 gün), Avustralya'dan (2,5 gün) daha yüksek olması ile ilişkisinin olabileceğini düşündürmüştür.

Direkt giderler kapsamında Avustralya'da Amortisman giderleri %4,1, Türkiye'de %2,3 çıkmışlardır. Ülkeler arasında amortisman payı ayırma metot ve tekniklerinde farklılıklar olabileceği düşünülmektedir. Türkiye verisini oluşturan 14 Hastane incelendiğinde H1 Eğitim ve Araştırma Hastanesi (H11) ve H3 Özel Hastanesi dışında (%8) diğer hastanelerin Amortisman Giderleri oranının %0,5 ile %3 arasında değişkenlik gösterdiği izlenmiştir. Bu durumun hastanelerin duran varlıklarına ilişkin kayıtlarını maliyet tablolarına yeterince aktaramamaları nedeniyle meydana geldiğini düşündürmektedir.

Genel Giderler kapsamında ülkeleri karşılaştırdığımızda ise toplam giderler içerisinde Genel Giderlerin oranlarına baktığımızda Türkiye ortalaması %18, Avustralya ortalaması ise %21 çıkmıştır. DRG başına Genel Gider ortalamaları incelendiğinde Avustralya Genel Gider oranları %18-22 arasında gerçekleşmekte iken Türkiye'de bu değer %12-25 aralığında gerçekleşmiştir. Türkiye açısından en çok Genel Gider payı F42B DRG'si (%25), Avustralya'da ise %22'lik oranlarla E65B, E62B, I68B ve O01C DRG'leri olmuştur. Yine en az pay alan DRG'ler Türkiye'de %12 ile E62C ve P67D, Avustralya'da ise %18 ile C16A ve F42B DRG'leri olmuşlardır. Bu kapsamda yapılan değerlendirmede Genel Giderler bazında Avustralya'da vaka başına önemli bir farklılık bulunmadığı, Türkiye'de ise DRG'ye göre önemli farklılıklar göstermediği (dağıtım kriterleri ile maliyetlerin dağıtılmış olması bu açıdan önemli bir etken olduğunu göstermiştir) ancak hastanelere

göre farklılıklar gösterdiği görülmüştür. Bu durum Türkiye verisini oluşturan hastaneler bazında değerlendirildiğinde iki üniversite hastanesinin en uç iki noktada oldukları görülmüştür. H5 Hastanesi %3'lük Genel Gider oranıyla en az, H8 Üniversite Hastanesi ise %37'lik Genel Gider oranıyla en çok değere sahip hastaneler çıkmışlardır. Genel Giderler açısından üniversite hastanelerinin yanı sıra H2, H3, H6, H12 ve H14 Hastaneleri Türkiye ortalamasının üzerinde Genel Gider oranına sahip olup, diğerleri ise daha düşük oranda Genel Gidere sahip hastaneler çıkmışlardır.

DRG	TÜRKİYE																	AVUSTRALYA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler					Toplam Genel Giderler					Toplam					Direkt Giderler										Toplam Direkt Giderler			Genel Giderler		Toplam																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman																	Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler										Amortisman																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL

4.3.11. Türkiye ve Avustralya Geri Ödemeleri Karşılaştırması

14 hastaneye Türkiye ve Avustralya değerleri üzerinden yapılan geri ödemenin miktar ve oransal olarak gösterildiği Tablo 34. (Türkiye ve Avustralya DRG Geri Ödeme Sonuçları ve Hastanelerin Karlılığına Etkisi) verilerinden elde edilen sonuçlar Tablo 37 sonuç tablosu verilerini oluşturmuştur. Bu tabloda hastane bazında Türkiye ve Avustralya geri ödeme miktarları arasındaki farklar (C) sütununda, bu farkın hastane bazında Türkiye Geri Ödemesine oranı (D), Avustralya Geri Ödemesine Oranı ise (E) sütununda gösterilmiştir. Ortalama değer bulunacağı için (D) ve (E) sütununda bulunan oranlar, fark miktarı (C) ile çarpılarak ülke bazında ağırlıklı değerler bulunmuş ve kümülatif toplamaları (H) alınmıştır. Bulunan kümülatif toplam hastane sayısına bölünerek ortalama farklar I(a) ve I(t)) ülke bazında bulunmuştur. Bulunan bu değerler de global bütçeye bölünerek Avustralya Geri Ödemesinin Türkiye sağlık kurumlarını finansman oranındaki ortalama sapmayı (fark) gösteren J(a) değeri elde edilmiştir. Türkiye geri ödemesinin de Avustralya üzerindeki sapma (fark) da J(t) ile gösterilmiştir. Hesaplamalar, rakamların mutlak değerleri üzerinden yapılmıştır.

Bu çerçevede yapılan uygulama sonucunda; Avustralya Bağlı Değerleri ile Türkiye sağlık kurumlarına geri ödeme yapıldığında, sağlık kurumları Türkiye Bağlı Değerlerine göre yapılacak olan geri ödemeye göre ortalama $\pm\%14,53$ fark ile geri ödeme alacakları ($\%85,47$ ile $\%114,53$ arasında geri ödeme), aynı şekilde Avustralya sağlık kurumları ise Türkiye Bağlı Değerleri üzerinden $\pm\%13,82$ fark ile geri ödeme alacakları ($\%86,28$ ile $\%13,82$ arasında geri ödeme) ortaya çıkmıştır.

Tablo 37. Türkiye ve Avustralya Geri Ödemeleri Karşılaştırması

Hastaneler	Türkiye Geri Ödeme	Avustralya Geri Ödeme	Geri Ödeme Farkları	Türkiye'ye Göre Fark Oranı	Avustralya'ya Göre Fark Oranı	Türkiye Ağırlıklı Değer	Avustralya Ağırlıklı Değer
	(A) Miktar (TL)	(B) Miktar (TL)	C = (A-B) Miktar (TL)	D = (C / A) Oran (%)	E = (C / B) Oran (%)	F = C x D	G = C x E
H1	7.352.777	8.253.958	-901.181	-12,26	-10,92	11.045.180	9.839.248
H2	16.061.604	13.916.721	2.144.883	13,35	15,41	28.642.986	33.057.521
H3	6.083.630	6.476.522	-392.893	-6,46	-6,07	2.537.377	2.383.449
H4	13.305.400	15.239.915	-1.934.515	-14,54	-12,69	28.126.547	24.556.236
H5	9.087.642	10.499.779	-1.412.137	-15,54	-13,45	21.943.316	18.992.115
H6	11.630.097	9.658.108	1.971.990	16,96	20,42	33.436.890	40.264.024
H7	14.771.686	12.561.464	2.210.222	14,96	17,60	33.070.579	38.889.434
H8	16.132.154	17.282.850	-1.150.696	-7,13	-6,66	8.207.841	7.661.361
H9	6.697.926	6.283.673	414.253	6,18	6,59	2.562.073	2.730.978
H10	7.692.446	7.781.579	-89.133	-1,16	-1,15	103.279	102.096
H11	16.881.564	15.074.319	1.807.245	10,71	11,99	19.347.344	21.666.877
H12	2.428.699	3.271.288	-842.589	-34,69	-25,76	29.231.978	21.702.665
H13	7.331.751	9.671.345	-2.339.594	-31,91	-24,19	74.657.479	56.597.096
H14	9.874.343	9.360.198	514.145	5,21	5,49	2.677.094	2.824.144
	Global Bütçe 145.331.718 TL				Toplam Ağırlıklandırılmış Fark (H)	295.589.962	281.267.244
					Ortalama Fark I (TL) ve J (%) I (a)&(t) = (H / 14)	I(a)=21.113.569 J(a) = %14,53	I(t)=20.090.517 J(t) = %13,82
					J(a)&(t) = I / Global Bütçe		

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık kurumlarında üretilen DRG'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, kalite değerlendirme faaliyetlerinde ve diğer idari faaliyetlerde kullanılmaktadır.

Türkiye'de deneme ve kısmi uygulama çalışmaları yapılan DRG'ye dayalı ödeme sistemi için demografik, klinik ve maliyet verilerinin sağlanması gerekmektedir. Bu kapsamda Türkiye'de deneme süreci bir Proje olarak 2005-2009 yılları arasında gerçekleştirilmiş, kısmi uygulama süreci ise Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde (555 Hastane) Kasım 2010 – Ekim 2011 tarihleri arasında Avustralya Bağlı Değerleri üzerinden yapılmıştır. Deneme sürecinde gerçekleştirilen Proje kapsamında demografik, klinik ve maliyet verileri pilot hastanelerden oluşturulmuştur. Kısmi uygulama sürecinde ise demografik ve klinik verilerle DRG'nin Avustralya Uyarlamasına göre süreç işletilmiş ancak maliyet süreci işletilmemiş ve doğrudan Avustralya Bağlı Değerleri üzerinden Sağlık Bakanlığı hastanelerine kısmi ödemeler yapılmıştır. Bu uygulamalardan deneme aşaması verileri Türkiye'ye özgü klinik ve maliyet verisi içerdiğinden Sağlık Bakanlığından temin edilerek Avustralya verileri ile karşılaştırılmak üzere DRG Metodolojileri aracılığıyla analizleri gerçekleştirilmiştir.

Tez çalışmasında DRG verileri ve yapılan hesaplama sonuçları üzerinden ülkeler ve hastaneler arası vaka türleri ve vaka maliyetleri kapsamında analizler yapılmış, bu analiz bulgularına göre ayrıntılı

değerlendirmeler ilgili bölümlerde anlatılmıştır. Bu bölümde daha genel ifadelerle sonuç ve öneriler üzerinde durulmuştur. Bununla birlikte son zamanlarda tartışma konusu edilen Doğum vakaları açısından burada da bir değerlendirme yapmak uygun olacaktır. Öncelikle Türkiye ve Avustralya bazında değerlendirildiğinde Türkiye’de Sezaryen ile doğum en sık kodlanan 3. Vaka iken, Avustralya’da 12. Vaka çıkmıştır. Normal Doğum vakalarına bakıldığında ise bu DRG Avustralya’da 3., Türkiye’de ise 7. Sırada kodlanmıştır. Cerrahi bir işlem olan Sezaryen ile doğumun Türkiye’de tıbbi gereksinimlerden ziyade normal doğum sürecinden kaçınmak için hekim ve hasta arasındaki tercih ile yapıldığı söylenebilir. Kaldı ki ekonomik açıdan çok daha güçlü bir ülke olan Avustralya’da dahi hastalar daha maliyetli ve nispeten konforlu olan sezaryen ile doğumu değil normal doğum işlemini ön planda tuttukları görülmüştür. Sonuç olarak bu vaka türü açısından değerlendirildiğinde; sağlık hizmet sunucularının kararlar verirken kendi uzmanlık alanlarının gereklerini yerine getirdiklerinde hem tıbbi açıdan daha uygun bir işlemi yapacaklar hem de mali açıdan giderlerde bir azalma sağlanmasına katkıda bulunacakları söylenebilir.

Tez çalışmasının problem cümlesini de oluşturan Avustralya Bağlı Değerlerinin Türkiye sağlık kurumlarını hangi oranda finanse edebileceğini ölçmek, ülkeler ile hastaneler arasında karşılaştırmalar yaparak farklılık nedenlerini araştırmak tez çalışmasının temel amacı olmuştur. Bu kapsamda yapılan çalışma ile Türkiye ve Avustralya üzerinden sağlık kurumlarına ayrı ayrı geri ödemeler yapılmış ve Avustralya geri ödemesinin ortalama $\pm$ %14,53 fark ile (Türkiye geri ödemesine göre) sağlık kurumlarını doğru finanse etmediği görülmüştür. Bu çerçevede değerlendirme yapıldığında DRG’ye dayalı finansman uygulamasının temel amaçlarından olan daha adil ve hakkaniyetli bir geri ödemeye, Avustralya Bağlı Değerleri ile ulaşılamadığı görülmüştür.

Tez çalışmasında gerek elde edilen istatistiki veriler gerekse yapılan hesaplamalar sonucu oluşan değerler göz önüne alındığında ülkesel bazda

şu genel sonuçlara ulaşılmış olup, bu sonuçların doğrudan ve dolaylı olarak geri ödeme açısından farklılık kaynakları olduğunu da söyleyebiliriz.

Ülkelerin sosyo-ekonomik ve sağlık yapıları birbirinden oldukça farklıdır. Gelişmiş ülkeler arasında yer alan Avustralya, sosyo-ekonomik açıdan gelişmekte olan bir ülke konumundaki Türkiye'ye göre oldukça ileri durumdadır. Tamamen farklı bir coğrafyada bulunan Avustralya sağlık yapısının da Türkiye'ye göre önemli oranda farklılık gösterdiği görülmüştür. Kişi başına düşen milli gelir, ortalama yaşam beklentisi, sağlık insangücü ve sağlık teknolojisi kaynakları ile sağlık hizmetlerine ulaşım gibi göstergeler incelendiğinde Avustralya'nın Türkiye'ye göre çok ileri durumda olduğu görülmektedir. Temelde bu farklılıklar bile göz önüne alındığında iki ülkenin benzerlik açısından pek de uygun olmadığını söylemek mümkündür.

Temel nedenlerden daha alt nedenlere inilerek değerlendirildiğinde ülkeler arasındaki gerek coğrafya farklılığı, gerek hastalık yapısı farklılığı gerekse de sağlık kaynaklarına ulaşım farklılığı DRG verilerine yansımıştır. Bu doğrultuda ülkelerde üretilen ilk 20 DRG sıralamaları incelendiğinde gerek sağlık hizmetlerine ulaşım gerekse erken tanı ve tedavi açısından Türkiye ve Avustralya arasında önemli farklılıklar olduğu burada da ortaya çıkmıştır. Hastalıkların erken tanı ve tedavisinin yaşam kalitesini ve süresini artırdığını düşündüğümüzde Kolonoskopi, Endoskopi, Gastroskopi gibi tanısal DRG'lerin sık kullanıldığı ayrıca Hemodiyaliz, Kemoterapi, Radyoterapi gibi yoğun tedavi hizmetlerinin de sıkça kullanıldığı, sonuç olarak bu hizmetlere ulaşımın daha kolay olduğu Avustralya'da sağlık göstergelerinin Türkiye'ye göre daha yüksek çıkmasının nedenleri arasında sayılabilir.

Ülkeler arasındaki DRG çeşit ve sıklık farklılıklarının olması ile birlikte ayrıca Avustralya kendine özgü olarak geliştirdiği DRG'nin Avustralya Uyarlaması olan AR-DRG'de sürekli olarak güncellemeler yapmaktadır. Tez çalışması her iki ülkede o dönem AR-DRG setinde buluna 665 DRG üzerinden yapılmıştır. Avustralya kendi sağlık yapısına göre DRG çeşitliliği

artırmakta olup, yakın dönemde 800 DRG çeşitliliğine ulaşmıştır. Bu açıdan da değerlendirildiğinde örneğin Almanya’da kullanılan G-DRG’de de o ülkeye özgü değişiklikler zaman içerisinde yapılmaktadır. Bu kapsamda Türkiye’nin de yapacağı DRG uygulamasında Avustralya Uyarlamasını örnek olarak alması ancak bunu kendine özgü olarak dinamik bir şekilde geliştirmesi DRG’ye dayalı uygulamaların doğası gereğidir. Bu nedenle Türkiye DRG uygulaması için daha kendine benzer bir ülkeyi örnek alması ve sonrasında kendine özgü bir uyarlama geliştirmesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca DRG türlerinin ülkenin sağlık yapısına göre çeşitlendirilerek şekillendirilmesi vakaların DRG’lere daha gerçekçi yerleştirilmesini sağlayacak olup, böylece maliyetler arasındaki ilişkilerin de daha doğru olmasına neden olacağı, sonuç olarak da vaka kompleksliğini daha doğru yansıtacağı söylenebilir.

Ülkeler arasındaki temel yapı ve vaka (DRG) yapısı farklılıkları dışında maliyet yapılarının da farklı olduğu görülmüştür. Birbirleri ile sıkıca ilişkili olan bu farklılıklardan maliyet yapı farklılıkları da ülkelerin birbirinden temel farklılıkları ile paralellik göstermiştir. Türkiye’de Avustralya’ya göre daha düşük ücret ve maaşlar verilmesi nedeni ile sağlık insangücü ile ilgili giderler %25 iken, Avustralya’da bu giderlerin oranı %35 çıkmıştır. İlaç ve malzeme giderlerinin oranı ise insangücü giderlerinin tam tersi şeklinde gerçekleşmiştir. Türkiye’de Eczane Giderleri %7, Avustralya’da %1,9 gerçekleşmiş, Malzeme Giderleri de Türkiye’de %21, Avustralya’da %12 olarak gerçekleştiği görülmüştür. Avustralya’da sağlık donatıları ve malzemelerine ulaşım daha kolay olduğu gibi ve bunların giderlerinin oranı da daha azdır. Avustralya’da sağlık insangücü sayısı nüfus başına oran olarak Türkiye’ye göre yüksek olmakla birlikte ücret ve maaşlar da yüksektir.

DRG geri ödemeleri açısından hastaneler için önemli göstergelerden biri olan Vaka Karma İndeksleri vaka kompleksliğini yansıtmakta olup, Avustralya VKİ (1,14), Türkiye’den (0,99) daha yüksek çıkmıştır. Avustralya’da sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylığı ile birlikte tanı ve tedavi işlemlerinin daha yoğun kullanıldığı düşünüldüğünde aynı ya da benzer

vakalara daha yoğun tanı ve tedavi işlemleri uygulandığı söylenebilir. Elbette hastaların hastalıklarının da ağırlık durumları göz ardı edilmemelidir. VKİ açısından hastaneler değerlendirildiğinde de genellikle Üniversite Hastaneleri başta olmak üzere her iki ülke açısından da 3. Basamak hastanelerin kendilerine verilen fonksiyon ile uyumlu olarak daha yüksek VKİ'lerine sahip oldukları görülmüştür. Ancak bu hastanelerden biri hariç hepsi geri ödemeler sonucu önemli oranda zarar eden hastaneler çıkmışlardır.

DRG temelli bir geri ödeme mekanizması 3 temel verinin kapsamlı ve doğru olarak oluşturulmasını gerektirmektedir. Demografik, Klinik ve Maliyet başlıkları altında bu verilerin toplanması için hem bilişim alt yapısının oluşturulması hem de insangücü yetiştirilmesi büyük önem arz etmektedir. Halen Sağlık Bakanlığı uygulaması demografik ve klinik veri üzerine gerçekleşmekte, maliyet verisi toplanmamaktadır. Oysa ki Bağlı Değer belirlenmesinde tek gösterge olarak DRG ortalama maliyetleri kullanılmaktadır. DRG temelli ödemelerin en büyük faydalarından biri maliyet esaslı olarak yapılmasıdır. Sağlık kurumlarını maliyetlerini de düşürmeye teşvik eden bir model olması ile birlikte düşünüldüğünde Türkiye'yi ortalama $\pm 14,53$ fark ile temsil eden Avustralya Bağlı Değerlerinden hareketle Türkiye hastanelerinin maliyet çalışmaları yapması da pek gerçekçi olmayacaktır. Yani ülkeler arasındaki Bağlı Değer farklılıkları DRG maliyetleri arasındaki farklılıkları da içermekte, ayrıca daha önce bahsedilen maliyet yapı farklılıkları da göz önüne alındığında sağlık yöneticilerine ve hizmet sunanlara doğru bilgi vermeyecek, makro ve mikro bazda yanlış yönlendirmeler gerçekleştirebilecektir.

Ortaya çıkan sonuçlar ve yapılan değerlendirmeler birlikte düşünüldüğünde Türkiye için şu önerilerde bulunulabilir:

- Avustralya üzerinden yapılan geri ödeme, hastanelerde $14,53$ 'lük bir sapma ile gerçekleşmiş olması nedeniyle Türkiye'nin daha adil ve hakkaniyetli bir kaynak dağıtımı için başta sağlık ve maliyet yapısı olmak üzere kendine daha benzer bir ülke örneğinden hareketle DRG

uygulamasını kendine özgü olarak geliştirmelidir. Bu kapsamda son dönemlerde DRG uygulamasının yoğun olarak gerçekleştiği ve coğrafya olarak da kendine daha yakın olan Avrupa Bölgesindeki EuroDRG uygulama örneklerini inceleyerek DRG uygulamasını yönlendirmesi gerektiği söylenebilir.

- Her ülke kendine özgüdür; her ülke kendi DRG ödeme sistemini uygulamaya koyarken yapacağı belirli uyarlamalarda, var olan sağlık sistemi altyapısını, siyasal gerçeklikleri, kültürel normları ve diğer faktörleri dikkate alması gerekmektedir. 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.
- Türkiye, verdiği eğitimlerle Klinik Kodlamacı olarak ülke düzeyinde iyi düzeyde yetişmiş insangücü sağlamıştır. Ancak sağlık kurumlarında DRG maliyetlendirme konusunda yetişmiş insangücü temini de büyük önem arz etmektedir. Sağlık yöneticileri ve hizmet sunanlar, elde ettikleri maliyet verilerinden hareketle daha doğru ve gerçekçi karar verebileceklerdir. Bu nedenle sağlık kurumlarında bu alanda görev yapanların yetiştirilmesi için eğitim plan ve programlarının yapılması gerekmektedir.
- DRG'nin de kesin bir gereği olarak Türkiye'de sağlık kurumları için maliyet muhasebesi sistemi bir an önce oluşturulmalıdır. Türkiye'de sağlık kurumlarında maliyet verisinin üretilmemesi büyük bir eksikliklerdir.
- Genel, Üniversite, Eğitim ve Araştırma ile Özel Hastanelerin vaka karmaları arasındaki farklılıkların belirginliği, hastane türlerine göre ayrı ayrı DRG hesaplamaları yapmanın daha doğru olduğunu niteler özelliğindedir. Özellikle 3. Basamak düzeyde hizmet veren hastaneler,

vaka kompleksliği daha yoğun olmasına rağmen zarar eden hastaneler çıkmışlardır. Bu nedenle Türkiye’de Bağlı Değer Hesaplamalarının hastane türleri dikkate alınarak yapılması daha doğru olacağını düşündürmüştür. Hastaneleri ayrı ayrı türlerine göre gruplama dışında vaka kompleksliği gibi DRG ilişkili faktörler dikkate alınarak bir katsayı ya da ilave uygulamaları gibi “ayarlamalar” da kullanılabilir.

- DRG Analizleri sadece geri ödeme açısından değil o bölgenin sağlık dokusu ve hastanenin hizmet yapısı hakkında da ayrıntılı bilgiler vermektedir. Türkiye, henüz maliyet verisi olmasa da demografik veriler, vaka tür ve sıklığı ile elde edilen diğer ilgili veriler sağlıkla ilgili politika ve planlamalara ışık tutmak için tüm yönetim ve uygulama düzeylerinde kullanılmalıdır.
- DRG uygulamalarının sağlıklı yapılması, buna göre alınacak her türlü karar için temel zemini oluşturmaktadır. Bu bağlamda veri kalitesinin en üst düzeyde tutulması için bilişim ve dokümantasyon bazında gereklilikler yerine getirilmelidir. DRG verilerinin hatasız olarak girilmesi sağlık politikalarının belirlenmesinde hayati önem taşımaktadır. DRG kodlamalarının hatasız toplanabilmesi için, hekimler klinik bilgileri eksiksiz ve tutarlı bir şekilde girmeli, klinik kodlayıcılar bu bilgileri en uygun DRG ile kodlamalı, hastane yöneticileri ise klinik kodlayıcılara uygun çalışma ortamını sağlamalıdır. Bu zincirde oluşabilecek herhangi bir aksaklık kodların yanlış girilmesine neden olacaktır.
- DRG yalnızca ödeme sistemleri için kullanılmamakta, karar alma süreçlerinde gerekli veri ve bilginin elde edilmesinde de önemli bir araç olmaktadır. Türkiye’de DRG uygulamasının kısa süreli olarak farklı oranlarda uygulanması ve halen sadece klinik veri toplanması

üst düzey karar vericilerin bu konuda yeterli iradeyi göstermediklerine işaret etmektedir. DRG'ye dayalı ödemeye geçiş için hazırlıklar DRG'nin tüm aşamalarını içerecek şekilde kararlılıkla yürütülmesi gerekmektedir. Ülke uygulama örnekleri incelendiğinde uzun zaman süren kararlı çalışmalar sonucu sistemin faydasının ortaya çıktığını göstermiştir. Bunun için Türkiye'de DRG uygulaması için sağlık politikacılarının kararlılığın olması ve bu tür çalışmaların sürekliliğin sağlanması şarttır.

- DRG uygulamasının yatan hastalar dışında, ayrıca ayakta ve günübirlik hastalar içinde oluşturulması, eğitim ve araştırma giderlerini de içermesi; hem geri ödeme açısından daha doğru ve maliyetlerin azaltılması bakımından da sağlık kurumlarını teşvik edici hem de sağlık planlayıcı ve politikacılarının kararlarına yol gösterici olması açısından önerilmektedir.
- Türkiye kayıt altına aldığı verileri genel ve vaka bazlı olarak yerel, bölgesel, ulusal ve uluslararası düzeyde karşılaştırmalı analizler yaparak, sonuçlarını sağlık planlama ve politikaları için kullanmalıdır.
- Türkiye'de DRG uygulamasında başarıya ulaşmak için hastane hizmetlerinin mümkün olduğunca bakım ve tedavi hizmetlerine yoğunlaştıracak bir sistem ile mümkündür. Bu kapsamda 1.basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, 1.basamak hizmet sunucularından yataklı tedavi kurumlarına sevk sistemi ile birlikte istenilen sonuçlara daha kolay ulaşılabileceği öngörülmüştür.

Sağlık kurumlarına DRG'ye dayalı olarak geri ödeme yapılması ile ilgili yapılan bu tez çalışması; Türkiye'deki DRG uygulamasının gelecekte nasıl yönlendirilmesi ve elde edilen sonuçların nasıl değerlendirilmesi gerektiği hakkında ve ayrıca sağlık hizmetleri finansmanı ve DRG Metodolojilerinin tamamını ayrıntılı olarak anlatan önemli bir kaynak olarak görülmektedir.

Bununla birlikte DRG Analizleri çok daha fazla ayrıntılı değerlendirmelerin yapılabileceği değerli bir bilgi kaynağıdır. Bundan sonraki çalışmalara da yol gösterileceğine inanılan bu tür çalışmaların daha fazla temsil niteliği gösteren sağlık kurumlarını da içerecek şekilde yapılması çalışma sonuçlarının daha net olarak ortaya konmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Özellikle Avrupa Bölgesinde DRG uygulamasına geçmiş ülkeler arasından başta sağlık, sosyal ve ekonomik yapı bakımından Türkiye'ye benzer olanlar üzerinden bu tür çalışmaların daha kapsamlı olarak yapılması Türkiye'nin bu alanda daha doğru yönlendirilmesine ışık tutacağı söylenebilir. Ayrıca yapılacak çalışmalara demografik ve taburculuk durumu gibi diğer verilerin de katılarak tıbbi açıdan da önemli çalışmalar yapılabileceği değerlendirilmektedir. Bu çalışmaların hem genel hem de vaka bazlı olarak (örneğin Diyabet, KOAH vakaları için) hastane türlerine, yerel/bölgesel konumlara göre yapılarak değerlendirilmesi DRG uygulamasının finansman fonksiyonunun dışında toplumun sağlık ve hastalık yapısını yani tıbbi fonksiyonunu da ortaya koyabileceğini söylemek mümkündür. Karmaşık gibi görünen bu uygulamanın belirtilen faydalarından optimum düzeyde yararlanmak için doğru bir şekilde Türkiye'ye adapte edilmesi ve kendine özgü olarak uyarlanması gerekmekte olup, Türkiye açısından çok az olan bu alandaki bilimsel çalışmaların artırılması için araştırmacıların bu alana daha fazla eğilmeleri, sağlık politika ve planlamalarında rol alan tüm aktörlerin ise sistemin tüm bileşenlerini kapsayacak şekilde kararlı olmaları ve alınan kararları faaliyete geçirmeleri büyük önem arz etmektedir. Aksi halde Türkiye mevcut durum ile durağan yapıda devam edecek ve sağlık alanında önemli atılımları geciktirecektir.

KAYNAKÇA

ABEL-SMİTH. B.; “The World Economic Crisis”, **Repercussion on Health Policy and Planning**, Sayı 13, 1986, s.202-213.

AKAR. Çetin; Sağlık Kurumlarında Finansal Analiz, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Yayınlanmamış Ders Notları, Ankara, 2004.

AKASHEVA. Lazat; “Kazakistan Sağlık İşletmelerindeki Muhasebe Uygulamalarının Türkiye’deki Uygulamaları ile Karşılaştırılarak Değerlendirilmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2003.

AKDAĞ. Recep; **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)**, Sağlık Bakanlığı, Aralık 2012.

AKDOĞAN. Nalan; **Tek Düzen Muhasebe Siteminde Maliyet Muhasebesi Uygulamaları**, Gazi Kitabevi, Ankara, 2009.

AKTULAY. G.; “Sağlık Bakımı Yönetiminde Vaka Karması ve Tanı İlişkili Gruplar (Diagnosis Related Groups-DRG) Yöntemi”, **Makro Bakış**, Sayı:9, 2009.

AKYÜREK, Çağdaş Erkan; “Sağlık Hizmetlerinde Talep ve Öngörü Yöntemleri: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Poliklinik Hizmetlerinin Öngörülmesi” Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2007.

ALTINTAŞ. A.Taylan; “Hastane İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Uygulaması: İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü’nde Bir Örnek Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.

ARAS. Alaattin; “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde Birim Maliyet Analizleri; Bir Örnek Uygulama”, Gazi Üniversitesi Hastane İşletmeciliği Yüksek Lisans Tezi, 2010.

Auditor-General Victoria; “Managing patient safety in public hospitals”, **Victoria, Government Printer**, 2005.

Australian Institute of Health and Welfare; **Health expenditure in Australia 2002–03**, Cat. No. HWE 27, Canberra, AIHW, 2004.

Australian Institute of Health and Welfare, **Health expenditure in Australia 2003–04**, Cat. No. HWE 32. Canberra, AIHW, 2005.

BARNUM. Howard, KUTZIN. Joesph ve SAXENIAN. Helen; "Incentives and Provider Payment Methods", **World Bank HRO Working Papers**, USA, 1995, s.51.

BASSETT., M.C., KANE, V.M.; “Review Of The Literature On Voluntary Private Health Insurance” (Private Voluntary Health Insurance In Devolopment: Friend or Foe, Editors: Preker, A. S. , Scheffler, R. M., Bassett, M.C.), The World Bank, Washington, 2007.

BELEK. İlker; “Sağlığın Politik Ekonomisi, Sosyal Devletin Çöküşü”, **İstanbul: Yazılama Yayınları**, 2009.

BROADBENT. J., GİLL. J., LAUGHLİN. R.; “Evaluating the private finance initiative in the National Health Service in the UK”, **Accounting, Auditing & Accountability Journal**, Sayı 16(3), 2003, s.422-445.

BUCHANAN. J.; “Recasting Australian employment law: implications for the health sector”, **Australian Health Review**, 29(3), 2005, s. 265–269.

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.

BUTLER. J.R.G.; “Health expenditure”, In: MOONEY. G, SCOTTON. R., eds. Economics and Australian Health Policy, Sydney, **Allen & Unwin**, 1998, s. 40–71.

BÜYÜKMİRZA. Kamil; **Maliyet ve Yönetim Muhasebesi**, Gazi Kitabevi, 15. Baskı, Ankara, 2010.

CARRİN. G., JAMES. C.; “Social Health Insurance: Key Factors Affecting The Transition Towards Universal Coverage”, **International Social Security Review**, 58(1), 2005, s. 45-64.

CASTO. A.B., LAYMAN. E.; “Principles of Healthcare Reimbursement”, **Michigan: American Health Information Management Association**, 2006.

CHOİ. Nackheon; “Provider Responses and Financial Incentives in the Health Care System”, **Boston University Graduate School of Arts and Sciences**, Doktora Tezi, 2011.

CİVELEK. Muzaffer ve ÖZKAN. Azzem; **Temel ve Tekdüzen Maliyet Muhasebesi**, Detay Yayıncılık, İkinci Baskı, Ankara, 2004.

Commonwealth of Australia; “Federal budget 2004–05”, **Health Budget**, Canberra, 2004.

CREESE. A.; “User fees”, **British Medical Journal**, Sayı 315, 1997, s.3.

CYLUS. Jonathan, IRWIN. Rachel; “The challenges of hospital payment systems”, **Euro Observerr The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies**, Volume 12, Number 3, 2010, s.3

ÇETİNER. Ertuğrul; **Maliyet Muhasebesi**, Gazi Kitabevi, Ankara, 2000.

DE COS. P.H., MORAL-BENİTO. E.; **Determinants of health-system efficiency: Evidence from OECD countries**, 2012.

DEBER. R.B., FORGET. E.L., ROOS. L.L.; “Medical savings accounts in a universal system: wishful thinking meets evidence”, **Health Policy**, Sayı 70(1), 2004, s.49-66.

Department of Health and Ageing; **Australian health and ageing system: the concise factbook**, Canberra, 2004.

DREDGE. Robert; “Hospital Global Budgeting”, **Washington, The World Bank**, 2004.

DUCKETT. S.J.; “The Australian health care system”, 2nd edn. Melbourne, **Oxford University Press**, 2004.

DURUKAN. Serap; “Farklı DRG Sistemlerinde Uygulanan Maliyet Muhasebesi Metodolojilerinin Karşılaştırılması ve Bunların Sağlık Hizmetleri Kalitesi Üzerine Etkileri”, **Tanı İlişkili Gruplar e-Bülteni**, 2008, s.4.

DURUKAN. Serap; “Yataklı Tedavi Kurumlarında Poliklinik Gider Yeri Birim Maliyetleri: Ankara İlinde Seçilmiş Hastanelerde Bir Örnek Uygulama”,

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.

DURUKAN. Serap; “Maliyet Muhasebesi”, **Tanı İlişkili Gruplar e-Bülteni**, Sayı:4, Temmuz-Ağustos-Eylül 2008, s. 8-9.

EVANS. R.G., MOSSIALOS. E.; “Financing Health Care Taxation and the Alternatives Funding Health Care: Options for Europe”, **Buckingham & Philadelphia: Open University Press**, 2002, s.31-58.

FETTER. R.B.; “Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance”, **Interfaces**, 21(1), 1991, s. 6-26.

FINKLER, Steven A.; “Issues in Cost Accounting for Health Care Organizations”, **Apsen Publication**, Maryland, 1994.

FİŞEK. G., ÖZŞUCA. Ş.T., ŞUĞLE. M.A.; **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996**, Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, 1998. s. 24-25.

FOLEY. M.; “The changing public–private balance” In: Bloom AL, ed. Health reform in Australia and New Zealand, Melbourne, **Oxford University Press** , 2000, s. 99–114.

FOLLAND. Sherman, ALLEN. C. Goodman ve MIRON. Stano; “The Economics of Health and Health Care”, **New Jersey, Prentice Hall**, 1997.

GLASER. William; “Paying The Hospital: The Organization, Dynamics. And Efficiency of Differing Financial Arrangements”, **Jossey-Bass Publishers**, San Francisco, 1987.

GOTTRET. P., SCHIEBER. G.; “Health Financing Revisited: A Practitioner’s Guide”, **Geneva: The World Bank**, s. 61-66, 2006.

GÜLBAŞ. A.; “Ulusal Sağlık Sigorta Sistemi Kapsamındaki Ödeme Sistemine Yönelik Modellerin Değerlendirilmesi ve Öneri” Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007.

GÜNDÜZ. Erdin, v.d.; **Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları No:1414, Açıköğretim Fakültesi Yayın No:759, Eskişehir, 2002.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirme Projesi, II. Faz, Genel Sağlık Sigortası Sağlık Bakım Hizmetleri Ödemeleri için Altyapı Geliştirme Çalışması Raporu: E.4.3.3, “Klinik Maliyetlendirme Kalite Süreçlerinin Tanımlanması”, TCHEALTH Bilgi Teknolojileri Ltd.Şti., 10/07/2008.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirme Projesi, “Ulusal DRGs Geliştirilmesi Çalışmalarının Sonuçları”, (D.B.3.2) Raporu, TCHEALTH Bilgi Teknolojileri Ltd.Şti, 18/12/2006.

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.

Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi, Rapor (D.B.3.1): “DRG Uygulamaları İçin Pilot Hastanelerde Yapılan Hazırlık Çalışmaları”, 30/06/2006.

HEALY. Judith, SHARMAN. Evelyn, LOKUGE. Buddhima; **Australia Health System Review, Health Systems in Transition**, World Health Organization,

on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 8, No. 5, 2006.

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

HSIAO. W.C., SAPOLSKY. H.M., DUNN. D.L., WEINER. S.L.; "Lessons of the New Jersey DRG Payment System", **Health Affairs, Summer**, Sayı: 5, 1986, s.32-45.

<http://www.eurodrp.eu/about.html>, Euro DRG About, Erişim Tarihi: 22/01/2012.

<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-casemix-international.htm>, Erişim Tarihi: 21/01/2012.

<http://www.tig.saglik.gov.tr/index.php?pid=16>, TİG Nedir?, Erişim Tarihi: 20/01/2012.

<http://www.who.int/gho/countries>, Erişim Tarihi: 14/09/2013

HUGHES. A.D.; "Towards an outcomes-based system", **Australian Health Review**, 28(1), 2004, s. 113.

Industry Commission; "Private health insurance Report", **Australian Government Publishing Service**, , Canberra, No. 57, 1997.

IşIK A. Kadir; **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Bursa : Ekin Kitabevi, 2005.

İSTANBULLUOĞLU. Hakan, GÜLEÇ. Mahir, OĞUR. Recai; “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, **Dirim Tıp Gazetesi**, 2010, s.86-98.

KADIZ. Yılmaz; “Hastanelerde DRG’ye Dayalı Ödeme Sistemi ve Bir Kamu Hastanesi Hekimlerinin Tutumu”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, 2011.

KARACIK. A.; “Türkiye’de Sağlık Sigortaları”, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II**, 40(4), 2009, s.1030.

KARAKAYA, Mevlüt; **Maliyet Muhasebesi**, Gazi Kitabevi, 2.Baskı, Ankara, 2006.

KARASİOĞLU. Fehmi; **Sağlık İşletmelerinde Muhasebe Uygulamaları**, Çizgi Kitabevi, Konya, 2007.

KAYA. Neval; **Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi**, Ankara : Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008.

KOBEL. Conrad, PFEİFFER. Karl-Peter; “Financing inpatient health care in Austria”, **Euro Observe The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies**, Volume 11, Number 4, 2009, s. 7-8.

KUTZİN. J.; Towards Universal Health Care Coverage: A Goal-oriented Framework for Policy Analysis, **Geneva: The World Bank**; 2004, s.9.

LANGENBRUNNER. John ve WILEY. Miriam; "Hospital Payment Mechanisms: Theory And Practice in Transition Countries", **Öpen University Press**, Buchingham, 2002, s. 150-176.

LEE. K, GOODMAN. H.; "Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s", **Cambridge: Cambridge University Press**; 2002, s. 9-11.

MARC J. Roberts, HSİAO. William, BERMAN. Michael R. Reich; "**Sağlık Reformunun Doğru Yapılması**", Baş Editör (çev.) AKDAĞ. R., Sağlık Bakanlığı, 2009.

MARSHALL. Richard Paul, "Avustralya/Viktorya Eyaletinde Uygulanan TİG'e (DRG) Dayalı Ödeme Sistemi", **Tanı İlişkili Gruplar e- Bülteni**, Sayı:2, 2008, s. 5.

MARSHALL. Richard Paul; "Uluslararası TİG Çalışmaları", **Tanı İlişkili Gruplar e-Bülteni**, Sayı:7, Mart – Nisan 2009, s. 5-6.

MARSHALL. Richard Paul; "DRG Sisteminde Yönetim Araçları", **Tanı İlişkili Gruplar e-Bülteni**, Sayı:8, Mayıs – Haziran 2009, s. 5.

MOSSİALOS. E., DİXON. A.; "Funding health care: An introduction", **Berkshire: Open University Press**, 2002, s. 1-30.

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.

NEELAM. S.N., SAVEDOFF. W.; **Private Health Insurance: Implications for Developing Countries First Edition**, Geneva: World Health Organization, 2004. s. 3.

OCAK, Saffet, v.d.; “Muğla Devlet Hastanesi Tomografi Ünitesi Maliyet-Hacim-Kâr Analizi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Ankara, Cilt 7, Sayı 1, 2004, s. 3-38.

OECD, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CSP2009>, Erişim Tarihi: 26/04/2009.

OR. Zeynep; “Activity based payment in France”, **Euro Observerr The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies**, Volume 11, Number 4, 2009, s. 5-6

ÖZKAN. Serdar; “Özel İhtisas Hastanelerinde Maliyet Hesaplama Sistemi Önerisi ve Bir Örnek Uygulama”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 2000.

PHIAC; “Operations of the registered health benefits organisations, annual report, 2003–04”, **Private Health Insurance Administration Council**, Canberra, 2004.

PINTO. Matilde ve ANDERSON. Bernt; “Paying Health Çare Providers in the Caribbean” **Pan American Health Organization. Regional Office of the World Health Organization**, Washington, 2001.

PİŞKİN. Ayşegül; “Hastane İşletmelerinde Bölümsel Maliyetleme”, Gazi Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Bölümünde Bir Örnek Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, 2005.

PREKER. A.S., CARRİN. G., DROR. D., JAKAB. M., HSİAO. W., TENKORANG. D.A.; “Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness” **Bulletin of the World Health Organization**, Sayı 80, 2002, s.143-150.

QUENTİN. Wilm, GEİSSLER. Alexander, SCHELLER-KREİNSSEN. David, BUSSE. Reinhard; “DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system”, **Euro Obserrverr The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies**, Volume 12, Number 3, 2010, s. 4-6.

Resmi Gazete, 16/06/2006 tarih, 26200 sayılı, <http://rega.basbakanlik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 20/07/2013.

Resmi Gazete, 20/05/2006 tarih, 26173 sayılı, <http://rega.basbakanlik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 24/07/2013.

RON. A., ABEL-SMİTH. B., TAMBURİ. G.; “Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach”, **1sted. Geneva: ILO**, 1990, s. 21-33.

Sağlık Bakanlığı, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı TİG Şubesi, 2009.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge, 2012.

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı web sitesi, <http://www.sgb.saglik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 14/12/2012

Sağlık Bakanlığı Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı web sitesi, www.tig.saglik.gov.tr, Erişim Tarihi: 16/09/2013

SALTMAN. R.B.; “Social Health Insurance in Perspective: The Challenge Of Sustaining Stability”, **Philadelphia: Open University Press**, 2004, s. 4-5.

SARGUTAN. A. E.; **84 Ülke Ve Türkiye’nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Sağlık Sistemi Tipleri Ve Özellikleri, 84 Ülkenin Sağlık Sektörleri Sağlık Sistemleri ve Mali Yapıları, Türkiye Sağlık Sektörü Sağlık Sistemi ve Mali Yapıları, Kavram Metot ve Uygulamalar, Sağlık Sektörlerinin Genel Sistem ve Mali Yapıları, Araştırma (kitap), 2010, www.sargutan.com/.

SARGUTAN. A. E.; **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri** - Kavram, Metot Ve Uygulamalar, Ülkelerin Sağlık Sektörlerinin Genel Sistem Ve Mali Yapıları, Sağlık Sistemi Tipleri Ve Belirgin Özellikleriyle Ülke Örnekleri, Türkiye Sağlık Sektörünün Sistem Ve Mali Yapıları, Hacettepe Üniversitesi yayını, Ankara, 2006.

SCHELLER-KREINSEN. David, GEISSLER. Alexander, BUSSE. Reinhard; “The ABC of DRGs”, **Euro Observer The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies**, Volume 11, Number 4, 2009, s. 1 – 5.

SCHIEBER. G.; “Sustainable Health Sector Financing High Level Forum on the Health MDGs in Asia-Pacific”, **Human Development Network**, Japan, 2005.

SCOTTON. R.; “The doctor business”, In: MOONEY. G., SCOTTON. R., Economics and Australian Health Policy, Sydney, **Allen & Unwin**, 1998, s. 72–92.

SHAH. Jugna; “Uluslararası TİG Çalışmaları “Amerika (U.S.A) Örneği””, **Tanı İlişkili Gruplar e-Bülteni**, Sayı:3, 2008.

STOELWINDER. J., VİNEY. R.; “A tale of two states: New South Wales and Victoria” In: BLOOM. A.L.; Health reform in Australia and New Zealand, , **Oxford University Press**, Melbourne, 2000, s. 211–220.

ŞENCAN. İrfan ve DEMİR. Mehmet; **Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları Kitabı**, Sağlık Bakanlığı, 2013.

TALAKACI. Semanur; “Sağlık İşletmelerinde Maliyetlerin Belirlenmesi, Özel Sektör ile Kamu Hastane İşletmelerinde Maliyet Analizi ve Bir Uygulama”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD Muhasebe ve finansman Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2009.

Tanı İlişkili Gruplar (TİG) e-Bülteni, “Maliyetlendirmeye İlişkin Sıkça Sorulan Sorular”, Sayı:8, Mart – Nisan 2009, s. 16.

TATAR. Mehtap; “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Sayı 1, 2011, s.104.

TCHEALTH Bilgi Teknolojileri Ltd.Şti, Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde Mevcut ve Sanal Bütçe Uygulamalarının Karşılaştırılması, Rapor, 2008.

TENGİLİMOĞLU. Dilaver, IŞIK. Oğuz ve AKBOLAT Mahmut; **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, Ankara, 2009.

THORPE. K.E, FLORENCE. C.S., HOWARD. D.H., JOSKİ P.; “The rising prevalence of treated disease: effects on private health insurance spending”, **Health Affairs** Sayı 24(4), 2005,s.17-25.

TİG Uygulama Rehberi, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, 2011.

TİRYAKİ. Derya, TATAR. Mehtap; “Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Sayı: 5(4), 2000, s. 123-136.

UĞURLUOĞLU. Ece, ÖZGEN. Hacer; “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Sayı: 11 (2), 2008, s. 133-159.

WAGSTAFF. A.; “Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems Evidence from the OECD”, **Policy Research Working Paper**, Washington, The World Bank, 2009, s. 30.

WALLEY. J., v.d.; “Public Health: an action guide to improving health in developing countries”, **New York: Oxford University Press**, 2001.

WATERS. Hugh, HUSSEY. Peter; “Pricing Health Services for Purchasers: A Review of Methods and Experiences”, **Washington, The World Bank**, 2004.

WHO, <http://www.who.int/gho/countries>, Erişim Tarihi: 15/09/2013.

WHO.; “Alma-Ata Deklerasyonu”, Dünya Sağlık Örgütü web sayfası. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf., Erişim Tarihi: 26/06/2009.

WHO.; **The World Health Report, Health Systems: Improving Performance**, Geneva, 2000.

WHO; “Health Systems in Transition”, **HiT Summary Australia, European Observatory on Health Systems and Policies**, 2006.

WILEY. Miriam; “Hospital Financing Reform and Case Mix Measurement: An International Review”, **Health Care Financing Review**, Vol. 13, No: 4, 1992, s. 119-133.

www.eurodrgeu, Erişim Tarihi: 20/03/2013.

YADİKAR. Ömür; “Avustralya Kodlama Göstergesi Denetimi (ACBA)”, **Tanı İlişkili Gruplar e-Bülteni**, Sayı:5, Ekim-Kasım-Aralık 2008, s. 5-6.

YALÇIN. T, YILDIRIM. H.; “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı”, **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, 2001, Sayı 40, 2001, s.1-11.

YILMAZ. Ali; “Klinik Kodlama Süreci”, **Tanı İlişkili Gruplar e-Bülteni**, Sayı:1, Ekim-Kasım-Aralık 2007, s.10.

YÜKÇÜ. Süleyman; **Yönetim Açısından Maliyet Muhasebesi**, Vizyon Eğitim ve Danışmanlık Ltd. Şti., 4. Baskı, İzmir, 1999.

EK-1. Sağlık Bakanlığı Resmi İzin Yazısı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı: B-10-0-THG-0-70-00-03/ 4810
Konu: Akademik Destek (DRG)

02/02/2012

Sayın: Umut BEYLİK

(Gazi Üniversitesi İşletme ABD Sağlık Kurumları Yönetimi Doktora Öğrencisi)

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Doktora Öğrencisi Umut BEYLİK'in "Sağlık Kurumlarında Tanı İlişkili Gruplara (DRG) Dayalı Geri Ödeme Modeli: Türkiye-Avustralya Karşılaştırması" adlı Doktora Tez Çalışması için yaptığı akademik destek başvurusu değerlendirilmiş olup, talebiniz Bakanlığımızca uygun görülmüştür.

Bu kapsamda Bakanlığımız ve ilgili diğer kurumlarla yürütülmüş olan DRG Projesinde çalışma yapılan 14 Hastanenin ve ülke bazında Avustralya'nın 1 (bir) yıllık (2009) verileri elektronik ortamda ilgili araştırmacıya ekteki CD ile verilmiş olup, araştırmanın nihai halinin bir örneğinin de Bakanlığımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Dr. Hasan GÜLER
 Bakan a.
 Genel Müdür Yardımcısı

Ekler:

1 adet CD (DRG Verileri)

Mahmut Esat Bozkurt Cd. Umut Sok. No:19 Kat:1

Kolej/ANKARA Tel:(0312) 458 50 08 Faks: (0312) 435 16 79

EK - 2. Hastane Bazında Bağlı Değer Hesaplanması

Hastaneler		Üretilen DRG'ler																			
		B81B	C16A	D10Z	D11Z	E62C	E65B	F42B	F62B	G07B	G09Z	G67B	H08B	H63B	I68B	J11Z	K60B	O01C	O60B	P67D	X62B
H1	(a) DRG Ortama Maliyet	5.190	1.120	2.792	2.801	6.127	5.475	5.711	5.103	14.151	2.623	2.460	2.573	4.157	10.538	1.946	9.952	1.146	844	1.354	1.257
	(b) Hastane Ort. Maliyet	2.753	2.753	2.753	2.753	2.753	2.753	2.753	2.753	2.753	2.753	2.753	2.753	2.753	2.753	2.753	2.753	2.753	2.753	2.753	2.753
	(a / b)DRG Bağlı Değer	1,89	0,41	1,01	1,02	2,23	1,99	2,07	1,85	5,14	0,95	0,89	0,93	1,51	3,83	0,71	3,61	0,42	0,31	0,49	0,46
H2	DRG Ortama Maliyet	1.799	0	0	0	1.817	3.298	1.672	3.410	2.530	1.093	2.741	1.177	2.338	787	8.051	1.029	0	0	0	15.102
	Hastane Ortalama Maliyet	1.734	1.734	1.734	1.734	1.734	1.734	1.734	1.734	1.734	1.734	1.734	1.734	1.734	1.734	1.734	1.734	1.734	1.734	1.734	1.734
	DRG Bağlı Değer	1,04	0,00	0,00	0,00	1,05	1,90	0,96	1,97	1,46	0,63	1,58	0,68	1,35	0,45	4,64	0,59	0,00	0,00	0,00	8,71
H3	DRG Ortama Maliyet	1.892	0	1.809	1.511	1.491	2.481	1.600	3.124	1.550	1.996	1.565	2.106	4.531	3.161	2.458	1.567	1.798	1.770	528	1.185
	Hastane Ortalama Maliyet	1.563	1.563	1.563	1.563	1.563	1.563	1.563	1.563	1.563	1.563	1.563	1.563	1.563	1.563	1.563	1.563	1.563	1.563	1.563	1.563
	DRG Bağlı Değer	1,21	0,00	1,16	0,97	0,95	1,59	1,02	2,00	0,99	1,28	1,00	1,35	2,90	2,02	1,57	1,00	1,15	1,13	0,34	0,76
H4	DRG Ortama Maliyet	1.663	795	1.329	1.045	748	818	0	1.623	1.710	917	1.078	836	1.100	976	2.133	829	1.129	1.354	65	1.265
	Hastane Ortalama Maliyet	1.015	1.015	1.015	1.015	1.015	1.015	1.015	1.015	1.015	1.015	1.015	1.015	1.015	1.015	1.015	1.015	1.015	1.015	1.015	1.015
	DRG Bağlı Değer	1,64	0,78	1,31	1,03	0,74	0,81	0,00	1,60	1,69	0,90	1,06	0,82	1,08	0,96	2,10	0,82	1,11	1,33	0,06	1,25
H5	DRG Ortama Maliyet	6.285	4.545	2.868	2.352	4.551	3.427	2.042	3.856	5.329	4.389	3.453	3.693	4.385	5.249	4.387	4.238	2.311	1.677	5.017	6.797
	Hastane Ortalama Maliyet	3.363	3.363	3.363	3.363	3.363	3.363	3.363	3.363	3.363	3.363	3.363	3.363	3.363	3.363	3.363	3.363	3.363	3.363	3.363	3.363
	DRG Bağlı Değer	1,87	1,35	0,85	0,70	1,35	1,02	0,61	1,15	1,58	1,31	1,03	1,10	1,30	1,56	1,30	1,26	0,69	0,50	1,49	2,02
H6	DRG Ortama Maliyet	3.389	706	1.617	1.808	674	1.374	843	1.238	781	1.304	972	4.159	778	1.111	820	1.174	0	0	479	4.241
	Hastane Ortalama Maliyet	1.404	1.404	1.404	1.404	1.404	1.404	1.404	1.404	1.404	1.404	1.404	1.404	1.404	1.404	1.404	1.404	1.404	1.404	1.404	1.404
	DRG Bağlı Değer	2,41	0,50	1,15	1,29	0,48	0,98	0,60	0,88	0,56	0,93	0,69	2,96	0,55	0,79	0,58	0,84	0,00	0,00	0,34	3,02
H7	DRG Ortama Maliyet	1.592	654	479	393	890	889	0	978	534	605	656	723	507	2.829	340	1.249	0	0	0	338
	Hastane Ortalama Maliyet	837	837	837	837	837	837	837	837	837	837	837	837	837	837	837	837	837	837	837	837
	DRG Bağlı Değer	1,90	0,78	0,57	0,47	1,06	1,06	0,00	1,17	0,64	0,72	0,78	0,86	0,61	3,38	0,41	1,49	0,00	0,00	0,00	0,40

EK - 2. Hastane Bazında Bağlı Değer Hesaplanması

H8	DRG Ortama Maliyet	5.498	1.222	1.916	5.507	1.955	3.608	5.443	2.042	1.335	7.322	1.504	1.512	5.850	3.323	3.860	1.945	842	636	1.426	2.678
	Hastane Ortalama Maliyet	3.309	3.309	3.309	3.309	3.309	3.309	3.309	3.309	3.309	3.309	3.309	3.309	3.309	3.309	3.309	3.309	3.309	3.309	3.309	3.309
	DRG Bağlı Değer	1,66	0,37	0,58	1,66	0,59	1,09	1,64	0,62	0,40	2,21	0,45	0,46	1,77	1,00	1,17	0,59	0,25	0,19	0,43	0,81
H9	DRG Ortama Maliyet	3.394	2.296	1.637	1.776	2.492	2.915	0	2.680	948	946	2.416	1.054	8.594	1.373	1.641	2.418	0	0	0	7.584
	Hastane Ortalama Maliyet	2.574	2.574	2.574	2.574	2.574	2.574	2.574	2.574	2.574	2.574	2.574	2.574	2.574	2.574	2.574	2.574	2.574	2.574	2.574	2.574
	DRG Bağlı Değer	1,32	0,89	0,64	0,69	0,97	1,13	0,00	1,04	0,37	0,37	0,94	0,41	3,34	0,53	0,64	0,94	0,00	0,00	0,00	2,95
H10	DRG Ortama Maliyet	1.159	654	1.295	1.276	1.168	1.432	0	1.005	768	967	633	1.026	702	919	1.067	1.581	940	600	702	938
	Hastane Ortalama Maliyet	961	961	961	961	961	961	961	961	961	961	961	961	961	961	961	961	961	961	961	961
	DRG Bağlı Değer	1,21	0,68	1,35	1,33	1,22	1,49	0,00	1,05	0,80	1,01	0,66	1,07	0,73	0,96	1,11	1,65	0,98	0,62	0,73	0,98
H11	DRG Ortama Maliyet	2.342	1.442	765	907	1.302	1.264	2.445	1.855	645	568	1.273	788	1.100	1.895	744	1.252	0	0	1.829	1.549
	Hastane Ortalama Maliyet	1.338	1.338	1.338	1.338	1.338	1.338	1.338	1.338	1.338	1.338	1.338	1.338	1.338	1.338	1.338	1.338	1.338	1.338	1.338	1.338
	DRG Bağlı Değer	1,75	1,08	0,57	0,68	0,97	0,94	1,83	1,39	0,48	0,42	0,95	0,59	0,82	1,42	0,56	0,94	0,00	0,00	1,37	1,16
H12	DRG Ortama Maliyet	2.028	40	937	933	847	1.077	0	1.582	1.038	1.191	1.032	3.193	787	424	389	1.342	640	623	736	522
	Hastane Ortalama Maliyet	821	821	821	821	821	821	821	821	821	821	821	821	821	821	821	821	821	821	821	821
	DRG Bağlı Değer	2,47	0,05	1,14	1,14	1,03	1,31	0,00	1,93	1,26	1,45	1,26	3,89	0,96	0,52	0,47	1,63	0,78	0,76	0,90	0,64
H13	DRG Ortama Maliyet	402	425	452	431	365	375	0	876	165	317	286	414	290	1.630	340	349	396	403	652	250
	Hastane Ortalama Maliyet	414	414	414	414	414	414	414	414	414	414	414	414	414	414	414	414	414	414	414	414
	DRG Bağlı Değer	0,97	1,03	1,09	1,04	0,88	0,91	0,00	2,12	0,40	0,77	0,69	1,00	0,70	3,94	0,82	0,84	0,96	0,97	1,58	0,60
H14	DRG Ortama Maliyet	1.262	484	1.052	938	1.493	1.575	0	1.096	759	817	1.120	1.428	779	1.869	578	1.267	0	0	1.056	210
	Hastane Ortalama Maliyet	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029
	DRG Bağlı Değer	1,23	0,47	1,02	0,91	1,45	1,53	0,00	1,07	0,74	0,79	1,09	1,39	0,76	1,82	0,56	1,23	0,00	0,00	1,03	0,20

EK-3. Hastane Bazında Her Bir DRG İçin Ortalama ve Toplam Maliyetler

Hastaneler		Üretilen DRG'ler																			
		B81B	C16A	D10Z	D11Z	E62C	E65B	F42B	F62B	G07B	G09Z	G67B	H08B	H63B	I68B	J11Z	K60B	O01C	O60B	P67D	X62B
H1	(1)Ortalama Maliyet	5.190	1.120	2.792	2.801	6.127	5.475	5.711	5.103	14.151	2.623	2.460	2.573	4.157	10.538	1.946	9.952	1.146	844	1.354	1.257
	Vaka Sayısı	59	663	232	352	236	41	2	37	215	414	37	164	120	138	551	77	396	614	1.019	369
	Toplam Maliyet	306.181	742.229	647.628	985.776	1.445.854	224.455	11.421	188.793	3.042.358	1.085.715	91.002	421.890	498.780	1.454.175	1.071.971	766.266	453.618	517.909	1.379.217	463.649
H2	Ortama Maliyet	1.799	0	0	0	1.817	3.298	1.672	3.410	2.530	1.093	2.741	1.177	2.338	787	8.051	1.029	0	0	0	15.102
	Vaka Sayısı	5	0	0	0	9	26	5.151	216	8	47	55	666	342	1	7	16	0	0	0	2
	Toplam Maliyet	8.995	0	0	0	16.353	85.748	8.609.897	736.560	20.240	51.371	150.755	783.549	799.596	787	56.357	16.464	0	0	0	30.204
H3	Ortama Maliyet	1.892	0	1.809	1.511	1.491	2.481	1.600	3.124	1.550	1.996	1.565	2.106	4.531	3.161	2.458	1.567	1.798	1.770	528	1.185
	Vaka Sayısı	70	0	286	102	37	37	1.208	43	74	64	63	105	26	24	72	31	464	108	587	51
	Toplam Maliyet	132.405	0	517.231	154.071	55.167	91.797	1.932.196	134.311	114.700	127.744	98.595	221.078	117.806	75.864	176.976	48.577	834.040	191.160	309.643	60.435
H4	Ortama Maliyet	1.663	795	1.329	1.045	748	818	0	1.623	1.710	917	1.078	836	1.100	976	2.133	829	1.129	1.354	65	1.265
	Vaka Sayısı	594	235	264	228	320	860	0	405	232	341	421	463	51	677	58	318	1.266	855	1.029	378
	Toplam Maliyet	987.525	186.708	350.724	238.146	239.200	703.050	0	657.113	396.604	312.527	453.628	386.837	56.100	660.414	123.714	263.463	1.428.681	1.157.243	66.885	477.981
H5	Ortama Maliyet	6.285	4.545	2.868	2.352	4.551	3.427	2.042	3.856	5.329	4.389	3.453	3.693	4.385	5.249	4.387	4.238	2.311	1.677	5.017	6.797
	Vaka Sayısı	196	295	59	30	226	162	750	317	199	112	107	117	380	263	115	240	1.171	636	36	54
	Toplam Maliyet	1.231.762	1.340.628	169.183	70.560	1.028.413	555.093	1.531.125	1.222.194	1.060.372	491.512	369.418	432.023	1.666.110	1.380.356	504.448	1.017.000	2.705.596	1.066.254	180.612	367.038
H6	Ortama Maliyet	3.389	706	1.617	1.808	674	1.374	843	1.238	781	1.304	972	4.159	778	1.111	820	1.174	0	0	479	4.241
	Vaka Sayısı	375	613	527	418	336	642	149	386	324	407	603	112	348	689	551	207	0	0	62	305
	Toplam Maliyet	1.270.688	432.472	851.896	755.535	226.296	881.787	125.533	477.675	252.882	530.525	585.815	465.752	270.570	765.135	451.545	242.915	0	0	29.698	1.293.353

Hastaneler		EK-3. Hastane Bazında Her Bir DRG İçin Ortalama ve Toplam Maliyetler																			
		Üretilen DRG'ler																			
		B81B	C16A	D10Z	D11Z	E62C	E65B	F42B	F62B	G07B	G09Z	G67B	H08B	H63B	I68B	J11Z	K60B	O01C	O60B	P67D	X62B
H7	Ortama Maliyet	1.592	654	479	393	890	889	0	978	534	605	656	723	507	2.829	340	1.249	0	0	0	338
	Vaka Sayısı	335	401	358	268	318	1.161	0	394	352	430	660	430	1.071	619	1.416	750	0	0	0	320
	Toplam Maliyet	533.153	262.054	171.303	105.190	282.861	1.031.549	0	385.135	187.792	259.935	432.630	310.675	542.462	1.750.842	480.732	936.375	0	0	0	108.000
H8	Ortama Maliyet	5.498	1.222	1.916	5.507	1.955	3.608	5.443	2.042	1.335	7.322	1.504	1.512	5.850	3.323	3.860	1.945	842	636	1.426	2.678
	Vaka Sayısı	282	427	559	328	66	54	2.763	98	203	287	75	371	247	185	295	267	1.291	797	160	167
	Toplam Maliyet	1.550.295	521.581	1.070.765	1.806.132	128.997	194.832	15.037.628	200.116	270.904	2.101.271	112.763	560.767	1.444.827	614.663	1.138.553	519.182	1.086.377	506.494	228.080	447.143
H9	Ortama Maliyet	3.394	2.296	1.637	1.776	2.492	2.915	0	2.680	948	946	2.416	1.054	8.594	1.373	1.641	2.418	0	0	0	7.584
	Vaka Sayısı	6	262	22	73	1.011	2.093	0	74	2	156	1	144	3	12	25	1	0	0		3
	Toplam Maliyet	20.364	601.421	36.014	129.648	2.518.907	6.100.049	0	198.320	1.896	147.498	2.416	151.704	25.782	16.476	41.025	2.418	0	0	0	22.752
H 10	Ortama Maliyet	1.159	654	1.295	1.276	1.168	1.432	0	1.005	768	967	633	1.026	702	919	1.067	1.581	940	600	702	938
	Vaka Sayısı	242	658	169	137	166	477	0	467	413	524	280	39	151	115	65	161	155	279	14	415
	Toplam Maliyet	280.357	430.003	218.771	174.744	193.805	682.826	0	469.102	316.978	506.446	177.100	40.014	105.927	105.628	69.355	254.461	145.623	167.261	9.828	389.063
H 11	Ortama Maliyet	2.342	1.442	765	907	1.302	1.264	2.445	1.855	645	568	1.273	788	1.100	1.895	744	1.252	0	0	1.829	1.549
	Vaka Sayısı	697	766	334	678	141	1.456	461	319	605	913	781	314	105	701	91	468	0	0	6	1.064
	Toplam Maliyet	1.632.026	1.104.189	255.343	614.607	183.512	1.839.656	1.126.915	591.586	389.923	518.128	993.823	247.275	115.448	1.328.045	67.659	585.702	0	0	10.971	1.647.604
H 12	Ortama Maliyet	2.028	40	937	933	847	1.077	0	1.582	1.038	1.191	1.032	3.193	787	424	389	1.342	640	623	736	522
	Vaka Sayısı	1	22	40	40	129	73	0	34	130	120	92	22	16	20	190	108	322	393	15	40
	Toplam Maliyet	2.028	869	37.460	37.300	109.199	78.585	0	53.771	134.875	142.860	94.898	70.235	12.584	8.470	73.815	144.882	205.919	244.643	11.033	20.860

Hastaneler		EK-3. Hastane Bazında Her Bir DRG İçin Ortalama ve Toplam Maliyetler																			
		Üretilen DRG'ler																			
		B81B	C16A	D10Z	D11Z	E62C	E65B	F42B	F62B	G07B	G09Z	G67B	H08B	H63B	I68B	J11Z	K60B	O01C	O60B	P67D	X62B
H 13	Ortama Maliyet	402	425	452	431	365	375	0	876	165	317	286	414	290	1.630	340	349	396	403	652	250
	Vaka Sayısı	182	153	143	159	90	350	0	258	271	472	189	270	23	109	727	127	839	752	66	153
	Toplam Maliyet	73.073	64.949	64.565	68.450	32.805	131.075	0	225.879	44.580	149.388	53.960	111.645	6.659	177.616	246.817	44.323	331.825	302.680	42.999	38.174
H 14	Ortama Maliyet (1)	1.262	484	1.052	938	1.493	1.575	0	1.096	759	817	1.120	1.428	779	1.869	578	1.267	0	0	1.056	210
	Vaka Sayısı (2)	204	512	353	626	165	811	0	69	541	744	445	58	178	448	696	311	0	0	9	106
	Toplam Maliyet (1x2)	257346	247552	371179,5	586875	246262,5	1276919,5	0	75589,5	410510,8	607476	498177,5	82795	138573	837088	401940	393881,5	0	0	8976	22155

Hastaneler		EK-4. Türkiye Bağıl Değerleri ile Hastane Bazında Vaka Karma İndeksi Hesaplaması																			
		Üretilen DRG'ler																			
		B81B	C16A	D10Z	D11Z	E62C	E65B	F42B	F62B	G07B	G09Z	G67B	H08B	H63B	I68B	J11Z	K60B	O01C	O60B	P67D	X62B
H 11	DRG Bağıl Değer	1,5	0,7	0,9	1,0	1,2	1,0	1,6	1,0	1,1	0,8	0,7	0,8	1,1	1,4	0,6	1,0	0,7	0,6	0,4	1,0
	DRG Frekansı	697,0	766,0	334,0	678,0	141,0	1.456,0	461,0	319,0	605,0	913,0	781,0	314,0	105,0	701,0	91,0	468,0	0,0	0,0	6,0	1.064,0
	Ağırlıklandırılmış DRG	1.074,3	546,2	286,7	680,5	175,5	1.477,9	750,3	334,6	680,1	769,9	508,4	246,8	119,9	969,3	55,3	475,6	0,0	0,0	2,7	1.017,2
H 12	DRG Bağıl Değer	1,5	0,7	0,9	1,0	1,2	1,0	1,6	1,0	1,1	0,8	0,7	0,8	1,1	1,4	0,6	1,0	0,7	0,6	0,4	1,0
	DRG Frekansı	1,0	22,0	40,0	40,0	129,0	73,0	0,0	34,0	130,0	120,0	92,0	22,0	16,0	20,0	190,0	108,0	322,0	393,0	15,0	40,0
	Ağırlıklandırılmış DRG	1,5	15,7	34,3	40,1	160,6	74,1	0,0	35,7	146,1	101,2	59,9	17,3	18,3	27,7	115,6	109,8	237,4	223,2	6,7	38,2
H 13	DRG Bağıl Değer	1,5	0,7	0,9	1,0	1,2	1,0	1,6	1,0	1,1	0,8	0,7	0,8	1,1	1,4	0,6	1,0	0,7	0,6	0,4	1,0
	DRG Frekansı	182,0	153,0	143,0	159,0	90,0	350,0	0,0	258,0	271,0	472,0	189,0	270,0	23,0	109,0	727,0	127,0	839,0	752,0	66,0	153,0
	Ağırlıklandırılmış DRG	280,5	109,1	122,7	159,6	112,0	355,3	0,0	270,6	304,7	398,0	123,0	212,2	26,3	150,7	442,2	129,1	618,5	427,0	29,7	146,3
H 14	DRG Bağıl Değer	1,5	0,7	0,9	1,0	1,2	1,0	1,6	1,0	1,1	0,8	0,7	0,8	1,1	1,4	0,6	1,0	0,7	0,6	0,4	1,0
	DRG Frekansı	204,0	512,0	353,0	626,0	165,0	811,0	0,0	69,0	541,0	744,0	445,0	58,0	178,0	448,0	696,0	311,0	0,0	0,0	8,5	105,5
	Ağırlıklandırılmış DRG	314,4	365,1	303,0	628,3	205,4	823,2	0,0	72,4	608,2	627,4	289,7	45,6	203,2	619,5	423,3	316,1	0,0	0,0	3,8	100,9

--	--

Hastaneler		Üretilen DRG'ler																			
		B81B	C16A	D10Z	D11Z	E62C	E65B	F42B	F62B	G07B	G09Z	G67B	H08B	H63B	I68B	J11Z	K60B	O01C	O60B	P67D	X62B
H1	(a) DRG Bağlı Değer	0,9	0,6	0,9	0,7	0,9	1,2	1,5	1,2	1,4	2,2	0,4	1,5	0,7	1,0	0,5	1,0	2,2	1,1	0,7	0,5
	(b) DRG Frekansı	59,0	663,0	232,0	352,0	236,0	41,0	2,0	37,0	215,0	414,0	37,0	164,0	120,0	138,0	551,0	77,0	396,0	614,0	1.019,0	369,0
	(axb) Ağırlıklandırılmış DRG	54,5	381,5	217,4	243,3	201,0	50,0	3,1	44,8	299,8	912,5	16,3	249,1	85,0	132,4	294,1	77,6	858,1	691,5	668,8	199,1
H2	DRG Bağlı Değer	0,9	0,6	0,9	0,7	0,9	1,2	1,5	1,2	1,4	2,2	0,4	1,5	0,7	1,0	0,5	1,0	2,2	1,1	0,7	0,5
	DRG Frekansı	5,0	0,0	0,0	0,0	9,0	26,0	5.151,0	216,0	8,0	47,0	55,0	666,0	342,0	1,0	7,0	16,0	0,0	0,0	0,0	2,0
	Ağırlıklandırılmış DRG	4,6	0,0	0,0	0,0	7,7	31,7	7.856,3	261,7	11,2	103,6	24,3	1.011,7	242,2	1,0	3,7	16,1	0,0	0,0	0,0	1,1
H3	DRG Bağlı Değer	0,9	0,6	0,9	0,7	0,9	1,2	1,5	1,2	1,4	2,2	0,4	1,5	0,7	1,0	0,5	1,0	2,2	1,1	0,7	0,5
	DRG Frekansı	70,0	0,0	286,0	102,0	37,0	37,0	1.208,0	43,0	74,0	64,0	63,0	105,0	26,0	24,0	72,0	31,0	464,0	108,0	587,0	51,0
	Ağırlıklandırılmış DRG	64,7	0,0	268,0	70,5	31,5	45,1	1.842,4	52,1	103,2	141,1	27,8	159,5	18,4	23,0	38,4	31,3	1.005,4	121,6	385,3	27,5
H4	DRG Bağlı Değer	0,9	0,6	0,9	0,7	0,9	1,2	1,5	1,2	1,4	2,2	0,4	1,5	0,7	1,0	0,5	1,0	2,2	1,1	0,7	0,5
	DRG Frekansı	594,0	235,0	264,0	228,0	320,0	860,0	0,0	405,0	232,0	341,0	421,0	463,0	51,0	677,0	58,0	318,0	1.266,0	855,0	1.029,0	378,0
	Ağırlıklandırılmış DRG	548,7	135,2	247,4	157,6	272,6	1.047,9	0,0	490,7	323,5	751,6	185,8	703,3	36,1	649,8	31,0	320,6	2.743,3	962,9	675,4	203,9
H5	DRG Bağlı Değer	0,9	0,6	0,9	0,7	0,9	1,2	1,5	1,2	1,4	2,2	0,4	1,5	0,7	1,0	0,5	1,0	2,2	1,1	0,7	0,5
	DRG Frekansı	196,0	295,0	59,0	30,0	226,0	162,0	750,0	317,0	199,0	112,0	107,0	117,0	380,0	263,0	115,0	240,0	1.171,0	636,0	36,0	54,0
	Ağırlıklandırılmış DRG	181,0	169,8	55,3	20,7	192,5	197,4	1.143,9	384,1	277,5	246,9	47,2	177,7	269,1	252,4	61,4	242,0	2.537,4	716,3	23,6	29,1
H6	DRG Bağlı Değer	0,9	0,6	0,9	0,7	0,9	1,2	1,5	1,2	1,4	2,2	0,4	1,5	0,7	1,0	0,5	1,0	2,2	1,1	0,7	0,5
	DRG Frekansı	375,0	613,0	527,0	418,0	336,0	642,0	149,0	386,0	324,0	407,0	603,0	112,0	348,0	689,0	551,0	207,0	0,0	0,0	62,0	305,0
	Ağırlıklandırılmış DRG	346,4	352,7	493,8	288,9	286,2	782,3	227,3	467,7	451,8	897,1	266,1	170,1	246,5	661,3	294,1	208,7	0,0	0,0	40,7	164,6
H7	DRG Bağlı Değer	0,9	0,6	0,9	0,7	0,9	1,2	1,5	1,2	1,4	2,2	0,4	1,5	0,7	1,0	0,5	1,0	2,2	1,1	0,7	0,5
	DRG Frekansı	335,0	401,0	358,0	268,0	318,0	1.161,0	0,0	394,0	352,0	430,0	660,0	430,0	1.071,0	619,0	1.416,0	750,0	0,0	0,0	0,0	320,0
	Ağırlıklandırılmış DRG	309,4	230,7	335,4	185,2	270,9	1.414,7	0,0	477,4	490,8	947,8	291,3	653,2	758,6	594,1	755,7	756,2	0,0	0,0	0,0	172,6

Hastaneler		EK-5. Avustralya Bağlı Değerleri ile Hastane Bazında Vaka Karma İndeksi Hesaplaması																			
		Üretilen DRG'ler																			
		B81B	C16A	D10Z	D11Z	E62C	E65B	F42B	F62B	G07B	G09Z	G67B	H08B	H63B	I68B	J11Z	K60B	O01C	O60B	P67D	X62B
H8	DRG Bağlı Değer	0,9	0,6	0,9	0,7	0,9	1,2	1,5	1,2	1,4	2,2	0,4	1,5	0,7	1,0	0,5	1,0	2,2	1,1	0,7	0,5
	DRG Frekansı	282,0	427,0	559,0	328,0	66,0	54,0	2.763,0	98,0	203,0	287,0	75,0	371,0	247,0	185,0	295,0	267,0	1.291,0	797,0	160,0	167,0
	Ağırlıklandırılmış DRG	260,5	245,7	523,8	226,7	56,2	65,8	4.214,1	118,7	283,1	632,6	33,1	563,6	174,9	177,6	157,4	269,2	2.797,5	897,6	105,0	90,1
H9	DRG Bağlı Değer	0,9	0,6	0,9	0,7	0,9	1,2	1,5	1,2	1,4	2,2	0,4	1,5	0,7	1,0	0,5	1,0	2,2	1,1	0,7	0,5
	DRG Frekansı	6,0	262,0	22,0	73,0	1.011,0	2.093,0	0,0	74,0	2,0	156,0	1,0	144,0	3,0	12,0	25,0	1,0	0,0	0,0		3,0
	Ağırlıklandırılmış DRG	5,5	150,8	20,6	50,5	861,3	2.550,4	0,0	89,7	2,8	343,9	0,4	218,7	2,1	11,5	13,3	1,0	0,0	0,0	0,0	1,6
H10	DRG Bağlı Değer	0,9	0,6	0,9	0,7	0,9	1,2	1,5	1,2	1,4	2,2	0,4	1,5	0,7	1,0	0,5	1,0	2,2	1,1	0,7	0,5
	DRG Frekansı	242,0	658,0	169,0	137,0	166,0	477,0	0,0	467,0	413,0	524,0	280,0	39,0	151,0	115,0	65,0	161,0	155,0	279,0	14,0	415,0
	Ağırlıklandırılmış DRG	223,5	378,6	158,3	94,7	141,4	581,2	0,0	565,8	575,9	1.155,0	123,6	59,2	106,9	110,4	34,7	162,3	335,9	314,2	9,2	223,9
H11	DRG Bağlı Değer	0,9	0,6	0,9	0,7	0,9	1,2	1,5	1,2	1,4	2,2	0,4	1,5	0,7	1,0	0,5	1,0	2,2	1,1	0,7	0,5
	DRG Frekansı	697,0	766,0	334,0	678,0	141,0	1.456,0	461,0	319,0	605,0	913,0	781,0	314,0	105,0	701,0	91,0	468,0	0,0	0,0	6,0	1.064,0
	Ağırlıklandırılmış DRG	643,8	440,8	312,9	468,6	120,1	1.774,2	703,1	386,5	843,6	2.012,4	344,7	477,0	74,4	672,8	48,6	471,9	0,0	0,0	3,9	574,1
H12	DRG Bağlı Değer	0,9	0,6	0,9	0,7	0,9	1,2	1,5	1,2	1,4	2,2	0,4	1,5	0,7	1,0	0,5	1,0	2,2	1,1	0,7	0,5
	DRG Frekansı	1,0	22,0	40,0	40,0	129,0	73,0	0,0	34,0	130,0	120,0	92,0	22,0	16,0	20,0	190,0	108,0	322,0	393,0	15,0	40,0
	Ağırlıklandırılmış DRG	0,9	12,7	37,5	27,6	109,9	89,0	0,0	41,2	181,3	264,5	40,6	33,4	11,3	19,2	101,4	108,9	697,7	442,6	9,8	21,6
H13	DRG Bağlı Değer	0,9	0,6	0,9	0,7	0,9	1,2	1,5	1,2	1,4	2,2	0,4	1,5	0,7	1,0	0,5	1,0	2,2	1,1	0,7	0,5
	DRG Frekansı	182,0	153,0	143,0	159,0	90,0	350,0	0,0	258,0	271,0	472,0	189,0	270,0	23,0	109,0	727,0	127,0	839,0	752,0	66,0	153,0
	Ağırlıklandırılmış DRG	168,1	88,0	134,0	109,9	76,7	426,5	0,0	312,6	377,9	1.040,4	83,4	410,1	16,3	104,6	388,0	128,1	1.818,0	846,9	43,3	82,5
H14	DRG Bağlı Değer	0,9	0,6	0,9	0,7	0,9	1,2	1,5	1,2	1,4	2,2	0,4	1,5	0,7	1,0	0,5	1,0	2,2	1,1	0,7	0,5
	DRG Frekansı	204,0	512,0	353,0	626,0	165,0	811,0	0,0	69,0	541,0	744,0	445,0	58,0	178,0	448,0	696,0	311,0	0,0	0,0	8,5	105,5
	Ağırlıklandırılmış DRG	188,4	294,6	330,8	432,7	140,6	988,2	0,0	83,6	754,3	1.639,9	196,4	88,1	126,1	430,0	371,4	313,6	0,0	0,0	5,6	56,9

EK-6. H1 ve H2 Hastaneleri DRG Maliyet Yapısı

DRG	H1																H2																	
	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Toplam Genel Giderler	Toplam	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Genel Giderler	Toplam				
	Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman					Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman								
TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL			
B81B	2.143	41	202	4	280	5	710	13	849	16	574	11	4.837	92	431	8	5.268	391	20	138	7	436	22,2	0	0	643	33	9	0,5	1.699	86	183	9	1.968
C16A	505	42	11	1	79	7	84	7	269	22	78	7	1.105	92	93	8	1.198	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
D10Z	1.033	36	21	1	105	4	633	22	435	15	332	12	2.637	92	232	8	2.869	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
D11Z	1.026	36	20	1	101	4	656	23	428	15	338	12	2.646	92	233	8	2.879	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
E62C	2.705	44	192	3	447	7	520	8	1.237	20	516	8	5.699	92	509	8	6.208	272	13	240	11,7	275	13,4	125	6	707	34	13	0,6	1.711	83	255	12	2.049
E65B	1.867	34	256	5	398	7	979	18	872	16	648	12	5.099	92	455	8	5.554	122	4	156	4,8	113	3,5	308	9	2.249	69	17	0,5	3.055	94	110	3	3.259
F42B	2.427	42	212	4	554	10	177	3	1.131	20	734	13	5.313	92	474	8	5.787	176	9	163	8,4	159	8,2	172	9	825	43	8	0,4	1.580	82	276	14	1.938
F62B	1.444	28	64	1	330	6	1.572	30	719	14	551	11	4.760	92	424	8	5.184	338	10	239	7,1	330	9,8	1.085	32	1.050	31	24	0,7	3.156	94	119	4	3.369
G07B	347	2	2.066	15	52	0	8.248	58	713	5	1.549	11	13.055	92	1.175	8	14.230	372	14	115	4,3	359	13,4	1.103	41	307	11	20	0,7	2.360	88	236	9	2.684
G09Z	902	33	16	1	121	4	574	21	471	17	322	12	2.483	92	218	8	2.701	145	12	89	7,2	131	10,7	336	27	275	22	8	0,7	1.063	87	79	6	1.229
G67B	892	35	53	2	147	6	443	17	430	17	292	12	2.334	92	204	8	2.538	548	16	298	8,7	694	20,3	461	13	443	13	21	0,6	2.536	74	811	24	3.422
H08B	960	36	22	1	130	5	431	16	507	19	311	12	2.438	92	214	8	2.652	115	9	91	6,9	210	15,8	448	34	185	14	9	0,7	1.137	86	104	8	1.327
H63B	1.811	43	213	5	268	6	178	4	804	19	539	13	3.890	92	345	8	4.235	382	17	153	7	506	22,1	586	26	460	20	16	0,7	2.194	96	0	0	2.290
I68B	5.494	52	155	1	843	8	566	5	1.607	15	998	9	9.745	92	875	8	10.620	172	20	32	4	114	13,0	0	0	386	44	5	0,6	789	90	0	0	879

EK-6. H1 ve H2 Hastaneleri DRG Maliyet Yapısı

DRG	H1																H2																	
	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Toplam Genel Giderler	Toplam	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Genel Giderler	Toplam				
	Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman					Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman								
TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	
J11Z	605	30	75	4	87	4	402	20	373	18	240	12	1.858	92	162	8	2.020	96	1	168	2,3	91	1,2	5.852	79	1.001	13	31	0,4	7.336	99	0	0	7.435
K60B	2.975	30	2.232	22	537	5	575	6	1.563	16	1.241	12	9.202	92	827	8	10.029	30	1	42	1,7	28	1,1	50	2	769	31	5	0,2	960	38	1.522	60	2.521
O01C	450	37	11	1	89	7	81	7	298	24	121	10	1.126	92	95	8	1.221	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
O60B	358	39	8	1	71	8	40	4	211	23	86	9	849	92	70	8	919	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0
P67D	600	42	11	1	141	10	38	3	315	22	136	10	1.318	92	112	8	1.430	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0
X62B	286	21	11	1	42	3	506	38	178	13	130	10	1.230	92	104	8	1.334	3.838	26	1.507	10,4	5.285	36,3	712	5	2.093	14	146	1,0	13.673	94	780	5	14.547
Toplam	28.830	32	5.851	7	4.822	5	17.413	20	13.410	15	9.736	11	81.625	92	7.252	8	88.877	6.997	14	3.431	6,9	8.731	17,5	11.238	23	11.393	23	332	0,7	43.252	91	4.475	9	47.727

EK-7. H3 ve H4 Hastaneleri DRG Maliyet Yapısı

DRG	H3																	H4																
	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Toplam Genel Giderler	Toplam	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Genel Giderler	Toplam				
	Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman					Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman								
TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL					
B81B	709	36	77	4	1	0	1	0	500	26	162	8	1.516	77	443	23	1.959	643	35	112	6	117	6,4	364	20	124	7	45	2,5	1.480	81	258	14	1.819
C16A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	172	18	53	5,6	18	1,9	344	36	63	7	21	2,2	740	79	124	13	942
D10Z	669	36	157	8	9	0	12	1	432	23	108	6	1.455	77	423	23	1.878	396	27	177	11,9	42	2,8	398	27	78	5	31	2,1	1.196	81	207	14	1.483
D11Z	580	37	90	6	2	0	12	1	335	21	138	9	1.222	78	353	22	1.575	307	26	131	10,9	33	2,8	329	27	59	5	24	2,0	955	80	162	14	1.197
E62C	721	46	39	2	4	0	3	0	311	20	65	4	1.212	78	349	22	1.561	297	33	49	5,5	82	9,2	125	14	61	7	17	1,9	700	78	116	13	894
E65B	1.054	41	140	5	2	0	3	0	613	24	88	3	1.971	77	580	23	2.551	274	28	75	7,8	134	13,9	118	12	73	8	15	1,6	759	79	127	13	965
F42B	619	37	38	2	1	0	100	6	405	24	63	4	1.296	78	374	22	1.670	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
F62B	1.355	42	28	1	0	0	49	2	842	26	120	4	2.465	77	731	23	3.196	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
G07B	540	33	150	9	1	0	1	0	423	26	73	5	1.257	78	363	22	1.620	447	24	125	6,7	72	3,9	668	36	97	5	35	1,9	1.519	81	266	14	1.867
G09Z	638	31	302	15	1	0	1	0	483	23	104	5	1.598	77	467	23	2.065	351	33	108	10,1	67	6,3	144	14	80	8	24	2,3	844	79	142	13	1.066
G67B	652	40	43	3	1	0	0	0	396	24	107	7	1.266	78	366	22	1.632	532	43	71	5,8	82	6,7	90	7	102	8	34	2,8	982	80	168	14	1.230

EK-7. H3 ve H4 Hastaneleri DRG Maliyet Yapısı

DRG	H3																	H4																
	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Toplam Genel Giderler	Toplam	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Genel Giderler	Toplam				
	Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman					Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman								
TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL			
H08B	722	33	177	8	1	0	19	1	623	29	70	3	1.683	77	493	23	2.176	324	33	113	11,5	73	7,4	92	9	81	8	23	2,3	775	79	130	13	984
H63B	722	16	721	16	1	0	0	0	796	17	1.231	27	3.520	77	1.060	23	4.580	551	44	74	6	74	5,9	89	7	102	8	39	3,1	1.000	80	171	14	1.251
I68B	1.214	38	176	5	1	0	0	0	841	26	190	6	2.491	77	740	23	3.231	366	33	153	14	101	9,0	73	6	96	9	34	3,0	893	79	152	14	1.125
J11Z	670	27	310	12	27	1	42	2	647	26	187	7	1.950	77	575	23	2.525	771	34	346	15,1	102	4,4	325	14	195	9	65	2,8	1.880	82	331	14	2.293
K60B	536	33	217	13	1	0	4	0	347	21	95	6	1.268	78	367	22	1.635	315	32	76	7,8	92	9,4	115	12	78	8	25	2,6	770	79	129	13	978
O01C	727	39	117	6	1	0	20	1	422	23	91	5	1.447	77	421	23	1.868	320	25	18	1,4	30	2,3	431	34	134	10	20	1,6	1.026	80	176	14	1.282
O60B	753	41	81	4	1	0	0	0	445	24	75	4	1.425	77	414	23	1.839	325	22	18	1,2	29	1,9	614	41	136	9	23	1,5	1.219	81	210	14	1.510
P67D	285	48	6	1	36	6	0	0	56	9	23	4	470	79	124	21	594	23	15	4	2,6	7	4,5	14	9	5	3	2	1,3	89	57	10	6	156
X62B	189	15	7	1	2	0	329	27	81	7	300	24	957	78	277	22	1.234	324	23	44	3,1	67	4,7	535	38	67	5	32	2,3	1.142	80	197	14	1.420
Toplam	13.355	34	2.876	7	93	0	596	2	8.998	23	3.290	8	30.468	77	8.920	23	39.388	6.738	30	1.747	7,8	1.222	5,4	4.868	22	1.631	7	509	2,3	17.970	80	3.076	14	22.460

EK-8. H5 ve H6 Hastaneleri DRG Maliyet Yapısı

DRG	H5																	H6																
	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Toplam Genel Giderler	Toplam	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Genel Giderler	Toplam				
	Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman					Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman								
TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	
B81B	1.375	22	297	5	392	6	2.322	36	1.706	27	31	0,5	6.218	97	162	3	6.380	339	10	1.493	42	23	0,6	597	17	152	4	11	0,3	2.689	76	774	22	3.539
C16A	843	18	12	0	56	1	1.995	43	1.518	33	4	0,1	4.523	97	117	3	4.640	326	39	135	16,0	8	1,0	0	0	65	8	11	1,3	608	72	161	19	842
D10Z	584	20	6	0	104	4	1.324	45	770	26	6	0,2	2.888	98	74	2	2.962	443	25	158	9,0	5	0,3	531	30	102	6	10	0,6	1.319	75	369	21	1.763
D11Z	438	18	5	0	83	3	1.146	47	615	25	5	0,2	2.386	98	60	2	2.446	441	23	204	10,4	6	0,3	634	32	100	5	10	0,5	1.466	75	413	21	1.954
E62C	1.299	28	35	1	550	12	920	20	1.577	34	52	1,1	4.527	97	117	3	4.644	249	31	187	23,1	10	1,2	2	0	66	8	5	0,6	583	72	154	19	809
E65B	817	23	38	1	416	12	961	27	1.071	30	34	1,0	3.431	97	88	3	3.519	428	28	504	33,3	18	1,2	11	1	91	6	6	0,4	1.127	74	314	21	1.516
F42B	451	21	21	1	179	8	512	24	818	38	7	0,3	2.081	98	52	2	2.133	272	28	177	18,0	34	3,5	79	8	84	9	5	0,5	717	73	192	20	982
F62B	927	23	47	1	420	11	731	19	1.615	41	17	0,4	3.852	97	99	3	3.951	255	18	299	21,6	29	2,1	241	17	126	9	6	0,4	1.025	74	283	20	1.382
G07B	1.184	22	69	1	763	14	1.553	29	1.617	30	7	0,1	5.289	97	137	3	5.426	134	15	189	20,6	16	1,7	197	21	61	7	5	0,5	667	73	178	19	918
G09Z	925	21	10	0	612	14	1.488	33	1.236	28	4	0,1	4.370	97	113	3	4.483	155	11	215	14,9	20	1,4	536	37	73	5	5	0,3	1.073	74	298	21	1.445
G67B	918	26	33	1	486	14	724	20	1.181	33	21	0,6	3.457	97	89	3	3.546	298	27	325	29,2	11	1,0	0	0	110	10	7	0,6	818	73	222	20	1.113
H08B	752	20	12	0	512	14	1.344	35	975	26	3	0,1	3.693	97	95	3	3.788	194	5	524	12,2	12	0,3	2.355	55	117	3	7	0,2	3.283	76	949	22	4.309

EK-8. H5 ve H6 Hastaneleri DRG Maliyet Yapısı

DRG	H5																	H6																
	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Toplam Genel Giderler	Toplam	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Genel Giderler	Toplam				
	Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman					Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman								
TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	
H63B	1.170	26	341	8	737	16	476	11	1.509	34	41	0,9	4.368	97	113	3	4.481	305	33	210	23	11	1,2	0	0	69	8	5	0,5	665	73	178	19	916
I68B	1.640	31	91	2	612	11	1.149	21	1.605	30	17	0,3	5.209	97	135	3	5.344	397	32	275	22	9	0,7	69	6	95	8	12	1,0	924	74	254	20	1.252
J11Z	1.300	29	29	1	416	9	1.230	27	1.279	29	20	0,4	4.369	97	113	3	4.482	174	18	216	22,5	2	0,2	170	18	66	7	5	0,5	699	73	187	20	958
K60B	1.498	35	39	1	392	9	643	15	1.514	35	44	1,0	4.224	97	109	3	4.333	373	28	351	26,7	17	1,3	21	2	130	10	13	1,0	973	74	268	20	1.315
O01C	620	26	79	3	151	6	379	16	1.014	42	8	0,3	2.344	98	59	2	2.403	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0
O60B	385	22	44	2	78	4	408	23	714	40	5	0,3	1.726	98	43	2	1.769	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0
P67D	1.304	26	506	10	678	13	599	12	1.759	34	42	0,8	4.983	97	129	3	5.112	181	30	107	17,6	6	1,0	0	0	71	12	5	0,8	430	71	109	18	609
X62B	217	3	35	1	56	1	5.601	81	703	10	11	0,2	6.719	97	175	3	6.894	27	1	213	4,9	1	0,0	2.995	68	35	1	2	0,0	3.347	76	968	22	4.392
Toplam	18.647	23	1.749	2	7.693	9	25.505	31	24.796	30	379	0,5	80.658	97	2.079	3	82.737	4.991	17	5.782	19,3	238	0,8	8.438	28	1.613	5	130	0,4	22.413	75	6.271	21	30.013

EK-9. H7 ve H8 Hastaneleri DRG Maliyet Yapısı

DRG	H7																H8																	
	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Toplam Genel Giderler	Toplam	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Genel Giderler	Toplam				
	Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman					Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman								
TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL			
B81B	421	25	10	0,6	214	13	345	21	365	22	9	1	1.445	86	227	14	1.672	676	12	578	10	1	0,0	541	10	1.505	27	103	1,8	3.463	62	2.091	37	5.615
C16A	399	55	0	0,0	8	1	2	0	148	20	4	1	637	87	93	13	730	289	22	3	0,2	0	0,0	257	19	179	13	28	2,1	810	61	465	35	1.336
D10Z	272	49	4	0,7	36	7	2	0	94	17	3	1	485	88	68	12	553	328	16	24	1,2	1	0,0	452	22	360	18	23	1,1	1.245	61	729	36	2.035
D11Z	223	48	2	0,4	33	7	0	0	77	17	2	0	409	88	56	12	465	1.341	24	30	0,5	1	0,0	590	10	1.409	25	41	0,7	3.472	62	2.094	37	5.628
E62C	352	36	1	0,1	256	26	4	0	143	15	6	1	840	87	127	13	967	415	20	33	1,6	2	0,1	287	14	445	21	28	1,4	1.267	61	743	36	2.071
E65B	324	33	1	0,1	279	29	21	2	131	14	7	1	841	87	127	13	968	114	3	1.009	27,1	0	0,0	952	26	123	3	39	1,0	2.296	62	1.372	37	3.729
F42B	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	192	3	2.679	48,1	0	0,0	104	2	341	6	57	1,0	3.433	62	2.070	37	5.564
F62B	242	23	1	0,1	159	15	273	26	156	15	8	1	918	87	139	13	1.057	274	13	236	10,9	1	0,0	493	23	227	11	34	1,6	1.322	61	777	36	2.160
G07B	220	36	1	0,2	69	11	56	9	109	18	4	1	534	88	76	12	610	227	16	11	0,8	1	0,1	228	16	328	23	31	2,1	881	61	508	35	1.450
G09Z	286	42	0	0,0	89	13	0	0	139	20	5	1	595	87	86	13	681	2.090	28	8	0,1	4	0,1	283	4	2.091	28	58	0,8	4.594	62	2.785	37	7.441
G67B	276	38	1	0,1	163	22	2	0	116	16	5	1	639	87	93	13	732	258	16	11	0,7	1	0,1	298	18	331	20	32	2,0	987	61	572	35	1.619

EK-9. H7 ve H8 Hastaneleri DRG Maliyet Yapısı

DRG	H7																H8																	
	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Toplam Genel Giderler	Toplam	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Genel Giderler	Toplam				
	Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman					Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman								
TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	
H08B	342	43	0	0,0	107	13	1	0	163	20	6	1	696	87	103	13	799	265	16	11	0,7	3	0,2	304	19	321	20	31	1,9	991	61	575	35	1.626
H63B	209	36	1	0,2	108	19	29	5	85	15	3	1	509	88	72	12	581	1.337	22	194	3	2	0,0	299	5	1.737	29	55	0,9	3.684	62	2.225	37	5.970
I68B	492	17	0	0,0	111	4	29	1	1.783	61	10	0	2.508	86	403	14	2.911	693	20	23	1	0	0,0	526	15	712	21	104	3,0	2.115	61	1.264	37	3.440
J11Z	169	41	0	0,0	26	6	1	0	93	23	2	0	362	88	48	12	410	829	21	124	3,1	2	0,1	219	6	1.184	30	32	0,8	2.449	62	1.468	37	3.979
K60B	287	22	233	0,0	213	16	84	6	247	19	9	1	1.136	86	178	14	1.314	342	17	16	0,8	1	0,0	553	27	266	13	27	1,3	1.262	61	740	36	2.063
O01C	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	249	26	4	0,4	0	0,0	24	3	226	24	18	1,9	574	60	320	34	954
O60B	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	180	24	3	0,4	0	0,0	30	4	168	23	13	1,7	445	60	242	32	747
P67D	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	438	28	25	1,6	1	0,1	6	0	388	25	26	1,7	940	61	543	35	1.543
X62B	98	24	0	0,0	80	20	60	15	49	12	3	1	360	88	48	12	408	50	2	25	0,9	0	0,0	1.331	48	217	8	35	1,3	1.716	61	1.019	36	2.796
Toplam	4.612	31	255	1,7	1.951	13	909	6	3.898	26	86	1	12.914	87	1.944	13	14.858	10.587	17	5.047	8,2	21	0,0	7.777	13	12.558	20	815	1,3	37.944	61	22.602	37	61.769

EK-10. H9 ve H10 Hastaneleri DRG Maliyet Yapısı

DRG	H9																H10																	
	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Toplam Genel Giderler	Toplam	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Genel Giderler	Toplam				
	Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman					Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman								
TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL		
B81B	109	3	14	0	114	3	2.299	66	285	8	140	4	3.042	88	434	12	3.476	434	33	115	9	56	4,3	4	0	377	29	8	0,6	1.069	81	165	13	1.315
C16A	63	3	0	0	27	1	779	33	1.022	43	112	5	2.083	88	294	12	2.377	285	36	38	4,7	11	1,4	0	0	221	28	5	0,6	629	79	93	12	801
D10Z	100	6	2	0	79	5	824	48	347	20	76	4	1.507	88	209	12	1.716	349	24	98	6,8	34	2,3	284	20	335	23	10	0,7	1.186	82	184	13	1.451
D11Z	100	5	2	0	79	4	931	50	354	19	84	5	1.629	88	227	12	1.856	352	25	85	5,9	27	1,9	287	20	334	23	10	0,7	1.171	82	181	13	1.433
E62C	647	25	84	3	680	26	14	1	702	27	46	2	2.256	88	319	12	2.575	333	25	149	11,3	187	14,1	10	1	311	24	10	0,8	1.075	81	166	13	1.322
E65B	623	21	81	3	660	22	435	15	679	23	64	2	2.625	88	373	12	2.998	344	22	221	13,9	250	15,7	16	1	384	24	13	0,8	1.304	82	203	13	1.590
F42B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0
F62B	556	20	74	3	602	22	440	16	612	22	53	2	2.420	88	343	12	2.763	113	10	100	8,6	109	9,4	227	20	306	26	7	0,6	936	81	143	12	1.159
G07B	111	11	10	1	112	11	0	0	585	57	8	1	906	88	121	12	1.027	125	14	72	7,8	32	3,5	229	25	194	21	6	0,7	729	79	109	12	918
G09Z	112	11	9	1	112	11	3	0	580	57	8	1	904	88	121	12	1.025	173	15	102	9,1	39	3,5	250	22	257	23	8	0,7	902	81	137	12	1.120
G67B	633	25	84	3	685	27	0	0	659	26	45	2	2.189	88	309	12	2.498	228	29	89	11,4	16	2,1	18	2	182	23	8	1,0	610	78	90	12	778
H08B	110	10	9	1	110	10	96	8	581	51	13	1	999	88	135	12	1.134	168	14	125	10,6	50	4,2	258	22	269	23	9	0,8	953	81	146	12	1.180
H63B	211	2	28	0	228	3	6.269	72	664	8	93	1	7.578	87	1.099	13	8.677	274	32	104	12	12	1,4	4	0	199	23	10	1,2	673	79	100	12	852

EK-11. H11 ve H12 Hastaneleri DRG Maliyet Yapısı

DRG	H11																H12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Toplam Genel Giderler	Toplam	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Genel Giderler	Toplam																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman					Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	

EK-11. H11 ve H12 Hastaneleri DRG Maliyet Yapısı

DRG	H11																	H12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Toplam Genel Giderler	Toplam	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Genel Giderler	Toplam																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman					Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%

EK-12. H13 ve H14 Hastaneleri DRG Maliyet Yapısı

DRG	H13																	H14																
	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Toplam Genel Giderler	Toplam	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Genel Giderler	Toplam				
	Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman					Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman								
TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL		
B81B	296	61	4	1	21	4	2	0	54	11	2	0	457	95	24	5	481	225	16	61	4	109	7,9	122	9	263	19	3	0,2	840	61	479	35	1.379
C16A	293	58	5	1	23	5	1	0	77	15	2	0	480	95	25	5	505	86	14	23	3,9	42	7,1	47	8	102	17	1	0,2	351	59	184	31	595
D10Z	306	58	5	1	24	5	0	0	89	17	1	0	505	95	27	5	532	187	16	50	4,3	91	7,8	102	9	221	19	3	0,3	710	61	399	34	1.169
D11Z	290	57	5	1	23	5	0	0	86	17	1	0	484	95	25	5	509	166	16	45	4,3	81	7,7	91	9	196	19	2	0,2	636	60	356	34	1.052
E62C	262	59	5	1	25	6	1	0	49	11	1	0	420	95	22	5	442	265	16	72	4,5	129	8,0	144	9	312	19	4	0,2	983	61	566	35	1.610
E65B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	279	16	76	4,5	137	8,1	152	9	329	19	4	0,2	1.034	61	598	35	1.694
F42B	291	65	5	1	27	6	1	0	25	6	1	0	428	95	22	5	450	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0
F62B	253	26	5	1	21	2	459	48	82	9	4	0	909	95	52	5	961	194	16	53	4,4	95	7,8	106	9	229	19	3	0,2	736	61	416	34	1.213
G07B	84	36	2	1	14	6	0	0	54	23	1	0	222	96	10	4	232	134	15	37	4,2	66	7,6	73	8	158	18	2	0,2	524	60	288	33	872
G09Z	164	42	5	1	26	7	0	0	101	26	2	1	373	95	19	5	392	145	16	40	4,3	71	7,6	79	8	171	18	2	0,2	562	60	310	33	933

EK-12. H13 ve H14 Hastaneleri DRG Maliyet Yapısı

DRG	H13																	H14																
	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Toplam Genel Giderler	Toplam	Direkt Giderler												Toplam Direkt Giderler	Genel Giderler	Toplam				
	Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman					Personel Giderleri		Tanı İşlem Giderleri		Eczane Giderleri		Acil-Yoğun Bakım-Ameliyat Giderleri		Malzeme ve Çeşitli Giderler		Amortisman								
TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%	
G67B	188	52	4	1	17	5	0	0	60	17	1	0	344	95	17	5	361	199	16	53	4,3	97	7,8	108	9	235	19	3	0,2	751	61	425	34	1.237
H08B	211	43	6	1	35	7	0	0	134	27	3	1	468	95	24	5	492	253	16	68	4,4	124	8,0	138	9	298	19	4	0,3	942	61	542	35	1.545
H63B	190	52	4	1	18	5	0	0	60	16	1	0	348	95	17	5	365	139	16	38	4	68	7,6	75	8	163	18	2	0,2	539	60	296	33	895
I68B	991	58	6	0	36	2	0	0	489	28	11	1	1.622	94	96	6	1.718	332	17	90	5	162	8,1	181	9	390	20	5	0,3	1.218	61	709	36	1.988
J11Z	201	48	5	1	20	5	0	0	93	22	2	0	397	95	20	5	417	102	15	28	4,1	50	7,3	56	8	121	18	1	0,1	410	60	219	32	688
K60B	243	57	4	1	20	5	0	0	60	14	2	0	406	95	21	5	427	225	16	61	4,4	110	7,9	122	9	265	19	3	0,2	843	61	481	35	1.384
O01C	106	22	5	1	29	6	93	20	137	29	1	0	449	95	23	5	472	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0
O60B	112	23	6	1	31	6	100	21	130	27	1	0	459	95	24	5	483	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0
P67D	455	62	8	1	44	6	1	0	101	14	3	0	695	95	39	5	734	188	16	51	4,3	92	7,8	102	9	221	19	3	0,3	713	61	401	34	1.174
X62B	175	54	4	1	16	5	1	0	39	12	1	0	309	95	15	5	324	37	12	10	3,2	18	5,8	20	6	44	14	1	0,3	172	56	80	26	308
Toplam	5.111	50	93	1	470	5	659	6	1.920	19	41	0	9.774	95	522	5	10.296	3.156	16	856	4,3	1.542	7,8	1.718	9	3.718	19	46	0,2	11.963	61	6.749	34	19.737

