

Ulusal Teşhis İlişkili Gruplar Sistemine Geçiş İçin Yol Haritası

Murat NARMANLI^a, Günnur ERTONG^a, Ahmet DİKİCİ^a, Ergin SOYSAL^b,
Ahmet TÜMAY^a, Murat Kahraman GÜNGÖR^a

^a TÜBİTAK-BİLGEM-YTE, Ankara
^b Sağlık Bilişimi AD, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Roadmap for Transition to the National Diagnosis Related Groups System

Abstract: How to establish and run an efficient, productive and fair reimbursement process in health services is a hotly debated matter in many countries in the World. When World examples are examined, it is seen that DRG is a widely used system in this area. In Turkey also there are significant studies carried out in the field of DRG and the present reimbursement system is being ameliorated. In this study, the procedures needed to be followed during the adaptation of the current national health grid to the new DRG system are explained and a guiding roadmap is provided.

Key Words: National Diagnosis Related Groups (DRG) System; Roadmap; DRG examples in the World

Özet: Sağlıkta geri ödeme mekanizmasının etkili, verimli ve adaletli bir şekilde kurulması ve işletilmesi konusu dünyada birçok ülkenin gündemindedir. Dünya örnekleri incelendiğinde bu mekanizma için yaygın olarak Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) Sisteminin kullanıldığı görülmektedir. Türkiye’de de dünyaya benzer şekilde TİG alanında yapılmış önemli çalışmalar bulunmaktadır ve mevcut geri ödeme sistemi iyileştirilmektedir. Ulusal TİG sistemini adapte etme sürecinde izlenmesi gereken yol farklı örnekler çerçevesinde bu çalışmada ele alınmıştır ve yol haritası sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ulusal Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) Sistemi; Yol haritası; Dünyadan TİG örnekleri

1. Giriş

Sağlık sistemleri, sıklıkla birbiri ile çelişebilen iki ana etken arasında şekillenmektedir. Bu etkenlerden ilki *bakım kalitesinin artırılması*, her ne kadar en önemli hedefmiş gibi düşünülse de, kalitenin sağlanması ve sürdürülmesi mali olanaklarla sınırlanmaktadır. Bu noktada genellikle ikinci etken olan *maliyet ve performansın iyileştirilmesi* hedefi karşımıza çıkmaktadır. Sağlık bakımı için sınırsız kaynaklar ayırma olanağına sahip

olmadığımız için, eldeki kaynakların azami yarar sağlayacak şekilde kullanılabilmesi fikri daha ön plana çıkmaktadır.

Bu amaçlara yönelik olarak sağlık hizmetleri verilerinin analizinin birçok farklı boyutla birlikte ele alınmasının ve tartışılmasının önemi gittikçe artmaktadır. Aynı zamanda politika araçlarına da yol haritası olma işlevine sahip bu tarz çalışmaların sayısının artmasının ve farklı disiplinler altında tartışılmasının bir zenginlik yarattığını söylemek yanlış olmayacaktır.

Sürdürülen çalışmalarda kalite ve maliyet etkenlerini dengeleyebilecek stratejik araçlardan en önemlisi sağlıkta geri ödeme sistemleridir. Uygulanacak geri ödeme sisteminin, bakım kalitesini artırmayı ödüllendirirken, gereksiz maliyetleri de cezalandıracak bir yapıya sahip olması gerekmektedir. Geri ödeme sistemleri, bu önemli misyonu nedeniyle sağlık sisteminin en önemli araştırma alanlarından biri haline gelmiştir.

Bu çalışmada geri ödeme sistemleri içerisinde popüler olan TİG sistemi hakkında bilgi verilecek, ülkemizde devam eden çalışmalar ve ulusal TİG sistemine geçiş için önerilen yol haritası açıklanacaktır.

Sağlık Ekonomisi Göstergeleri

Türkiye'de, 2008 yılı verileri itibariyle, toplam sağlık harcamaları Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) düzeyinin %6,1'ine eşittir. Diğer Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) ülkeleri, 2010'da, GSYİH düzeyinin ortalamada %9,5'ini sağlık harcamalarına aktarmıştır. ABD, 2010'daki %17,6 düzeyi ile ekonomisinin büyüklüğüne göre en yüksek sağlık harcamasını yapan ülkedir.

Türkiye, kişi başına ve Satın Alma Gücü Paritesine (SGP) göre düzeltilmiş toplam sağlık harcaması itibariyle de diğer OECD ülkelerinin gerisinde yer almaktadır. Buna göre, Türkiye'nin kişi başına düşen sağlık harcaması 2008'de 913 (SGP) ABD dolarına eşittir. 2010 yılı için, OECD ortalaması ve ABD verisi, sırasıyla, 3268 ve 8233 (SGP) ABD dolarına işaret etmektedir.

Genel olarak, toplam sağlık harcaması, gelir artışı, yani ekonominin GSYİH düzeyindeki büyüme ile ilişkilidir. OECD ülkeleri için ve satın alma gücü paritesine göre düzeltilmiş veriler itibariyle, kişi başına toplam sağlık harcaması ile kişi başına gelir düzeyi arasında pozitif ve hatta doğrusal olmaya yakın bir ilişki vardır. Türkiye, görece olarak düşük kişi başına sağlık harcaması ve kişi başına gelir düzeyi ile 2009 yılı verileri itibariyle, bu ilişkiye uymaktadır.

Sağlık harcamalarının büyümesi açısından, özellikle yaklaşık son on yıllık süreçte, Türkiye yıllık %6,3'lük ortalama büyüme sağlamıştır ve bu bakımdan da reel kişi başına sağlık harcaması en hızlı büyüyen OECD ülkeleri arasındadır. Sağlık harcamalarında bu şekilde bir trendin olduğu dikkate alındığında mutlaka bir ya da birden fazla kontrol mekanizmasının çalışması gerektiği açık hale gelmektedir.

Türkiye'de, 2008 yılı itibariyle, toplam sağlık harcamasının %73'ü kamu kaynakları ile finanse edilmekte olup, bu oran 2010 yılı OECD ortalaması olan %72'ye çok yakındır. 2000 yılında kaydedilen %63 ile kıyaslandığında, bu oran, kamu kaynaklarının ağırlığında kayda değer bir artışa tekabül etmektedir.

Sağlık sistemlerine ekonomik göstergeler ışığında bakıldığında sistem üzerindeki maliyet baskısının yüksek olduğu görülmektedir. Bu nedenle geri ödeme sistemleri daha kritik hale gelmektedir [1].

Vaka temelli geri ödeme sistemleri

Sağlıkta geri ödeme yöntemleri için, işlem ya da hastalık için ödenecek fiyatın önceden belirlenip belirlenmemesine, ödemenin önceden yapılıp yapılmamasına ya da ücretlendirmenin girdilere veya çıktılara göre yapılmasına göre değişik sınıflandırmalar yapılabilmektedir. Sağlık kurumlarında performans esasına göre ödeme yöntemlerinin dünyada uygulanan başlıca şekilleri şöyledir [2]:

- Hizmet başı ödeme
- Vaka başı ödeme
- Günlük ödeme
- İkramiye şeklinde yapılan ödemeler
- Aylık veya yıllık sabit ödeme
- Kişi başı ödeme
- Ücret ve genel program bütçe

Teşhis/Tanı İlişkili Gruplar

TİG, hastane çıktıları için ürün tanımları sağlamak adına kullanılmaktadır. Hastanelerde bütçeleme, maliyet ve kalite kontrolünün temellendirilmesi için geliştirilmiştir. 1983'te Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi (Medicare) için ileriye dönük ödeme sistemi (prospective payment system-PPS) ne uyarlanmıştır. Bu gruplama çabasının altında hastane performansını değerlendirme ve ölçülebilir hale getirme isteği vardır [3].

Hastane çıktıları tanı ve tedavide benzer hizmetleri alan hastalıkları sınıflandırmak için kullanılmaktadır. Bu şekilde ürünlere kod verilmiş olacak ve bütçeleme, maliyet ve kalite kontrolüne uygun bir araç geliştirilmiş olacaktır.

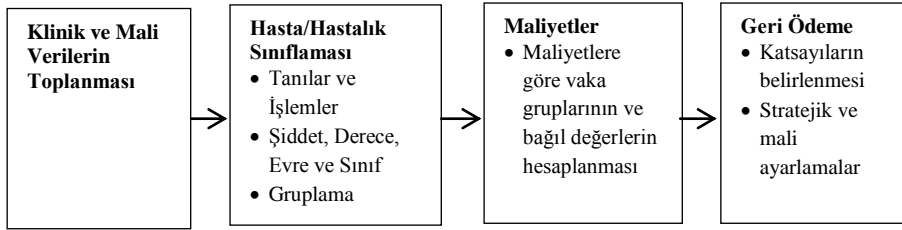
TİG, maliyetleri göz önünde tutarak on binlerce tanı ve işlemden yüzlerce grup oluşturur. Her grubun maliyetlerine göre birer ağırlık (bağıl değer) hesaplar. Bu bağıl değerler, geri ödemeye konu olacak tutarın hesaplanması için kullanılır. Geri ödeme yapılırken her vaka, tanıya ya da yapılan işleme göre durumun karmaşıklığı da göz önüne alınarak belirli bir TİG grubuna yerleştirilir. Vakaların dahil olduğu gruplara ait bağıl değerler toplamı, ödeme katsayısı ile çarpılarak ödenecek rakam belirlenir.

TİG, diğer sistemlere göre önemli avantajlar sunmaktadır. Gruplandırmalarda vakaların karmaşıklığının göz önüne alınması, hastanelerin zor vakalardan kaçmasının önüne geçer. 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.

Tablo 1-TİG GZFT analizi

Güçlü Yanlar	Zayıf Yanlar	Fırsatlar	Tehditler
Hastane kalış sürelerinde kısalma	Hastane başvurularının ve tekrar başvurularının artışı	Hastanelerde toplanan veri kalitesinde artış	Kaynakların gereğinden daha az kullanılması
Hastane kaynaklarının daha etkin kullanılması	Fazla kodlama eğilimi	Kurulması daha zor olsa da, ulusal versiyonun geliştirilmesi	Hastaların gereğinden daha az tedavi edilmesi
Performans artışı	Kurulmasının karmaşık olması		Komplike vakalardan kaçınılması

TİG Sisteminin Temel Yapı Taşları



Şekil 1-TİG sisteminin temel yapı taşları

Veri Toplama

Sistemin sağlıklı işlemesi ve değişen koşullara göre düzenlenmesi için sürekli bir veri akışı sağlanmalıdır. TİG açısından bakıldığında, veri gereksinimleri klinik ve mali veriler ile sınırlıdır. Veri toplama aşamasında bilgi sistemleri ve hastane süreçleri kritik rol oynadığından modern teknolojilerden faydalanılması gereklidir.

Hasta ve Hastalık Sınıflaması

TİG grupları, vaka karması olarak da adlandırılan, hastanede verilen hizmetlere yönelik bir sınıflamadır. Majör tanısal grupların oluşturulması ve hastalıkların ve işlemlerin gruplara ayrılması TİG sisteminin en önemli aşamasıdır. Bu işlem, ülkelerin kendi koşullarına göre değişebilir. Benzer maliyetli işlem ve tanımlar aynı TİG altında toplanır. Kodlarla ifade edilen klinik verinin karşılaştırılabilir ve standart bir yapıda olması sınıflandırma ve gruplandırmayı mümkün hale getirmektedir. Her ne kadar oluşturulan grup sayısı, grupların homojenleşmesine bağlıysa da, mevcut örneklerinde bu sayı 450-1500 arasında olabilmektedir.

Hastalık tanımları olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından idame ettirilen International Classification of Disease (ICD) sınıflama sistemi yaygın kabul görmektedir. Bu sınıflamanın 9. ve 10. sürümleri yaygın olarak kullanılmaktadır. ICD sağlık istatistiklerinin oluşturulmasına yönelik bir sınıflama olması nedeniyle, geri ödemede genellikle yeterli değildir. Bu nedenle ülkeler, bu sınıflamada eksik kalan kısımları kendilerine göre değiştirmektedir. Örneğin Avustralya, kendi idame ettiği ICD-10 AM (ICD 10. sürüm, Australian Modification) olarak adlandırılan sınıflandırmayı kullanmaktadır. Almanya ise ICD-10 GM (German modification) sınıflamasını kullanmaktadır.

İşlem kodları konusunda yaygın olarak kabul görmüş uluslararası bir standart olmaması nedeniyle çok daha farklı bir tablo bulunmaktadır. Örneğin ABD, Current Procedural Terminology (CPT) olarak adlandırılan bir kodlama sistemi kullanırken, Avustralya, Australian Classification of Health Interventions (ACHI), Almanya Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 301 kodlarını kullanmaktadır.

Maliyetlerin Hesabı

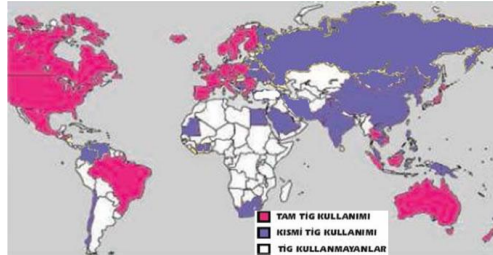
Geri ödemeler hesaplanırken, vakaların maliyetlerine göre de uygun bir sınıflamaya tabi tutulması gerekmektedir. Sıklıkla kullanılan hizmet birimi maliyetleri yanında, işlem ya da tanı temelli maliyetlerin de hesaplanması gerekmektedir. TİG bağılı değerleri, genellikle karmaşık bir süreç ile maliyet verilerinin istatistiksel analizleri sonucunda elde edilir. Yıllık ya da 6 aylık gibi belirli aralıklarla bu hesaplamalar tekrarlanmalı ve gruplama mantığı değişen şartlara göre tekrar gözden geçirilmelidir.

Geri Ödeme

Geri ödemede grup bağılı değerleri kadar, sağlık kurumlarının maliyetlerine etki eden faktörler de göz önüne alınarak bazı oranlar belirlenmektedir. Bu noktada, hastaların tanıları ve uygulanan işlemler göz önüne alınarak vaka için uygun TİG'lerin seçilmesi ve geri ödemelerin bu TİG bağılı değerleri üzerinden yapılması için ulusal olarak belirlenmiş bir gruplama algoritmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

2. Dünya'da TİG Kullanımı

Şekil-2'de Dünya'da TİG'i tam olarak, kısmi olarak kullanan ve hiç kullanmayan ülkeler harita üzerinde gösterilmiştir [4].



Şekil 2-Dünya'da TİG kullanımı

Dünya'da TİG Bakımından Önde Gelen Ülkeler

TİG sistemi Amerika Birleşik Devletleri - Yale Üniversitesi kaynaklı olmasına rağmen zamanla bu alanda diğer ülkeler ön plana çıkmıştır. Dünya'da TİG kullanımı açısından önde gelen ülkeler, Avustralya, Kanada ve Norveç olarak görülmektedir [4]. 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 [5]. Avustralya'nın TİG bakımında önde gelen ülkelerden birisi olması ve OECD indeksinde de ilk sırada olması arasındaki ilişki incelemeye değerdir.

Avustralya'nın kendi TİG sistemini yaygınlaştırdığı ülkeler; Bosna-Hersek,

Bulgaristan, İrlanda, Makedonya, Moldova, Karadağ, Yeni Zelanda, Filipinler, Katar Devleti, Suudi Arabistan, Sırbistan, Singapur, Slovenya'dır [6].

Son zamanlarda TİG 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 [7].

TİG Sistemini Yürüten Kuruluşlar

Dünya'da TİG sistemini veya geri ödeme sistemlerini yürüten kuruluşlar olarak Sağlık Bakanlıkları, diğer devlet kurumlarına ve bağımsız yapılara rastlanmaktadır. Sağlıkta geri ödeme, kamu hastaneleri, özel hastaneler, devlete ait sigorta kurumları ve özel sigorta şirketlerini ilgilendiren bir konu olduğundan bağımsız bir organizasyon tarafından yönetilmesi ve yürütülmesi yerinde olacaktır.

Örneğin, Almanya'da TİG sisteminin işletilmesinden ve devamlılığında TİG Enstitüsü (InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) sorumludur. Enstitü Almanya Sağlık Bakanlığı'ndan bağımsız bir yapılanmaya gitmiştir. Yürütmesi %50 kamu, özel ve üniversite hastanelerinin içinde bulunduğu hastane birlikleri tarafından, %50 devlet ve özel sigorta şirketleri birlikleri tarafından yapılmaktadır.

TİG Gruplayıcı Yaklaşımları

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

Algoritmanın merkezden bağımsız olarak çalışmasına örnek olarak Almanya verilebilir. Almanya'da 10 adet firma TİG Enstitüsü tarafından akredite edilmiştir ve Gruplama algoritması hastanelere ayrı ayrı satılmaktadır. Satılan Gruplama algoritmaları, Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri ile entegre şekilde çalışmaktadır.

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

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

Faturalandırma veya bütçelendirme tercihi sistemin alındığı ülkeyle bağımsızdır. Bu karar sistemin amacına göre verilebilir. Örneğin, İsviçre TİG sistemini Almanya'dan

satın almasına rağmen bütçelendirme amaçlı olarak kullanmaktadır.

Almanya'daki Geçiş Süreci ve İşleyiş

Almanya yakın zamanda TİG sistemine geçiş aşamalarını tamamlamıştır. TİG sistemini uygulama açısından diğer ülkelere göre farklılıklar göstermektedir ve 3 ülkeye kendi sistemini satmıştır. Bu nedenle, Almanya örneği ve geçiş aşamaları örnek olarak incelenmiştir.

Almanya'da her yıl Mart ayında verilerine güvenilen ve toplam hasta sayısının %25'ine (4,5 milyon veri) hizmet veren hastanelerden hastaneler tarafından üretilen gerçek maliyetler de alınmaktadır. Bu veriler Mayıs ayı sonuna kadar hastanelerle görüşülerek iyileştirilmekte ve kalite elemeleri yapılmaktadır (%60'ı elemeyi geçmektedir.). Ortaya çıkan sonuçlara göre TİG Enstitüsü tarafından ödemeler değiştirilmekte, yeni gruplar oluşturulmaktadır. Tüm paydaşlarla 6 haftalık ortak çalışma sonrasında mutabakat sağlanarak Ocak ayında yeni TİG'ler ve ödemeler devreye alınmaktadır.

Alman sisteminde, hastane katsayısı bulunmamaktadır. 3. basamak sağlık kuruluşları, daha komplike vakalarla ilgilendiği ve yıllık olarak hasta dağılımları ile maliyetler iyi hesaplanarak gerektiğinde yeni gruplar oluşturulduğundan ve grupların ödemeleri değiştirildiğinden zarar etmemektedirler. %100 hasta kapsamı sağlanmaktadır. Tüm hastane çeşitleri (kamu, özel, üniversite), tüm sigorta kuruluşları (devlet ve özel) ve tüm çalışan tipleri (işçi, memur, esnaf) TİG sistemine dahildir. Her hasta için, gittiği hastaneden ve yararlandığı sigorta çeşidinden bağımsız olarak aynı hastalığa aynı ücret ödenmektedir.

Kalite TİG Enstitüsü'nden bağımsız kuruluşlar tarafından sürekli kontrol edilmekte, Almanya Sağlık Bakanlığı kaliteyi sağlamak için mevzuatı oluşturmaktadır. Bütün hastaneler 2 yılda bir medikal kalite raporları yayınlamaktadır. Kaliteyi sağlayan bir diğer husus da vatandaşların hastaneler hakkındaki görüşlerini kendi aralarında paylaşmalarındadır.

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.

3. Ulusal TİG Sistemi

Yatan hastalara yönelik bir ödeme yöntemi olan TİG konusunda 2005 yılında başlayan bir proje ile ülkemizde ilk çalışmalar başlamıştır. Bu proje 2009 Kasım ayı itibarı ile sonuçlanmıştır. TİG çalışması, Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi (HUAP) olarak da adlandırılan bu projenin alt çalışma başlıklarından sadece birisidir. Bu süreçte oluşan birikimler, Sağlık Bakanlığı bünyesinde Teşhis İlişkili Gruplar Şubesi'nin oluşturulması ile değerlendirilmeye başlanmıştır [4]. Şu anda T.C. Sağlık Bakanlığı'nın yeni yapılanması ile birlikte Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında TİG Daire Başkanlığı kurulmuştur.

Türkiye'de ulusal TİG Sistemine geçiş sürecinde aşağıdaki konulara dikkat edilmesi önem taşır:

- **Madde 1: İş Hedeflerinin Belirlenmesi:** TİG Sistemine geçiş için amaçlar ve iş hedefleri tespit edilmeli ve bu hedeflere ulaşmak için sağlık politikaları (mevzuat, vb.) geliştirilmelidir.

- **Madde 2: Başarılı Uygulamaların İncelenmesi:** Dünya’da TİG sistemini başarılı ile uygulayan ülke örnekleri mutlaka incelenmelidir.

- **Madde 3: Paydaşların Tespiti:** TİG Sistemi paydaşları tespit edilmelidir. T.C. Sağlık Bakanlığı birimlerinin yanı sıra Sosyal Güvenlik Kurumu ve diğer paydaşlar ile görüşülerek ihtiyaç analizleri yapılmalıdır.

- **Madde 4: Disiplinler Arası Yaklaşım:** Hem sisteme geçiş aşamalarında hem de sistemin işletim süreçlerinde Proje ekiplerinde ve ilgili komitelerde ve kurullarda farklı disiplinlerden uzmanlara ihtiyaç bulunmaktadır. Aşağıda belirtilen alanlardan uzmanlar ve danışmanlar mutlaka görev almalıdır:

- **Tıp Alanından Uzmanlar:** Tıbbi işlemlerin ve tanıların üzerinde çalışıldığı için, özellikle hasta ve hastalık sınıflama aşamasında alan uzmanı olarak katkı verebilecek branş uzmanlarına ihtiyaç duyulacaktır.
- **Maliyet Uzmanları:** Hizmet birimi maliyetleri, işlem temelli maliyetler ve bu maliyetleri oluşturan faktörlerin belirlenerek buna göre benzer tanı ve işlemlerin gruplandırılmasında maliyet uzmanlarının geliştireceği yöntemler kullanılmalıdır.
- **Sosyal Güvenlik Uzmanları:** Sağlık harcamalarının yapıldığı bütçe ile ilgili işlemler hakkında Sosyal Güvenlik Uzmanlarına başvurulmalıdır.
- **İstatistik Uzmanları:** Verilerin doğru yöntemler ile analizi için özellikle malî veriler üzerinde çalışabilecek istatistik uzmanları gerekmektedir.
- **Sağlık Bilişimi Uzmanları:** Verinin doğru ve sürekli toplanması için bilgi sistemlerinin sunduğu olanaklardan yararlanılmalıdır. Etkin ve etkili şekilde sağlık verisinin toplanması için model geliştirilmesi amacıyla sağlık bilişimcilerine ihtiyaç vardır.

- **Madde 5: Veri Kalitesi Çalışmaları:** Gruplandırmaya, ödemelere ve değerlendirmelere esas olan verinin kalitesi büyük önem taşır. Veri kalitesi için hedefler belirlenmeli ve ardından bu hedeflere ulaşmak için ilgili politikalar ve süreçler oluşturulmalıdır. Denetimler planlanmalıdır. Kodlama kalitesi de bu kapsamda ele alınmalıdır.

- **Madde 6: Ülke İhtiyaçlarının Karşlanması:** Ulusal bir TİG Sisteminin sürdürülebilir olması için ihtiyaçlar bazında ulusal tanı kodları ve ulusal gruplar belirlenmelidir. Sistemin hassas bir bileşeni olan Gruplayıcı (Grouper) yazılımında bulunan algoritmalar analiz edilmeli ve değişen tanımlar ve gruplarla birlikte revize edilmelidir.

- **Madde 7: Sistem İşletimi:** Ulusal TİG Sisteminin işletimi için gereken insan kaynakları ile sürdürülebilir ve yönetilebilir bir yapılanma sağlanmalıdır. Bu yapılanma, ilgi çatışmalarına izin vermeyecek şekilde akademik çalışmaları da takip eden bağımsız ve şeffaf bir kurum olarak tasarlanmalıdır. Kurulacak komiteler ve çalışma grupları, bağlı değerleri, tanı setlerini, grupları ve katsayıları belirli aralıklarla gözden geçirmeli ve ulusal sağlık politikalarını esas alarak bilimsel esaslara göre sistematik şekilde revize etmelidir.

4. Sonuç

Türkiye’de ulusal bir TİG Sistemine geçiş için “Ulusal TİG Sistemi” başlığı altındaki maddelerden her biri atlanmadan yerine getirilmelidir. Ayrıca ayrıntılı şekilde hastalıkların maliyet çalışmaları yapılarak gerçek maliyetler bulunmalıdır. Bunun yanında aşağıdaki konulara da önem verilmesi ve gerekli tercihlerin yapılması sistemin

başarısını arttıracaktır.

Türkiye’de vatandaşlar basit bir hastalık için istediği basamaktaki sağlık kuruluşuna gitmekte özgürdür, böylece vatandaşların alternatifleri çoğalmaktadır. Ancak, bu durum karşısında üniversite hastaneleri ve eğitim araştırma hastaneleri basit poliklinik vakaları için vakit ayırmaktadır ve işgücü kaynağı harcamaktadır. Bu durumun engellenmesi için Aile Hekimliği Sistemi etkili şekilde işletilmeli ve düzenlemeler yapılarak ek önlemler alınmalıdır. TİG sistemi açısından bakıldığında hastaneler arasındaki katsayı uygulamalarının kaldırılması 2. basamak ve 3. basamak sağlık kuruluşlarının komplike vakalara olan ilgisini arttıracaktır.

Tüm hasta grupları (yatan, ayaktan, günübirlik) TİG sistemine dahil edilmelidir. Böylece daha etkili, karşılaştırılabilir ve kapsayıcı bir sistem oluşturulabilecektir.

Tüm hastane çeşitleri (kamu, özel, üniversite), tüm sigorta kuruluşları (devlet ve özel) ve tüm çalışan tipleri (işçi, memur, esnaf) TİG sistemine dahil edilmelidir. Her hasta için, gittiği hastaneden ve yararlandığı sigorta çeşidinden bağımsız olarak aynı hastalığa aynı ücret ödenmelidir. Aynı işe aynı hizmet mantığı oturtularak sistemin adil şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.

Ulusal TİG sisteminin oluşturulması için satın alınacak ve çalışmaların başlangıç noktası olacak ülke sistemine belirlenmiş net kriterlere göre karşılaştırma yapılarak karar verilmelidir. Önemli olan hangi ülke sistemiyle çalışmalara başlandığı değil, sistemin ülke şartlarına göre nasıl uyarlandığı, sistemin devamlılığı için nasıl bir altyapı oluşturulduğudur.

Ulusal TİG sisteminin oluşturulması için çeşitli uzmanlıklara ve danışmanlıklara ihtiyaç duyulacaktır. Bu nedenle sistemin satın alınacağı ülkelerin daha önceki satışlarında diğer ülkelere bu konuda ne seviyede ve ne kalitede danışmanlık hizmeti ve destek sağladıkları incelenmelidir. Sistemin ülke şartlarına göre uyarlanarak ulusal hale getirilmesi için kaynak kodların da alınması önemlidir. Gerekirse, sistemin satın alındığı ülkeden bağımsız olarak uyarlama sürecinde uzmanlaşmış kişilerden destek alınmalıdır.

Yukarıda sayılan maddelerin tümünden önemli olan ulusal TİG sisteminin hedeflerinin belirlenmesidir. Öncelikli hedefler şeffaflık, etkinlik ve kalite kavramları ön planda tutularak oluşturulmalıdır. Yeni geliştirilecek Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) sisteminin temel amacı; mevcut TİG sisteminde kazanılmış tecrübeler temelinde daha verimli, ülke şartlarına uyarlanabilir, ölçeklenebilir ve sürdürülebilir bir altyapı sağlamaktır. Böylece TİG sistemi aracılığıyla elde edilen veriler sağlık politikalarının oluşturulması, kaliteli ve ekonomik sağlık hizmetinin sunulabilmesi amacıyla kullanılabilir. Ayrıca toplanan veriler, performans ve kalite değerlendirme faaliyetlerinde de kullanılabilir. Sağlıkta geri ödemenin bilimsel temellere dayanan adaletli bir sistem çerçevesinde yapılması sistemin başarısını arttıracak ve kabullenilmesini sağlayacaktır.

5. Kaynakça

- [1] Turkey - Organisation for Economic Co-operation and Development. www.oecd.org/turkey Last accessed 22nd October 2012.
- [2] Lilford RJ, Brown CA, and Nicholl J. Use of process measures to monitor the quality of clinical practice. *BMJ* 2007; 335: 648-650.
- [3] Fetter RB. Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance. *Interfaces* 1991; 21 (1): 6-26.
- [4] TİG Nedir?. <http://www.tig.saglik.gov.tr/index.php?pid=16> Last accessed: 20th October 2012.
- [5] de Cos PH, and Moral-Benito E. Determinants of health-system efficiency : Evidence from OECD countries 2012.
- [6] Department of Health and Ageing - International Sale of the AR-DRG Classification System.

<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-casemix-international.htm> Last accessed 22nd October 2012.

[7] Euro DRG | About. <http://www.eurodrg.eu/about.html> Last accessed 22nd October 2012.

6. Teşekkür

Çalışmalarımıza geri bildirimleriyle katkıda bulunan TÜBİTAK-BİLGEM-YTE çalışanları Dr. Yavuz İNAL'a ve Zülfe EYLES'e; TİG alanındaki tecrübelerini bizimle paylaşan T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü TİG Daire Başkanlığı çalışanlarına teşekkür ederiz.

7. Sorumlu Yazarın Adresi

Murat NARMANLI, TÜBİTAK-BİLGEM-YTE, Çukurambar Mah. 1478. Cadde No: 22, 06100, Çankaya/ANKARA, Web: <http://yte.bilgem.tubitak.gov.tr>, E-posta: murat.narmanli@tubitak.gov.tr