

Özel sağlık sigortacılığında TİG vaka çalışması

Fatma Zakaryan



İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1996 yılından bu yana sağlık enformasyon ve geri ödeme sistemleri üzerinde çalışmaktadır. 4 yıllık MedLine Genel Müdür Yardımcılığının ardından Esas Holding ve Bilkent Holding ortaklığı ile kurulan Promed'de Kurucu Genel Müdür olarak çalışmaktadır. Şirket, alanında geliştirdiği inovatif ürünlerle tanınmaktadır. CompuGroup Medical tarafından satın alınan ve adı CGM Türkiye olarak değiştirilen aynı firmadaki Genel Müdürlük görevine devam etmektedir.

İlker Köse



İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliği Bölümü'nden 1999 yılında mezun oldu. Yüksek lisansını, 2003 yılında Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Bilgisayar Mühendisliği Bölümü'nde tamamladı. Halen aynı enstitüde doktora eğitimi devam etmektedir. Uzmanlık alanları arasında insan-bilgisayar etkileşimi, yazılım mühendisliği ve yapay sinir ağları sayılabilir. 1999-2003 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Ulaşım AŞ'de Bilgi İşlem Yöneticiliği yaptı. 2003 yılından 2009'a kadar Sağlık Bakanlığı'nın Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Merkezi Hastane Randevu Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık-NET) gibi bilişim projelerinde danışman ve koordinatör olarak çalıştı. Halen sağlık bilişimi alanında Avrupa'nın önde gelen kuruluşlarından Compu Group'ta çalışmakta, aynı zamanda İstanbul Medipol Üniversitesi'nde ders vermektedir.

Sağlık hizmetlerinde geri ödeme ve finansman modelleri, tüm dünyada durmaksızın yeniden ve yeniden şekillenir. Bu konuda yöntemin doğruluğu, yerel ve genel pek çok parametreye bağlı olduğundan, "doğru model" ülkeden

ülkeye değişim gösterir. Sınır koşullarının sürekli değiştiği bu problemde, "doğru modeli bulduk" demek de pek mümkün değildir. Sadece doğruya yaklaşıp ve en yakın olduğunuz anda tekrar uzaklaşmaya başlarız. Bu, bitmek bilmez bir döngüdür. Ekonomistlere göre sağlık hizmet sunucuları da akıllı işletmeciler

gibi iktisadi davranır ve ödeme modelleri hekim tutum ve davranışları üzerinde direkt etkilidir. Bu nedenle ödeme kurumlarının aldığı her aksiyon, sağlık hizmet üreticilerinin refleksi ile karşılır. Bu durum, sağlık hizmet sunumu ile ödeyici kurumların belli noktalarda çıkarlarının örtüşmemesinden



kaynaklanmaktadır. Geri ödeme kurumuna göre ana problem, doğru kişiye, doğru hizmete, doğru paranın ödenmesidir ve sürekli olarak bunu en etkin yöneteceği araçlar ve izleme modelleri geliştirme çabasıdır. Hizmet kalitesinin de düşmemesi gerektiğini isteyen geri ödeme kurumu, farklı geri ödeme modellerinde farklı kontrol ve izleme sistemleri kullanılmak zorundadır. Buna karşın hizmet sunucuları yeni geri ödeme modeline paralel olarak hizmetin iktisadi açıdan etkin kılınması, hizmet üretim maliyetlerinin etkin kontrolü ve hizmet sunumu karşılığında elde edilecek gelirin en iyi düzeye getirilmesi konusunda çalışmaya başlar. Böylelikle geri ödeme kurumu tarafından seçilen her yeni ödeme modelini takiben gerek hizmet sunucu gerekse geri ödeme kurumu tarafından hizmeti yönetim ve izleme araçlarında geliştirme ihtiyacı doğar.

Geri ödemede seçilen her yöntem, aşağıda belirtilen çerçevelerde izlenmeye ve değerlendirilmeye muhtaçtır:

- Erişim
- Verimlilik
- Sürdürülebilirlik
- Kalite

Geri ödeme kurumları, hizmet sunumunda kullanılan kaynaklar, yöntemler, hizmet alanların profili vb açılardan değişiklik gösteren tüm hizmet kalemleri için farklı yaklaşımlar geliştirme eğilimindedir. Bu açıdan;

- Birinci basamak hekimlik hizmetleri
- İkinci basamak ve hastanede ayakta tedavi hizmetleri
- Hastanede yatarak tedavi hizmetleri
- İlaç ve tıbbi malzeme temini
- Yoğun bakım hizmetleri
- Rehabilitasyon
- Evde bakım hizmetleri
- Ambulans vb

hizmet türü ve basamakları, farklı ödeme modellerine tâbi olabilir.

Tüm bu hizmetler;

- Hizmet başı
- Kişi başı
- Vaka başı
- Gün başı
- Genel bütçe
- Maliyet /Hacim,

ilişkili kontratlar ile satın alınabilirler.

Hizmet başı geri ödeme modeli ve TİG uygulamalarının temel farklılıkları ve sisteme yansması

Hizmet başı geri ödeme modeli

Bu sistemde sunulan her bir hizmet, malzeme ve ilaç için birim fiyat üzerinden ödeme yapılır. Her hizmetin tarifelerde belirlenmiş ve yıldan yıla değişen fiyatı vardır ve kurumlar bu tarife üzerinden faturalarını oluşturur. Ülkemizde bu klasik tanımlamanın dışına çıkan karma bir model uygulanır. Sağlık Bakanlığı kendisine yılbaşında tahsis edilen bütçeyi tüm kurumlarına ürettikleri hizmetleri de gözeterek dağıtır. Hastaneler faturalarını hizmetbaşılı ödeme protokolü çerçevesinde MEDULA'dan aldıkları onay çerçevesinde oluşturur ve bu hizmet dökümleri ile Sağlık Bakanlığı'ndan hak ediş talep eder. Sağlık Bakanlığı, üretilen hizmetlerin toplamının elindeki toplam bütçeyi geçmemesi için kontrol modelleri kurmaya çalışır.

Risk paylaşımı

Klasik anlamda uygulansaydı tüm riski geri ödeyici kurumların taşıyacağı bu modelde, global bütçe uygulaması ile devlet hastanelerinde üretilen hizmetlerin maliyet riski Sağlık Bakanlığı'na yüklenmiştir (zira Sağlık Bakanlığı ödeyici kurum haline gelmiştir). Bu nedenle Bakanlık, harcamaları kısımaya, verimliliği artırmaya ve SUT'ta değişiklikler yaparak bütçeyi tutturma konusunda yoğun çaba sarf etmek durumunda kalmıştır. Bu modelde;

Hizmet sağlayıcılarının ve hekimlerin motivasyonları

- Hizmet sağlayıcı mümkün olduğunca fazla hizmet üretme kaygısı taşır.
- Yeni teknolojilerin kullanımında motivedir.
- Gereğinden çok hizmet üretim eğilimi ve talebi körükleme eğilimi fazladır.

Toplum sağlığı ve kaliteye etkisi

- Hastanın iyi düzeyde ve kalitede hizmet alma olasılığı yüksektir
- Hekim seçme ve değiştirme olanağı vardır
- Tedavisi uzmanlık gerektiren hastaların uzmana erişimi kolaydır
- Endikasyonsuz işlemler hastanın gereksiz mudahale görmesine sebep olur.

Geri ödeme kurumunun yönetim ve kontrol noktaları

- Sistemin yönetim maliyeti yüksektir.
- Verilen hizmet ve endikasyon uyumunu yönetebilen ve izleyebilen teknolojilerin geliştirilme ihtiyacı vardır.
- Geri ödeme kurumu başvuruları kontrol altına almaya çalışır (Hasta katkı payı, zorunlu sevk uygulamaları, vb)

5 aylık bir dönem içindeki dosyalar üzerinde inceleme yaptık. İlk elde edilen sonuçlarda, bağılı değeri ile hastanelerin cari fiyatı uyumlu görünen gruplara rastladığımız gibi uyumsuz gruplar da gözlemledik. Ayrıca aynı TİG grubuna giren işlemlerin, farklı hastanelerde farklı fiyatlandırıldığını da gözlemledik.

Teşhis ilişkili Gruplar (TİG)

Teşhis ilişkili Gruplar/Diagnostic Related Groups (TİG/DRG); ortaya çıkan maliyetler ile hasta türlerini tanılarına ve işlemlerine göre sınıflandırarak türdeş vakalarla harcanan tedavi kaynaklarını ilişkilendirmeye çalışan bir yatan hasta sınıflandırma yöntemidir. Harcanan tedavi kaynaklarını parasal değerlerden çok bağılı değerkatsayı formunda değerlendirmeyi destekler. Bununla birlikte hizmet veren kuruma ödenecek miktarın belirlenmesinde, hastane maliyetlerini, hastanenin ne kadar çok farklı türde ve sıklıkta vaka çözdüğünü (vaka karmaşıklık indeksi) dikkate alır. TİG grup sayısının ihtiyaca uygun ve yönetilebilir sayıda olması gereksinimi vardır. Yine TİG gruplarının maliyetlerinin hâlihazırda sunulan hizmet maliyetleri ile uyumlu olması gerekir. Değişen hizmet maliyetleri ile sürekli güncelleme sistemlerinin kurulması gerekir.

TİG'in temel yapısı

TİG uygulamasında süreç, hastaneden çıkışı verilen ve yatan hasta olarak kabul edilen vakalarla ilgili oluşan taburcu Veri Seti'nin Bakanlığa gönderilmesi ve bu verilere göre ilgili vakaya uygun düşen TİG numarasının atanmasıyla başlar. Bakanlık, vaka karmaşıklık indeksi, hangi TİG'den ne kadar geldiği ve hastanelerin (devlet hastaneleri için) maliyetlerinin neler olduğu gibi pek çok parametreyi dikkate alarak hastaneye yapılacak nihai ödemenin miktarına karar verir.

TİG uygulamasında, ödemeye esas tutarlar, hastalıkla doğrudan ilişkili olan az sayıda gruplar halinde görülebildiği için ödeyici ve hizmet veren kurumlar

açısından kolay yönetilebilir bir ortam sağlamaktadır. TİG'le ilgili genel akış Şekil 1'de gösterilmektedir.

Risk paylaşımı

TİG, daha planlanabilir ve maliyet kontrol yükünün yönetilmesine dair kaygının tüm taraflarca paylaşıldığı bir modeldir. Burada TİG gruplarının içeriğinin ve değişen maliyetlerinin yönetimi adaletin tesisi açısından önem kazanır.

Hizmet sağlayıcılarının ve hekimlerin motivasyonları

- Elde edilecek gelirin, hizmetle doğrusal ilişkisi olmaması nedeniyle, üretilen hizmet maliyetinin düşürülmesi (verimlilik) önem kazanmaktadır. Sağlık kurumları bunu destekleyecek sistemler ve uygulamalar geliştirmek için yoğunlaşır. Hekimlerine yönelik olarak bunu destekleyecek politikalar geliştirir ve telkinlerde bulunur. Hizmet kalitesine yönelik kaygı zayıflar.

- Tanı gruplarının belirlenmesinde yüksek ücret kategorisini seçme çabası oluşur. Daha sağlıklı bireyleri seçme eğilimi doğar.

Toplum sağlığı ve kaliteye etkisi

- Hizmet başı ödemenin aksine hasta yalnızca ihtiyacı olan tedaviyi alır, gereksiz müdahalelere maruz kalma olasılığı azalır.

- Karmaşık uzmanlık gerektiren durumlarda uzmana ulaşma hızı azalabilir.

- Hastaların daha az kaliteli hizmet alması olasılığı artar.

Geri ödeme kurumunun yönetim ve kontrol noktaları

- Bu ödeme modelinde hizmet başı ödeme modelinden farklı olarak geri ödeme kurumu endikasyonsuz ve aşırı hizmet tüketimi kaygısı taşımaz. Aksine ihtiyaç duyulan ve tedavi için gerekli bazı hizmetlerin uygun şekilde verilip verilmediği kaygısı taşır. Buna bağlı olarak geliştirilen yönetim ve kontrol modellerinde sağlık kurumlarının sundukları hizmetin kalitesine yoğunlaşır.
- Hastaların komplikasyon ve nüks nedeniyle belli bir süre içerisinde tekrar hastaneye başvurma sıklıkları gibi göstergeler izleme ve değerlendirmede önem kazanır.
- Hizmetlerin bildirimindeki hata ve kötüye kullanmaların yerinde denetim ihtiyacı artar.

TİG'de anahtar konu yerel ihtiyaçlara uygunluk

- Doğru içerikte gruplar,
- Doğru bağıl değerler
- Değişim yönetimi

Özel sigortacılıkta TİG vaka çalışması

CompuGroup Medical olarak özel sağlık sigorta ve banka sandıklarına hizmet vermekteyiz. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı'nın TİG çalışmalarını yakından takip ediyoruz. Sağlık Bakanlığı'nın kullandığı (Avustralya'dan alınan) TİG grupları ve bağıl değerleri ile özel hastanelerde Türk Tabipler Birliği'nin fiyat tarifesi üzerinden ortaya çıkan maliyetleri 5 aylık bir dönem içindeki dosyalar üzerinde inceleme yaptık. Çalışmamızın amacı, ödeme sistemini kolaylaştırması beklenen TİG uygulamasının, halen hizmet başı ödeme ve farklı fiyat tarifeleri üzerinden hizmet vermekte olan özel sektörde nasıl bir hazırlık yapılması gerektiğini ortaya çıkartmaktır. İlk elde edilen sonuçlarda, bağıl değeri ile hastanelerin cari fiyatı uyumlu görünen gruplara rastladığımız gibi uyumsuz gruplar da gözlemledik. Ayrıca aynı TİG grubuna giren işlemlerin, farklı hastanelerde farklı fiyatlandırıldığını da gözlemledik.

Dört aylık dönemde oluşan toplam 2 bin 151 dosya üzerinde yapılan bu çalışmada, 285 farklı hastaneden, 238 farklı TİG kodu elde edildi. Dosyalarda yer alan TTB hizmet kalemleriACHI (Australian Classification of Health Interventions) kodlarına dönüştürüldü. Aşağıda verdiğimiz bu örneklerin TİG uygulamasının yaygınlaşma aşamasında önemli girdiler sağlayacağını düşünüyoruz:

Hastane tiplerine göre dosya ve maliyet dağılımı (Şekil 2)

Dosya hasar tutarlarının MDC'ye (Major Diagnostic Category) göre dağılımı (Şekil 3)

TİG'i aynı olup hasar tutarı farklı olan vaka örneği (Şekil 4)

Bu örnekte, A tipi iki ayrı hastanede aynı TİG grubuna giren iki vaka arasındaki tek fark, birinde fazladan bir işlem daha yapılmış olması. Bununla birlikte oluşan hasar tutarları arasında 3 kattan fazla bir fark söz konusu.

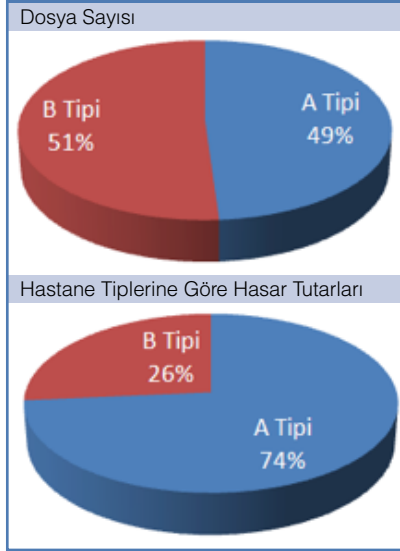
Bağıl değeri aynı olup hasar tutarı farklı olan vaka örneği (Şekil 5)

Bu örnekte, bağıl değeri aynı olan iki ayrı vakanın, A tipi iki ayrı hastanede oluşan hasar tutarları görülmektedir.

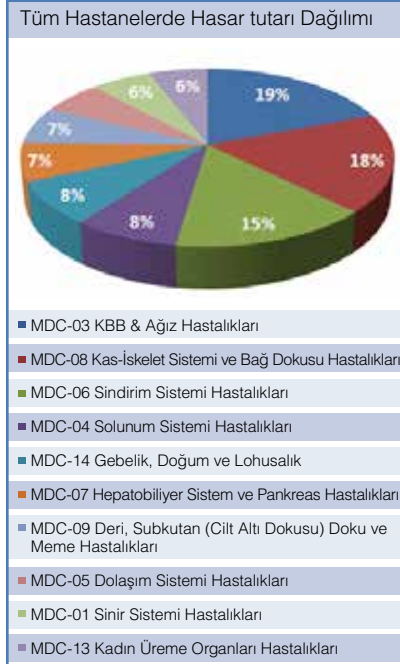
Aynı hastanede aynı TİG'i alan, ama farklı hasar tutarı oluşturan vaka örneği (Şekil 6)

Bu örnekte, iki vaka arasındaki tek fark, yatış sürelerinde görülmüyor. Yatış süresi fazla olan vaka için yaklaşık % 80 daha fazla hasar fatura edilmiş. Ancak TİG uygulamasına geçildiğinde, bu hastanede her iki vaka için de aynı tutarın ödeneceği dikkate alınırsa,

Şekil 2: Hastane tiplerine göre dosya ve maliyet dağılımı



Şekil 3: MDC'ye göre en çok hasar oluşturan vakalar



ortalamadan fazla olan (veya gereksiz) yatış süresi, gereksiz işlem vb. durumlar nedeniyle fazladan ödeme alınamayacak.

Sonuç ve değerlendirme

Söz konusu çalışmanın ilk çıktılarında elde ettiğimiz sonuçlar şunlardır:

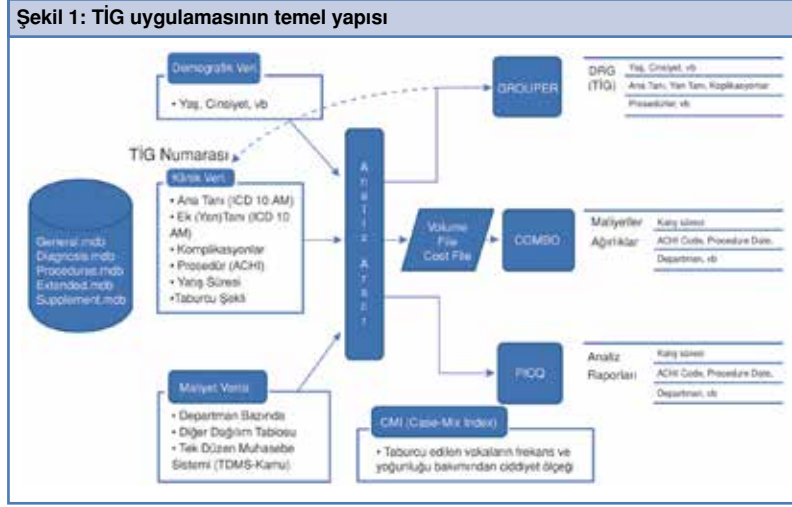
- TTB ve SUT üzerinden yapılan ödemeler, sağlık hizmet sunuş kültürümüzü şekillendirmiş durumdadır. Bu kültürün, TİG'e göre zaman içinde değişmesi gerekecektir.

- TİG'in özel sağlık sigortacılık için bir ödeme modeli olabilmesi için, hem kurumların hem de ödeyici kurumların hasar tutarlarında olması muhtemel etkinin detaylı analiz edilmesi önemlidir.

- TİG'in belirlenmesinde kodlamanın etkisi çok büyüktür. Bu nedenle doğru kodlama için iyi bir eğitim ve nitelikli personel şarttır.
- Zaman içerisinde gerçekleşen hasar tutarları ile bağıl değerlerin daha uyumlu olabilmesi için süregelen güncelleme mekanizması kurulması gereklidir.

TTB ve SUT üzerinden yapılan ödemeler, sağlık hizmet sunuş kültürümüzü şekillendirmiş durumdadır. Bu kültürün, TİG'e göre zaman içinde değişmesi gerekecektir.

TİG'in özel sağlık sigortacılık için bir ödeme modeli olabilmesi için, hem kurumların hem de ödeyici kurumların hasar tutarlarında olması muhtemel etkinin detaylı analiz edilmesi önemlidir.



Şekil 4: TİG'i aynı olup hasar tutarı farklı olan vaka örneği

	Hastane 1 (A Tipi Hastane)	Hastane 2 (A Tipi Hastane)
Ana Tanı (ICD 10)	J343-Konka hipertrofisi	J342-Nazal septum deviasyonu
EK Tanılar (ICD 10)	J342-Nazal septum deviasyonu	J343-Konka hipertrofisi
İşlemler (ACHI)	• Genel anestezi, ASA 19 • Nazal septum submüköz rezeksiyonu ile birlikte septoplasti • Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografisi	• Genel anestezi, ASA 19 • Nazal septum submüköz rezeksiyonu ile birlikte septoplasti • Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografisi • İntranazal maksiller antrostomi, bilateral
Yatış Süresi	1	1
Bağıl Değer	0,98	0,98
TİG	D09Z Kulak, Burun, Boğaz ve Ağız, Çeşitli Tanı ve Tedavi İşlemleri	D09Z Kulak, Burun, Boğaz ve Ağız, Çeşitli Tanı ve Tedavi İşlemleri
MDC	MDC - 03 KBB & Ağız Hastalıkları	MDC - 03 KBB & Ağız Hastalıkları
Teminatlar	• Ameliyat • Operatör	• Ameliyat • Operatör
Hasar Tutarı (Cari)	5.357 TL	18.438

Şekil 5: Bağıl değeri aynı olup hasar tutarı farklı olan vaka örneği

	Hastane 1 (A Tipi Hastane)	Hastane 2 (A Tipi Hastane)
Ana Tanı (ICD 10)	M706-Trokanterik bursit	H259-Senil katarakt, tanımlanmamış
EK Tanılar (ICD 10)		
İşlemler (ACHI)	• Ajanın eklem veya diğer sinoviyal kavite içine uygulanması, başka yerde sınıflandırılmamış	• Fakoemülsifikasyon ve katarakt aspirasyonu yoluyla ekstraksüler kristalin lens ekstraksiyonu • Genel anestezi, ASA 19
Yatış Süresi	0	0
Bağıl Değer	0,59	0,59
TİG	I72B Kas-tendon (Muskülotendinöz) Hastalıkları, Özgül, 80 Yaş Altı, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	C16B Göz, Lens Tanı ve Tedavi İşlemleri, Aynı gün içerisinde
MDC		
Teminatlar	• Küçük Müdahale	• Operatör • Ameliyat
Hasar Tutarı (Cari)	873 TL	6.881 TL

Şekil 6: Aynı hastanede TİG'i aynı olup hasar tutarı farklı olan vaka örneği

	Vaka 1	Vaka 2
Ana Tanı (ICD 10)	J352-Adenoidlerin hipertrofisi	J352-Adenoidlerin hipertrofisi
EK Tanılar (ICD 10)	-	-
İşlemler (ACHI)	• Genel anestezi, ASA 19 • Tonsillektomi olmadan adenoidektomi	• Genel anestezi, ASA 19 • Tonsillektomi olmadan adenoidektomi
Yatış Süresi	4	2
Bağıl Değer	0,7	0,7
TİG	Tonsillektomi ve/veya Adenoidektomi	Tonsillektomi ve/veya Adenoidektomi
MDC	MDC - 03 KBB & Ağız Hastalıkları	MDC - 03 KBB & Ağız Hastalıkları
Teminatlar	• Ameliyat • Operatör	• Ameliyat • Operatör
Hasar Tutarı (Cari)	5.232	2.912