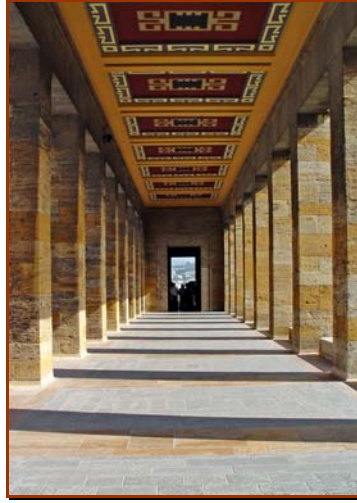




**Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi
ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi
Araştırma Projesi**



RAPOR
Ulusal DRGs Geliştirilmesi Çalışmalarının Sonuçları
(D.B.3.2)
18.12.2006

İçindekiler

1	Pilot Hastanelerde AR-DRGs Sisteminin Aşağıdan Yukarıya” (Bottom-Up) Maliyetlendirme Yöntemine Göre Uygulamaya Geçilmesi, İzlenmesi Ve Değerlendirmesi.....	3
2	Klinik maliyetlerde revizyonlar yapılması ve DRG değer tablolarının iyileştirilmesi.	4
3	Tıbbi Kayıt Kodlama Eğitimlerinin Yaygınlaştırılması	25
4	Hastane Düzeyinde Vaka Bileşimi Yönetimi – Finansal Raporlama ve Kalite Güvencesi Sisteminin Geliştirilmesi	35
5	DRG yoluyla finansman için gerekebilecek mevzuat düzenlemeleri ile ilgili öneriler	43
6	Bir Türk Gruplama Motoru Geliştirilmesi İçin Gerekliliklerin Değerlendirilmesi ve Önerileri	59
7	Uygulama destek hizmetleri verilmesi	60
8	Pilot Hastanelerde Gerçekleştirilen AR-DRGs “Aşağıdan Yukarıya” (Bottom-Up) Maliyetlendirme Çalışmaları Analizleri.....	62
9	Ulusal DRGs geliştirilmesi çalışmalarının sonuçlarının bir demonstrasyon ile sunulması.....	70
	EK-1 Eğitimler ve Katılımcı Listeleri	71
	EK-2 KLİNİK KODLAMA VERİ ANALİZLERİ EKİ.....	77
	EK – 3 Yönetim Tabloları.....	83
	EK – 4 Maliyet Verisi Analiz Sonuçları	84
	EK – 5 Proje Sonuç Toplantısı Gündemi ve Katılımcı Listesi.....	85

1 Pilot Hastanelerde AR-DRGs Sisteminin Aşağıdan Yukarıya” (Bottom-Up) Maliyetlendirme Yöntemine Göre Uygulamaya Geçilmesi, İzlenmesi Ve Değerlendirmesi

Bu rapor, proje için seçilen 8 pilot hastanede yürütülen çalışmayı açıklamaktadır. Bu hastaneler, proje ekibi ile birlikte, hastaların AR-DRG'ler adı verilen klinik kategorilerine ayrılabilmesini ve bu klinik kategorilerine maliyet ağırlıklarının atanabilmesini sağlamak üzere, klinik ve maliyet verilerinin toplanmasını desteklemek amacıyla bir dizi etkinlik üzerinde çalışmıştır. Bu çalışmayı bir bütün olarak yürütebilmek için, proje ekibi tarafından hastanelere eğitim, yazılım araçları ve destek sağlanmıştır. Yürütülen bu özel çalışma ve alınan sonuçlar bu raporda açıklanmaktadır.

Bu pilot projenin esas amacı, bir Türk DRG'ye dayalı ödeme sisteminin tasarımına ve geliştirilmesine başlamak için gerekli verileri toplamanın mümkün olup olmadığını belirlemektir. Bu, öncelikle tanı ve işlem kodlarıyla ve proje ekibi tarafından sağlanan yazılım aracılığıyla hasta düzeyinde toplanan ilgili tüm demografik verilerle belgelendiği biçimde, tedavi gören hastaların tiplerini açıklayan hastane verileri olmaksızın yapılamamaktadır. Buna ilaveten, ayrı bir görev olarak, DRG'lere gruplandırılan hastalara dayalı yeni bir ödeme sistemi oluşturmak amacıyla, her bir DRG grubu için bir ortalama maliyet bulmak üzere, ideal olarak hasta düzeyinde maliyet verilerini toplamamız gerekmiştir. Esasen söz konusu pilot projeden önce bu konuya fazla özen gösterilmediğinden, klinik ve maliyet verilerini toplamak zorlu bir iş olarak gerçekleşmiştir.

Projedeki 8 pilot hastaneden ilk olarak yaklaşık 16 ay önce katılım göstermedeki isteklilikleri, ikinci olarak ise hem klinik hem de maliyet verilerini toplama ve proje ekibine sunma konusunda sürmekte olan kesintisiz işbirlikleri ve bağlılıkları açısından bahsedilmelidir.

2 Klinik maliyetlerde revizyonlar yapılması ve DRG değer tablolarının iyileştirilmesi.

Gelecekteki hastane ödemeleri AR-DRG klinik kategorilerini temel alacaksa, AR-DRG maliyet ağırlıklarına ihtiyaç duyulacaktır. Bu maliyet ağırlıkları, bir DRG'nin bir diğerine kıyasla görelî maliyetliliğini temsil eder ve bu nedenle, neden bazı vakalara (AR-DRG'lere gruplanan hastalar) ortalama vakadan (maliyet ağırlığı 1,0) daha fazla ödeme yapılması gerekirken diğerlerine ortalamanın altında ödeme yapılması gerektiğini açıklayan bir faktör veya çarpan olarak düşünülebilir. Maliyet ağırlıklarının oluşturulmasına yönelik bir dizi yöntem vardır: Örneğin; en kolay yöntem, bir başka ülkeden maliyet ağırlığını (bağıl değerleri) "ödünc almaktır". Bu maliyet ağırlıkları kusursuz değildir; ancak, uygulama görüntüleri benzerse kolaylıkla uygulanabilirler. Ülkeye özel maliyet ağırlıkları geliştirmek önemli bir çalışmadır; ancak, özellikle ideal model benimsenmişse – deneme ve hasta düzeyinde maliyet verileri toplama – zorlu ve zaman alıcı olabilmektedir. Maliyet ağırlıklarının hesaplanmasına yönelik olarak pek çok kesim tarafından aynı derecede yeterli bulunan bir diğer seçenek ise, bölümlerden veya maliyet merkezlerinden başlayıp hasta düzeyine inerek maliyetlerin nasıl tahsis edileceği konusunda belirli varsayımlarda bulunan bir "yukarıdan aşağı maliyetlendirme" yaklaşımını kullanmaktır. Her iki durumda da, bir metodoloji seçilmeli ve maliyet verilerinin toplanmasına başlamadan önce hastanelere bunun ilkeleri konusunda eğitim verilmesi gerekmektedir.

Hastanelerin mevcut insan kaynakları ve temin imkanları dikkate alınarak klinik ve maliyet verilerinin toplanmasına yönelik personel altyapısı oluşturulması çalışmaları tamamlanmıştır. Buna yönelik olarak; çekirdek gruplarda alınan kararlar doğrultusunda hastanelerle temas kurularak söz konusu personelin belirlenmesi ve eğitim verilmesi çalışmaları tamamlanmıştır.

10-11 Kasım 2005 tarihlerinde verilen "DRG Uygulamaları ve Klinik Maliyetlendirme Çalışmaları" konusunda verilen eğitimden sonra yapılan saha gezilerinde hastane yönetimlerinin belirlediği personele bilgilendirme yapılmıştır. Hastanelerde yapılan incelemeler sonucunda gerekli olan insangücü belirlenerek hastanelerden (varsa) eksik olan personeli temin etmeleri ve isimlerini bildirmeleri istenmiştir. Gerek

kadrolu gerekse sözleşmeli personelden oluşan ekipler tamamlandıktan sonra eğitim aşamasına geçilmiştir.

Klinik maliyetlendirme konusunda çalışacak olanlar, 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.

Eğitimler ve eğitimlere katılanların listesi Ek-1' de verilmiştir

Veri Toplama – Araçlar ve Süreç

DRG projelerine dahil olan her hastanenin asıl amacı gelen tüm hastaların bilgilerinin standart bir formatta sağlanmasıdır:

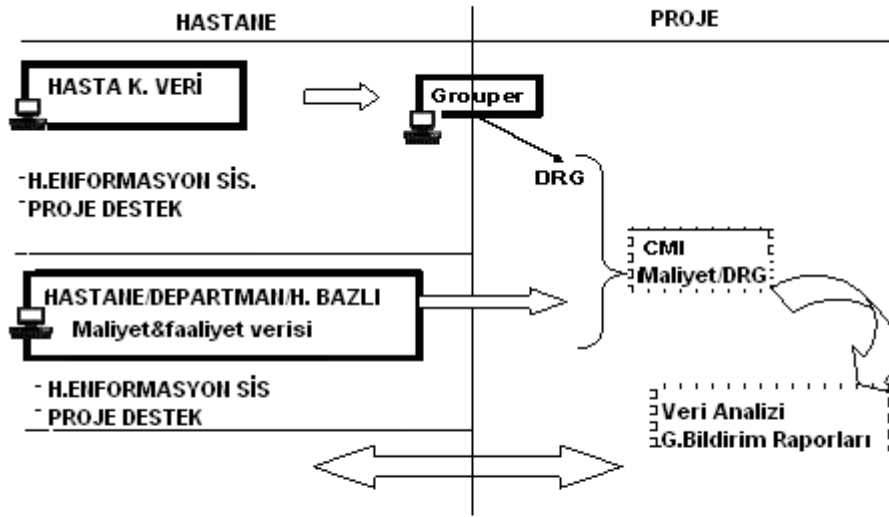
- Sosyo demografik Veri
- Klinik Veri (Ana tanılar, İkincil tanılar, Komplikasyonlar ve Komorbiditeler Prosedür verisi)
- Maliyet Verisi (Hasta bazında maliyet verisi,diğer bir deyişle hastane maliyet verisi maliyet çeşitleri ve maliyet merkezleri kullanılarak yapılır)
- Diğer Faaliyet Verileri

Bu veriler merkez proje ekibi tarafından toplanılmakta ve sunulmaktadır.

Bu proje kapsamında hasta düzeyinde veri toplanması minimum temel veri seti anlamına gelir ve klinik ve kaynak kullanımını içerecek şekilde DRG gruplandırmasında kullanılır. Sonuçta veri analizi ve hastane kıyaslamaları için

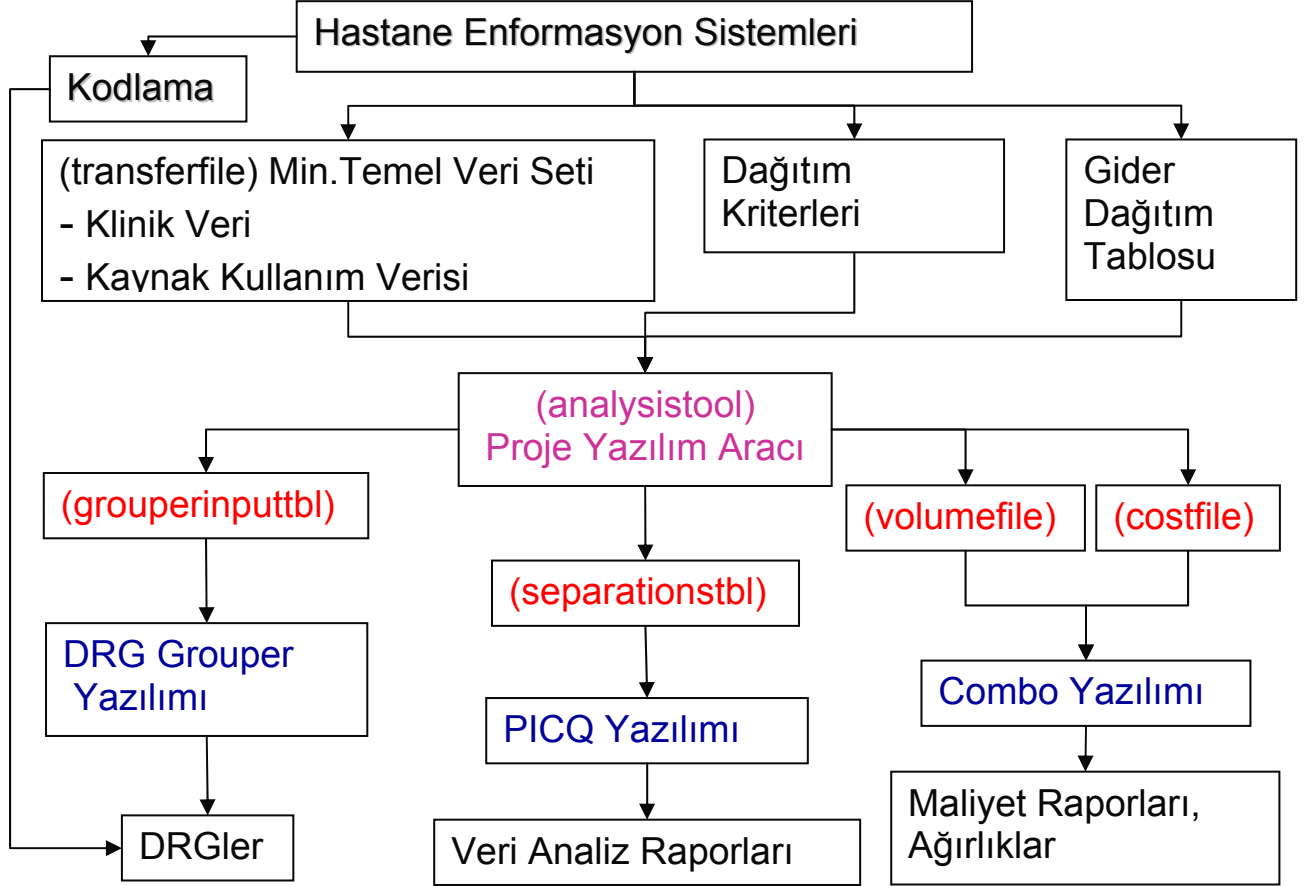
hastane maliyet modellemesine ulaşmak amaçlanmıştır. Hastaneler, verilerini sahip oldukları yazılım sistemlerine uygun formatta almayı beklerler ancak MBDS, projeye uygun şekildeki tanımlamalara göre düzenlenmektedir.

Maliyet modelleme çalışması için, doğrudan hastalarla ilişkilendirilemeyen diğer hizmetlerin maliyetlerini de modele yansıtabilmek için ayrıca bölüm seviyesinde finansal veri toplama faaliyetleri de proje kapsamında yer almaktadır. Bu faaliyetler daha aşağıda ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Aşağıda yer alan tabloda, kullanılan araçlar ve veri akışı gösterilmektedir. Bu veri akışının detaylı açıklamalarını gelecek bölümde bulabilirsiniz.



Veri akış süreci aşağıdaki tabloda özet bir şekilde anlatılmıştır:

Veri Akış Tablosu



Hasta Bazında Klinik ve Kaynak Kullanım Verisi Toplama Süreci

Hasta düzeyinde standart veri grubunun hastanelerden toplanması için gerekli alan ve formatları içeren bir Microsoft Access veritabanı dosyası oluşturulmuştur. Bu dosya “transferfile.mdb” olarak isimlendirilir. Hastaneler bu dosyayı kendi verilerine göre oluşturmakta ve proje grubuna internet üzerinden göndermektedir. “Transferfile”ın oluşturulması ve gönderilmesi tüm formatlara uygunluğu sağlamaktır. Dosya 5 adet “data tables” içerir (MBDS): mbdsGeneral, mbdsDiagnosis, mbdsProcedures, mbdsExtended and mbdsSupplemental. Alanlar ve formatlar

aşağıda ayrıntılı bir biçimde anlatılmıştır. Bakınız **Tablo - 1 : Minimum Temel Veri Seti**

Tüm veriler kodlanmıştır. Bunun için 13 adet “list tables” kodlu bir şekilde mevcuttur:

Hastane Kodu

Hasta Tipi

Cinsiyet

Kabul no

Aciliyet Durumu

Taburcu Şekli

ICD10AM tanı listesi

But prosedürleri

ACHI prosedürleri

Departmanlar

Bölüm Uzmanlık

Doktor Uzmanlık

DRG listesi

Bakınız **Tablo - 2 : Liste Dosyaları**

2005 yılının ikinci yarısında başlanılan veri toplama sürecinde hastaneler tanı kodlamalarını 3' lü ICD10 ile ve prosedürler için BUT kodlarını kullanmışlardır. Aşamalı olarak tanı kodları için ICD 10-AM ve prosedür kodları için ACHI tanıtılmış ve hastaneler bu yeni kodlar ile çalışmaya başlamışlardır.

Ayrıca BUT kodları ve ACHI kodlarının eşleştirildiği bir tablo mevcuttur. (ACHI = Australian Classification of Health Interventions). ACHI kodunun bulunmayıp yalnızca BUT kodunun olduğu hasta dosyalarında, ACHI kodlarının gruplandırma ve eşleştirme işlemleri ilk fazda hastane tarafından değil Proje Grubu tarafından yapılmaktadır. – Bakınız **Tablo 3 : BUT - ACHI Eşleştirme Tablosu**. Bu liste yalnızca bilgi olarak bulundurulur, herhangi bir gereksinim için kullanılmaz.

Tablo 1:Minimum Temel Veri Seti (Minimum Basic Data Set)

Gerekli	Veri Alanı			Açıklama	Kod Listesi/Tablo
	Genel				
x	Hospital Identifier (Hastane Numarası)	text	4	Hastanenin kodu	listHospitalIdentifier
x	Patient Identifier (Hasta Numarası)	text	10	Hastane başvurusunda alınan hasta numarası	
x	Admission Identifier (Hasta Kabul No)	text	10	Hasta kabullerinde verilen epizot no	
	Patient Type (Hasta Grubu)	text	1	Yeşil kart, SSK gibi	listPatientType
x	Patient Date of Birth (Hastanın Doğum Tarihi)	date	dd/mm/yyyy		
x	Patient Gender (Hastanın Cinsiyeti)	text	1	Erkek, Kadın	listGender
x	Admission Date (Başvuru Tarihi)	date	dd/mm/yyyy		
x	Admission Time (Başvuru zamanı)	time	hh:mm		
x	Discharge Date (Taburcu Tarihi)	date	dd/mm/yyyy		
x	Discharge Time (Taburcu Zamanı)	time	hh:mm		
x	Number of Leave Days (Tatil Günleri)	number	2	Hasta epizotu boyunca hastanın izinli olarak ayrıldığı günler (hasta çıkışında belirlenir)	
	Admission Mode (Kabul Sebebi)	text	1	Bir başka hastaneden sevk ile veya doğrudan başvuru gibi	listAdmissionMode
	Admission Urgency (Aciliyet Durumu)	text	1	Acil, planlı (acil olmayan tüm yatışlar) gibi.	listAdmissionUrgency
x	Discharge Mode (Taburcu Sebebi)	text	1	, transfer ve ölüm gibi	listDischargeMode
x	New Born Admission Weight (Yeni Doğan Çocuk Kilosu)	number	4	28 günlük veya daha küçük olan bebeklerin, hastaneye yatışı esnasında ağırlığıdır. GRAM olarak yazılmalıdır. Örneğin: 2550	
	Admission Diagnosis Code (Ön Tanı Kodu)	text	7	ICD10-AM tanı kodu	listDiagnosisICD10AM
	DRG Code (DRG Kodu)	text	4	DRG kodu (Merkezde gruplandırıldıktan sonra hastaneye geri bildirilecektir)	listDRGs
	User Name (Kullanıcı İsmi)	text	25	Kullanıcının ismidir.	
	Tanımlar				
x	Hospital Identifier (Hastane Numarası)	text	4	Hastanenin kodu	listHospitalIdentifier
x	Patient Identifier (Hasta Numarası)	text	10	Hastane başvurusunda alınan hasta numarası	

Gerekli	Veri Alanı			Açıklama	Kod Listesi/Tablo
x	Admission Identifier (Hasta Kabul No)	text	10	Hasta kabullerinde verilen epizot no	
	(<i>DiagnosisNo</i>) (<i>Tanı No</i>)	number	2	Tanıların geri sayımı	
x	Discharge Diagnosis Code (Kesin Tanı Kodu)	text	7	Tümü ICD10-AM den derlenmiştir.	listDiagnosisICD10AM
x	Principal Diagnosis Flag (Temel Tanı Başlığı)	text	1		
	Prosedürler				
x	Hospital Identifier (Hastane Numarası)	text	4	Hastanenin kodu	listHospitalIdentifier
x	Patient Identifier (Hasta Numarası)	text	10	Hastane başvurusunda alınan hasta numarası	
x	Admission Identifier (Hasta Kabul No)	text	10	Hasta kabullerinde verilen epizot no	
	(<i>ProcedureNo</i>)(<i>Prosedür No</i>)	number	2	Prosedürlerin geri sayımı	
	Procedure BUT Code (BUT Prosedür Kodları)	text	7	Tüm toplanan veriler: Görüntüleme ve patoloji gibi.	listProcedureBUT
x	Procedure ACHI Code (ACHI Prosedür Kodları)	text	8	Tüm toplanan ACHI Kod Prosedürleri	listProcedureACHI
	Procedure Date (İşlem tarihi)	date	dd/mm/yyyy	Eğer mümkünse her prosedür için	
	Procedure Cost (İşlem maliyeti)	number	6	Tedarik fiyatı YTL	
	Procedure Price (İşlem fiyatı)	number	6	Oluşan işlemin fiyatı YTL	
	Minimum Basic Data Set - Genişletilmiş				
	Yönetim ve Transfer Departmanları				
	Hospital Identifier (Hastane Numarası)	text	4	Hastanenin kodu	listHospitalIdentifier
	Patient Identifier (Hasta Numarası)	text	10	Hastane başvurusunda alınan hasta numarası	
	Admission Identifier (Hasta Kabul No)	text	10	Hasta kabullerinde verilen epizot no	
	<i>DepartmentNo</i> (<i>Departman Numarası</i>)	number	2	Departmanların gerisayımı	
	Department Code (Department Kodu)	text	4	Tüm hastaneler için departman kodları	listDepartment
	Department Speciality Code (Departman Uzmanlık Kodu)	text	4	Uzmanlık kodu	listDepartmentSpecialty
	Date moved into Department (Bölüme geliş zamanı)	date	dd/mm/yyyy		

Gerekli	Veri Alanı			Açıklama	Kod Listesi/Tablo
	Time moved into Department (Bölümden çıkış zamanı)	time	hh:mm		
	Date moved out of Department (Bölüme geliş tarihi)	date	dd/mm/yyyy		
	Time moved out of Department (Bölümden çıkış tarihi)	time	hh:mm		
	Doctor's Code (Doktor kodu)	text	11	Hastane başvurusunda kullanılan doktor kodu	
	Doctor's Specialty Code (Doktor Uzmanlık Kodu)	text	4	Uzmanlık kodu	listDoctorSpecialty
	Minimum Basic Data Set - tamamlayıcı				
	Diğer				
	Hospital Identifier (Hastane Numarası)	text	4	Hastanenin kodu	listHospitalIdentifier
	Patient Identifier (Hasta Numarası)	text	10	Hastane başvurusunda alınan hasta numarası	
	Admission Identifier (Hasta Kabul No)	text	10	Hasta kabullerinde verilen epizot no	
	Time spent in Theatre (Ameliyathanede geçirilen zaman)	time	hh:mm	Cerrahi operasyon boyunca	
	Anaesthetic Time (Anestezi süresince geçen zaman)	time	hh:mm	Anestezi süresince	
	Hours of Mechanical Ventilation (Mekanik Ventilasyon Saati)	time	hh:mm	Mekanik ventilasyon süresince	
	Time spent in Emergency (Acil Serviste Harcanan Zaman)	time	hh:mm	Departman olarak tutulmuyor ise	
	Time spent in ICU (ICU'da harcanan zaman)	time	hh:mm	Departman olarak tutulmuyor ise	
	Medical Time (Doktorla geçirilen zaman)	time	hh:mm	Hastanın doktorla geçirdiği zaman	
	Nursing Time (Hemşireyle geçirilen zaman)	time	hh:mm	Hastanın hemşireyle geçirdiği zaman	
	Allied Health Time (İlişkili uzmanlık dalları ile geçirilen zaman)	time	hh:mm	Hastanın ilişkili uzmanlık dalları uzmanları ile geçirdiği zaman	
	Total Cost for Drugs & Medical Materials (İlaç ve malzemelerin toplam maliyeti)	number	6	İlaç ve malzemelerin toplam tedarik fiyatı YTL	
	Total Charge (Toplam tutar)	number	6	YTL olarak oluşan toplam fiyat	

Tablo 2: Liste Tabloları

listHospitalIdentifier		
HospitalIdentifier	HospitalIdentifierDescription_Tr	HospitalIdentifierDescription_En
ACH	Acibadem Hastanesi	Istanbul Acibadem Private Hospital
AFY	Afyon Devlet Hastanesi	Afyon State Hospital
ANK	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Ankara Training and Research Hospital
ANT	Antalya Devlet Hastanesi	Antalya State Hospital
DOK	Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Hastanesi	Dokuz Eylül Medical School Hospital
GAZ	Gaziantep Devlet Hastanesi	Gaziantep State Hospital
HUH	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri	Hacettepe University Hospitals
LKH	Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Dr. Lutfi Kırdar Training and Research Hospital

listPatientType		
PatientType	PatientTypeDescription_Tr	PatientTypeDescription_En
1	Yeşil Kart	Green Card
2	Emekli Sandığı	Retired Fund
3	SSK	SSK
4	Bağ-Kur	Bağ-Kur
5	Devlet Memuru	Civil Servant
6	Özel Sağlık Sigortalı	Private Health Insurance
7	Diğer	Other

listGender		
PatientGender	GenderDescription_Tr	GenderDescription_En
1	Erkek	Masculin
2	Kadın	Feminin

listAdmissionMode		
AdmissionMode	AdmissionModeDescription_Tr	AdmissionModeDescription_En
1	Birinci basamaktan sevk ile	Sent by the GP
2	Bir başka hastaneden sevk ile	Transferred from another hospital
3	Doğrudan başvuru	At request
4	Hasta türü/servisi değişimi	Statistical admission
5	Diğer	Other
9	Bilinmiyor	Unknown

listAdmissionUrgency		
AdmissionMode	AdmissionModeDescription_Tr	AdmissionModeDescription_En
1	Acil	Emergency
2	Planlı	Elective (Planned)
3	Atanmamış	Urgency status not assigned
9	Bilinmiyor	Not known / Not reported

listDischargeMode		
DischargeMode	DischargeModeDescription_Tr	DischargeModeDescription_En
1	Akut Bakım Hastanesine Taburcu/Transfer	Discharge/Transfer To Acute Hospital
2	Evde Bakım	Discharge/Transfer To Nursing Home
3	Psikiyatri	Discharge/Transfer To Psych
4	Rehabilitasyon İçin Taburcu/Transfer	Discharge/Transfer To Care Accomodation
5	İstatistiksel Taburcu - Hasta Türü/Servisi Değişimi	Statistical Discharge - Type Changed
6	Tavsiyeye Karşın Ayrılış	Left Again Advice
7	İstatistiksel Taburcu - İzinli Ayrılış	Statistical Discharge - From Leave
8	Ölüm	Died
9	Eve	Home

listDiagnosisICD10AM		
DiagnosisICD10AMCode	DiagnosisDescription_Tr	DiagnosisDescription_En
A00	Kolera	Cholera
A00.0	Kolera, Vibrio cholerae 01, biovar koleraya bağlı	Cholera due to Vibrio cholerae 01, biovar cholerae
A00.1	Kolera, Vibrio cholerae 01, biovar eltora bağlı	Cholera due to Vibrio cholerae 01, biovar eltor
A00.9	Kolera, tanımlanmamış	Cholera, unspecified
A01	Tifo ve paratifo	Typhoid and paratyphoid fevers
A01.0	Tifo	Typhoid fever
A01.1	Paratifo A	Paratyphoid fever A
A01.2	Paratifo B	Paratyphoid fever B
A01.3	Paratifo C	Paratyphoid fever C
...		

listProcedureBUT		
ProcedureBUTCode	ProcedureBUTDescription_Tr	ProcedureBUTDescription_En
510.010	1. sınıf banyolu tek yataklı odalar	1st class single-bed rooms with bath
510.020	1. Sınıf: Tek yataklı banyosuz veya iki yataklı banyolu odalar	1st class: Single-bed rooms without bath or double-bed rooms with bath
...		

listProcedureACHI				
ProcedureACHICode	ProcedureACHIDescription_Tr	ProcedureACHIDescription_Short_Tr	ProcedureACHIDescription_En	ProcedureACHIDescription_Short_En
11000-00			Electroencephalography	Electroencephalography
11003-00			Electroencephalography of >=3 hours duration	Electroencephalography of >= 3 hours
11006-00			Temporosphenoidal electroencephalography	Temporosphenoidal electroencephalography
11009-00			Electrocorticography	Electrocorticography
11012-00			Electromyography [EMG]	Electromyography [EMG]
11012-01			Conduction studies on 1 nerve	Conduction studies on 1 nerve
...				

listDepartment		
DepartmentCode	DepartmentDescription_Tr	DepartmentDescription_En
1001	Acil Cerrahi Servisi	
1002	Acil Dahiliye Servisi	
1003	Acil Poliklinik	
1004	Acil Servis	
1005	Acil Yoğun Bakım	
1006	Çocuk Acil	
1007	Alerji Hastalıkları	

listDepartmentSpecialty		
DepartmentSpecialtyCode	DepartmentSpecialtyDescription_Tr	DepartmentSpecialtyDescription_En
1000	İç Hastalıkları	
1048	Yoğun Bakım	
1053	Tibbi Onkoloji	
1055	Romatoloji	
1062	Nefroloji	
1068	İş ve Meslek Hastalıkları	
...		

listDoctorSpecialty		
DoctorSpecialtyCode	DoctorSpecialtyDescription_Tr	DoctorSpecialtyDescription_En
1000	İç Hastalıkları	
1048	Yoğun Bakım	
1053	Tıbbi Onkoloji	
1055	Romatoloji	
1062	Nefroloji	
1068	İş ve Meslek Hastalıkları	
1069	İmmünoloji	
...		

Tablo 3: BUT - ACHI Eşleştirme Tablosu

mapBUT_ACHI			
BUTCode	BUTDescr	ACHICode	ACHIDescr
703.120	Wada testi sırasında EEG kaydı	11000-00	Electroencephalography
703.030	EEG monitorizasyonu, 1 saat	11000-00	Electroencephalography
703.020	Rutin EEG (çocuk-büyük)	11000-00	Electroencephalography
703.010	Ameliyatta EEG monitorizasyonu	11000-00	Electroencephalography
703.000	Aktivasyonlu EEG	11000-00	Electroencephalography
703.040	EEG monitorizasyonu, 3 saat	11003-00	Electroencephalography of >= 3 hours
703.050	EEG monitorizasyonu, 24 saat	11003-00	Electroencephalography of >= 3 hours
703.080	Video-EEG, sfenoid elektrotlar ile	11006-00	Temporosphenoidal electroencephalography
614.760	Elektrokortikografi	11009-00	Electrocorticography
703.270	Rutin EMG taraması / Elektrodiagnostik konsültasyon	11012-00	Electromyography [EMG]
703.190	EMG, periodik paralizi protokolü	11021-00	EMG with quantitative computer analysis
...			

Alanların Kullanımı

mbdsGeneral	Kullanım Şekli
Hastane Kodu	Veri Tabanı ID
Hasta No	Veri Tabanı ID
Kabul No	Veri Tabanı ID
Hasta Tipi	Klinik Analizler
Doğum Tarihi	DRG Gruplama
Cinsiyeti	DRG Gruplama
Geliş Tarihi	DRG Gruplama, Maliyetlendirme
Geliş Saati	Maliyetlendirme
Çıkış Tarihi	DRG Gruplama, Maliyetlendirme
Çıkış Saati	Maliyetlendirme
Günlük Çıkışlar	Maliyetlendirme
Başvuru Şekli	Klinik Analizler
Acil Başvuru Şekli	Klinik Analizler
Taburcu Şekli	DRG Gruplama
Yeni Doğan Bebek Ağırlığı	DRG Gruplama
Ön Tanı	Klinik Analizler
Kullanıcı Adı	Veritabanı Kullanıcısı
DRG Kodu	Hastanelere Geribildirim

mbdsDiagnosis	Kullanım Şekli
Hastane Kodu	Veri Tabanı ID
Hasta No	Veri Tabanı ID
Kabul No	Veri Tabanı ID
Son Tanı	DRG Gruplama
Ana Tanı	DRG Gruplama

mbdsProcedures	Kullanım Şekli
Hastane Kodu	Veri Tabanı ID
Hasta No	Veri Tabanı ID
Kabul No	Veri Tabanı ID
ProcedureBUTCode	DRG Gruplama, Maliyetlendirme
ProcedureACHICode	DRG Gruplama
ProcedureDate	Maliyetlendirme
ProcedureCost	Maliyetlendirme
ProcedureCharge	Maliyetlendirme

mbdsExtended	Kullanım Şekli
Hastane Kodu	Veri Tabanı ID
Hasta No	Veri Tabanı ID
Kabul No	Veri Tabanı ID
Departman No	Maliyetlendirme
Department Kodu	Maliyetlendirme
Department Uzmanlık	Maliyetlendirme
Geliş Tarihi	Maliyetlendirme
Geliş Saati	Maliyetlendirme
Çıkış Tarihi	Maliyetlendirme
Çıkış Saati	Maliyetlendirme
Doktor Kodu	Klinik Analizler
Doktor Uzmanlık Kodu	Klinik Analizler

mbdsSupplemental	Kullanım Şekli
Hastane Kodu	Veri Tabanı ID
Hasta No	Veri Tabanı ID
Kabul No	Veri Tabanı ID
Ameliyathanede Geçen Süre	Maliyetlendirme
Anestezi Süresi	Maliyetlendirme
Mekanik Ventilasyon Süresi	Maliyetlendirme
Acilde Geçen Süre	Maliyetlendirme
Yoğun Bakımda Geçen Süre	Maliyetlendirme
Doktorla Geçen Süre	Maliyetlendirme
Hemşireyle Geçen Süre	Maliyetlendirme
Yardımcı Sağlık P. İle Geçen Süre	Maliyetlendirme
Toplam İlaç ve Malzeme Maliyetleri	Maliyetlendirme
Toplam Gelir	Maliyetlendirme

Veri Toplama İşlemleri

Tranferfile, hastanelere teknik bilgileri içeren ve kapsamlı açıklamalar bulunan kullanıcı rehberi ile birlikte gönderilmiştir. Hastaneler bu verileri alabilmek ve proje ekibine gönderebilmek için kendi Hastane Enformasyon Sistemleri ve Transferfile arasındaki bağlantıyı sağlayacak bir yazılım aracı yapmak durumundadırlar. Proje ekibi hem hastane ziyaretlerinde hem de telefon ile hastane personeline bu konuda sürekli teknik destek vermişlerdir. Periyodik olarak toplanan veriler aşağıda yer almaktadır;

No.	Hastane Kodu	Hastane İsmi	Epizot Sayısı 2004	Epizot Sayısı 2005	Epizot Sayısı 2006	2006 Veri Toplama	Mbds General 2006	Mbds Diagnosis 2006	Mbds Procedures 2006	Mbds Extended 2006	Mbds Supplemental 2006
1	HUH	Hacettepe	29664	31924	26049	9 ay	evet	evet	evet	evet	kısmen
2	ANK	Ankara	-	36422	26664	9 ay	evet	evet	evet	evet	kısmen
3	LKH	Kartal	-	14979	18903	9 ay	evet	evet	evet	hayır	hayır
4	BKR	Bakirkoy	-	-	9254	-	evet	evet	evet	evet	kısmen
5	KDK	Kadikoy	-	-	11125	6 ay	evet	evet	evet	evet	kısmen
6	KOZ	Kozyatagi	-	-	5222	-	evet	evet	evet	evet	kısmen
7	AFY	Afyon	-	12547	10840	9 ay	evet	evet	evet	evet	kısmen
8	ANT	Antalya	-	34658	32249	9 ay	evet	evet	evet	evet	kısmen
9	GAZ	Antep	-	35248	25910	9 ay	evet	evet	evet	evet	kısmen
10	DOK	Izmir	-	-	-	-	hayır	hayır	hayır	hayır	hayır
	Total										

Departmantal Düzeyde Maliyet ve Kaynak Kullanım Verisi Toplama Süreci

Hasta bazında veri toplandığı gibi bir de departman bazında veri toplanması gerekmektedir. Hasta bazında veri toplama süreci yukarıda bahsedilen Transferfile ile yapılırken departman bazında mali veriler başka bir araçla; Gider Dağıtım Tablosu ile toplanmaktadır. Aşağıda Gider Dağıtım Tablosu ile ilgili ve bu tablonun doldurulması için oluşturulmuş iki adet rehber hakkında ayrıntılı bilgileri bulabilirsiniz.

Gider Dağıtım Tablosu

Gider Dağıtım Tablosu, gider çeşitlerinin departman bazında dağılımıdır. Gider Çeşitleri ve Yerleri, Tekdüzen Muhasebe Sistemi (TMS) sistematığı içerisinde ele alınarak sınıflandırılmıştır. Gider yerlerinin tekdüzen sınıflamasında, TMS'den ayrı olarak EÜGY ve YÜGY'lerinin Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'ne uygun bir yapıda sınıflandırılmasına da dikkat edilmiştir ve fonksiyonel bölümlene yöntemi kullanılmıştır. Gider çeşitlerinin sınıflandırılmasında TMS'nin sekiz ana gruplu yapılanmasından yararlanılmıştır. Aşağıda Gider Dağıtım Tablosu'nun bir örneğini görebilirsiniz;

	İÇ HASTALIKLARI		KARDİYOLOJİ			PSİKİYATRİ		
	POLİKLİNİK 1	POLİKLİNİK 2	POLİKLİNİK	KLİNİK	YOĞUN BAKIM	POLİKLİNİK	KLİNİK	KLİNİK
	1000P1	1000P2	1011P	1011K1	1015Y	1016P	1016K1	1016
0 İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ	220,41	229,90	352,16	507,02	82,35	12,10	16,03	
01 TIBBİ SARF MALZEMESİ KULLANIMLARI	209,13	205,66	340,16	495,99	70,25	0,00	0,00	
010 İLAÇLAR	209,13	205,66	340,16	324,71	58,89	-	-	-
011 TIBBİ SARF MALZEMELERİ	0,00	0,00	-	171,28	11,37	-	-	-
012 TIBBİ GÖRÜNTÜLEME MALZEMELERİ								
013 LABORATUVAR MALZEMELERİ								
014 TIBBİ GAZLAR								
015 RADYOAKTİF MALZEMELER								
016 KAN VE KAN ÜRÜNLERİ								
019 DİĞER TIBBİ SARF MALZEMELERİ								
02 DİĞER MALZEME KULLANIMLARI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
020 BÜRO MALZEMESİ								
021 TEMİZLİK MALZEMESİ								
022 İSİTMA MALZEMESİ								
023 AKARYAKIT VE YAĞLAR								
024 YİYECEK MALZEMESİ								
025 İÇECEK MALZEMESİ								
027 DÖŞEME / MEFRUŞAT MALZEMESİ								
028 TAŞIT ARAÇLARI PARÇALARI								
029 DİĞER MALZEMELER								
03 BAKIM VE ONARIM MALZEMELERİ KULLANIMLARI	11,28	24,24	12,00	11,03	12,10	12,10	16,03	
030 İNŞAAT MALZEMELERİ								
031 HIRDAVAT MALZEMELERİ	11,28	24,24	12,00	11,03	12,10	12,10	16,03	
032 ELEKTRİK MALZEMELERİ								
033 BOYA MALZEMELERİ								

Gider Çeşitleri Rehberi

Bu rehber; hastane işletmelerinde maliyet muhasebesinin temel unsurlarını oluşturan gider çeşitlerinin, Tekdüzen Muhasebe Sistemi (TMS) sistematigi içerisinde ele alınarak sınıflandırılması ve gider çeşitlerinin maliyet dönemlerini ilgilendiren toplam tutarlarının belirlenmesinde kullanılacak veri kaynaklarının tanımlanması amacıyla düzenlenmiştir.

Rehber içerisindeki ikinci bölümde, metin içerisinde kullanılan kısaltmalara ilişkin tanımlara yer verilmiştir.

Üçüncü bölümde ise TMS sistematigi içerisinde sınıflandırılan, kodlanan ve gruplandırılan gider çeşitlerine ilişkin olarak, üniversite, devlet ve özel hastane işletmelerinde yararlanılabilecek veri kaynaklarının tanımlarına değinilmiştir. Bu bölümde giderler temel olarak TMS sistematigi içerisinde kullanılan 8'li ayrıma tabi tutulmuş 0-7 başlangıç kodlarıyla sekiz ana grupta desimal tasnifler yapılmıştır.

Gider çeşitlerinin sınıflandırılmasında kullanılan sekizli kod sistematigi temel olarak TMS hukuki yapılanmasından alınmıştır. Kullanılan kodların, ileride maliyet

muhasebesi ile ilgili olarak kurulacak muhasebe hesap planlarına da esas olabileceği öngörülmektedir.

Rehberin dördüncü bölümünde, bir önceki bölümde topluca sunulan gider çeşitlerinin açıklamalarına ve üç değişik hastane türüne (üniversite, devlet, özel) yönelik olarak kullanılacak veri kaynakları analizlerine değinilmiştir.

Gider çeşitleri, veri kaynaklarının farklılığı nedeniyle, stoklanabilen giderler ve stoklanamayan giderler olarak ayrıştırılarak ele alınmıştır. Rehberde Gider Çeşitleri aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır:

0. İLK MADDE VE MALZEME GİDERLERİ
 01. Tıbbi Sarf Malzemesi Kullanımları
 02. Diğer Malzeme Kullanımları
 03. Bakım Ve Onarım Malzemesi
 04. Üretim İlk Maddesi Kullanımları
 05. İnşaat İlk Madde Kullanımları
 09. Diğer İlk Madde Ve Malzeme Kullanımları
1. İŞÇİ ÜCRET VE GİDERLERİ
 10. Hekim İşçilik Giderleri
 11. Hemşire İşçilik Giderleri
 12. Diğer Sağlık Personeli İşçilik Giderleri
 13. Diğer Personel İşçilik Giderleri
2. MEMUR ÜCRET VE GİDERLERİ
 20. Hekim İşçilik Giderleri
 21. Hemşire İşçilik Giderleri
 22. Diğer Sağlık Personeli İşçilik Giderleri
 23. Diğer Personel İşçilik Giderleri
3. DIŞARDAN SAĞLANAN FAYDA VE HİZMETLER
 30. Elektrik, Su, Yakacak Giderleri
 31. Haberleşme Giderleri
 32. Bakım Onarım Giderleri
 33. Dışardan Sağlanan Hizmet Giderleri
 34. Dışardan Sağlanan Personel Hizmetleri
 35. Dışardan Sağlanan Tıbbi Hizmetler
 36. Pazarlama Faaliyeti İle İlgili Dışardan Sağlanan Hizmetler
 37. Danışmanlık Hizmetleri Giderleri
 39. Dışardan Sağlanan Diğer Fayda Ve Hizmet Giderleri
4. ÇEŞİTLİ GİDERLER
 40. Sigorta Giderleri
 41. Pazarlama Ve Reklam Giderleri
 42. Kira Giderleri
 43. Sosyal Giderler
 44. Eğitim Ve Kültür Giderleri
 45. Konaklama Ve Seyahat Giderleri
 46. Ortak Giderlere Katılma Payları
 47. Mahkeme Ve Noter Giderleri
 48. Oda Aidatları

49. Diğer Çeşitli Giderler
5. VERGİ RESİM VE HARÇLAR
 50. Vergiler
 51. Resimler
 52. Harçlar
 53. Kamu Payları
 54. Vergi Resim Ve Harçlara İlişkin Gecikme Zamları
 59. Diğer Vergi Resim Ve Harçlar
6. AMORTİSMANLAR VE TÜKENME PAYLARI
 60. Maddi Duran Varlık Amortismanları
 61. Maddi Olmayan Duran Varlık Amortisman Giderleri
 62. Özel Tükenmeye Tabi Varlıklar Tükenme Payı
 69. Diğer Amortismanlar Ve Tükenme Payları
7. FİNANSMAN GİDERLERİ
 70. Kısa Vadeli Banka Kredi Faizleri
 71. Uzun Vadeli Banka Kredi Faizleri
 72. Kısa Vadeli Diğer Kredi Kurumları Faizleri
 73. Uzun Vadeli Diğer Kredi Kurumları Faizleri
 74. Kısa Vadeli Borçlanmalardan Doğan Kur Farkları
 75. Uzun Vadeli Borçlanmalardan Doğan Kur Farkları
 76. Satıcılara Verilen Faizler
 79. Diğer Finansman Giderleri

Gider Yerleri Rehberi

Bu rehber; hastane işletmelerinde maliyet muhasebesinin temel unsurlarını oluşturan gider yerlerinin, Tekdüzen Muhasebe Sistemi (TMS) sistematığı içerisinde ele alınarak sınıflandırılması ve gider yerlerine yapılacak gider dağılımlarında kullanılacak gider dağıtım kriterlerinin tanımlanması amacıyla düzenlenmiştir.

Gider yerlerinin sınıflandırılmasında kullanılan sekizli kod sistematığı temel olarak TMS hukuki yapılanmasından alınmıştır. Kullanılan kodların, ileride maliyet muhasebesi ile ilgili olarak kurulacak muhasebe hesap planlarına da esas olabileceği öngörülmektedir.

Rehber içerisinde gider yeri ayırımına esas olan teorik yaklaşımlara yer verilmiş ve hastane işletmelerine özgü geliştirilerek kullanılacak bir gider yeri hesap planının oluşturulmasına çalışılmıştır.

İşletmeler gider yerlerini belirlerken genelde işletmenin organizasyon şemalarını esas alırlar. Ancak gider yerlerinin sınıflandırılmasında ve isimlendirilmesinde bazı metotlar da uygulanmaktadır. Bu yöntemleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- 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 ayırımın temel ölçüt fiziksel mekandır. Örneğin hastanenin her bir katının ayrı bir gider yeri olarak sınıflandırılması gibi.
- Fonksiyonel Bölümleme: Bu esasa göre aynı işi yapan personel, araç ve gereçten oluşan her birim, ayrı bir gider yeri olarak kabul edilir. Burada temel ölçüt mekan değil, mekanda yapılan işlerdir. Örneğin, bir kattaki dahiliye kliniğinin bir gider yeri olarak sınıflandırılması gibi.
- Sorumluluklara Göre Bölümleme: Bu esasa göre de başında sorumlu bir yöneticisi bulunan her örgüt birimi ayrı bir gider yeri olarak kabul edilir.

Gider yerlerinin sınıflandırılmasında ideal olan, yukarıdaki üç esasın 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 esasların bağdaşmaması durumunda hangi esasın temel alınarak gider yeri sınıflandırılması yapılacağı işletme yöneticisinin kararı ile belirlenir.

HASTANE İŞLETMELERİNDE GİDER YERLERİ

Hastane işletmelerinde gider yerleri belirlenmesinde fonksiyonel bölümleme temel olarak kullanılır. Gider yerlerinin sınıflandırılmasında ise Tekdüzen Muhasebe Sistemi (TMS)'nin gider yerleri sınıflandırmasına esas sekizli sınıflaması esas alınmalıdır.

TMS sınıflamasına göre gider yerleri 1-8 arası sayısal kodlarla tanımlanacak biçimde aşağıdaki gibi yapılmaktadır:

- 1. Esas Üretim Gider Yerleri (EÜGY):** İşletmenin ana faaliyet konusu ile ilgili mal veya hizmet üretiminin gerçekleştirildiği birimlerdir. Hastane işletmelerinde 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. Hastane işletmelerinde, 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 gider 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. Hastane işletmelerinde hasta kabul, merkezi sterilizasyon, teknik bakım ve onarım merkezi gibi gider yerleri **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. Hastane işletmelerinde 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. Hastane işletmelerinde 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 hastanelerde 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. Hastane işletmelerinde, 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 sınıflandığı gider yerleridir. Hastane işletmelerinde, başhekimlik, hastane müdürlüğü, finans direktörlüğü, bilgi işlem birimleri gider yerleri **GYG**'ler arasında sınıflandırılmaktadır.

Veri Toplama İşlemleri

Gider Dağıtım Tablosu'nun doldurulması için yapılan çalışmalar hastane ziyaretleri ile başlamış ve proje ekibi ile hastane personeli arasında uyumlu çalışmalar sürdürülmüştür. İlk çalışma ziyaretlerinde mizan toplam tutarları alınarak tabloya yerleştirilmiş ve departmanlara göre bu rakamların nasıl dağıtılacağı ile ilgili hastane personeline eğitim verilmiştir. Bu süreçte hastanelere sürekli hem fiziksel hem de telefonda destek verilmiştir. Bununla ilgili ayrıntılı açıklamaları 2. bölümde bulabilirsiniz. . Periyodik olarak toplanan veriler aşağıdaki yer almaktadır;

No.	Hastane Kodu	Hastane İsmi	GDT 2004	GDT 2005	GDT 2006	2006 Periyodu
1	HUH	Hacettepe	evet	evet	evet	9 ay
2	ANK	Ankara	-	evet	evet	9 ay
3	LKH	Kartal	-	evet	evet	9 ay
4	BKR	Bakirkoy	-	-	-	-
5	KDK	Kadikoy	-	-	evet	6 ay
6	KOZ	Kozyatagi	-	-	-	-
7	AFY	Afyon	-	-	evet	9 ay
8	ANT	Antalya	-	-	evet	9 ay
9	GAZ	Antep	-	evet	evet	9 ay
10	DOK	Izmir	-	-	-	-

3 *Tıbbi Kayıt Kodlama Eğitimlerinin Yaygınlaştırılması*

Klinik kodlama, hastalıkların, yaralanmaların, diğer sağlık problemlerinin ve işlemlerinin yazılı açıklamalarının alfa-nümerik kodlara çevrilmesidir. Bu, çeşitli amaçlarla sağlık bilgilerini daha kolay saklamak, düzenlemek ve analiz etmek amacı ile gerçekleştirilir. Özellikle, tanı bağlantılı grupların kullanılması (DRG) gibi vaka bileşimi sistemleri, büyük oranda klinik kodlamanın toplanmasına ve bu toplanan klinik kodların kalitesine dayanmaktadır.

ICD-10-AM'de hastalık sınıflandırmasının temel yapısı ve ilkeleri

ICD-10-AM'deki 'temel' hastalık sınıflandırması üç karakterli bir kod yapısına dayanmakta olup, bu yapı genel uluslararası karşılaştırmalar için Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) 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 Kitap Seti



Klinik kodlama ekibi tarafından yürütülen ana faaliyetler:

- A.Klinik kodlama eğitimleri
- B.Pilot hastane ziyaretleri
- C.Pilot hastanelerde yürütülen klinik kodlama çalışmaları
- D.Pilot hastanelerden elde edilen klinik kodlama verilerinin analiz edilmesi, raporlanması ve hastanelere geribildirimlerin sağlanması

Klinik Kodlama Eğitimleri

HÜAP kapsamında, kodlama birimi tarafından, 8 pilot hastaneden seçilen kodlayıcılara, ileriki dönemlerde kodlayıcı eğiticisi olarak görevlendirilebilecek kişilere ve Sağlık Bakanlığı'ndan konuyla ilgili birimlerden gönderilen yetkili personele ICD 10-AM'in genel yapısını, kodlama ilkelerini açıklayıcı şekilde eğitimler verilmiştir. Eğitimlerin detay bilgileri EK-1'de verilmiştir ancak aşağıda da eğitimler hakkında özet bilgileri bulabilirsiniz.

ICD 10-AM eğitimleri ve katılımcı sayıları

Hacettepe Üniversitesi Hastanesi klinik kodlama birimi personelinden toplam 24 kodlayıcı ve eğiticiye 2 eğitim,

7 pilot hastaneden klinik 33 kodlayıcı adayına 2 eğitim,

Tüm eğitimlerde kullanılan Ortak Materyaller ve Metodoloji

- Health Information Management Association of Australia (Avustralya Sağlık Bilgi Yönetimi Derneği - HIMAA) çalışma kitabı – An Introduction to Coding with ICD-10-AM 4th Edition (ICD-10-AM ile Kodlamaya Giriş 4ncü Baskı)
- ICD 10-AM 5 ciltlik kitap seti
- ICD 10-AM eBook

Yukarıdaki materyali temel alan, daha fazla talimat ve örnek içeren türkçe slide sunumları. Tüm slide'lar eğitim haftasının başında dağıtılmıştır.

İlave eğitim günlerinde ICD-10-AM'nin bazı daha zorlu alanlarına ilişkin diğer alıştırmalar ve pekiştirme sağlanmıştır.

Eğitmenler

Julie Rust, Lauren Jones, Catherine Perry, NCCH, Dr. Seçil Ölçer, Dilek Uslu, Ömür Yadigar, Handan Uçar, Tepe Teknoloji A.Ş.; Ali Yılmaz, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu.

Eğitimle ilgili önemli hususlar

Doğru ve eksiksiz kodlama yetisi üzerinde etkili olan, dokümantasyonla ilgili kayda değer hususlar vardır. Bunların sadece kodlamayla ilgili olarak değil; hasta bakımının süreliiliği, faturalandırma ve araştırma gibi sağlık kaydının diğer kullanımları açısından da ele alınması gereklidir.

Her episoda ait kayıtların bulunması için sistemlerin oluşturulması gereklidir. Buna, hastalara saklamaları için verilen kayıtların kopyalarının alınması dahildir.

Türkçe sınıflandırma hazır olduğunda, kodlama kalitesinin geliştirilmesi önem taşıyacaktır.

ICD-10-AM'nin uygulanmasından bu yana kodlamada kayda değer ilerleme sağlanmıştır. Episodların kaydedilmesi sürecinde çoğu ele alınmış olan kimi özel alanlarda da ilerleme sağlanması gereklidir. Özellikle test sonuçları, kodlama sırasında sağlık kaydının bütün yönleriyle ilgilenirken kaydedilmesi gereken en önemli ilerlemedir.

Kodlamaya etki edebilecek bir eksik bilginin olduğu görüldüğünde, belirli bir süre sonra (örneğin 2 hafta) klinik kayıtlar yeniden incelenmelidir.

Pilot Hastane Ziyaretleri

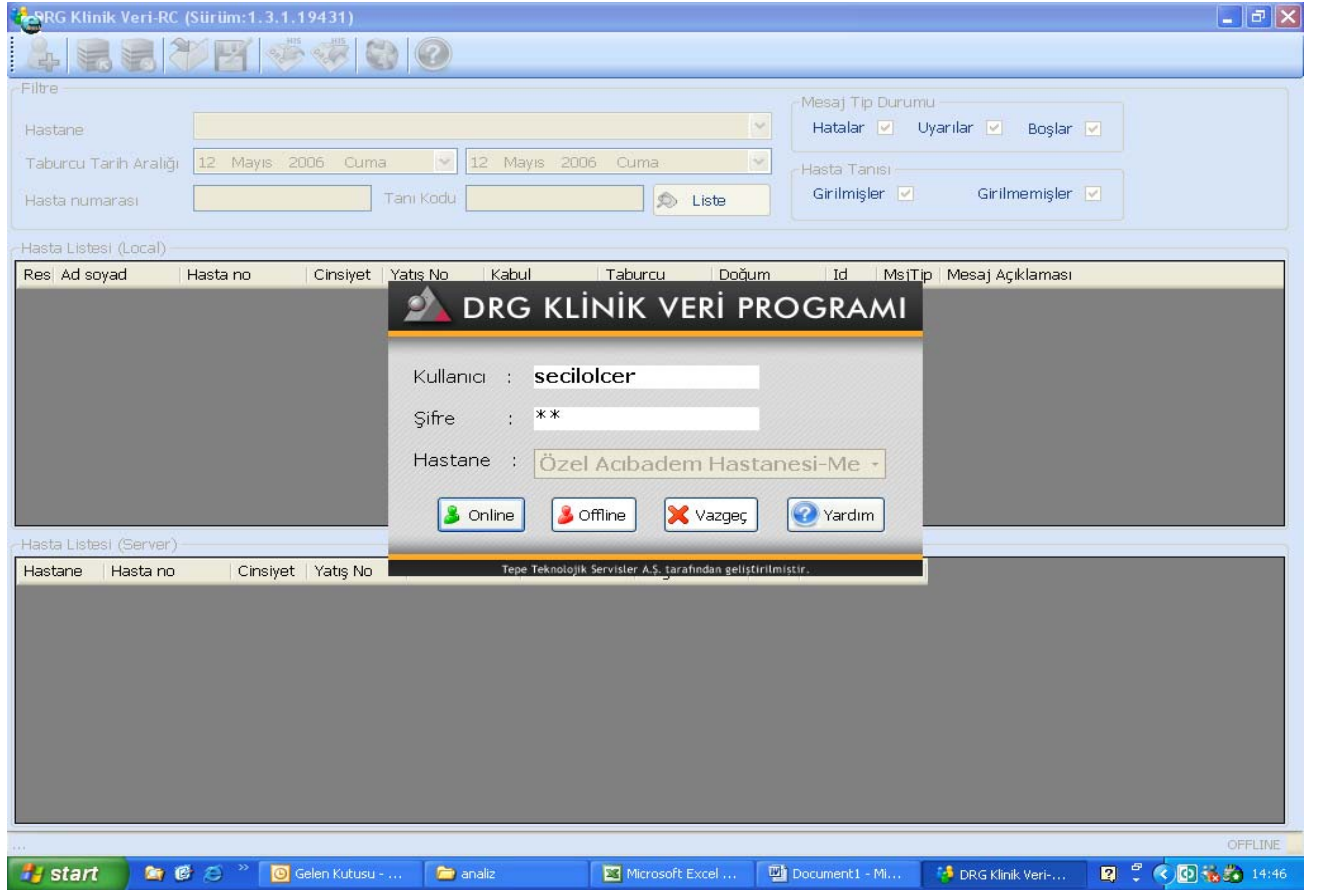
Pilot hastanelere verilen ICD 10-AM kodlama eğitimlerinin ardından pilot hastane ziyaretleri gerçekleştirildi.

14-15-16 Mart 2006 tarihlerinde Hacettepe Üniversitesi Hastanesi,
20-21-22 Mart 2006 tarihlerinde Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
23-24 Mart 2006 tarihlerinde Afyon Devlet Hastanesi,
27-28 Mart 2006 tarihlerinde Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi,
29-30 Mart 2006 tarihlerinde Özel Acıbadem Hastaneleri,
06-07 Nisan 2006 tarihlerinde Antalya Devlet Hastanesi,
17-18 Nisan 2006 tarihlerinde Gaziantep Devlet Hastanesi,
24-25 Nisan 2006 tarihlerinde Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ziyaret edildi.

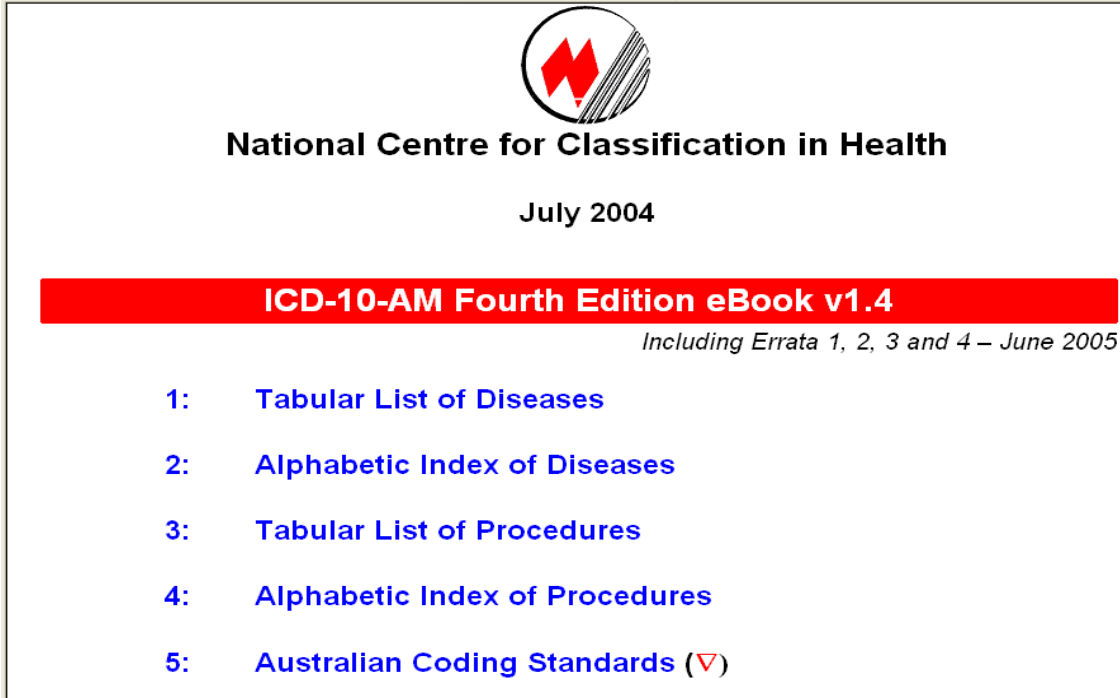
Hastane ziyaretlerinde kodlayıcılarla birebir çalışma imkanı sağlandı. Kodlayıcı eğitimlerinde anlatılan konular kısaca tekrar vurgulandı, hasta taburcu dosyalarından örnek kodlamalar yapıldı. Kodlamaların sisteme girilmesini sağlayan "DRG Klinik Veri Giriş Programı" ve kodların seçilmesinde kullanım kolaylığı sağlayan "ICD 10-AM elektronik versiyonu-eBook" her kodlayıcının bilgisayarına yüklendi, kullanımları

anlatıldı ve anlaşılması açısından program kullanılarak örnek hasta girişleri yapıldı (şekil 1'de "DRG Klinik Veri Giriş Programı"ndan ve "eBook"tan örnek görüntüler bulabilirsiniz).

Şekil 1. DRG Klinik Veri Giriş Programı



Şekil 2- ICD 10-AM eBook ana sayfası görünümü



Hasta dosyaları dökümantasyon kalitesi açısından değerlendirildi. Değerlendirme sonucunda görülen izlenimler rapor edildi. Hastane yönetimine, kodlayıcılara verilen eğitimler, bilgisayarlara yüklenen programlar konusunda bilgi verildi. İstenen düzeyde, kaliteli klinik kodlama yapılabilmesi için hasta dosyalarındaki dökümantasyonun çok önemli olduğu ve geliştirilmesi yönünde çalışmalar yapılması gerektiği vurgulandı.

Klinik Kodlama Çalışmaları

Hastane ziyaretlerinin ardından tüm pilot hastanelerde 1 Nisan 2006 tarihi itibarıyla ICD 10-AM klinik kodlama çalışmaları başlatıldı ve bu çalışmalar süresince kodlayıcılarla devamlı iletişim halinde bulunarak, telefonla, maille gönderilen sorular kodlama birimimiz tarafından düzenli olarak cevaplandırıldı. Bu sorular “query database/soru bildirim veritabanı” nda toplandı. Bu süre içinde yaklaşık 300 adet soru cevaplandırılıp kodlayıcı arkadaşlara geribildirimlerde bulunuldu. Sorular, her gün kodlama ekibinin toplanıp tartışarak ve ortak karar verilmesi sonucunda cevaplandırıldı. (Şekil 3’te query database/soru bildirim veritabanından örnek bir görüntü bulabilirsiniz).

Şekil 3 - Query database/Soru bildirim veritabanı

The screenshot shows a Microsoft Access database form titled "Microsoft Access - [ICD-10-AM Turkish Queries_draft1]". The form is displayed in a "Form View" and contains the following fields and data:

Query ID/Soru No	Query Date/Soru Geliş Tarihi
152	16.05.2006

First name/İsim	Surname/Soyad	Organisation/Hastane Adı	Hospital Ref No/Hastane Referans No
		Hacettepe University Hospitals	0

Phone/Telefon No	Email/Email Adresi	Specialty/Hastanın Yatığı Bölüm

DRG	DRG No	DRG Descriptor	PICQ	Indicator No	PICQ Indicator Descriptor
No			No		

Query text Turkish/Türkçe Soru Giriş Bölümü

Normal doğan bebeklerin kilosunu ve haftası kodlanacak mı?

Summary Query Text Turkish/Türkçe Özet Soru Giriş Bölümü	Query text English/İngilizce Soru Giriş Bölümü

Acknowledger/Soruyu Alan	Discussion/Tartışma
Sevil Ölcer	

Date of acknowledgement/Sorunun Alınış Tarihi
16.05.2006

Status/Sorunun Durumu
Complete

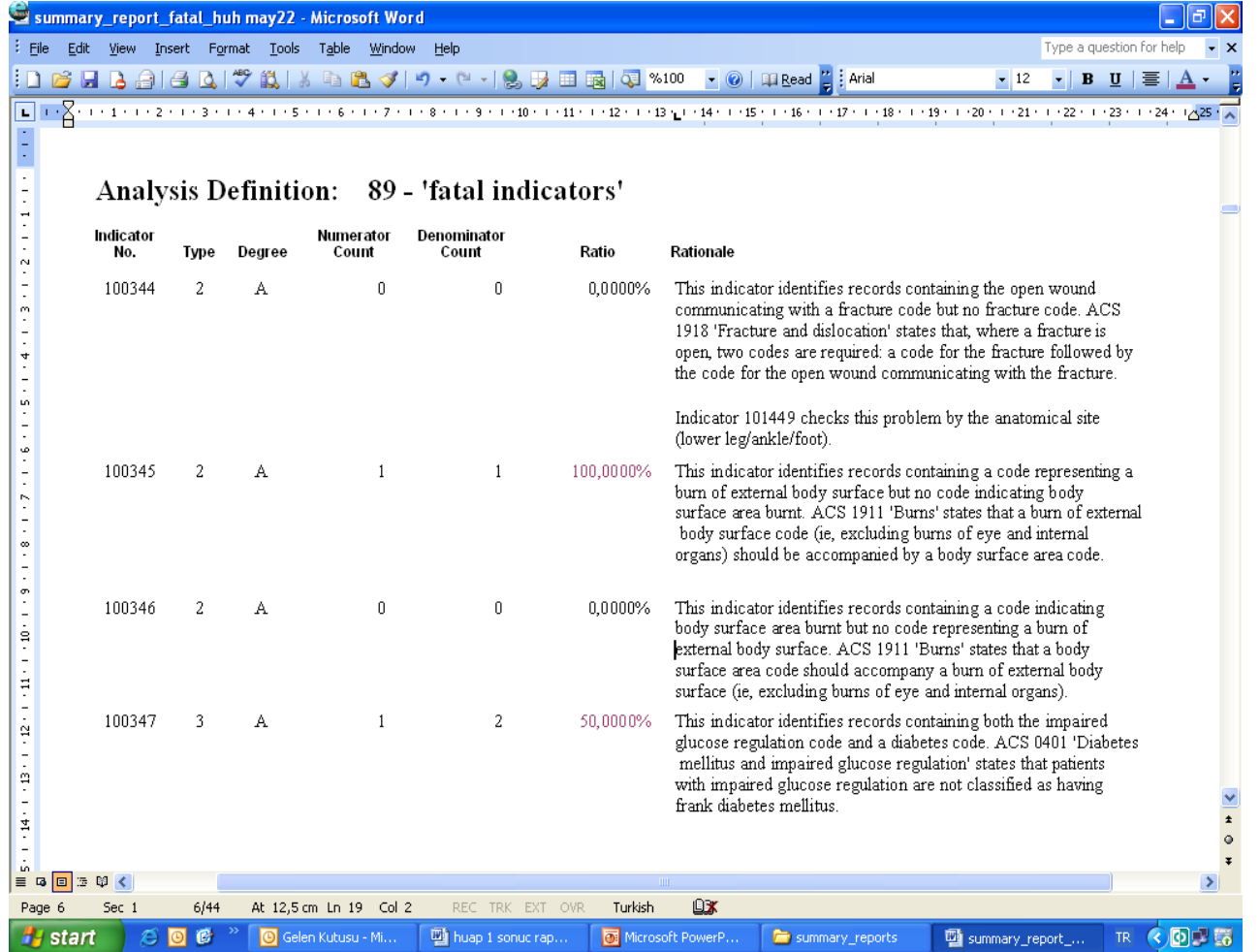
Response Turkish/Türkçe Cevap Bölümü

Record: 79 of 79

Hastanelere aylık olarak ICD 10-AM tanı ve işlem kodlarıyla ilgili analizler gönderildi. Bu analizlerde, DRG Data Entry Tool'dan her hastanenin Top 20 ICD 10-AM tanı ve işlem kodları alındı, bu kodların içinde hatalı olabilecek kodlar belirlendi ve bu kodlara yönelik kuralları kodlayıcılara tekrar hatırlatmak amaçlı raporlar hazırlandı. Her ay bu hazırlanan raporlar kodlayıcılara mail aracılığıyla gönderildi. Aynı zamanda her hastaneye aylık olarak kodlama kalitesini ölçen PICQ yazılım sonuç raporları gönderildi (Şekil 4'de PICQ yazılımından örnek görüntü bulabilirsiniz). PICQ, kodlama kalitesini ölçmek amaçlı belli indikatörlerden, belirteçlerden oluşan bir yazılımdır. Bu yazılımla her hastanenin ICD 10-AM tanı ve işlem kodlamalarının

hataları sınıflandırılabilmekte ve kodlayıcılara yaptıkları kodlama hatalarıyla ilgili daha detaylı geri bildirimlerde bulunulabilmektedir.

Şekil 4 - Bir hastanenin PICQ sonuç raporundan örnek bir görüntü



Analysis Definition: 89 - 'fatal indicators'

Indicator No.	Type	Degree	Numerator Count	Denominator Count	Ratio	Rationale
100344	2	A	0	0	0,0000%	This indicator identifies records containing the open wound communicating with a fracture code but no fracture code. ACS 1918 'Fracture and dislocation' states that, where a fracture is open, two codes are required: a code for the fracture followed by the code for the open wound communicating with the fracture. Indicator 101449 checks this problem by the anatomical site (lower leg/ankle/foot).
100345	2	A	1	1	100,0000%	This indicator identifies records containing a code representing a burn of external body surface but no code indicating body surface area burnt. ACS 1911 'Burns' states that a burn of external body surface code (ie, excluding burns of eye and internal organs) should be accompanied by a body surface area code.
100346	2	A	0	0	0,0000%	This indicator identifies records containing a code indicating body surface area burnt but no code representing a burn of external body surface. ACS 1911 'Burns' states that a body surface area code should accompany a burn of external body surface (ie, excluding burns of eye and internal organs).
100347	3	A	1	2	50,0000%	This indicator identifies records containing both the impaired glucose regulation code and a diabetes code. ACS 0401 'Diabetes mellitus and impaired glucose regulation' states that patients with impaired glucose regulation are not classified as having frank diabetes mellitus.

100347 numaralı belirteç (indikatör), diyabet ve bozulmuş glukoz regülasyonu ilgili bir standardı belirtmektedir. Bu standarda göre diyabet ve bozulmuş glukoz regülasyonu tanı kodları birarada kullanılamaz. Bu standartla ilgili 2 hasta dosyası mevcuttur ve 1 dosyada hata tespit edilmiştir, bu nedenle hata oranı (ratio) %50 olarak saptanmıştır. Bu raporlar her ay açıklamaları ile birlikte kodlayıcılara düzenli olarak gönderilmiştir.

Klinik Kodlama Verilerinin Analiz Edilmesi

1 Nisan-15 Aralık 2006 tarihleri arasında tüm pilot hastanelerde yapılan tüm kodlamalar, DRG Data Entry Tool'dan alınmış ve analizleri yapılmıştır. Genel sonuç tabloları aşağıda belirtilmiştir. Daha detaylı tabloları EK-2'de bulabilirsiniz. Tablolarda, Özel Acıbadem Hastaneleri; Acıbadem Kadıköy, Bakırköy ve Kozyatağı Hastaneleri olarak belirtildiği için 10 adet hastane görülmektedir. DRG Data Entry Tool'a girilen toplam yatan hasta taburcu sayısı 143322 olarak saptanmıştır (Tablo 4). J Hastanesi'nde ilk 3 aylık dönemde kodlayıcı görevlendirilmediği için bu süreçte kodlama yapılamamış ve bu nedenle tablodaki ilgili alanlar boş bırakılmıştır.

Tablo 4 - DRG Data Entry Tool'dan alınan toplam taburcu sayıları

Aylar	Hastane A	Hastane B	Hastane C	Hastane D	Hastane E	Hastane F	Hastane G	Hastane H	Hastane I	Hastane J	Toplam
Nisan	2590	1036	675	507	3779	865	2769	790	1076	-	14087
Mayıs	3013	2416	1169	1752	4346	2459	3272	491	1146	-	20064
Haziran	3100	2662	989	1669	4389	2853	3222	123	912	-	19919
Temmuz	3023	3272	893	1303	3316	2821	2475	503	725	12	18343
Ağustos	2705	3273	993	1447	2795	2790	2472	761	516	327	18079
Eylül	2742	3087	854	1086	1878	2788	866	719	452	203	14675
Ekim	2560	2673	937	1699	1266	2736	315	155	878	208	13427
Kasım	2650	3023	967	1529	2134	2698	2004	453	675	225	16358
Aralık	1342	1674	469	748	1033	1436	967	225	338	138	8370
Toplam	23725	23116	7946	11740	24936	21446	18362	4220	6718	1113	143322

Bu veriler doğrultusunda, tüm hastaneler genelinde HIS'de kayıtlı taburcu edilen hasta verilerinin yaklaşık %75'i DRG Data Entry Tool'a girilmiştir. Aradaki %25'lik farkın büyük bir kısmı hasta dosyalarına ulaşım güçlüğünden; dosyaların arşive günlük gönderilememesi, servislerde yada kliniklerde çok bekletilmesi gibi

nedenlerden, daha düşük bir kısmı da kodlayıcıların seçici davranmasından yani bazı hasta dosyalarını günlük ya da geçmişe yönelik kodlamamalarından kaynaklanmaktadır. Ancak %75'lik bir kodlama oranı başarılı bir sonuçtur. "Veri analizleri eki"nde (EK-2) yer alan detaylı tabloların hepsi, 1 Nisan-15 Aralık 2006 tarihleri arasında DRG Data Entry Tool'dan alınan hasta verilerine dayanılarak yapılan analizlerin sonuçlarıdır.

4 Hastane Düzeyinde Vaka Bileşimi Yönetimi – Finansal Raporlama ve Kalite Güvencesi Sisteminin Geliştirilmesi

Vaka bileşimi, hastanelerin taburcu ettikleri vakaların sayısını (frekans) ve türlerini (kaynak yoğunluğu bakımından ciddiyeti) ölçmenin bir yoludur. Klinik verilere ulaştıktan ve gruplayıcı adı verilen bir yazılım kullanılarak AR-DRG'lere gruplandırdıktan (bir algoritma her hasta için MBDS'yi inceler ve uygun AR-DRG'yi atar) ve her AR-DRG için maliyet ağırlıkları geliştirildikten sonra, vaka bileşimi kavramı yardımıyla hastane etkinliğini karşılaştırmaya başlayabiliriz. Her hastanenin vaka bileşimi endeksi, belirli bir süre içinde taburcu edilen tüm vakaların frekansını ve kaynak yoğunluğunu gösteren birimsiz bir sayıdır ve birimsiz bir değer olduğundan, hastaneler arasında kıyaslanabilir. Birden büyük bir vaka bileşimi olan hastanelerin ortalama hastaneden daha kaynak yoğun vakaları olduğu söylenirken, vaka bileşimi birden küçük olan hastanelerin ortalamadan daha az kaynak yoğun vakası olduğu söylenir. Her hastanenin vaka bileşimi endeksi bilindiğinde, bir hastanenin bir diğerine kıyasla alması gereken kaynakların/fonlamanın miktarı (vakaları temelinde – frekans ve tip) tartışılmaya başlanabilir. Bu tür bir analizi yapabilecek düzeye ulaşılması öncelikle klinik ve maliyet verilerinin toplanması, veri kalitesi gözden geçirmeleri ve eksiksizlik/doğruluk konuları gibi temel ögelerin varlığını gerektirmiştir; çünkü, pilot projenin büyük bölümü, altyapının geliştirilmesi ve kurulması üzerine odaklanmıştır. Toplanan veriler yetersiz ve eksikse, AR-DRG grupları, maliyet ağırlıkları, vaka bileşimi endeksi ve bütünüyle hastane finansmanı (ödemeler ve bütçeler) hatalı olacaktır. Dolayısıyla, tüm klinik verilerinin kodlanması ve maliyet verilerine bağlanması; tedavi edilen hastaların türleri, bu hastalar için potansiyel ödemenin incelenmesine başlamak üzere hastane için yönetim düzeyindeki raporların geliştirilmesine ve kullanılmasına ve zaman içinde bakım kalitesi konularını ele almaya başlayan diğer hastanelerle kıyaslamalara imkan tanır. Örneğin; bütün pilot hastanelerde normal doğum AR-DRG'si için genel ortalama yatış süresi 8,0 gün ise ve tek tek 3,0 gün veya 13 günlük yatış sürelerine sahip hastaneler görülüyorsa, bu durumda her hastane sunulan bakım tiplerini ve hastanın ortalamaya kıyasla bu denli kısa veya uzun sürelerle hastanede tutulmasının uygun olup olmadığını daha iyi anlamak için "neden" sorusunu sormaya başlayabilir. Bir hastaneye ait yatış süresini

diğerleriyle karşılaştırmak, uygulama örüntülerindeki farklılıkları ve belki de sunulan bakımın kalitesini anlamaya başlamak açısından iyi bir ilk adımdır.

Casemix maliyetlendirme yöntemi hastanelerde gider yerlerinin hasta epizot ve DRG'leri bazında istatistiksel analizlerinin incelenmesini sağlar. Hastanede maliyetlendirme altyapısının oluşturulmasının birçok avantajı vardır;

- Paranın kolay yönetimini sağlar.
- Finansman yapısının avantajlarını sağlar.
- Kontrat yönetim kalitesinin artırılmasını sağlar.
- Finansal yönetim kalitesinin artırılmasını sağlar.
- Kaynak kullanım ve planlama kalitesinin artırılmasını 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.

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 giderlerin 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.

Maliyetlendirme metodolojisi için iki yaklaşım söz konusudur:

Hasta bazında maliyetlendirme (aşağıdan yukarıya maliyetleme) ve Maliyet Modelleme (yukarıdan aşağıya maliyetleme). İki yaklaşım her zaman birlikte kullanılır.

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

Maliyet modelleme ise hastane mizanı ve ilgili tablolardan maliyet verisinin hastalara dağıtım sürecidir. Gerçek tutarların hesaplanamadığı durumlarda maliyetler tahmin edilen kaynak kullanımına göre dağıtılır. Maliyet dağıtım sürecinde çeşitli oranlar ve yöntemler kullanılmaktadır. (Genel Yönetim Giderleri'nin Esas Üretim Gider Yerleri'ne Dağıtılması gibi) ve bununla birlikte çeşitli dağıtım mekanizmaları kullanılmaktadır. (Dağıtım kriterleri gibi)

Hasta bazında ve kaynak kullanım verilerinin toplanması Transferfile aracılığı ile yapılmaktadır. Diğer yandan departmanlara göre giderlerin toplanması Gider Dağıtım Tablosu aracılığı ile yapılmaktadır. Hasta bazında veri Minimum Taburcu Veri Seti(Transferfile) 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. Proje ekibi bu iki veri kaynağını her hastaneden alarak Combo adı verilen bir program ile analize tabi tutmaktadır. Combo ilk etapta Genel Yönetim Giderleri'ni Direkt Giderlere dağıtır ve Direkt Giderleri de DRG'lere aktarır.

Projede yer alan hastaneler için maliyetlendirme süreci iki basamaktan oluşmaktadır. İlki Departmantal maliyetlendirme sürecidir.(Gider dağıtım tablosu aracılığı ile). Bu

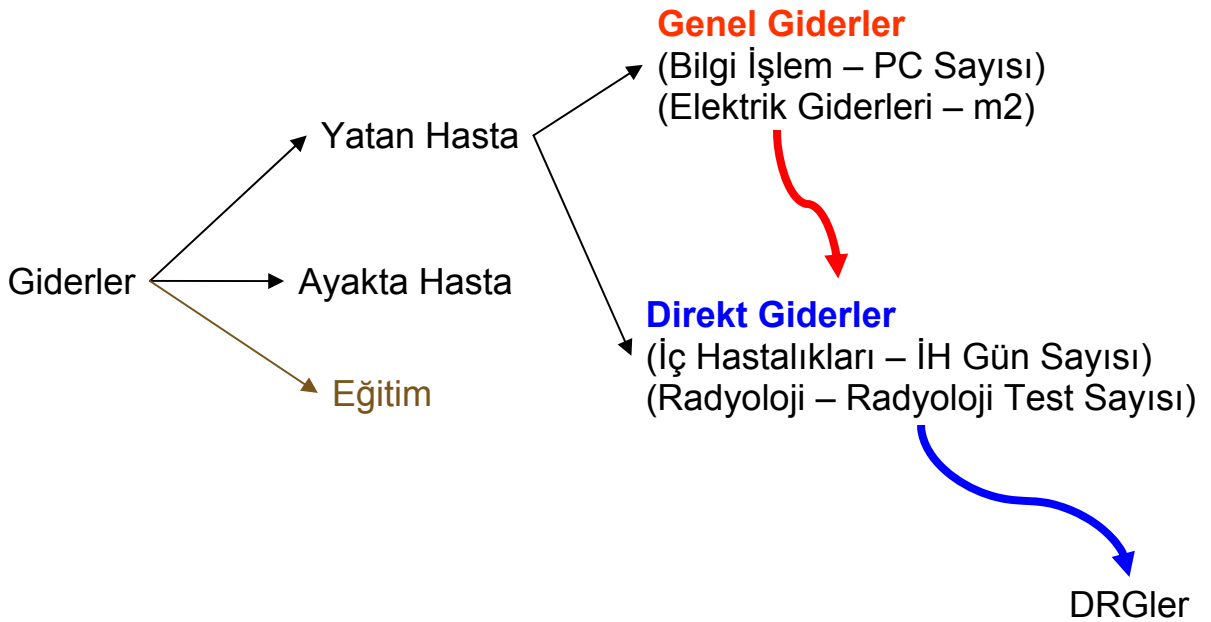
yöntemde hastane giderleri gider yeri ve çeşitleri olarak ayrıma tabi tutulur. Gider çeşitleri gider yerlerine belli oranlara göre dağıtılır. İkincisi ise DRG bazında Casemix maliyetlendirme sürecidir. Bu yöntemde de maliyetler DRG'lere dağıtılır.

- **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.

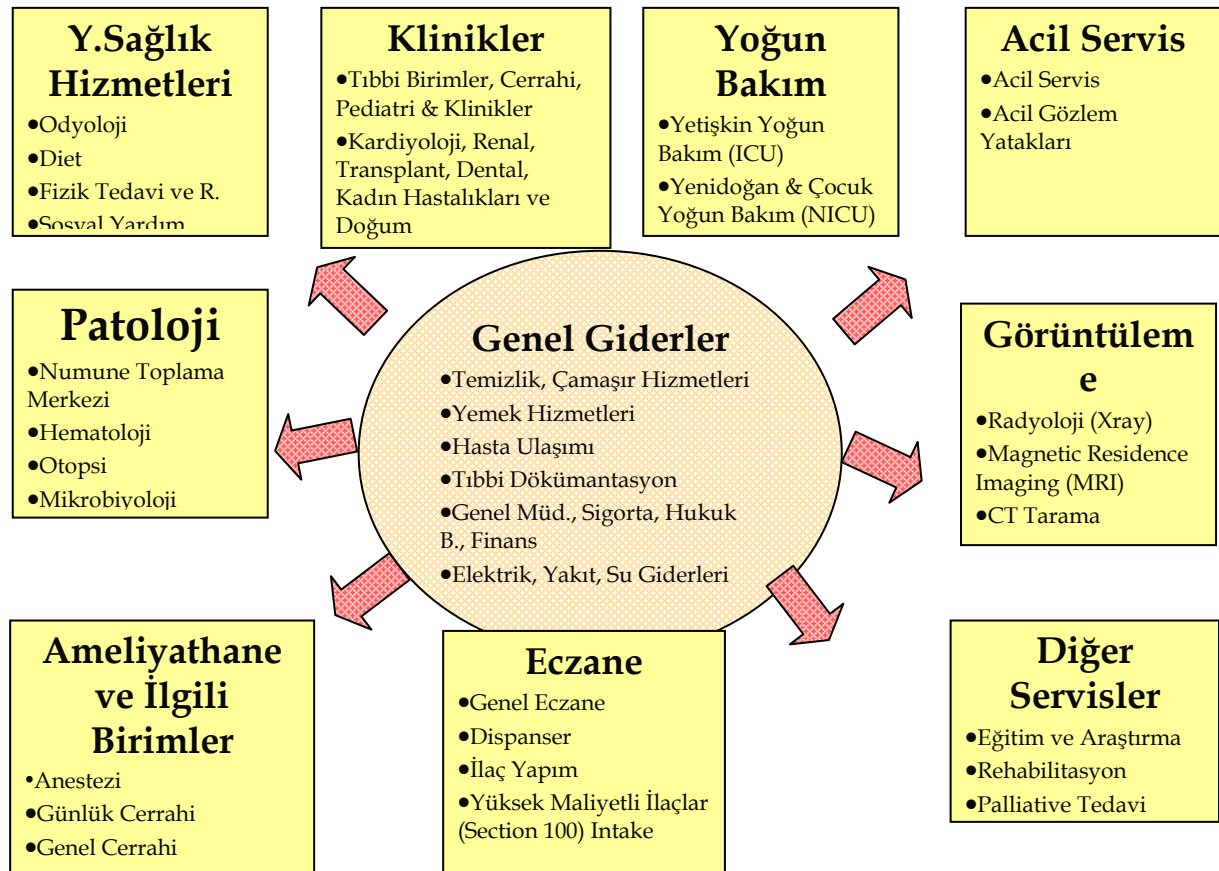
- **Casemix Maliyetlendirme**

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 aşağıdaki diagramda gösterilmektedir. Ayrıntılı açıklamaları gelecek bölümde bulabilirsiniz.



Genel Giderler 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. Bu aşama zaten departmantal maliyetlendirmede yapılmıştı. Genel Giderlerin dağıtımı için çeşitli kriterler kullanılabileceği gibi mizan içindeki payı esas alınarak da dağıtım yapılabilir. Bu çalışmada mizan içindeki oranlar kullanılmıştır. Aşağıdaki dağıtımın nasıl yapıldığına dair bir tablo bulunmaktadır.



Direkt Giderlerin DRG'lere Dağılımı

Hastanenin direk giderlerinin DRG'lere dağıtılması için değişik dağıtım kriterleri kullanılmıştır. Dağıtım kriterleri hastanelerden aldığımız klinik veri kalitesi oranında geliştirilmiştir. Genel olarak süreç şu şekilde gelişmiştir:

İlk olarak tanı kodlarını gruplayarak oluşturduğumuz DRG'lerdeki hastaların toplam yatış günlerinin hastanedeki toplam yatış süresine oranla maliyetler dağıtılmıştır. Daha sonra transferfile'dan alınan klinik verilerle bu hastalarının 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. Şu anda üzerinde çalışılmakta olan ancak henüz tamamlanmayan analizde ise genel yönetim giderlerini esas üretim gider yerlerine toplam maliyet oranları yerine her bir genel yönetim için uygun dağıtım istatistiği hesaplanarak dağıtılacaktır. Örneğin; bir genel yönetim gider yeri olan hasta kabul giderlerini esas üretim gider yerlerine dağıtırken o departmanlardaki hasta sayısı oranları kullanılmaktadır.

Aşağıda bir hastanede kullanılan dağıtım kriterlerinin listesi bulunmaktadır;

Bölümler	Dağıtım anahtarları
İç Hastalıkları Kliniği	İç Hastalıkları Kliniğinde Yatılan Gün Sayısı
İç Hastalıkları Yoğun Bakım	İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesinde yatılan Gün Sayısı
Endokrinoloji Kliniği	Endokrinoloji yatılan gün sayısı
Gastroentropoloji ve Hepatoloji Kliniği	Gastroentreloji Yatan gün sayısı
Nefroloji Kliniği	Genel Yatılan gün sayısı
Hematoloji Kliniği	Hematoloji Laboratuvarı Test Sayısı
Medikal Onkoloji Kliniği	Genel Yatılan gün sayısı
Kardiyoloji Kliniği	Kardiyoloji Kliniği Yatılan Gün sayısı
Kardiyoloji Yoğun Bakım	Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesinde yatılan Gün Sayısı
Göğüs Hastalıkları Ameliyathanesi	Göğüs Hastalıkları Yatılan Gün Sayısı
Göğüs Hastalıkları Kliniği	Göğüs Hastalıkları Yatılan Gün Sayısı
Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği	Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Nöroloji Kliniği	Nöroloji Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Nöroloji Yoğun Bakım	İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesinde yatılan Gün Sayısı
Psikiyatri Kliniği	Psikiyatri Kliniği Yatılan Gün sayısı
Dermatoloji Kliniği	Dermatoloji Yatılan Gün sayısı
Rehabilitasyon Kliniği	Rehabilitasyon Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Anestezi Yoğun Bakım	İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesinde yatılan Gün Sayısı
Genel Cerrahi Ameliyathanesi	Genel Cerrahi Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Genel Cerrahi Kliniği	Genel Cerrahi Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Genel Cerrahi Yoğun Bakım	İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesinde yatılan Gün Sayısı
Kalp ve Damar Cerrahi Ameliyathanesi	Kardiyoloji Kliniği Yatılan Gün sayısı
Kalp ve Damar Cerrahi Yoğun Bakım	İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesinde yatılan Gün Sayısı
Beyin ve Sinir Cerrahi Ameliyathanesi	Nöroloji Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Beyin ve Sinir Cerrahi Yoğun Bakım	İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesinde yatılan Gün Sayısı
Plastik,Rekonstrük ve Estetik Cerrahi Ameliyathanesi	PLASTİK, REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Ortopedi ve Travmatoloji Ameliyathanesi	ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği	ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Üroloji Yoğun Bakım	ÜROLOJİ Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Üroloji Kliniği	ÜROLOJİ Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Kulak,Burun,Boğaz Ameliyathanesi	KBB Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Kulak,Burun,Boğaz Kliniği	KBB Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Göz Hastalıkları Yoğun Bakım	GÖZ HASTALIKLARI Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Göz Hastalıkları Kliniği	GÖZ HASTALIKLARI Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Ağız ve Diş Hastalıkları Cerrahisi Kliniği	Ağız ve Çene cerrahisi Yatılan gün sayısı
Radyoloji	Radyo onkoloji yatış gün sayısı
Ultrasonografi	Radyoloji Test Sayısı
Bilgisayarlı Beyin Tomografisi	Radyoloji Test Sayısı
Mamografi	Radyoloji Test Sayısı
Nükleer Tıp	Nükleer tıp test sayısı
Patoloji	Patoloji Test sayısı
Biyokimya Laboratuvarı	Biyokimya Laboratuvarı Test sayısı
Üre ve Ürünleri Laboratuvarı	ÜROLOJİ Kliniği Yatılan Gün Sayısı

Hormon Laboratuvarı	Laboratuvarlardaki Toplam Test Sayısı
Mikrobiyoloji	Mikrobiyoloji Test Sayısı
Hematoloji Laboratuvarı	Hematoloji Laboratuvarı Test Sayısı
Kan Bankası	Genel Yatılan gün sayısı
Kan Alma Odası	Genel Yatılan gün sayısı
EKG Laboratuvarı	Kardiyoloji Kliniği Yatılan Gün sayısı
Eforlu EKG (Treadmill)	Genel Yatılan gün sayısı
Acil Röntgen	Genel Yatılan gün sayısı
Acil Biyokimya Laboratuvarı	Genel Yatılan gün sayısı
Gastroentropoloji ve Endoskopi Laboratuvarı	Gastroentropoloji Yatan gün sayısı
Tubaj Laboratuvarı	Laboratuvarlardaki Toplam Test Sayısı
EEG Laboratuvarı	Nöroloji Kliniği Yatılan Gün Sayısı
EMG Laboratuvarı	Nöroloji Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Fizyoterapi Ünitesi	Psikiyatri Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Hemodiyaliz Merkezi	Genel Yatılan gün sayısı
Fizik Tedavi Ünitesi	Psikiyatri Kliniği Yatılan Gün Sayısı
Sağlık Kurulu	Genel Yatılan gün sayısı
Bulaşıcı Hastalıklar Komitesi	Genel Yatılan gün sayısı
Diğer Yardımcı Hizmet Üretim Gider Yerleri	Genel Yatılan gün sayısı

Elde edilen veriler kullanılarak hastane yönetimine, yönetim tabloları olarak adlandırdığımız analiz sonuçları hazırlanılarak, sunulmuştur. Yönetim tabloları kar ve zarar edilen işlemleri görme konusunda üst yönetime karar verme aşamasında yardımcı olan analiz sonuçlarıdır. Proje ekibi tarafından oluşturulan Yönetim Tabloları EK-3'te mevcuttur.

5 DRG yoluyla finansman için gerekebilecek mevzuat düzenlemeleri ile ilgili öneriler

Mevzuata Genel Bakış ve DRG'ye Dayalı Fonlamanın Desteklenmesinde Mevzuatın Önemi

Güçlü ve sürdürülebilir bir mevzuat çerçevesinin oluşturulması, DRG'ye dayalı fonlama sisteminin başarıyla uygulamaya konması için son derece önemli bir faktördür. Bu tür bir çerçeve sadece yeni sistemin hedeflerini desteklemekle kalmaz, aynı zamanda hastane hizmet sunucuları ve ödeyenler için olumlu özendirmeler oluştururken olumsuz olanları kontrol altına alır ve ortadan kaldırır. Mevcut mevzuatın değiştirilmesi veya yeni mevzuat oluşturulması, normalde farklı kurumlardan paydaşların girdisini ve mutabakatını gerektiren uzun bir süreçtir. Bu nedenle, yeni mevzuatın gerekliliğine ilişkin tartışma devamlılık göstermeli ve geç değil, erken başlamalıdır.

Türkiye dahil olmak üzere pek çok ülke, kendi sağlık sistemlerini temelden destekleyen idari süreç yasalarını ve sistemlerini oluşturan, iyi hazırlanmış yasal çerçeveleri tesis etmiştir. Bu nedenle, yeni reformların bu amaçlarını gerçekleştirmek için büyük çaplı veya temel mevzuat hükümleri çıkarmak çoğunlukla gereksizdir. Ancak, bu tür çerçeveler mevcutsa, önerilen reformları mevcut kanunların yetkisi dahilinde tesis etmek önemlidir. Bu genellikle, reformların gerçekleştirilmesi için gerekli düzenleyici talimatları oluşturmak için var olan yetki, görüş birliği ve yönlendirme sisteminin kullanılmasını gerektirir. Bu, aynı zamanda önerilen reformların söz konusu yasalarla ve bunların gerektirdiği süreçlerle tutarlılığının sağlanmasını da gerektirir.

Diğer ülkelerin deneyimleri, yetersiz bir yasal çerçevenin bir DRG'ye dayalı fonlama sistemiyle amaçlanan etkilerden ciddi tavizler verilmesine neden olabileceğini göstermiştir. Dolayısıyla, Türk paydaşlar için yeni hastane fonlama sistemi üzerinde çalışmak, bunu geliştirmek ve uygulamaya koymak ve yeni yasaların gerekip gerekmediğini veya mevcut yasalarda değişiklik (veya belki de çıkarılmasının)

gerekip gerekmediğini belirlemek ve bütün Türk sağlık sistemi genelinde özendirmeleri bütünleştirmek ve uyumlaştırmak önem taşıyacaktır.

Proje sürecinde karar alma, gayri resmi olarak çekirdek grup veya kararları alan ve bunları proje hastanelerine bildiren diğer paydaşlar tarafından gerçekleştirilebilir. Zaman içinde mevcut yasalardaki mevzuat dili genişletilerek veya yenileri oluşturularak bu bildirime daha fazla resmiyet katılması gerekebilir. Kodlama, veri toplama ve fonlama kavramlarının kurumsallaştırılmasında kullanılmak üzere paydaşlar tarafından gösterilen birincil yasal belge BUT'tur. BUT'a Temmuz 2005 itibarıyla hastanelerin bütün taburcular için ICD-10 tanı kodlarını bildirmelerini isteyen ifadeler eklenmiştir. Bu, özel gerekliliklere nasıl resmiyet kazandırıldığına ve hastanelere iletişğine bir örnektir. Özel gerekliliklere resmiyet kazandırılmasına ilişkin bir diğer seçenek, ilgili Bakanlıklardan çoğunlukla "Bakanlık Yönergeleri" olarak adlandırılan resmi belgelerin istenmesidir. Bu yaklaşım, DRG'ye dayalı fonlama sistemi geliştirmenin kapsamına bağlı olarak, kısa ve orta vadede çok daha faydalı olabilir.

Halihazırda, Türk paydaşlar, yasa ve yönetmeliklere duyulan gereksinimin yeni programlar tarafından özendirmelerin oluşturulması ve bunların iletilmesi kadar önemli olmadığına işaret etmektedirler. Bu, proje süresince ve sonrasında akılda tutulmalıdır.

Yeni Mevzuata Geçilmesi veya Mevcut Mevzuatın DRG'ye Dayalı Fonlama Modelinin Uygulanmasını Destekleyecek Şekilde Değiştirilmesi İçin Zaman Çizelgesi

Fark Analizi Raporunda (D.B.1.2), halihazırda projeden beklenen çıktılar temelinde kısa vadede öncelikli proje amaçlarının yanı sıra, orta ve uzun vadede daha geniş kapsamlı hedefler vurgulanmaktadır. Bunlar Tablo 1'de sıralanmıştır. Kısa vade, mevcut proje süresini temsil etmekte olup, beklenen bitiş tarihi Aralık 2006'dır; orta vade, projenin tamamlanmasının ardından 2-3 yıl süreyle devam edecek olan çalışmayı temsil eder; uzun vade ise projenin tamamlanmasının ardından 4-10 yıl süreyle devam edecek olan çalışmayı temsil eder. Bu, aslında Türkiye için bir DRG'ye

dayalı fonlama modelinin geliştirilmesi ve uygulamaya konması kapsamında üç ana evreye bölünebilecek bir zaman çizelgesidir. ,

Bu amaçların anlaşılması, hastane bakımı için bir DRG'ye dayalı fonlama modeline geçilmesi ile ilgili olarak, Türk paydaşların yönlendirildiği bir bağlam sağlar. Ayrıca, bu amaçlar, ele alınması gereken özel kurallar, gereklilikler veya yasaların ele alınması için bir başlangıç noktası oluşturur.

Ayrıntıların anlaşılması için, Fark Analizi Raporuna(D.B.1.2) bakınız.

KISA, ORTA VE UZUN VADEDE BEKLENEN ÇIKTILAR VE AMAÇLARI

1. Kısa vadede beklenen çıktılarla (projenin bitiş tarihi olan Aralık 2006 itibariyle tamamlanacak) öncelikle yeni kodlama ve maliyetlendirme metodolojilerinin kullanımına, verilerin toplanması ve iletilmesine, taburcu edilen hastaların DRG'lere gruplandırılmasına, raporların yayınlanmasına ve sanal bir ortamda alternatif DRG'ye dayalı fonlama seçeneklerinin simüle edilmesine yönelik pilot denemelerin yapılması amaçlanır. Bu etkinlikler pilot hastaneler, çekirdek grup Türk tarafı ve uluslararası danışma ekibi tarafından yürütülmektedir.
2. Orta vadede beklenen çıktılarla (bu projenin tamamlanmasından sonra iki ila üç yıl devam eder) öncelikle pilot test deneyimini, ülkeyi temsil eden bir ilave Türk hastaneleri havuzuna genişletmek amaçlanır; sanal simülasyonun sonuçlarına ve çekirdek grup ve kilit paydaşlar tarafından alınan kararlara bağlı olarak, bu aynı zamanda yeni bir fonlama modelinin pilot uygulamasını da içerebilir.
3. Uzun vadede beklenen çıktılarla (bu projenin tamamlanmasının ardından dört ila on yıl devam eder) öncelikle, kısmen bütün Türk hastaneleri için yeni bir fonlama modelinin sürekli gelişimi ve fiili uygulaması yoluyla, Türk hastanelerinin etkin bir maliyetle kaliteli bakım sağlamaya yaklaştırılması amaçlanır. Hastane bakımı için yeni finansman sisteminin daha erken olmasa bile bu süre içinde uygulamaya konması beklenmektedir. Etkinlikler klinik kayıtlarının denetlenmesi, maliyet verilerinin kıyaslanması, hastane hizmetlerine ait DRG bağlı ağırlıklarının / fiyatların yenilenmesi ve her yıl güncellenmesi, kronik bakım dahil olmak üzere diğer bakım tipleri için ilave fonlama modellerinin geliştirilmesi ve klinik yol çerçevelerinin ve epizoda dayalı raporlama ve fonlamanın yeni fonlama yöntemine entegre edilmesi üzerine odaklanacaktır.

Kısa vadeli yönlendirmeler/değerlendirmeler

Genellikle DRG'ye dayalı fonlama modellerini kullanmayı düşünen ülkeler işe bir pilot proje ile başlarlar.Pilot denemelerin yapılması öncelikle, daha geniş ölçekte hastanelerin kapsanmasına ve ardından yeni bir fonlama mekanizmasının

uygulanmasına geçmeden önce, küçük bir hastane grubuna DRG ilkeleri, kodlama sistemleri, kodlama kuralları, maliyetlendirme verilerinin toplanması ve verilerin toplanması ve iletilmesi ile ilgili eğitim verilmesi üzerine odaklanır. Türkiye'deki mevcut proje, sekiz pilot proje hastanesi ile başlamak üzere benzer şekilde yapılandırılmıştır.

Fark Analizi Raporunda belirtildiği gibi, DRG uygulamaları büyük ölçüde kullanım ve morbidite verilerine, özellikle ayrı ayrı hastalara ait esas klinik bilgilerine (tanı ve işlem kodlarına) dayanır. Bu bilgiler hatalı, eksik veya yetersiz kalitedeyse veya kapsamı sınırlıysa, DRG'lerin kullanım kalitesinden taviz verilebilir. Sonuç olarak, bu, fonlama, kıstas oluşturma, hastane yönetimi, morbidite/mortalite etkinlik izlemesi ve uygulama örüntülerinin karşılaştırılması gibi DRG verilerine dayalı alanları etkileyecektir. Dolayısıyla, kısa vadede tamamlanan çalışmanın çoğu kapsamlı kodlama sistemlerinin kullanımının denenmesi ve geliştirilmesini, klinik ve maliyet verilerinin belirlenen tanımlar yardımıyla rapor edilmesini ve bütün verilerin analiz ve gözden geçirme için standartlaştırılmış bir formatta iletilmesini kolaylaştırır. Bunlar, hastaların klinik açıdan anlamlı ve kaynak homojen gruplara ayrılması için gerekli yapı taşlarıdır. Bu, hastanelere ve karar vericilere, bir DRG'ye dayalı fonlama sistemi geliştirmeye geçip geçmemeyi ve nasıl geçileceğini belirlemede büyük bir esneklik sağlar.

Yukarıdaki kısa vadeli amaçların dikkatle uygulanmasıyla, muhtemelen daha fazla hastaneyi ve fonlama politikasında bir değişikliği kapsayacak orta ve uzun vadeli adımları kolaylaştıracaktır. Dolayısıyla, az sayıda pilot hastane ile çalışmak, Türkiye'nin daha büyük gereksinimlerini öğrenmenin ve başarılı bir DRG'ye dayalı fonlama sistemin ortaya konması için orta ve uzun vadede hangi yasa ve yönetmeliklerin tesis edilmesi gerektiğini öğrenmenin anahtarıdır.

Paydaş girdisi temelinde, pilot proje hastanelerinden, çekirdek gruplar ve proje ekibi aracılığıyla iletildiği şekliyle, proje yönetimi yoluyla proje gerekliliklerine uymaları istendiğinden ve söz konusu hastaneler bunu kabul ettiğinden, kısa vadede yeni yasaları uygulamaya koymak veya Bakanlık Talimatları yayınlamak gerekli olmayabilir. Ancak, pilot projenin süresinin kısa olması nedeniyle, proje ekibi proje gerekliliklerine uygunluğu dikkatle izlemelidir; bu, toplanan verilerin Türkiye için

alternatif fonlama modellerinin sanal simülasyonlarının hazırlanmasında kullanılacak olması nedeniyle son derece önemlidir.

Orta ve uzun vadeli yönlendirmeler

Kısa vadeden sonra sistem gelişimi ve uygulanması ile ilgili olarak paydaşlar tarafından alınan kararlar, özellikle DRG'lerin gelecekteki kullanımına ilişkin "neden"ler, "ne zaman"lar ve "nasıl"lar konusunda, ister bir fonlama sistemi oluşturmak amacıyla ister orta ve uzun vadeli diğer amaçlarla, sonunda mevzuat gerekliliklerini gündeme getirecektir. Bu kararlar projenin kısa vade döneminde alındığından, orta ve uzun vadedeki mevzuat gereksinimlerini özel olarak ele alabilecek ve bu doküman uygun şekilde revize edebilecek.

Vakaya Dayalı Fonlamanın Geliştirilmesi ve Kısa, Orta ve Uzun Vadede Türkiye'de Uygulamaya Konmasını Desteklemek Üzere Karar Almayı ve Mevzuat Değişikliğini Gerektiren Kilit Hususlar :

Sağlam bir DRG'ye dayalı fonlama sisteminin geliştirilmesi ve uygulanması, önemli oranda, bir kısmı proje çekirdek grupları ve Türk paydaşlar tarafından halihazırda ele alınan bir dizi kilit bileşene dayanır. Bu kilit bileşenler, genel olarak aşağıda Tablo 2'de sıralanmıştır. Ardından gelen Tablo 3'te her bileşenle ilgili alt konuların ayrıntılı bir listesi, kısa, orta veya uzun vadede kararlar gerekip gerekmediğine ilişkin açıklamalarla birlikte verilmektedir. Bu açıklamalar sadece bir başlangıç noktasıdır ve önceliklere ve proje süresince alınan kararlara bağlı olarak değişebilir.

DRG'YE DAYALI FONLAMANNIN MEVZUATTA/DÜZENLEMELERDE DEĞİŞİKLİK GEREKTİREN KİLİT BİLEŞENLERİ	
1.	Tanı ve İşlemler için Sınıflandırma Sistemi
2.	Kodlama Kuralları, Gereklilikler ve Tanımlar
3.	Tıbbi Dokümantasyon Kuralları, Gereklilikler ve Standartlar
4.	Hastaneler Tarafından Klinik ve Maliyet Verilerinin Toplanması ve Sunulması
5.	Hastaneler Tarafından Sunulan Klinik ve Maliyet Verilerinin İşlenmesi, Gruplandırılması ve Analizi
6.	Kararlaştırılan Seçenek(ler) Temelinde Finansman Kurallarının Uygulanması
7.	İnsan Kaynaklarının Organizasyonu, Eğitim ve Çekirdek Kavramların Kurumsallaştırılması
8.	Hastane Yönetimi/Özerkliği
9.	Denetleme/İzleme/Kalite Güvencesi
10.	Kurumsal Görev ve Sorumlulukların Resmen Belirlenmesi

Yukarıdaki bileşenlerin her birinin, aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi bir dizi ilgili alt konusu vardır. Bunlar, bir DRG'ye dayalı ödeme sisteminin geliştirilmesini ve uygulanmasını kolaylaştırmak için özel kararlar gerektirir.

Dahası, bunlardan bazıları bir DRG sistemi kapsamındaki bütün faaliyetlerin "yerelleştirilmesini" sağlamak için özel yenilik ve uyarlama süreçlerinin tasarlanmasını ve onaylanmasını gerektirir.

Aşağıda sıralanan özel alt konuların, yorucu bir iş adımları listesi değil, daha ziyade kısa, orta ve uzun vadelere özel düzenlemeler yoluyla hastaneler ve sağlık sistemi paydaşları tarafından alınması ve uygulanması zorunlu kararlar gerektiren konular olduğu unutulmamalıdır.

MEVZUAT DEĞİŞİKLİKLERİ İLE UYGULAMAYA KONAN RESMİ KARAR ALINMASINI GEREKTİREN KİLİT KONULAR

1. Tanı ve İşlemler için Sınıflandırma Sistemi	Kısa vade	Orta Vade	Uzun Vade
Tanı ve işlem kodlama sistemlerinin resmen seçilmesi ve atanması (ICD-10-AM ve ACHI)	pilot	pilot	kurumsallaştırma
Pilot proje hastanelerinin her eğitim için seçilen kodlama sistemlerini (ICD-10-AM) kullanmalarının talep edilmesi ve uygulamaya konması	pilot	pilot	kurumsallaştırma
Bütün Türk hastanelerinin seçilen kodlama sistemlerini kullanmalarının talep edilmesi	pilot	pilot	kurumsallaştırma
2. Kodlama Kuralları, Gereklilikler ve Tanımlar			
Hastaneye yatış, yatarak tedavi, ayaktan tedavi, günlük yatış, taburcu vb. dahil olmak ancak bunlarla sınırlı kalmamak üzere, farklı hizmet tipleri için standart tanımların belirlenmesi	pilot	geliştirme	kurumsallaştırma
Yeni kodlama sistemleri için kodlama standartları ve rehber ilkelerin belirlenmesi	pilot	pilot	kurumsallaştırma
Eksiksiz ve doğru tıbbi kayıt dokümantasyonunun tutulması için standartların belirlenmesi	pilot	pilot	kurumsallaştırma
Tanı ve işlem kodlarının bildirilmesi için standart tanımlar ve kuralların belirlenmesi	pilot	pilot	kurumsallaştırma
3. Hastaneler Tarafından Klinik ve Maliyet Verilerinin Toplanması ve Sunulması			
DRG'ye dayalı fonlama sistemi ile birlikte kullanılmak üzere bir Asgari Temel Veri Kümesi (MBDS) oluşturulması	pilot	pilot	kurumsallaştırma
MBDS'nin elektronik tıbbi kayıtlarla entegre edilmesi	pilot	pilot	kurumsallaştırma
Verilerin bildirilmesi için standart gerekliliklerin konulması (veri şablonları, zaman çizelgeleri, altyapı gereklilikleri, yazılım/donanım vb.)	pilot	pilot	kurumsallaştırma
Veri erişimi, güvenliği ve gizliliği konularında gerekliliklerin belirlenmesi	pilot	pilot	kurumsallaştırma
4. Hastaneler Tarafından Sunulan Klinik ve Maliyet			

Verilerinin İşlenmesi, Gruplandırılması ve Analizi			
Klinik ve maliyet verilerinin toplanması için kurumun seçilmesi	geliştirme	geliştirme	kurumsallaştırma
Verilerin gözden geçirilmesi, analizi ve raporlanması için kurumun seçilmesi	geliştirme	geliştirme	kurumsallaştırma
Toplanan verilere erişimi olan kurumlar için kuralların belirlenmesi	geliştirme	geliştirme	kurumsallaştırma
5. Kararlaştırılan Seçenek(ler) Temelinde Finansman Kurallarının Uygulanması			
Hastaneler için bir DRG'ye dayalı ödeme sisteminin uygulanmasına ilişkin ulusal makamlarca resmi yasa/yönetmelik yayınlanması	geliştirme	geliştirme	kurumsallaştırma
Hastane fonlamasına etki eden ayarlama faktörlerinin ve geçiş politikalarının geliştirilmesi ve uygulamaya konması	geliştirme	geliştirme	kurumsallaştırma
DRG finansmanının kullanılması için hastanelerle sözleşme sürecinin uyarlanması	geliştirme	geliştirme	kurumsallaştırma
Sistemin idamesi ve yenilenmesi için standart bir sürecin oluşturulması (kodlar, gruplar, bağıl ağırlıklar, tarifeler vb.)	geliştirme	geliştirme	kurumsallaştırma
Birden fazla bakım hizmeti tipini bütünleştiren fonlama modellerinin geliştirilmesi (bakım epizodu kavramı)	geliştirme	geliştirme	kurumsallaştırma
6. İnsan Kaynaklarının Organizasyonu, Eğitim ve Çekirdek Kavramların Kurumsallaştırılması			
Kısa, orta ve uzun vadede genel sistem uygulaması için görev ve sorumlulukların tanımlanması	geliştirme	geliştirme	kurumsallaştırma
Kodlayıcılar, yöneticiler, doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık yönetimi çalışanları için mevcut programlar yoluyla standart eğitimin talep edilmesi veya yenilerinin geliştirilmesi	geliştirme	geliştirme	kurumsallaştırma
8. Denetleme/İzleme/Kalite Güvencesi			
Veri kalitesinden ve verilerin doğruluğunu denetlemekten ve izlemekten sorumlu kurumun belirlenmesi	pilot	geliştirme	kurumsallaştırma

Eksiksiz ve doğru verilerle ilgili veri denetleme standartlarının belirlenmesi	pilot	pilot	kurumsallaştırma
Gönüllü hastanelerle yeni sisteme uyum anlaşmalarının belirlenmesi	pilot	pilot	kurumsallaştırma
Mesleki en iyi uygulama protokolleri, klinik yollar ve standart bakım rehberlerinin hazırlanması ve yayınlanmasına katılım	pilot	geliştirme	kurumsallaştırma

Yukarıda sıralanan bir dizi alt konu kısa vadeli proje sürecinde kararların alınmasını gerektirirken, diğerlerinin (öncelikle fonlamayla ilgili olanlar) orta veya uzun vadeye kadar mevzuat veya düzenleme araçlarıyla resmen ele alınması gerekmemektedir.

Tıbbi Dokümantasyon ve Bakıma İlişkin Standart Tanımlar

Hastaneye Yatırma

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.

Çekirdek Grup tarafından alınan projeye özel kararlar:

- **Yenidoğanlar:** Sadece komplikasyonlu yenidoğanlar değil tüm yenidoğan epizotları hastaneye yatırılmalıdır (ve kodlanmalıdır). Bu, en azından bazı hastaneler için bir değişikliktir. (Karar 2/8/05 tarihinde alınmıştır)
- **İzin:** İzin kavramını tanımlayın (ve böylece, hasta izne çıktığında hasta için taburcu ve yeniden hastaneye yatırma işlemleri yapmayın). Bu bir değişiklik değildir. (Karar 31/8/05 tarihinde alınmıştır)
 - Proje amaçları kapsamında, mümkün olduğu hallerde, tüm izin günlerini (veya tarihlerini ve sürelerini) elektronik olarak toplayarak bunların, yatış süresi hesaplanırken çıkarılabilmesini mümkün kılın. Bunun tüm hastaneler için mümkün olmayabileceğinin bilincinde olun.
 - Proje bilgilerini kullanarak, ulusal konuları ve böylece standartlarda gelecekte yaşanacak geliştirmeleri belirleyin.
- **Hastaneye Yatırma** Kategorileri: Mevcut sistemle devam etmek (bakım türleri arasında resmi bir geçiş yoktur) ancak bakım türü değişikliklerini klinik kayıtlara girmek. (Karar 31/8/05 tarihinde alınmıştır)
 - Bazı bakım türleri için, rehabilitasyon günleri gibi, göstergeler toplamaya çalışmak. Böylece bunlar, hastaneler arasında akut maliyetler ve yatış süresi (LOS) karşılaştırmaları yapmak amacıyla LOS hesaplamalarından düşülebilir.
- **Günlük bakım epizotlar:** Hastanelerin, yatan hasta bakımı verilerini daha önceki uygulamalara göre toplamaya devam etmesi gerekliliğidir. (Karar 31/8/05 tarihinde alınmıştır)
 - Günlük bakım işlemlerinin neler olduğuna ilişkin kararın kabul edilmesi gerektiği hakkındaki tartışmaya üç açıdan yaklaşmak mümkündür:
 - Önceden karar vermek
 - HUH'dan ICD-10-AM'deki bir aylık kodlamaya bakmak
 - Hastanedeki doktorlara, günlük bakım işlemlerinin onlara göre neler olması gerektiğini düşündüklerini sormak

- OECD ve diğerlerine (SD olarak kabul edilen işlemlerin 2001 listesi – kaynağından pek emin değilim) ilişkin günlük yatış tanımı hakkında Türkiye’de halihazırda bir dizi kural vardır.
- **Ek Kararlar.**
 - Sürece bilgi sağlamak için Eylül ayında HUH’dan yapılan günlük ve gecelik taburcu işlemlerini mevcut kurallar ışığında gözden geçirmek.
 - Aşağıdaki amaçlar kapsamında, bir günlük yatışları (sadece günlük değil) incelemek: A: Günlük işlemler için bir liste oluşturmaya yönelik idari "çözümleri" incelemek, B: Politikanın desteklemesi durumunda, gecelik yatış olarak başlayıp günlük yatışa dönme ihtimali yüksek olan vakaları (en azından bir bölümü için) belirlemek.

Bakım epizodu

Proje kapsamında epizot, 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. Aşağıdaki koşullardan en az biri gerçekleşirse hasta hastaneye yatırılabilir:

- Hastanın durumunun, klinik yönetimi ve/veya ikamet ettikleri çevrede bulunmayan klinik olanakları gerektirmesi
- Hastanın, değerlendirme veya tanı amacıyla gözlem altına alınmasınının gerekmesi
- Hastanın ilaç ihtiyaçlarının, en azından günlük değerlendirmeyi gerektirmesi
- Hastanın, özelleştirilmiş destek gereçlerinin ve/veya uzmanlığın bulunmadığı bir doktor odası gibi bağımsız bir tesiste gerçekleştirilemeyecek işlem(ler)e ihtiyaç duyması (örn, kalp kateterizasyonu)
- Hastaneye yatırma için hukuki zorunluluk olması (örn, mahkumlar)
- Hastanın dokuz günlük ya da daha küçük olması.

Tıbbi kayıt (klinik kayıt, hasta kaydı)

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, tanılar, prognozlar, açıklamalar ve diğer veri ve kayıtlar.

Hastaya ne olduğuna ilişkin bir kayıt olarak görev yaptığından, kaliteli tıbbi dokümantasyon oldukça önemlidir. Bu, hastanın devam etmekte olan tedavisine ilişkin hedefler, araştırma ve faturalama hedefleri ile hukuki hedeflerin yanı sıra kodlama amaçları gibi birçok amaç açısından oldukça faydalıdır.

Kodlama amaçları kapsamında (ve belki de diğer amaçlar için) bir hastalık ya da işlemi destekleyen dokümantasyon bulunmaması durumunda (yazılı ya da elektronik olarak), bu hastalık/işlemler kodlanmamalıdır. Bu, "Belgelendirilmemişse gerçekleşmemiştir" deyişiyle özetlenmiştir.

Projede yer alan hastanelerin, özellikle taburcu raporuyla ilgili olanlar basta olmak üzere tüm sağlık kayıtlarında yer alan dokümantasyonların kalitesini (sıklık ve içerik) değerlendirmesi gerekecektir. Buna ek olarak, tüm sağlık kayıtlarının zaman çizelgelerini ve kodlamayı gerçekleştiren personel için kullanılabilirliğini (fiziksel ya da elektronik) dikkate alınmalıdır. DRG ataması için, ayrı alanlar şeklinde az sayıda veri kaleminin bulunması konusuna dikkat edilmelidir; aksi takdirde, bu veri kalemlerinin kodlama sırasında tanımlanması gerekecektir (Yani, yenidoğan için yatış ağırlığı, mekanik ventilasyon ve izin günleri).

ICD-10-AM kodları şeklindeki klinik veriler (Dünya Sağlık Örgütü Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, Onuncu Sürüm, Avustralya modifikasyonu), epizotların AR-DRG'lere gruplanması için gerekli olan temel girdilerden biridir. ICD-10-AM'nin de bir örneğini teşkil ettiği kodlama sistemleri, hastalıklar, yaralanmalar ve diğer sağlık sorunlarının öyküleyici anlatımlarını alfasayısal kodlara dönüştürür. Kodlar, komplikasyonları ve/veya komorbiditeleri, dış etkenleri, hastaya uygulanan işlemleri (ameliyathane işlemleri veya ameliyathane dışı işlemler) de kapsayan ana (asıl) tanı, ikincil tanılara ilişkin belirli kuralları takip ederek atanır. Bu tanı ve işlemler, hastanın tıbbi kayıtlarından alınmalı, kodlanmalı ve daha sonra DRG'lere gruplama için gerekli olan diğer ilgili verilerle birlikte elektronik olarak toplanmalıdır.

Özet tanımlar ve veri kalemleri aşağıda sıralanmıştır;

Ana Tanı (PDx)

Araştırma sonunda, hastaneye yatırılan hasta bakımının bir epizodunun, bakımevi 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.

Komplikasyon ve/veya komorbidite (CC) kodları

Bu kodlar, çok daha büyük kaynak tüketimine yol açma ihtimali olan tanılardır. (AR-DRG V5.1)

İşlem kodu

Bakım epizodu sırasında gerçekleştirilen tüm işlemleri, ICD-10-AM Avustralya Kodlama Standartlarına uygun olarak kaydedin ve kodlayın. İşlemler, klinik dokümantasyonlardan alınmıştır ve yine bunlarla doğrulanmalıdır.

Ameliyathane Dışı (NonOR) İşlemler

NonOR'lar, bazı MDC'lere ilişkin sınıflandırmalar tarafından önemli kabul edilen işlemlerdir. Ancak, AR-DRG Versiyon 5.1 kapsamında NonOR olarak tanımlanan işlemler ameliyathanelerde gerçekleştirilebilir. Bir nonOR işlemi bir MDC'de önemli değilse, bir tıbbi DRG'ye gruplandırılacaktır. (AR-DRG V5.1)

Ameliyathane (OR) İşlemleri

OR işlemleri, AR-DRG Versiyon 5.1 kapsamında önemli kabul edilen işlemlerdir. Bir OR, epizodun atandığı MDC'de önemli değilse, hata DRG'leri 901Z, 902Z ve 903Z'den birine gruplandırılacaktır. (AR-DRG V5.1)

Sınıflandırma Sisteminin Türkiye İçin Uyarlanması, İdamesi ve Yenilenmesi

Orta veya uzun vadeli aşamaların daha fazla sayıda hastaneyi içermesi ve yeni fonlama sisteminin pilot testlerini kapsamı beklenmektedir. Böyle olması durumunda, alınması gereken karar türleri şu konuları kapsar:

DRG sınıflandırma sisteminin uyarlanması, idamesi ve yenilenmesi – öncelikle teknik çalışma grupları kurun ve daha sonra kurumsal sorumlulukları belirleyin

Klinik kodlama sisteminin uyarlanması, idamesi ve yenilenmesi – öncelikle teknik çalışma grupları kurun ve daha sonra kurumsal sorumlulukları belirleyin

Klinik ve maliyet verilerine ilişkin standartlar ve dizilerin süregelen yenilenmeleri
Hastanelerden veri toplama ve hazırlama - öncelikle teknik çalışma grupları kurun ve daha sonra kurumsal sorumlulukları belirleyin (raporlar sunmak ve fonlama için verilerden faydalanmak amacıyla)

Hastanelerden GSS, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, vb. klinik ve mali bilgi akışını gerektiren DRG'ye dayalı bir fonlama sistemi uygulamaya ilişkin hukuki temel nasıl olacaktır?

Sunulan vakaların denetlenmesi ve/veya geçerlenmesi ve yeni fonlama sisteminin sözleşme ve mutabakat sürecinin gözlenmesi için bir kuruluş uyarlanacak/kurulacak mıdır?

Sağlık fonlama, sağlık sigortası ve hastane yapıları ile ilgili hangi diğer mevzuatlara da ihtiyaç duyulabilir?

Bir sınıflandırma sisteminin yerleştirilmesi söz konusu olduğunda, süreçler ve uygulamaları ilk proje çabaları tarafından geliştirilebilir ve simüle edilebilir. Olasılıklardan biri, farklı çalışma gruplarının belirli görevlerle ilgilenmesi ve bu görevlerin zamanında uygun kurumsal kapasitelere dönüştürülebilmesidir. Başlangıçta teknik gruplar olarak çalışmak, vaka bileşimi fonlaması da dahil olmak üzere uzun vadede Türkiye'de farklı amaçlar için kullanılacak sınıflandırma sistem(ler)inin idamesi, yenilenmesi ve uyarlanmasına yönelik gelecek kurumlaşma için görev tanımlarının hazırlanması sonucunu da doğurabilir.

Esas çalışma alanları :

Standartlar, tanımlar ve kurallar dahil olmak üzere Hastanelerin klinik verilerinin tanı ve işlem kodlamaları için kullanılmakta olan kodlama sistemi; ICD 10 AM ile ilgili mevcut deneyim, daha ayrıntılı yenilemeler için temel olarak kullanılabilir.

Hastaları DRG'lere tahsis etmede kullanılmakta olan ikincil sınıflandırma sistemi; mevcut pilot proje düzenlemeleri kapsamında kullanılmakta olan sistem AR-DRG'dir ve tanı ve işlemler için birincil sınıflandırma ile önemli düzeyde ilişkilidir.

Bunlar, uzmanlığın birbiriyle sıkı ilişki içinde olan alanlarıdır; bu nedenle, aktiviteler Vaka Bileşimi Klinik Danışma Grubu'nun tavsiyeleri ve rehberliği altında yürütülebilir.

Bu grup uygun zamanda,Türkiye’de kullanılmakta olan sınıflandırma sistemlerinin idamesi ve yenilenmesinden resmi olarak sorumlu bir Ulusal Komite’ye dönüştürülebilir.ÇG veya Komite’nin koordinasyona ilişkin temel görevleri şunlardır:

- Tıbbi dokümantasyon ve klinik kodlama kalitesinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesine yönelik metodoloji geliştirme ve altyapı iyileştirme aktiviteleri gerçekleştirmek
- Tıbbi dokümantasyon ve yatan hasta kodlama işlemlerinin değerlendirilmesine yönelik performans göstergeleri geliştirmek
- Seçilen/kullanılan klinik veri kodlama sistemini temel alan grupta metodolojisi gözden geçirmek
- Uygun araçların (gerekli yazılım gibi) geliştirilmesini ve kullanılmasını ve kavramlar ile araçların kullanımına ilişkin eğitimlerin verilmesini sağlamak

Klinik sınıflandırma çalışmaları; veri toplama ve analizine ilişkin standart süreçler ve şablonlar geliştirmek ve yenilemektir.

Veri yönetimi

Bunlar, Sağlık Bilgi Yönetimi ve İstatistiksel Veri Bütünlüğü alanında çalışma grupları kurulmasını gerektirecek uzmanlık alanlarıdır; yukarıda da tanımlandığı gibi, uzun vadede, bu gruplara uyarlanan işlevler ve bu grupların İş Tanımları ulusal temsilci komitelerin kurulmasına temel hazırlayabilir.

Hangi kanunlara ihtiyaç duyulacağını belirlemek burada da zordur ve proje olarak uygulamanın henüz erken aşamalarında bulunmaktadır.Sonuç olarak, DRG’ye dayalı bir fonlama modeli üzerinde çalışılması ve böyle bir modelin geliştirilmesi gerektiğine dair genel mutabakatın ötesine geçen kararlar alınmamıştır.

Daha önce de değinildiği üzere, fonlama için sadece DRG'leri kullanarak hiçbir şey elde edilemez.Sağlık sistemi genelindeki özendirmeleri uyumlaştırmadan ve, klinik ve maliyet verileri ile genel fonlama mekanizmasını izlemek ve denetlemek amaçlı yeterli kanun ve düzenlemeleri hazırlamaksızın, ödemeler için DRG'leri uygulayan birçok ülke beklenen sonuçları elde edememiştir.Dikkatli bir şekilde uygulandığında DRG’ye dayalı bir fonlama sistemi, hem hastane sunucuları hem de ödeyene yönelik verimlilik özendirmeleri ve fırsatların yaratılmasını kolaylaştırabilir.DRG’ye dayalı fonlama sistemleri sırasıyla, sağlık bakım hizmetlerinin sunulmasına ve birincil bakım, ayakta tedavi ve hastanede yatıştan önce ve sonra hastane bakımını da kapsayan çoklu bakım ortamlarının finansmanına yönelik bağlantıları güçlendirmiştir.

Özellikle ulusal uygulama için fazla süre yoksa ve hastane sayısı çoksa, farklı sağlık sistemi paydaşlarından DRG’ye dayalı bir fonlama sisteminin geliştirilmesi ve uygulanmasını da kapsayan yeni reformlara yönelik güçlü bir işbirliği ve stratejik bir yaklaşım kritik öneme sahiptir.DRG’ye dayalı bir fonlama sisteminin uygulanması konusuna stratejik açıdan yaklaşmak, paydaşların yeni reformlarla neler elde etmek istedikleri ve gelecekte yapılacak değişiklikleri destekleyecek yasal altyapı, bilgi, eğitim, sistem, araç, is gücü, vb. altyapısının mevcut olup olmadığını değerlendirmelerini gerektirir.Örneğin, Türkiye halihazırda açık ve net stratejik hedefler belirlemiştir ve bu proje kapsamındaki bilgi ve muhasebe altyapı araçları bu

stratejileri desteklemekle ilişkilidir. Önerilen reformlar yeni veya üzerinde değişiklik yapılmış mevzuat gerektirse de gerektirmese de veya mevcut kanunlar kapsamında salahiyyetli olsa da olmasa da, üzerinde mutabık kalınan politika ve stratejilere açık bir şekilde atıfta bulunmalıdır. Bu şekilde, mevzuat değişiklikleri stratejik reformları desteklemeye odaklanacaktır; böylece, beklenen türde verim ve sağlık hizmeti sunma sonuçlarını doğuracak yeni araçların, DRG'ye dayalı fonlama gibi, geliştirilmesini sağlayacak uygun özendirmeler yaratılabilecektir.

Aksine, gereksiz yere veya bakım hizmetinin sunulması ya da kalitesini, verimliliğin hayata geçirilmesini, hastane düzeyinde değerlendirilmesini, vb. amaçlayan uygun özendirmeler olmadan hazırlanan ek kanunlar ve düzenlemeler sadece, hastaneleri küstürecek ve muhtemelen yeni fonlama sisteminin istenen etkilerini zayıflatacaktır. Bu nedenle, her türlü yeni kanun veya mevcut kanunlar kapsamındaki idari eylemler, temel olarak stratejik hedeflere atıfta bulunmalı ve yine bu hedefler tarafından doğrulanmalıdır.

Son olarak özellikle, Türkiye'de sağlık bütçesini idare etme görevini tek başına yürütecek bir Kurumun kurulması sonucunu kısmen doğurabilecek Genel Sağlık Sigortası Kanunu gibi bir dizi sağlık reformu girişimi hazırlanmakta olduğu için, mevzuat değişiklikleri temelsiz şekilde yapılmamalıdır. Türkiye'de gerçekleştirilme aşamasında olan diğer reformlarla birlikte bu reform da, DRG'ye dayalı fonlama uygulamasına yönelik kısa, orta ve uzun vadeli yeni idari değişiklikler yapılmadan önce dikkate alınmalıdır. Hastane bakımına yönelik yeni fonlama sistemi ilkelerini ve özendirmeleri Genel sağlık sistemi hedeflerinin daha geniş kapsamı içine dahil etmek için, mevcut mevzuat da gözden geçirilmeli (İngilizce dilinde bir kopyası varsa proje ekibi tarafından, sadece Türkçe olarak mevcut bulunuyorsa Türk muadillerle birlikte) ve gerekli olması durumunda üzerinde değişiklik yapılmalıdır.

Üzerinde anlaşılan yaklaşıma bakılmaksızın, sunulan tüm idari değişikliklerin:

- Bağımsız olması ve DRG sistemi hedef ve takvimlerine açık bir şekilde katkı sağlaması
- Stratejik olarak, açıkça dile getirilen halihazırdaki ilkeleri temel alması
- Yeni fonlama sisteminin beklenti ve faydalarını yansıtması
- Tüm kilit paydaşlar tarafından desteklenmesi
- Mantıklı, anlamlı ve hizmet sunucular ve ödeyenlere açıklanabilir olması gerekmektedir.

6 Bir Türk Gruplama Motoru Geliştirilmesi İçin Gerekliliklerin Değerlendirilmesi ve Önerileri

Avustralya'da DRG gruplandırması için kullanılan Laeta Grouper yazılımı incelenmiş ve yeniden geliştirilmiştir.

Geliştirilen gruplama motoru diğer yazılımlar tarafından çağrılmak suretiyle kullanılabilceği 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.

Bazı DRG kodlamalarının Türkiye'de olmamasından dolayı, bu DRG lerle ilgili algoritmanın ilerde değiştirilmesi uygun olur.

7 Uygulama destek hizmetleri verilmesi

Klinik kodlama verilerinin tek bir sistemde toplanabilmesi amacıyla, proje kapsamındaki 8 pilot hastane ziyaretleri sırasında kodlayıcıların bilgisayarlarına DRG Klinik Veri Giriş Programı yüklenmiştir. Bu program ile kodlayıcıların hasta dosyalarından elde ettikleri klinik kodları sisteme girmeleri sağlanmaktadır. Hastane ziyaretleri sırasında kodlayıcıların bu programa hastaların demografik verilerini girmelerini kolaylaştırmak amacıyla DRG Klinik Veri Giriş Programı ve Hastane Bilgi Sistemi arasında teknik personelin desteği ile xml dosyası hazırlanarak link oluşturulmuştur. Bu link ile, kodlayıcılar günlük taburcu listelerini ve taburcu edilen hastaların demografik verilerini hastane bilgi sisteminden otomatik olarak aldıkları için DRG Klinik Veri Giriş Programına bu verileri tekrar girme zorunluluğu ortadan kaldırılmıştır. xml dosyasının hazırlanması sürecinde proje yazılım biriminden ilgili hastane teknik personeline teknik destek vermiştir. Hastane ziyaretleri sonrası karşılaşılan sorunlarla ilgili olarak da telefon, mail aracılığıyla iletişim sürdürülmüş, oluşan hatalar proje merkez ofisinde yürütülen çalışmalarla giderilmiştir.

DRG Klinik Veri yazılımı, **sunucu ve istemci** olarak iki bölümdür.

Sunucu

İnternete açık bir sunucu makina da bulundurulmaktadır. .Net Remoting teknolojisi ile istemcilerle haberleşmektedir. İstemcilerden girilen kayıtlar Remoting teknolojisi ile sunucuya iletilmekte ve sunucu tarafından veritabanı sunucusuna iletilmektedir. Veritabanına gönderilmeden önce gerekli controllerin yapılabilmesi için, ICD10-AM kontrolcüsü, ACHI kontrolcüsü, ve temel hasta verisi kontrolcüsü içerir. Bu kontrollerden hata dönmesi durumunda, kayıt yapılmadan, hata bilgisi, istemciye gönderilir.

İstemci

İstemci hastanelerde çalışmaktadır. Kurulumu <http://drg.huap.org/DRGKlinikVeri/yukle.htm> adresinden kolayca yapılabilir. İstemci temel hasta bilgisi, ICD10-AM ve ACHI kodlarının girilebilmesi için gerekli ekranları içerir. ICD10-AM ve ACHI kodlarının bulunmasında yardımcı olmak maksatlı gelişmiş bir **kod bulucu** içerir. İstemci hem on-line, hem de off-line çalışabilir. İnternet te problem olduğu zamanlar off-line girilen kayıtlar, internet a bağlanıldığında sunucu ya iletilir. Sunucu içerisinde barındırdığı kontrolcülerden (ICD10-AM, ACHI ve temel hasta bilgisi kontrolcülerini) veriyi geçirip, hatasız ise kaydeder. Hatalı ise istemciye internet üzerinden, mesaj gönderir.

Sunucu ve istemcilerde SQL Server kullanılmaktadır. Sunucu üzerindeki otomatik yedekleme kod parçacıkları sayesinde yedekler her gün otomatik olarak alınmaktadır. Alınan bu yedekler belli periyodlarla, başka bir makinaya ve cd lere aktarılmaktadır.

İstemciler üzerinde SQL Express 2005 vardır. Ancak bunların yedekleride kolaylıkla alınabilir.

8 Pilot Hastanelerde Gerçekleştirilen AR-DRGs “Aşağıdan Yukarıya” (Bottom-Up) Maliyetlendirme Çalışmaları Analizleri

Veri Analiz İşlemleri

Analiz Aracı, ARDRG Grouper, Combo

TransferFile ve Gider Dağıtım Tablosu ile toplanan veriler, proje için geliştirilen Analiz Aracında çalıştırılarak belli formatta dosyalar oluşturulmakta ve bu tablolar da AR-DRG Grouper ve Combo yazılımları için girdi tabloları haline getirilmektedir.

Analysys Tool içinde yer alan süreçler şunları içermektedir:

- ICD10 üç basamaklı kodlar ile en uygun ICD10-AM tanı kodlarının eşleştirmesi,
- BUT prosedür kodlarının ACHI kodları ile eşleştirilmesi,
- ACHI kodlarının sıralanması,
- Verilerin kalitesi ve geçerli analizlerin yapılması,
- TransferFile verilerinin ARDRG Laeta Grouper yapısına dönüştürülmesi,
- Grouper Girdi Dosyasının oluşturulması,
- Türk Maliyet merkezlerinin Avustralya Maliyet merkezleri ile eşleştirilmesi
- Türk Gider Çeşitleri ile Avustralya Gider Çeşitlerinin eşleştirilmesi,
- Combo Maliyet Tablosunun oluşturulması,
- Combo Gider Yerleri Tanıtım Dosyasının oluşturulması,
- Combo Volume File oluşturulması.

ARDRG Grouper hasta bazındaki klinik verileri belli bir işleme tabi tutan ve her hasta için DRG kodları atayan bir yazılım programıdır. DRG kodları ile birlikte, ARDRG Grouper proseslerin gruplanmasında kullanılan her veri için onaylanmış işaretleri de sağlamaktadır. Proseslerin gruplanmasında Laeta Grouper yazılımı (versiyon 5.1) kullanılmıştır.

Combo, departmanlar, DRG maliyetleri ve kaynak kullanım verileri bazında işlem yapan ve DRG maliyet raporları üreten bir maliyet modelleme yazılımıdır. Maliyetlendirme sürecinde Combo'nun 3.5 versiyonu kullanılmıştır. Combo her hastane için standart dosyalar kullanmaktadır. Maliyetlendirme ekibi TransferFile, CostSheet ve Analysys Tool kullanarak bu dosyaları üretmiştir.

Combo'da kullanılması gereken ana tabloları şu şekilde açıklamak mümkündür;

Cost File (cst file): Maliyetlerin gider yerleri ve çeşitleri bazında ayrıldığı ve maliyetlerin ayakta, yatan ve eğitim olarak ayrı ayrı gösterildiği ayrıca genel giderler ve direkt giderlerin dağıtım kriterleri ile bölüm ağırlıklarını içeren bir dosyadır. Cost File'in genel görünümü aşağıdaki gibidir.

cc	name	Stat	Vol	Wgt	Initcost	Ifrac	ARDRG50	Outpat0	Teaching	GenLed
O_3005_021	LAUNDRY ROOM_CLEANING MATERIALS	GenLed			26582					26582
O_3005_230	LAUNDRY ROOM_BASIC WAGE	GenLed			6107					6107
O_3005_231	LAUNDRY ROOM_BONUS AND PREMIUMS	GenLed			2886					2886
O_3007_021	DIET KITCHEN_CLEANING MATERIALS	GenLed			152					152
D_1000K_010	GENERAL MEDICINE Clinical_DRUGS		GenMedDays	One	151665	1	151665			151665
D_1000K_011	GENERAL MEDICINE Clinical_MEDICAL MATERIALS		GenMedDays	One	18231	1	18231			18231
D_1000K_019	GENERAL MEDICINE Clinical_OTHER MEDICAL MATERIALS		GenMedDays	One	319	1	319			319

1. Volume File (vol file): Direkt Giderlerin DRG'lere dağılımında kullanılan dağıtım kriterlerini içerir. Volume File'in genel görünümü aşağıdaki gibidir:

Prod	Pats	Days	DermatDays	EmergMedDays	EndocrinDays	ENTDays	GenMedDays	GenSurgDays
901Z	826	6742	293		36	210	1575	1244
902Z	96	654				83		221
960Z	372	4261					1956	42
961Z	106	482				22	52	29
963Z	37	219						
A06Z	55	1591				146		67
B01Z	2	35						
B02C	157	2367						
B03B	72	909				21		

- Bölüm Ağırlıkları Dosyası: Maliyet modelleme için kullanılan bölüm ağırlıklarını içerir. Dosyanın genel görünümü aşağıdaki gibidir:

Prod	ALLIED C	ALLIEDU C	PHYSIO C	PHYSIOU C	OTC	OTUC	SPTHER C	SPTHERU C	NUTRDIET C
901Z	1.90	5.05	1.48	4.42	1.39	4.90	1.13	4.58	1.68
902Z	1.52	2.04	1.39	2.03	1.20	1.18	1.31	4.41	1.19
903Z	1.53	9.05	1.18	8.84	1.01	10.17	0.00	0.00	0.85
960Z	9.61	3.01	2.80	0.67	12.67	8.12	2.40	4.62	6.54
961Z	1.03	2.65	1.44	2.81	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
963Z	1.79	4.92	0.69	1.44	0.00	0.00	0.00	0.00	0.97
A01Z	5.48	19.25	5.38	28.09	3.05	22.88	0.39	0.73	1.37
A03Z	21.89	70.00	14.31	139.42	1.57	41.32	1.75	137.96	0.00
A05Z	0.00	50.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
A06Z	6.22	28.61	5.15	34.20	2.35	13.07	1.97	46.21	2.69
A07Z	4.81	16.45	2.45	6.23	3.68	9.94	0.48	0.71	3.63
A08A	2.21	8.03	2.01	3.70	2.07	1.81	1.10	0.96	2.27

Combo yazılımı bu üç dosyayı genel giderlerin dağıtım kriterleri kullanılarak (cost file'da yer alan stat sütunu) direkt giderlere dağıtılması ve sonradan diğer dağıtım kriterlerinin ve ağırlıkların kullanılarak (cost file'daki vol ve wgt sütunları ile volume ve wgt dosyaları) DRG'lerin oluşturulmasını sağlar. Bununla birlikte Combo yazılımı maliyetleri Ana Gider Kalemi'ne (Buckets) dağıtır. Sınıflaması şu şekildedir:

Kod	İsim
WardMed	Doktor Ücretleri
WardNurs	Hemşire Ücretleri
NonClinical	Diğer Personel Ücretleri
Path	Patoloji
Imag	Görüntüleme
Allied	Yardımcı Sağlık Hizmetleri
Pharm	Eczane
Critical	Yoğun Bakım
OR	Ameliyathane
ED	Acil Servis
WardSupplies	Medikal Malzemeler
SPS	Özel İşlem Odaları
Pros	Protez
OnCosts	Personel Genel Giderleri
Hotel	Çeşitli Servis Hizmetleri
Deprec	Amortisman

Bu maliyet dağılımının yapılabilmesi için şu adımların atılması gerekir:

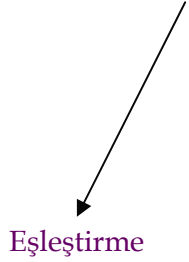
1. Gider Yerleri Tanıtım Dosyasının Kullanımı (Cost Definition File) Bu dosya hastane gider yeri ve çeşitleri ile Avustralya gider yeri ve çeşitlerinin eşleşmesini içerir. Örnek gösterimi aşağıdaki gibidir:

Kod	İsim	cdc04cc	cdc04itm
O_3001_02 0	ARCHIVE_STATIONERY MATERILAS	DocXmit	GS
O_3001_04 6	ARCHIVE_TEXTILE AND NEEDLEWORK ROW MATERIALS	DocXmit	MS
O_3001_22 0	ARCHIVE_BASIC WAGE	DocXmit	SWOther
O_3001_22 1	ARCHIVE_BONUS AND PREMIUMS	DocXmit	SWOther
O_3001_22 3	ARCHIVE_TREATMENT RELIEF	DocXmit	SWOther
O_3001_23 0	ARCHIVE_BASIC WAGE	DocXmit	SWOther
O_3001_23 1	ARCHIVE_BONUS AND PREMIUMS	DocXmit	SWOther
O_3001_23	ARCHIVE_TREATMENT RELIEF	DocXmit	SWOther

3				
O_3001_30	ARCHIVE_ELECTRICITY EXPENDITURES	DocXmit	GS	
0				
O_3001_30	ARCHIVE_WATER EXPENDITURES	DocXmit	GS	
1				
O_3001_31	ARCHIVE_POSTAL EXPENSES	DocXmit	GS	
0				
O_3001_31	ARCHIVE_PHONE EXPENSES	DocXmit	GS	
1				
O_3001_31	ARCHIVE_TELEFAX EXPENSES	DocXmit	GS	
3				
O_3001_33	ARCHIVE_Personnel transportation expenses	DocXmit	GS	
0				
O_3001_33	ARCHIVE_CLEANING SERVICES EXPENSES	DocXmit	Hotel	
1				
O_3001_33	ARCHIVE_MEAL SERVICE EXPENSES	DocXmit	Hotel	
2				
O_3001_60	ARCHIVE_BUILDING DEPRECIATION EXPENSES	DocXmit	Deprec	
2				
O_3002_01	CENTRAL STERILIZATION _MEDICAL MATERIALS	CSSD	MS	
1				
O_3002_02	CENTRAL STERILIZATION _STATIONERY MATERILAS	CSSD	GS	
0				
O_3002_03	CENTRAL STERILIZATION _HARDWARE MATERIALS	CSSD	GS	
1				
O_3002_04	CENTRAL STERILIZATION _TEXTILE AND NEEDLEWORK			
6	ROW MATERIALS	CSSD	MS	

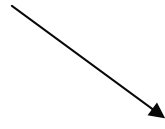
2. Daha sonra maliyet merkezleri standart hale getirilir;

Türkiye’de Kullanılan
Maliyet Merkezleri



Standart Maliyet Merkezleri(cc)

- Genel Cerrahi
- Enfeksiyon Hastalıkları
- Yoğun Bakım
- Anestezi
- Hematoloji
- Radyoloji
- ...



Eşleştirme

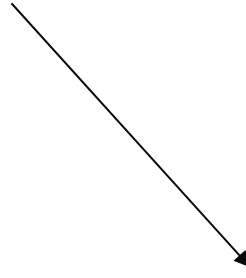
Standart M. Merkezi Grupları

- Yardımcı Sağlık Hizmetleri
- Görüntüleme
- Patoloji
- Eczane
- Yoğun Bakım
- Ameliyathane
- Özel İşlem Uygulamaları MM
- Acil Servis
- Klinikler
- Protez Birimleri
- Diğer Servisler
- GYG Maliyet Merkezleri



3. Gider çeşitleri de standart hale dönüştürülür;

Türkiye’de Kullanılan
Gider Çeşitleri



Eşleştirme

Standart Gider Çeşitleri

Genel Giderler
Hemşire Ücretleri
Doktor Ücretleri
Diğer Sağlık P.Ücretleri
Diğer Personel Ücretleri
Protez Giderleri
İlaç Giderleri
Medikal Malzemeler
Amortisman
Çeşitli Giderler
Patoloji
Görüntüleme
Çeşitli Servis Hizmetleri

4. Son olarak standart gider yerleri ve standart gider çeşitleri ana gider kalemi haline (buckets) dönüştürülür:

Türkiye’de Kullanılan
Maliyet Merkezleri

Türkiye’de Kullanılan
Gider Çeşitleri



Eşleştirme

Standart Ana Gider Çeşitleri

Doktor Ücretleri
Hemşire Ücretleri
Diğer Personel Ücretleri
Patoloji
Görüntüleme
Yardımcı Sağlık Hizmetleri
Eczane
Yoğun Bakım
Ameliyathane
Acil Servis
Medikal Malzemeler
Özel İşlem Uygulamaları
Protez
Genel Giderler
Çeşitli Servis Hizmetleri
Amortisman

Bahsedilen çalışmalar sonucu matrisi şu şekilde olmaktadır;

Gider Çeşitleri

Cdc04grp	SWNurs	SWMed	SWAH	SWOther	Oncosts	GS	Deprec	MS	Pros	Pharm	Path	Imag	Hotel
Allied	Allied	Allied	Allied	Allied	Oncosts	Allied	Deprec	Allied	Pros	Pharm	Path	Imag	Hotel
Clinical	WardNurs	WardMed	Allied	NonClinical	Oncosts	WardSupplies	Deprec	WardSupplies	Pros	Pharm	Path	Imag	Hotel
Critical	Critical	Critical	Critical	Critical	Oncosts	Critical	Deprec	Critical	Pros	Critical	Critical	Critical	Hotel
Imag	Imag	Imag	Imag	Imag	Oncosts	Imag	Deprec	Imag	Pros	Imag	Path	Imag	Hotel
Path	Path	Path	Path	Path	Oncosts	Path	Deprec	Path	Pros	Path	Path	Imag	Hotel
OR	OR	OR	OR	OR	Oncosts	OR	Deprec	OR	Pros	OR	OR	OR	Hotel
Pharm	Pharm	Pharm	Pharm	Pharm	Oncosts	Pharm	Deprec	Pharm	Pros	Pharm	Pharm	Pharm	Hotel
ED	ED	ED	ED	ED	Oncosts	ED	Deprec	ED	Pros	ED	ED	ED	Hotel
Pros	Pros	Pros	Pros	Pros	Oncosts	Pros	Deprec	Pros	Pros	Pros	Pros	Pros	Hotel
SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	Oncosts	SPS	Deprec	SPS	Pros	SPS	SPS	SPS	Hotel
OtherServ	NonClinical	NonClinical	NonClinical	NonClinical	Oncosts	NonClinical	Deprec	NonClinical	Pros	NonClinical	NonClinical	NonClinical	Hotel

→ Gider Yerleri

Combo çok farklı şekillerde DRG ve Ana Gider Kalemi bazında raporlar üretebilmektedir.

Yapılan Çalışmalara Genel Bakış

Proje süresi boyunca 2004-2006 tarihleri arasında ve ilgili yılları kapsayan veriler üzerinde analizler yapılmıştır. Ancak bazı hastanelerden hem klinik hem de hasta bazında veriler toplanamamıştır:

No.	Hastane Kodu	Hastane İsmi	Maliyet Modelleme 2004	Maliyet Modelleme 2005	Maliyet Modelleme 2006	2006 Periyot
1	HUH	Hacettepe	evet	evet	evet	9 ay
2	ANK	Ankara	-	evet	evet	9 ay
3	LKH	Kartal	-	evet	evet	9 ay
4	BKR	Bakirkoy	-	-	-	-
5	KDK	Kadikoy	-	-	evet	6 ay
6	KOZ	Kozyatagi	-	-	-	-
7	AFY	Afyon	-	-	evet	9 ay
8	ANT	Antalya	-	-	evet	9 ay
9	GAZ	Antep	-	evet	evet	9 ay
10	DOK	Izmir	-	-	-	-

Veri analiz sonuçları EK-4'te sunulmaktadır.

9 Ulusal DRGs geliştirilmesi çalışmalarının sonuçlarının bir demonstrasyon ile sunulması

11-12 Aralık 2006 tarihlerinde Pilot Hastaneler Proje Sorumluları ile Bakanlıktan katılan katılımcıların yer aldığı iki günlük bir toplantı düzenlenmiştir. Pilot Hastanelerde gerçekleştirilen çalışmalar sunulmuş olup 2006 yılına ait klinik ve maliyet verilerinin analizi sonuçları katılımcılar ile paylaşılmış, karşılaşılan sorunlar ve sonraki aşamalarda nelerin nasıl yapılması gerektiği konusunda bir sonuca varılmıştır. Bu toplantının katılımcı listesi ve gündemi EK – 5'tedir.

EK-1 Eğitimler ve Katılımcı Listeleri

(10-11 KASIM 2005)

BERİL ÖNGEN	Acıbadem Hastaneleri
BURCU TANER	Acıbadem Hastaneleri
DR.VELİ NEOLDUM	Afyon Devlet Hastanesi
HİDAYET TOPATAN	Afyon Devlet Hastanesi
DR.SONGÜL DOĞAN	Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı
DR.ÖZCAN CENGİZ	Antalya Devlet Hastanesi
GÜLŞEN ÇETİN	Antalya Devlet Hastanesi
NURİ ŞAŞMAZ	Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
DR.ÖMER FARUK EMRE	Gaziantep Devlet Hastanesi
BÜLENT YILDIZ	Gaziantep Devlet Hastanesi
ALPARSLAN KURTULUŞ	Birim Bilgi İşlem
DR.EMRE SEZGİN	Tepe Teknolojik Servisler
DR.NİHAL DİZDAR	Dr.Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ERCAN ÖZÇELİK	Dr.Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
DR.TAYFUN ENÜNLÜ	Tepe Teknolojik Servisler
OSMAN LEVENT AKAY	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
HACER TARAKÇIOĞLU	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
DR.SEÇİL ÖLÇER	Tepe Teknolojik Servisler
PROF.DR.MUSTAFA ÖZMEN	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
DR.ALTUĞ NARLI	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
EBRU SARI AYDAV	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
AYSUN BAYRAM	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
CEREN İSTANBULLU DEMİRYÜREK	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
DİLEK KAYMAK	Tepe Teknolojik Servisler

SUNUMLAR-EĞİTMENLER

RIC MARSHALL	Health Insurance Commision
DANA BURDUJA	TCHEALTH Bilgi Teknolojileri
DANIEL CIUREA	TCHEALTH Bilgi Teknolojileri
JUGNA SHAH	TCHEALTH Bilgi Teknolojileri
ÇETİN AKAR	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri

BOGDAN MARTIAN	Health Insurance Commision
CATHERINE PERRY	NCCH
SEÇİL ÖLÇER	Tepe Teknolojik Servisler
DİLEK KAYMAK	Tepe Teknolojik Servisler
GÖKSENİN AKTULAY	Tepe Teknolojik Servisler
TAMER HOTOMAROĞLU	Tepe Teknolojik Servisler
TAYFUN ENÜNLÜ	Tepe Teknolojik Servisler

**DRG UYGULAMALARI İÇİN KLİNİK MALİYETLENDİRME EĞİTİMİ
PİLOT HASTANELER
(01-03 ŞUBAT 2006)**

KATILIMCILAR	
DENİZ TUNCELLİ	Acıbadem Hastaneleri
NESLİHAN ERKİŞ	Acıbadem Hastaneleri
DR. VELİ NEOLDUM	Afyonkarahisar Devlet Hastanesi
HİDAYET TOPATAN	Afyonkarahisar Devlet Hastanesi
GÖKHAN ÇAKAR	Antalya Devlet Hastanesi
GÜLŞEN ÇETİN	Antalya Devlet Hastanesi
İBRAHİM ÖZARSLAN	Gaziantep Devlet Hastanesi
BÜLENT YILDIZ	Gaziantep Devlet Hastanesi
ERCAN ÖZÇELİK	Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
NURDAN ÇİFTÇİ BOZ	Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
OSMAN LEVENT AKAY	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
HACER TARAKÇIOĞLU	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
HATİCE KAÇAR	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
EBRU SARI AYDAL	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
NURİ ŞAŞMAZ	Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
MENDERES TARCAN	Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
ŞENİZ ÇETİN	Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
AHMET KARA	Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
DR. SONGÜL DOĞAN	Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı
CEREN İSTANBULLU DEMİRYÜREK	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
AYSUN BAYRAM	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
GÜLPEMBE ERGİN	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
SERAP DURUKAN	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
AHMET ABDULLAH BİLGİÇ	Tepe Teknolojik Servisler
TOLGA AKTAN	Tepe Teknolojik Servisler
TÜRKER TOPÇU	Tepe Teknolojik Servisler
SUNUMLAR-EĞİTMENLER	
ÇETİN AKAR	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
İSMET ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri

TAMER HOTOMAROĞLU	Tepe Teknolojik Servisler
GÖKSENİN AKTULAY	Tepe Teknolojik Servisler
SIMON JARMAN	Health Insurance Commission
DANIEL CIUREA	TCHEALTH Bilgi Teknolojileri

KODLAYICI EĞİTİCİ EĞİTİMİ
(01-02 ŞUBAT 2006)

<u>KATILIMCILAR</u>	
NURİ ASLAN	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
AYLİN ÖZTÜRK	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
ALİM YILMAZ	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
ÖZLEM DEMİR	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hiz. Meslek Y.O.
ALİ YILMAZ	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hiz. Meslek Y.O.
AHMET SALIVER	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
BAHAR DOĞAN	HÜTF Halk Sağlığı A.D
SEZGİN YAMANER	Tepe Teknolojik Servisler
ÖMÜR YADİKAR	Tepe Teknolojik Servisler
DİLEK USLU	Tepe Teknolojik Servisler
<i>SUNUMLAR-EĞİTMENLER</i>	
SEÇİL ÖLÇER	Tepe Teknolojik Servisler
JULIE RUST	NCCH
LAUREN JONES	NCCH

ICD-10-AM KLİNİK KODLAYICI EĞİTİMİ
(13-17 ŞUBAT 2006)

KATILIMCILAR	
NEŞE KAPLAN	Acıbadem Hastaneleri
TANER GÜRLEK	Acıbadem Hastaneleri
MUSTAFA TÜRKMEN	Afyon Devlet Hastanesi
LEVENT GUMUSSOY	Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı
HABİB KARADAS	Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı
HAVVA ÇELİK	Antalya Devlet Hastanesi
DUYGU KARA	Antalya Devlet Hastanesi
SEZEN ÇELİK	Antalya Devlet Hastanesi
SİNAN BAYRAM GÜLMEZ	Gaziantep Devlet Hastanesi
MİNHAHA ÖCAL	Gaziantep Devlet Hastanesi
FAZİLET GÜLMEZ	Gaziantep Devlet Hastanesi
AYŞE ŞEVİK	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
HAKAN TANAÇAN	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
GÜLAY ÇAKIROĞLU	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
GÜRCÜ KOYUNCU	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
HATİCE KACAR	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
NEŞİŞAH AKYÜZ	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
YASEMİN AKYÜZ	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
DERYA ÇALIŞKAN	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
ALİ YILMAZ	Hacettepe Üniversitesi S.H.M.Y.O.
ÖZLEM DEMİR	Hacettepe Üniversitesi S.H.M.Y.O.
Dr. SONGÜL DOĞAN	Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem D. Başkanlığı
MUSTAFA ACAR	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
SUNUMLAR-EĞİTMENLER	
Dr. SEÇİL ÖLÇER	Tepe Teknolojik Servisler A.Ş.
DİLEK USLU	Tepe Teknolojik Servisler A.Ş.
ÖMÜR YADİKAR	Tepe Teknolojik Servisler A.Ş.
JULIE RUST	NCCH
LAUREN JONES	NCCH

IT TOPLANTISI
(21 Şubat 2006)

KATILIMCILAR	
Mustafa Demir	Afyonkarahisar Devlet Hastanesi
Murat Kaya	Afyonkarahisar Devlet Hastanesi
Dr. Veli Neoldum	Afyon Devlet Hastanesi
Hidayet Topatan	Afyon Devlet Hastanesi
Ebru Sarı Aydal	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ulaş Yetişkin	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Mehmet Çiçek	Fonet Bilg. Yazılım
A. Kerim Gezen	Fonet Bilg. Yazılım
Aysun Bayram	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi
Jugna Shah	TCHEALTH Bilgi Teknolojileri
Dr. Ömer Faruk Emre	Gaziantep Cengiz Gökçek Devlet Hast.
Sinan Bayram Gülmez	Gaziantep Cengiz Gökçek Devlet Hast.
Levent Akay	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
Sinan Alper	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
Menderes Tarcan	TC SB Ted. Hizm. Gen. Müd.
Bora Gökçe	Acıbadem Hastanesi
Duran Eyyürek	Sentim Yazılım
Ercan Özçelik	Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Alparslan Kurtuluş	Birim Bilgi İşlem
Tolga Aktan	Tepe Teknolojik Servisler
Emre Sezgin	Tepe Teknolojik Servisler
Göksenin Aktulay	Tepe Teknolojik Servisler
İsmail Sevdin	Tepe Teknolojik Servisler
Deniz Katırcıoğlu	Tepe Teknolojik Servisler
İsmail Küçükaklı	Tepe Teknolojik Servisler
Nurali Ünal	Tepe Teknolojik Servisler

ICD-10-AM KLİNİK KODLAYICI EĞİTİMİ
(27 ŞUBAT - 03 MART 2006)

KATILIMCILAR	
Levent Gümüşsoy	Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başk.
Arife Aslan	Acıbadem Hastaneleri
Ferit Mert	Acıbadem Hastaneleri
Pertev Pak	Acıbadem Hastaneleri
Pınar Geğgil	Acıbadem Hastaneleri
Muhammet Ruşvanoğlu	Gaziantep Devlet Hastanesi
Osman Yıldız	Gaziantep Devlet Hastanesi
Mehmet evik	Gaziantep Devlet Hastanesi
Tuğba Okul	Dokuz Eylöl Üniwersitesi Hastanesi
Fevzi Tatar	Dokuz Eylöl Üniwersitesi Hastanesi
Sultan Sarı	Afyon Devlet Hastanesi
Nilgün Dorum	Afyon Devlet Hastanesi
Dr. Nihal Dizdar	Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Gamze Güner	Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Deniz Özgöl	Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Özgür Sinan Aksu	Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Sakine Yetişen	Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Hatice Duygu Süer	Antalya Devlet Hastanesi
Aytekin Oduncuoğlu	Antalya Devlet Hastanesi
Fatma Sümböl	Antalya Devlet Hastanesi
EğİTMENLER	
Dr.SEÇİL ÖLÇER	Tepe Teknolojik Servisler A.ř.
DİLEK USLU	Tepe Teknolojik Servisler A.ř.
ÖMÜR YADİKAR	Tepe Teknolojik Servisler A.ř.
LAUREN JONES	NCCH

EK-2 KLİNİK KODLAMA VERİ ANALİZLERİ EKI

Analiz edilen veriler doğrultusunda, DRG'ye gruplandırılmayan toplam veri sayısı **622** olarak tespit edilmiştir (Tablo 1). DRG Data Entry Tool'a girilen toplam **143322** veriden sadece **622**'inin DRG'ye gruplandırılmaması çok iyi bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. 24 Kasım 2006 tarihinde tüm hastanelere gönderilen raporlarda, DRG'ye gruplandırılmayan verilerin tüm hastaneler bazında ve her hastanenin ayrı ayrı gruplandırılmama nedenleri tablolar halinde sunulmuştur. Buna göre genel olarak DRG'ye gruplandırılmama nedenlerinin başında; eksik yada yanlış temel tanı kodu atanması, temel tanı kodu olarak kullanılmayan tanı kodu atanması, belli hastalık grupları için geçersiz yaş aralığının belirtilmesi ve yenidoğanlarda, yenidoğan ağırlığının belirtilmemesi gelmektedir.

Veri Türü	Aylar	Hastane A	Hastane B	Hastane C	Hastane D	Hastane E	Hastane F	Hastane G	Hastane H	Hastane I	Hastane J	Toplam	
Gruplandırılmayan veri sayısı:													
	Nisan	4	7	13	2	26	8	25	-	1	-	86	
	Mayıs	9	5	21	5	41	19	20	1	2	-	123	
	Haziran	5	7	11	2	42	30	18	-	2	-	117	
	Temmuz	5	13	13	6	18	8	6	1	1	-	71	
	Ağustos	5	17	14	2	17	8	5	-	1	1	70	
	Eylül	4	6	7	2	10	9	1	-	1	-	40	
	Ekim	5	2	11	1	3	9	-	2	1	-	34	
	Kasım	4	5	13	2	9	8	8	2	1	1	53	
	Aralık	2	4	6	1	5	4	3	1	1	1	28	
	Toplam		43	66	109	23	171	103	86	7	11	3	622

Tablo 1. DRG Data Entry Tool'dan alınan toplam taburcu sayıları doğrultusunda DRG'ye gruplandırılmayan veri sayıları

Bu veriler ışığında hasta başına düşen ortalama ICD 10-AM tanı kodu sayısı 1.81, hasta başına düşen ortalama ACHI işlem kodu sayısı 2,11 olarak tespit edilmiştir (Tablo 2-3.). Bu da, her hasta için yaklaşık ortalama ikişer tanı ve işlem kodunun kullanıldığı şeklinde açıklanabilir. Hasta dosyalarındaki dökümantasyon kalitesinin artırılması durumunda bu sayıların daha da artması mümkündür.

Veri Türü	Aylar	Hastane A	Hastane B	Hastane C	Hastane D	Hastane E	Hastane F	Hastane G	Hastane H	Hastane I	Hastane J	Toplam
Hasta başına düşen ICD 10-AM Tanı kodu sayısı:												
	Nisan	2,19	1,51	1,56	1,56	1,73	2,00	1,68	1,66	1,46	-	1,77
	Mayıs	2,24	1,59	1,75	1,73	1,89	1,73	1,79	1,49	1,46	-	1,81
	Haziran	2,17	1,61	1,58	1,77	1,92	1,82	1,87	1,74	1,39	-	1,84
	Temmuz	2,25	1,63	1,57	1,72	1,77	1,80	1,63	1,59	1,38	1,75	1,78
	Ağustos	2,24	1,75	1,44	1,75	1,89	1,80	1,67	1,61	1,37	1,33	1,80
	Eylül	2,26	1,63	1,50	1,74	1,73	1,75	1,70	1,50	1,43	1,49	1,77
	Ekim	2,19	1,66	1,78	1,76	1,71	1,87	1,81	1,53	1,41	1,46	1,81
	Kasım	2,12	1,56	1,68	1,73	1,82	1,84	1,69	1,58	1,43	1,56	1,79
	Aralık	2,21	1,67	1,60	1,74	1,79	1,79	1,71	1,52	1,41	1,44	1,78
	Toplam	2,19	1,63	1,62	1,74	1,81	1,82	1,72	1,56	1,42	1,43	1,81

Tablo 2. DRG Data Entry Tool'dan alınan toplam taburcu sayıları doğrultusunda hasta başına düşen ICD 10-AM tanı kodu sayıları

Veri Türü	Aylar	Hastane A	Hastane B	Hastane C	Hastane D	Hastane E	Hastane F	Hastane G	Hastane H	Hastane I	Hastane J	Toplam
Hasta başına düşen ACHI işlem kodu sayısı:												
	Nisan	2,38	1,89	1,84	2,19	2,24	2,01	1,57	2,25	2,35	-	2,10

	Mayıs	2,55	1,93	1,69	2,13	2,38	2,02	1,59	2,14	2,31	-	2,12
	Haziran	2,54	2,24	1,97	2,06	2,46	2,11	1,58	2,12	2,37	-	2,20
	Temmuz	2,53	2,02	1,83	2,15	2,16	2,12	1,64	2,12	2,31	1,60	2,13
	Ağustos	2,60	1,96	1,85	2,11	2,11	2,11	1,63	2,17	2,21	2,04	2,11
	Eylül	2,47	1,93	1,80	2,02	2,07	2,04	1,47	2,16	2,23	2,15	2,08
	Ekim	2,52	1,94	1,95	1,98	2,05	2,04	1,61	1,95	2,25	2,11	2,11
	Kasım	2,42	1,96	1,86	1,94	2,02	2,05	1,58	1,89	2,14	2,06	2,08
	Aralık	2,41	2,01	1,90	1,99	2,07	2,09	1,54	1,92	2,21	2,13	2,05
	Toplam	2,50	2,00	1,85	2,07	2,23	2,07	1,57	2,15	2,26	2,09	2,11

Tablo 3. DRG Data Entry Tool'dan alınan toplam taburcu sayıları doğrultusunda hasta başına düşen ACHI işlem kodu sayıları

DRG Data Entry Tool'dan elde edilen veriler doğrultusunda hastaların ortalama hastanede kalış süresi (ALOS), **6,03** gün olarak saptanmıştır (Tablo 4.). A Hastanesi'nde kalış süresi, tüm hastanelerin ortalamasının yaklaşık 2 katı iken, H, I, J Hastanelerindeki kalış süresi tüm hastanelerin ortalamasının yaklaşık 1/3'ü oranında tespit edilmiştir. Bu farklılığın, sağlık bakım hizmeti veren hastanelerin türünden (üniversite, devlet, özel..) kaynaklandığı düşünülmektedir.

Veri Türü	Aylar	Hastane A	Hastane B	Hastane C	Hastane D	Hastane E	Hastane F	Hastane G	Hastane H	Hastane I	Hastane J	Toplam
Hastanede ortalama kalış süresi:												
	Nisan	10,92	5,76	6,15	6,58	5,53	6,27	4,87	1,80	1,71	-	6,02
	Mayıs	10,55	6,47	6,59	5,50	5,82	6,20	5,11	1,74	1,74	-	6,22
	Haziran	10,26	6,94	6,56	5,46	5,65	6,52	5,34	1,54	1,79	-	6,44
	Temmuz	9,47	5,45	5,95	4,91	5,07	6,05	4,30	2,14	2,32	3,25	5,75
	Ağustos	10,79	5,32	5,72	5,19	4,33	5,39	4,90	1,77	1,74	2,46	5,65
	Eylül	10,54	5,60	5,97	5,39	4,99	5,66	5,00	1,99	1,77	2,24	6,09
	Ekim	10,68	5,40	5,67	4,95	3,47	5,39	9,73	1,67	1,78	2,06	5,95

	Kasım	10,65	5,30	5,79	5,03	4,75	5,63	4,87	1,69	1,76	2,08	6,04
	Aralık	10,56	5,35	5,84	5,11	3,98	5,56	4,75	1,84	1,74	2,21	6,02
	Toplam	10,46	5,79	6,09	5,28	5,17	5,85	5,02	1,85	1,81	2,31	6,03

Tablo 4. DRG Data Entry Tool'dan alınan toplam taburcu verileri doğrultusunda hastanede ortalama kalış süreleri

CMI-Casemix Index; vaka bileşimi oranı, hastanelere sağlık bakım hizmeti almak için yatan hastaların komplikasyon oranlarını belirten önemli bir belirleyicidir. Bu değişken, her hastane bazında, her DRG'nin ayrı ayrı görülme sıklıklarıyla o DRG'ye ait Avustralya bağlı değerlerinin (relative weight) çarpılıp toplam vaka sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Tablo 5'te görüldüğü gibi tüm hastanelerin ortalama CMI değeri 1,34 olarak tespit edilmiştir. Buna göre, A Hastanesi'nin değeri 1,34'e oranla en yüksek olarak saptanmış, diğer hastanelerin CMI değerleri arasında çok belirgin bir farklılığa rastlanmamıştır. CMI'i yüksek olan hastanelerde, komplikasyonlu hasta görülme oranının daha fazla olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Veri Türü	Aylar	Hastane A	Hastane B	Hastane C	Hastane D	Hastane E	Hastane F	Hastane G	Hastane H	Hastane I	Hastane J	Toplam
Casemix Index:												
	Nisan	1,80	1,44	1,09	1,24	1,34	1,48	1,13	1,24	1,35	-	1,38
	Mayıs	1,85	1,43	0,99	1,19	1,28	1,43	1,11	1,19	1,31	-	1,35
	Haziran	1,82	1,56	1,03	1,20	1,34	1,55	1,15	1,17	1,26	-	1,41
	Temmuz	1,85	1,25	1,01	1,28	1,31	1,52	1,00	1,37	1,32	2,02	1,37
	Ağustos	1,75	1,20	0,97	1,17	1,14	1,42	1,05	1,32	1,18	1,43	1,28
	Eylül	1,80	1,19	0,97	1,13	1,03	1,44	0,98	1,22	1,29	1,29	1,31
	Ekim	1,84	1,24	1,04	1,27	1,01	1,34	1,24	1,23	1,22	1,25	1,34
	Kasım	1,83	1,23	1,02	1,23	1,12	1,42	1,03	1,33	1,19	1,32	1,31
	Aralık	1,79	1,18	0,98	1,20	1,05	1,48	1,21	1,19	1,23	1,28	1,29
	Toplam	1,82	1,29	1,01	1,21	1,23	1,45	1,11	1,26	1,26	1,33	1,34

Tablo 5. DRG Data Entry Tool'dan alınan toplam taburcu verileri doğrultusunda hesaplanan CMI-Casemix Index

ALOS (Hastanede ortalama kalış süresi) ve CMI-Casemix Index, hastaların komplikasyon oranını belirleyen önemli etkenlerdendir, bu nedenle hastanelerin birbirleriyle kıyaslama yapmalarında dikkat edilmesi gereken belirleyiciler olarak değerlendirilmelidirler. Bu veriler ışığında, A Hastanesi'nde hem hastanede kalış süresi, hem de CMI değeri ortalamanın çok üstünde tespit edildiğinden bu hastanede komplikasyon oranı yüksek hastaların tedavi edildiği izlenimine varılmıştır.

1 Nisan-15 Aralık 2006 tarihleri arasında yapılan klinik kodlama verilerinin analizleri sonucunda, bu veriler DRG (tanı ilişkili gruplar)'lere gruplandırılmıştır. Bu DRG gruplarından tüm hastanelerde en çok görülen (top) 25 DRG'nin kodu, açıklaması, tüm hastanelerdeki toplam görülme sıklığı ve tüm hastanelerdeki ortalama kalış süreleri tablo 6'da belirtilmiştir. Bu tablo genel olarak değerlendirildiğinde, tüm hastanelerde doğum vakalarının, lensle ilgili işlemsel grupların, dolaşım sistemi, gününbirlik kemoterapi vaka gruplarının, zehirlenme vakalarının, komplikasyon ve komorbiditenin eşlik etmediği vaka gruplarının çok olması öncelikle göze çarpmaktadır.

Ayrıca komplikasyon ve komorbidite eşlik etmediği halde sezeryanla doğum, herni, diyabet, spinal, sırt ve boyun hastalıkları, kulak-burun-boğaz hastalıkları, tiroid hastalıkları vakalarının; sinir sistemi, sindirim sistemi, solunum sistemi hastalık gruplarının, apendisektomi, kolesistektomi işlem vakalarının hastanede kalış sürelerinin fazla olduğu saptanmıştır.

DRG Kodu	Açıklaması	Görülme Sıklığı	hastanede ortalama kalış süresi (ALOS)
F42B	Kompleks tanı yada işlem ile birlikte görülmeyen akut MI'nin eşlik etmediği dolaşım sistemi hastalıkları, invaziv kardiyak çalışma yapılarak	3476	1.40
O60C	Diğer durumlardan bağımsız, tek komplike olmayan vajinal doğum	3334	1.58
O01C	Katastrofik yada ciddi KK ile birlikte görülmeyen sezeryan doğum	3275	3.96
C16A	Lens İşlemleri	2636	3.79
Q61C	Katastrofik yada ciddi KK ile birlikte görülmeyen, kırmızı kan hücre hastalıkları	2015	2.18
B81B	Katastrofik yada Ciddi KK ile birlikte görülmeyen Diğer Sinir Sistemi Hastalıkları	1756	7.18
G09Z	İnguinal ve femoral herni işlemleri yaş>0	1641	4.13
G67B	Katastrofik yada Ciddi KK ile birlikte görülmeyen özofajit, gastrointestinal ve çeşitli sindirim sistemi hastalıkları yaş>9	1608	3.87
D11Z	Tonsillektomi ve/veya Adenoidektomi	1504	3.35
G07B	Katastrofik yada Ciddi KK ile birlikte görülmeyen apendisektomi	1466	3.44
K06Z	tiroid işlemleri	1389	6.07
R63Z	Kemoterapi	1376	.37
901Z	Temel Tanı İle İlişkisiz Kapsamlı Cerrahi İşlem	1342	10.76
X62B	İlaç yada diğer maddelerin zehirleyici/toksik etkileri yaş<60 yada KK ile birlikte görülmeyen	1296	2.19
P67D	yenidoğan, başvuru ağırlığı>2499 gr, belirgin cerrahi işlem uygulanmayan, problemi olmayan	1174	3.45
J11Z	Diğer deri, subkütan doku ve meme işlemleri	1137	2.52

E65B	Ciddi yada Katastrofik KK ile birlikte görülmeyen Kronik Obstrüktif Havayolu Hastalıkları	1130	8.70
I10B	Katastrofik yada Ciddi KK ile birlikte görülmeyen sırt ve boyun işlemleri	1121	6.77
H08B	Katastrofik yada ciddi KK ile birlikte görülmeyen, laparoskopik kolesistektomi, kapalı ortak safra yolu eksplorasyonu yapılmaksızın	1099	4.90
I68B	KK ile birlikte görülmeyen cerrahi olmayan spinal hastalıklar	1087	9.26
D09Z	Çeşitli Kulak, burun, ağız ve boğaz işlemleri	1071	4.46
L60C	Katastrofik yada ciddi KK ile birlikte görülmeyen böbrek yetmezliği	1062	6.30
K60B	Katastrofik yada ciddi KK ile birlikte görülmeyen diyabet	1056	8.10
F62B	Katastrofik KK ile birlikte görülmeyen Kalp yetmezliği ve şok	957	5.74
O66A	Antenatal ve diğer obstetrik başvuru	934	3.48

Tablo 6.- Tüm hastanelerde en sık görülen (Top) 25 DRG
KK – Komplikasyonla birlikte komorbidite

EK – 3 Yönetim Tabloları

Yönetim tabloları ekte CD olarak teslim edilmiştir

EK – 4 Maliyet Verisi Analiz Sonuçları

Maliyet verisi analiz sonuçları ekte CD olarak teslim edilmiştir.

EK – 5 Proje Sonuç Toplantısı Gündemi ve Katılımcı Listesi

PROJE SONUÇ TOPLANTISI

11-12 Aralık 2006

Bilkent Otel

(PROGRAM)

1.GÜN			
Süre	Konu	Sunucu	Zaman
	ÖĞLE YEMEĞİ		12:00 - 13:00
1.Sunum	GİRİŞ <ul style="list-style-type: none">Projeye Genel Bakış	Prof.Dr.Mustafa ÖZMEN	13:00 – 13:30
2.Sunum	DRG SİSTEMİNE GENEL BAKIŞ	Ric Marshall	13:30 - 14:00
3.Sunum	Hastanelerden Elde Edilen Klinik Verilerin Toplanması ve Analiz Sürecine Genel Bir Bakış <ul style="list-style-type: none">Hastanelerin Genel Olarak Durum Analizleri	Dana Burduja Dr.Seçil ÖLÇER	14:00 – 16:30 14:00 - 14.30
4.Sunum	<ul style="list-style-type: none">Kodlama Kalitesi	Ömür Yadikar Handan Uçar	14:30 - 15:30
5.Sunum	Hastanelerden Elde Edilen Klinik Verilerin Toplanması ve Analiz Sürecine Genel Bir Bakış <ul style="list-style-type: none">DRG Faaliyet Analizleri	Dr.Seçil ÖLÇER	15:30 - 16:30

Ara			16:30 – 17:00
	Tartışma Ve Değerlendirme		17:00 – 18:00
AKŞAM YEMEĞİ			18:30

2.GÜN			
Süre	Konu	Sunucu	Zaman
1.Sunum	Hastanelerden Elde Edilen Maliyet Verilerinin Toplanması ve Analiz Sürecine Genel Bir Bakış	Çetin Akar / Daniel Ciurea	09:00 – 11:00
2.Sunum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maliyet Verisi Toplama ve Analiz Sürecinin Değerlendirilmesi ▪ Maliyet Tablosu ▪ Maliyet Raporları Tartışma ve Değerlendirme	Çetin Akar Tolga Aktan	09:00 - 9:30 09:30 – 10:00 10:00 – 11:00
Ara			11:00 – 11:30
3.Sunum	Hastanelere DRG'lerin Etkisi	Tolga Aktan	11.30 – 13.00
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yönetici Raporları ▪ Tartışma ve Değerlendirme 	Tolga Aktan	11:30 – 12:30 12:30 – 13:00
Öğle Yemeği			13:00 - 14:00

4.Sunum 5.Sunum	Planlanan Diğer Aşamalar <ul style="list-style-type: none">▪ HUAP2 Projesine Genel Bakış▪ HUAP2 Kapsamında 8 Hastaneye Özel Faaliyetler	Göksenin Aktulay Ahmet Bilgiç	14.00 – 17.00 14.00 – 14.30 14.30 – 15.00
<i>Ara</i>			15.00 – 15.30
6.Sunum	<ul style="list-style-type: none">▪ HUAP1 Projesinden Çıkarılan Dersler	Dr.Seçil ÖLÇER Tolga Aktan	15.30 – 17.00

PROJE SONUÇ TOPLANTISI
11-12 Aralık 2006
BİLKENT OTEL

KATILIMCI LİSTESİ

KATILIMCILAR	KURUM
PROF.DR.MUSTAFA ÖZMEN	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
DR.SONGÜL DOĞAN	Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı
DR.MEHMET DEMİR	Sağlık Bakanlığı
NURİ ŞAŞMAZ	Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
DR.ÖMER VAROL	Sağlık Bakanlığı Hıfızsızıhha Mektebi Müdürlüğü
DR.MEHMET KABAKÇI	SSK Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü
ASLI ALTAY	Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü
DR.RASİM KÖSELERLİ	GSS Genel Müdürlüğü
GÜLDEM ÖKEM	GSS Genel Müdürlüğü
EMRE SARI	GSS Genel Müdürlüğü
KADİR GÜRSOY	GSS Genel Müdürlüğü
NURİ ASLAN	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
BERİL ÖNGEN	Özel Acıbadem Hastaneleri
BURCU TANER	Özel Acıbadem Hastaneleri
NESLİHAN ERKİŞ	Özel Acıbadem Hastaneleri
TANER GÜRLEK	Özel Acıbadem Hastaneleri
DR.VELİ NEOLDUM	Afyon Devlet Hastanesi
HİDAYET TOPATAN	Afyon Devlet Hastanesi
NİLGÜN DORUM	Afyon Devlet Hastanesi
DR.ONAT ÇAKIT	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
DR.AKIN ERTAN	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
HATİCE KAÇAR	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
DR.ÖZCAN CENGİZ	Antalya Devlet Hastanesi
GÖKHAN ÇAKAR	Antalya Devlet Hastanesi
SEZEN ÇELİK	Antalya Devlet Hastanesi
DR.NİHAL DİZDAR	Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ERCAN ÖZÇELİK	Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
SAKİNE YETİŞEN	Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
DR.ÖMER FARUK EMRE	Gaziantep Devlet Hastanesi
METİN MAYDA	Gaziantep Devlet Hastanesi
MEHMET ÇEVİK	Gaziantep Devlet Hastanesi
CEREN İSTANBULLU	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
AYSUN BAYRAM	Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri
ALİ YILMAZ	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
İSMET ŞAHİN	H.Ü.Sağlık İdaresi Yüksek Okulu
ÇETİN AKAR	Tepe Teknoloji
GÖKSENİN AKTULAY	Tepe Teknoloji
AHMET BİLGİÇ	Tepe Teknoloji
SEÇİL ÖLÇER	Tepe Teknoloji
TOLGA AKTAN	Tepe Teknoloji

BURÇAK GÜLTEKİN	Tepe Teknoloji
BURCU AKTAN	Tepe Teknoloji
NIHAL ÖZDERELİ	Tepe Teknoloji
HANDAN UÇAR	Tepe Teknoloji
ÖMÜR YADİKAR	Tepe Teknoloji