

**GÖZLEM VE GÖRÜŞLER****SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMDE  
SON AŞAMAYA DOĞRU:  
HASTANELERİN YENİDEN YAPILANDIRILMASI  
VE YENİ FİNANSMAN MODELİ***Raşit TÜKEL\****Özet**

Ülkemizde temelleri 2003 yılında atılan Sağlıkta Dönüşüm Programında sona yaklaşırken, iki önemli gelişmeyle karşılaşyoruz. Bu gelişmeler, hastanelerin yeniden yapılandırılması ve bu yapılandırmaya uygun olarak geliştirilen yeni sağlık sistemi finansman modelidir. Söz konusu gelişmelerden ilkinin, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonunda kabul edilen ve TBMM Genel Kuruluna yakın bir zamanda gelmesi beklenen 'Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı' oluşturuyor. Bu tasarı, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık kuruluşlarının 'özerk sağlık işletmesi' statüsüne geçirilmesine ve daha sonra da işletme haklarının devredilmesi yoluyla özelleştirilmelerine olanak sağlayacak yeni bir düzenlemeyi içermektedir. İkinci gelişme ise, sağlık hizmeti bedellerinin yeni ödeme modeli olarak, yatan hastalar için Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG), ayaktan kabul edilen hastalar için Branş Bazlı Ayaktan Gruplar sisteminin Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde uygulanmaya başlanmış olmasıdır. Kamu hastanelerinin yanı sıra özel hastaneler ve üniversite hastanelerinin de bu sisteme dahil edilmesi planlanmaktadır. TİG sistemiyle, yakın zamanda Kamu Hastane Birlikleri çatısı altında yapılandırılacak olan hastaneler için, verimliliği esas alan bir finansman modeli oluşturulmaktadır. Sağlık kurumlarının işletme olarak görüldüğü yeni sistem, sağlık çalışanlarına sözleşmeli konumda güvencesiz bir çalışma yaşamı, halka ise sağlık hizmetlerine ek ödeme yapma koşuluyla erişme olanağı sunacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Teşhisle İlişkili Gruplar, sağlık hizmeti, sağlık reformu, sağlığın finansmanı, hastane

## Towards The Final Stage of the Health Transition Project: The Organizational Restructuring of the Hospitals and the New Financing Model

### Abstract

As we approach to the end of the Health Transition Project which was initiated in 2003 in Turkey, we are facing two important developments. They are the organizational restructuring of the hospitals and the new financing model of the health care system. The former is the proposal of the law on the pilot applications of the Public Hospital Associations. This proposal was accepted in the Planning and Budget Commission of the Turkish National Assembly and will be voted in the National Assembly soon. This proposed law will make the health organizations under the jurisdiction of the Ministry of Health to become autonomous. This procedure will eventually lead to the privatization of the management rights of these organizations. As the new financing model of the health care system, the latter is the initiation of the Branch Based Ambulatory Patient Groups and of the Diagnosis-Related Groups (DRGs) systems in the hospitals that belong to the Ministry of Health. It is also planned that the private hospitals and the university hospitals will be moved under this procedure. The DRGs will lead to a productivity based financial system for the hospitals that will be organized under the Public Hospital Associations. The health organizations will be managed as a business under this model. It will lead to the public to access to the health care system by paying supplementary fees. Additionally, it will lead the health care system workers to work under contract.

**Key words:** Diagnosis-Related Groups, health care, health reform, health financing, hospital

Ülkemizde temelleri 2003 yılında atılan Sağlıkta Dönüşüm Programında, son günlerde önemli bir aşamaya gelindiğini görüyoruz. Programın merkezinde, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti üreten bir kurum değil, eşgüdüm ve sağlık piyasasının denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir birim olarak yeniden yapılandırılması yer alıyor. Sağlık hizmetleri ile hizmetlerin finansmanının ayrıştırılması üzerine kurulmuş olan bu sistemde, ödemeler performans üzerinden, hizmet sunucuları ile finansman kurumu arasındaki ilişkiler ise sözleşme usulüne göre yeniden düzenleniyor. 2003 yılından bu yana çeşitli aşamalarına tanık olduğumuz Sağlıkta Dönüşüm Programında sona yaklaşıırken, iki önemli gelişmeyle karşılaşıyoruz. Bunlar, hastanelerin yeniden yapılandırılması ve bu yapılandırmaya uygun olarak geliştirilen yeni sağlık sistemi finansman modelidir.

Söz konusu gelişmelerden ilkinin, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonunda kabul edilen ve TBMM Genel Kuruluna yakın bir zamanda gelmesi beklenen 'Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun

Tasarısı' oluşturuyor. Bu tasarı, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık kuruluşlarının 'özerk sağlık işletmesi' statüsüne geçirilmesine ve daha sonra da işletme haklarının devredilmesi yoluyla özelleştirilmelerine olanak sağlayacak yeni bir düzenlemeyi içermektedir.

İkinci gelişme ise, Sağlık Bakanlığının, 26 Kasım 2010 tarihinde Valilikler aracılığıyla İl Sağlık Müdürlüklerine gönderdiği, sağlık hizmeti bedellerinin yeni ödeme modeli olarak, yatan hastalar için Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG), ayakta kabul edilen hastalar için Branş Bazlı Ayaktan Gruplar (BBaG) sistemi oluşturulduğunu bildiren yazısıyla gündeme gelmiştir. Söz konusu yazıda, 01 Kasım 2010 tarihinden bu yana pilot uygulamaya alınan 50 hastaneye ek olarak, 260 hastanenin sağlık hizmeti bedellerinin, 01 Aralık 2010 tarihinden başlanarak, TİG ve BBaG sistemi doğrultusunda ödeneceği bilgisi yer almaktadır.

Sağlık ortamına önemli etkileri olacak bu iki gelişme, biraz daha yakından ele alınmayı hak ediyor.

## Kamu Hastane Birlikleri: Özerklikten Özelleştirmeye

Kamu Hastane Birlikleri'nin ilk dikkati çeken özelliği, Yürütme Kurulunun yapısıdır. Birliklerin Yönetim Kurulu üyeleri arasında mali müşavire ya da finans veya bankacılık sektöründen bir temsilciye, Ticaret ve Sanayi Odası tarafından belirlenen yatırım ve işletme konusunda deneyimli bir kişiye yer verildiğini görüyoruz.

Tasarıda, Birliklerde sözleşmeli personel kadrosunda çalışacak yönetici konumundakiler dışında kalan hastane çalışanlarının, devir tarihinde buldukları konumda çalışmaya devam edecekleri bilgisi yer alsa da, yeni çalışma düzeninde sözleşmeli çalıştırmanın asıl istihdam yöntemi olacağı satır aralarından okunuyor. Birlik personelinin kamu hizmetlerini yürütürken gerekli yasal güvenceye sahip olacağını söylemek mümkün değil. Hele, Sağlık Bakanlığı'na Birliklerin kadro ve sözleşmeli sağlık personeli pozisyonlarına atama ve yerleştirme yetkisinin verildiği, Birlik personelinin atama, görevlendirme, disiplin ve özlük işlemlerinin Birlik Yönetim Kurulunun aldığı ilke kararlarına göre Genel Sekreter tarafından yürütülecek olduğu düşünüldüğünde, güvenceden söz etmek daha da zorlaşıyor.

Tasarı, Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını "özerk" kamu hastane birlikleri çatısı altında yeniden örgütlemektedir. Bu düzenlemeyle, "merkezden yönetim" yerini "yerinden yönetim"e bırakıyor. Hastane Birlikleri tasarısı, kamu hastaneleri için idari ve mali özerkliğe dayalı bir örgütlenme modeli oluşturma savı taşısa da, özerkliğin aslında özelleştirme sürecinde bir ara basamak olarak işlev göreceğini ileri sürmek yanlış olmaz. Birliğin görevlerine bakıldığında, Tasarının en dikkat çekici özelliğinin kamu sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesine olanak tanınması olduğunu görüyoruz.

Birlik Yönetim Kurullarının görevleri arasında Birliğe ait taşınır ve taşınmazların satılması, kiralanması, devir ve takas işlemlerininin

yürütülmesinin de yer alması, kamu sağlık kuruluşlarının geleceği hakkında fikir verici niteliktedir. Birlik Yönetim Kurullarının diğer bir görevinin de, ihtiyaç duyulması halinde sağlık hizmetlerinin satın alınması olarak tanımlanmış olması, kamunun hizmeti kendi tesis, araç-gereç ve personeli ile üretmek yerine, özel sektörden satın almaya yöneleceğini, diğer bir ifadeyle kamudan özel sektöre kaynak aktarımının ön plana geçeceğini gösteriyor. Kamu hastanelerinin yeni yapılanmaları ve yönetim şekilleriyle, kamusal alandan giderek uzaklaşan ticari şirketlere dönüşmeleri kaçınılmaz gibi.

Tasarıdaki bir diğer çarpıcı yön ise, kamu hastanelerinin hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet altyapısı, organizasyon, kalite ve verimlilik gibi konularda değerlendirmeye tabi tutularak sınıflandırılacak olmalarıdır. Değerlendirme sonuçlarına göre hastanelere yüz üzerinden puan verilecek ve her yıl değerlendirme yenilenecektir. Puanlarına göre hastaneler (A), (B), (C), (D) ve (E) olmak üzere beş sınıfa ayrılacak, (C) ve üzeri olanlar Birliğe dönüştürülecektir. Sıralamada üst basamakta olmak, SGK'dan o hastaneye yapılacak ödeme oranlarının daha yüksek olmasında karşılığını buluyor. Kalite, memnuniyet, verimlilik gibi kavramlar, gereksinimleri karşılamanın aracı değil de, gelir paylaşımının belirleyicileri olduğunda, yeni anlamlar yüklenip sağlık endüstrisinin parayla ölçülen yeni dili oluyorlar, bu sistemde.

Tam da bu noktada, TİG sistemi olarak da ifade edebileceğimiz yeni finansman modeli karşımıza çıkıyor

### Yeni Finansman Modeli Olarak TİG Sistemi

Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılı Aralık ayı başından itibaren 310 hastanede uygulamaya koyduğu yeni sistemde, her hastane yatan hastaları için ürettiği TİG ve bunlara karşılık gelen bağıl değer miktarları oranında bütçeden pay alacaktır. Kamu hastanelerinin yanı sıra özel hastaneler ve üniversite hastanelerinin de bu sisteme dahil edilmesi planlanmaktadır. TİG, bu sistemde, hastanelerin ürettiği bir ürün olarak tasarlanmıştır.

TİG her biri az ya da çok bir özgüllük derecesine sahip bir tanı ya da işlemi tanımlayan ve kodlarla düzenlenen hasta gruplarıdır. Klinik olarak benzer hastaların oluşturduğu bu grupların, önceden kestirilebilir ve benzer miktarlarda kaynak tükettikleri kabul edilmektedir. TİG bu özellikleriyle bir hastane idare aracı olarak görülür.

1970 yılında, TİG'e dayalı bir sistemin oluşturulmasında, ABD'de, Yale Halk Sağlığı Fakültesi araştırmacılarının, Yale Uygulamalı Bilimler Fakültesi araştırmacılarına yönelttiği şu soru belirleyici olmuştur: Endüstriyel işlemlerin araştırma yöntemlerini, ücretlendirme ve kalite kontrolü açısından, hastane endüstrisine nasıl uyarlar ve uygularız? TİG sistemi, 1980 yılında, New Jersey'de ödeme amaçlı olarak uygulanmaya; 1983 yılında ise, ABD'de Medicare için ulusal düzeyde kullanılmaya başlanıyor.

TİG uygulamaları Avrupa Birliği çatısı altında da yaygın olarak kullanılıyor. Birleşik Krallık, Almanya, Fransa, Hollanda, İsveç, İspanya, Avusturya, Polonya, Estonya, Finlandiya Avrupa TİG (Euro DRG) çalışmasının içinde yer alıyor.

Dünyada Kanada, Norveç ve Avustralya ana TİG uygulayıcıları olarak görülüyor. ABD için çıkış noktası olsa da, kendi sağlık sistemlerinin karışık ve hızlı hareket yeteneğinden yoksun olması nedeniyle, bu ülkenin TİG sisteminin uygulanmasında, özellikle de sınıflandırma/kodlama sistemi açısından görece geri kalmış olduğu kabul ediliyor.

TİG çalışmalarının temelinde ICD (International Classification of Diseases) tanı sınıflandırması var; dolayısıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de TİG çalışmalarının içinde yer alıyor. Ancak, TİG söz konusu olunca, tanı sınırlandırılmasının yanı sıra işlemlerin de sınıflandırılması gerekiyor. DSÖ'nün TİG algoritması oluşturulmak üzere, ICHI (International Classification of Health Interventions) adı altında, ilerde ülkelerin kendi ihtiyaçlarına göre değişiklik yapabilmelerine izin verecek şekilde tasarlanan bir çalışma yapıldığı biliniyor.

## Ülkemizde TİG Çalışmalarının Başlangıcı

Ülkemizde TİG çalışmaları, 2005 yılında, Hacettepe Üniversitesi bünyesinde, 'Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi' adı altında bir araştırma projesi oluşturulmasıyla başlıyor. Proje 2009 yılında tamamlandıktan sonra, konuyla ilgili çalışmalar Sağlık Bakanlığı bünyesinde sürdürülüyor.

Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesinde, TİG için Avustralya örneği temel alınmış ve çalışmalar Avustralya hükümetine bağlı 'Health Insurance Commission' isimli kuruluş ile birlikte sürdürülmüştür (Health Insurance Commission 01 Ekim 2005 tarihinde Medicare Australia ismini almıştır). Bu uygulamalarda kullanılan sınıflandırma sistemi ICD-10-AM (International Classification of Diseases, Australian Modification) 4. Güncellemesi; TİG'lerin oluşması için kullanılan algoritma ise, AR DRG (Australian Refined Diagnosis Related Groups) 5.1. versiyonudur.

Çalışmalar, 2011 yılında tüm hastanelerde ödeme sisteminin bu alana kaydırılmasını sağlayacak şekilde planlanmaktadır. Bu sistemin kullanılmaya başlandığı ilk bir yıl Avustralya bağıl değerlerinin kullanılması; sonraki yıllarda ise Türkiye'ye özgü bir maliyetlendirmenin yapılması planlanmaktadır.

Projenin nihai amacı; sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin kontrol altına alınmasını ve sağlık bakım kurumlarının verimli birer işletme olarak yönetilmesini sağlayacak finansman yönetimi yöntemleri geliştirmek için araştırma ve altyapı geliştirme çalışmaları gerçekleştirerek, kamu maliyesinin güçlendirilmesine katkıda bulunmak olarak belirlenmiştir.

Projede, TİG sisteminin avantajları şu şekilde tanımlanmıştır:

a) Tedavi edilen hasta sayısı ile türü arasında bağ kurulması, hastanelere rasyonel finansman dağıtımını sağlaması;

b) Makul yönetim giderleri;

c) Kaynak kullanımının verimliliğini artırmaya yönelik teşvik;

d) Risk, ödeyen ve hizmet sunucu tarafından paylaşılıyor.

Projede, TİG sisteminin dezavantajları olarak ise şu bilgilere yer verilmiştir:

a) Hastanın hastaneden "daha çabuk ve daha hasta" halde taburcu edilmesine yönelik teşvik;

b) Her hastaya daha düşük / az kaynak yoğun hizmet sunmaya yönelik teşvik;

c) Hasta sayısını, özellikle de daha sağlıklı hasta sayısını artırmaya yönelik teşvik (bir başka deyişle yüksek yatak devir hızı).

### Global Bütçeleme ve SUT Uygulamalarından TİG Sistemine Geçiş

Global bütçeleme, basitçe, hizmet sunucuya bir sonraki yılda gerçekleştireceği bütün faaliyetleri karşılayacak tek bir miktar ödenmesi anlamında kullanılır. Türkiye'de 2009 yılının başında, Sosyal Güvenlik Kurumu ile Sağlık Bakanlığı arasında "götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesi" imzalanarak global bütçeleme uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama doğrultusunda, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarına, bir yıl boyunca her türlü sağlık hizmeti ve sarf malzemesi bedeli olarak, belirlenen bir miktarda götürü bedel ödemesi yapılmaktadır.

Ülkemizde şu ana kadar uygulanan performans sistemi, hekimlerin yaptığı tüm işlemlerin kayıt altına alınarak ölçülmesi üzerine kurulan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) işlemleri temelli bir sistemdir. Bu sistemde 6.000 tıbbi işlemde oluşan performans puanlama listesi bulunmaktadır. Daha fazla maddi gelir elde edilmesi için, daha fazla hizmet (işlem sayısı) yapılmasını esas alan bu sistemde, hizmetin niceliğinin, niteliği dikkate alınmadan artırılması söz konusudur.

Global bütçeleme sistemi ile hizmet başına ödeme (SUT) uygulaması arasında bir uyumsuzluk söz konusudur. Hizmet başı ödeme sisteminde sunulan hizmet sayısının artırılmasına yönelik bir teşvik olduğu, ihtiyaç duyulan hizmetin iyi kontrol edilemediği ve bu sistemin ödeyen (SGK) için mali risk oluşturduğu ileri sürülmektedir. Sonuç olarak, bu sistemde global bütçe açık verebilmektedir. Bu nedenlerle SUT terkedilmekte ve TİG, hastanelere akılcı finansman dağıtımı olanağı sunduğu ve kaynak kullanımının verimliliğini artırdığının düşünülmesi nedeniyle uygulamaya konmaktadır.

SUT yerine getirilmekte olan TİG sisteminde hastalar benzer sağlık gereksinimlerine sahip hasta grupları şeklinde gruplandırılmakta; 38.000 hastalık tanısı ve 6.000 işlem, 650 gruba indirilmektedir.

Paketler aracılığıyla tanıya dayalı fiyatlandırma, harcamadaki artışı sınırlandırma amacı taşıyan bir düzenek olarak kabul edilir. Paketler, bir SUT işlemi ile ilgili tanı ve tedavi hizmetlerinin çoğunu kapsamak ve "her şey dahil" bir fiyat tayin etmek üzere tasarlanmıştır. Paketlerin hedeflenen işleyişine benzer şekilde, TİG de içerdiği bütün hizmetler için hastanelere geri ödeme sağlamaktadır.

TİG sistemin en önemli farklılığı; hastanelere ödenen tutarın, hastanede yatış süresi veya hasta sayısından ziyade, hastanenin tanı ve işlemlerle tanımlanan klinik faaliyetiyle doğrudan bağlantılı olmasıdır. Hastane bakımının TİG yöntemiyle satın alınması, hastaneye yapılacak ödemenin hastaların klinik durumlarına ve bakımları için harcanan kaynaklara bağlı olacağı anlamına gelmektedir.

Bu sistemde bir hastanın bir bakım epizodunda (hastaneye yatış ile çıkış arasında geçen süre) alabileceği hizmet girdilerinin birçok farklı türü için yapılacak ödeme, önceden belirlenen tek bir tutar üzerinden yapılır. Her vaka türü için yapılacak toplam ödeme önceden sabitlenerek, hastaya sunulan hizmet ister az ister çok olsun aynı kalır. Bu durumda, hastaneler en çok karı hastayı çabuk taburcu ederlerse ve gereksiz hizmet sunmaktan kaçınırlarsa kazanırlar.

### Yeni Sistem Sağlık Ortamına ve Sağlık Çalışanlarına Ne Getiriyor?

Kamu Hastane Birlikleri sisteminde, sağlık hizmetinin finansmanı için genel bütçeden ayrılan pay kaldırılırken, satın alınacak hizmetler ve belli bir süre sonra da çalışan personelin aylıklarının her Birliğin kendi bütçesinden karşılanması planlanmaktadır. Bu özellikleriyle, Birliklerin, esas olarak kendi gelirleriyle ayakta kalması gereken yapılar olarak tasarlandığını görüyoruz. Üretilen hizmetlerin finansmanının, primlere ve vatandaşın hizmet karşılığında ek olarak yapacağı ödemelere bağlandığı bu sistemde, Birliklerin finansmanının sağlanabilmesi, ister istemez hizmetlerin fiyatlandırmasından, yurttaşların sigorta primi ödemelerinin yanı sıra, cepten giderek daha fazla ek ödeme yapmalarından geçecektir.

Sağlık hizmetleri finansman sistemi yeniden yapılandırılırken, sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyini ve sonuç olarak da toplam maliyeti denetlemenin iki temel yolunun kullanıldığı görülüyor. Bu yollar, maliyet-etkinlik olarak tanımlanan ve ekonomik verimliliği sağlamanın amaçlandığı, maliyetin talep yönünden ve arz yönünden kısıtlanması yöntemleridir. Bu sistemin ilk ayağını oluşturan talep yönünden maliyet kısıtlanmasının örnekleri arasında, muayene katılım payları ve katkı payları, diğer bir ifadeyle cepten yapılan ek ödemeler yer alır. Bilindiği gibi, katılım ve katkı payları, yüksek gelir grubundaki kişiler için önemli bir sorun oluşturmazken, yoksulların gerekli ve önemli hizmetlere ulaşmasını engellemekte; bu uygulamadan en fazla etkilenen kesimlerin yoksullar olması nedeniyle de, siyasi bakımdan en kolay başvuru yolu olma özelliği göstermektedir. Uygulamaya bugünlerde başlanan TİG ve BBaG ile de arz yönünden maliyet kısıtlanmaktadır. Hizmet sunucuların klinik yollar gibi protokolleri takip etmesi, iyi klinik uygulamaların tanımlanması ve özendirilmesi, maliyetin arz yönünden kısıtlanmasının diğer yolları olarak karşımıza çıkıyor.

Sağlık hizmetleri finansman sisteminin yeniden yapılandırılması, hastalara sunulacak bakım hizmeti

açısından bazı gelişmeleri de gündeme getirecektir. Bu sistemde şu tür gelişmeler öngörülebilir:

1) Performans ve kaliteyi denetleme: Kalite yönetimi önlemi adı altında iyi bakım yöntemlerinin tanımlanması ve belirli sağlık sorunlarına yönelik tanı ve tedavi rehberleri, klinik yollar gibi ayrıntılı protokollerin hazırlanması sağlanır. Klinik kararların kanıt temelinde alınmasına bir yönelme söz konusudur. Hasta memnuniyeti üzerinden kalite yönetimi önlemlerine başvurulur.

2) Performansa bağlı ödeme: Resmi sözleşmeler aracılığıyla performans ile ödeme arasında bağlantı kurulur. Bu tür bir uygulamada, hastaların sağlık sonuçları, ödenen tutar üzerinde etkilidir. Diğer bir ifadeyle, hizmet sunuculara ürettikleri ürün için ödeme yapılır. Hizmet sunucuları, ürettikleri ürüne odaklanmaya özendirilmekte ve masraflarını kontrol etmeye teşvik edilmektedir. Hizmet sunucular iyi bakım yöntemlerini kullanmazlarsa, ödeme yapılmayarak cezalandırılmaları yoluna gidilir.

3) Hastane akreditasyonları: Belirli standartlar ve kalite göstergeleri üzerinden hastane akreditasyonlarının yapılı ve sözleşmelerde hizmet sunucularının akredite edilmesi ve klinik yollar gibi kalite süreçlerinin kullanılması koşulu getirilir.

4) Hizmet sunucular arasındaki rekabeti artırma yöntemleri benimsenir; sağlık kuruluşlarının rekabetçi oldukları ölçüde büyüyüp çoğalacakları, aksi takdirde yok olacakları ilkesi temel alınır.

5) Sağlık çalışanları için sözleşme yöntemleri uygulanır.

Sonuç olarak, bu sistemde, hastalara sunulacak bakım hizmetinde, performans ve kaliteyi denetleme adı altında kalite yönetimi önlemlerine başvurulacak ve hizmet karşılığı ödemelerde verimlilik esas alınacaktır. Hizmet sunucular açısından ise rekabet esas olacak ve bu rekabet, sağlık kuruluşları için hastane akreditasyonlarına dayalı sözleşmeler, sağlık çalışanları için sözleşmeli çalışma üzerinden sürdürülecektir.

Bu sistemin kaçınılmaz bir diğer sonucu da, yatarak tedavi edilecek hastaların seçiminde yanlılık oluşturmaktır. Bir sağlık kuruluşundan verimli bir işletme oluşturmanın bedeli; yatan hastalarda "sağlıklı" hastalara ağırlık verilmesi; hastanın bir an önce taburcu olmasına çalışılması ya da böyle hastaların yatırılmasının tercih edilmesi; zor, komplikasyonlu ya da komplikasyon riski yüksek hastalardan uzak durulması olacaktır.

TİG sistemi, global bütçeleme ile birlikte, topluma, hem SGK'nın hem de yakın zamanda Kamu Hastane Birlikleri çatısı altında yapılandırılacak olan hastanelerin kar etmesi için tasarlanmış bir model sunmaktadır. Sağlık kurumlarını işletme olarak gören, bu nedenle de verimliliği esas alan bu sistem, sağlık çalışanlarına sözleşmeli konumda güvencesiz bir çalışma yaşamı, halka ise sağlık hizmetlerine ancak ek ödeme yapma koşuluyla erişme olanağı sunmaktadır.

### Kaynakça

1. Ataay F. Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007.

2. Goldfield N. The evolution of diagnosis-related groups (DRGs): from its beginnings in case-mix and resource use theory, to its implementation for payment and now for its current utilization for quality within and outside the hospital. Qual Manag Health Care 2010; 19: 3-16.

3. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi: DRG'lere Dayalı Ödeme ve Hastane Bütçeleme Modellerine Geçiş Planlaması. ([http://www.tig.saglik.gov.tr/content/files/dokumanlar/butceleme/dc71\\_final\\_v2\\_tur.pdf](http://www.tig.saglik.gov.tr/content/files/dokumanlar/butceleme/dc71_final_v2_tur.pdf))

4. <http://www.tig.saglik.gov.tr/index.php?pid=16>