

PAPER DETAILS

TITLE: ÖDENMEYEN ÖNLENEBİLİR OLAYLAR VE HASTANE KAYNAKLI DURUMLAR

AUTHORS: Ismail SIMSIR

PAGES: 23-32

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/912835>

ÖDENMEYEN ÖNLENEBİLİR OLAYLAR VE HASTANE KAYNAKLI DURUMLAR

İsmail Şimşir



Türkiye Sağlık Hizmetleri
Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

İletişim / Correspondence:

Dr.
Sakarya Üniversitesi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi
ismailsimsir@gmail.com

Geliş Tarihi: 25.06.2019

Kabul Tarihi: 30.12.2019

Received Date: 25.06.2019

Accepted Date: 30.12.2019

Anahtar Kelimeler:

Hasta güvenliği, Geri Ödeme,
Önlenbilir İstenmeyen Olaylar,
Ödenmeyen Önlenbilir Olaylar,
Hastane Kaynaklı Durumlar

Keywords:

Patient safety, Reimbursement,
Preventable Adverse Events,
Nonpayment For Preventable
Adverse Events, Hospital-acquired
Conditions

Özet

Sağlık bakım hizmetlerinde elde edilen kalite ve hasta güvenliği seviyesinin bu hizmetlere ayrılan kaynaklarla aynı düzeyde artış göstermemesi birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede politika yapıcıların gündemini meşgul etmektedir. Özellikle de hasta güvenliğinin geliştirilmesi konusunda öteden beri uygulanagelen stratejiler arasında finansal stratejilerin son on yılda önemli bir gelişim gösterdiği söylenebilir. Bu doğrultuda Değer Bazlı Satın Alma anlayışı kapsamında gelişen Ödenmeyen Önlenbilir Olaylar Kavramı ve bu kavramın uygulamaya geçmiş hali olan Hastane Kaynaklı Durumlar modeli bu çalışmanın konusunu teşkil etmektedir. ABD merkezli olarak ortaya çıkan ve elde edilen başarılı sonuçlar dolayısıyla okyanus ötesi gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde uygulama alanı bulan bu model, hasta güvenliğinin geliştirilmesi açısından Türkiye bağlamında önemli bir potansiyel barındırmaktadır.

NONPAYMENT FOR PREVENTABLE EVENTS AND HOSPITAL ACQUIRED CONDITIONS

İsmail Şimşir

Abstract

The fact that the level of quality and patient safety achieved in health care services does not increase at the same level as the resources allocated to these services occupies the agenda of policy makers in many developed and developing countries. It can be said that financial strategies have improved significantly in the last decade, especially among the strategies that have been implemented for improving patient safety. In this context, the concept of Nonpayment for Preventable Events developed within the scope of Value-based Purchasing and the Hospital-acquired Conditions model, which is the implementation of this concept, constitutes the subject of this study. That model, emerged in US and found field of application in transoceanic developed and developing countries because of successful results obtained, has an important potential in the context of Turkey.

Giriş

Günümüzde özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sistemleri, son zamanlarda yaşanan kayda değer ilerlemelere rağmen hâlâ basit bir şekilde aşırı kullanım, noksan kullanım ve hatalı kullanım şeklinde sınıflandırılabilir problemlerle yüz yüzedir (Maio vd., 2003). Bu durum kaynak israfı ve maliyetlerde önemli düzeyde artışların yanı sıra önemli düzeyde hasta güvenliği ihlallerine yol açmaktadır. Yaşanan vakalar sonucu ortaya çıkan hasta zararı yatış gün sayısının uzamasından geçici ve kalıcı sakatlıklara, hatta çoğu zaman ölümlere kadar uzanabilmektedir.

Ortaya çıkan maliyetler açısından bakıldığında örneğin, Amerikan Tıp Enstitüsü'nün "Beşer Şaşar: Daha Güvenli Bir Sağlık Sistemi Oluşturma (To Err is Human: Building a Safer Health System) başlıklı çığır açıcı raporunda "yalnızca önlenebilir istenmeyen olaylar için" katlanılan maliyetin 17 ile 29 milyar dolar civarında olduğu ifade edilmektedir. Buna gelir ve hane halkı işgücü kaybı vb. dolaylı maliyetler de eklenince ifade edilen rakamlar 37,6 ile 50 milyar dolara çıkmaktadır (Kohn vd., 2000). Hatta Amerikan Tıp Enstitüsü tarafından yayımlanan diğer raporlarda da yıllık 750 milyar doların sağlık bakım hizmetlerinde israf, verimsizlikler ve diğer hususlar nedeniyle boşa harcandığı ifade edilerek, maliyetleri düşürürken ya da en azından artmasına engel olurken kaliteyi geliştirecek ödeme ve hizmet sunum reformlarına vurgu yapılmaktadır (Stanek, 2014).

Diğer yandan yaşanan hasta güvenliği ihlalleriyle ilgili olarak ta örneğin ABD'de 2010 yılı itibarıyla, yıllık bazda gerçekleşen 35 milyon yatışın yaklaşık 1,7-2 milyonunda gelişen ve tıbbi hata olarak nitelendirilen en az bir Hastane Kaynaklı Durumun (HKD), geçici ve kalıcı sakatlıkların yanı sıra 100.000 civarında ölümle sonuçlandığı ifade edilmektedir (Schuller, 2012). Yine, John Hopkins Üniversitesi araştırmacılarından Makary ve Daniel (Makary ve Daniel, 2016), ABD'de 2013 yılı itibarıyla, kalp hastalıkları ve kanserden sonra en yaygın üçüncü ölüm nedeni olarak, iyimser bir tahminle yıllık ortalama 250 binden fazla tıbbi hata kaynaklı ölüm rapor etmekte; hatta bu rakamın 440.000'e kadar çıkabildiği ve bunun Amerika'daki tüm ölümlerin altıda biri civarında olduğu ifade edilebilmektedir (James, 2012).

Alan yazında çok fazla hastanın tıbbi hatalara maruz kaldığı ve dolayısıyla hizmet sağlayıcı organizasyonların kaynaklarını bu yaşanan vakaları azaltmak için tahsis etmesi gerektiği konusunda oldukça geniş bir görüş birliği söz konusudur (Clement vd., 2007; Morello vd., 2013; Shojania vd., 2001). Hizmet sağlayıcıların hizmet kalitesi ve hasta güvenliği geliştirilmesi noktasındaki

davranışları, müşteri odaklı sağlık bakım hizmetleri pazarı ve haksız fiil davaları gibi aşağıdan yukarıya yönelimlerin yanında, kanunlar ve kamu idarelerinin denetimiyle gerçekleştirilen yukarıdan aşağıya düzenlemelerle şekillenmektedir (Mello vd., 2005). Daha geniş açıdan bakıldığında, sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik olarak oldukça çeşitlenen bir dizi faaliyetlerin gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu konuda uygulanagelen stratejiler genel olarak hukuki ve finansal stratejiler, yapısal mekanizmalara ilişkin stratejiler, organizasyonel/kurumsal tepkilere yönelik stratejiler, teknik çözümlere ilişkin stratejiler ve meslekler arası ilişkilere yönelik stratejiler şeklinde 5 başlık altında gruplandırılmaktadır (Rowland, 2013).

Sağlık bakım hizmetini satın alanların düşük kalite düzeyindeki hizmetlere önemli miktarda para harcadıkları ve hatta bu düşük kalitedeki hizmet sonucu gelişen komplikasyonları adeta ödüllendirdiklerinin farkına varmaları ve bu farkındalığın giderek artması, hizmetin kalitesine dair yapılan araştırmaların farklı bir boyut kazanarak, belirtilen stratejiler arasında finansal stratejilerin öneminin artmasına neden olmaktadır. Örneğin, eğer hastanın bası yaraları açısından, kanıta dayalı rehberler çerçevesinde risk değerlendirmesi doğru yapıp, gereken işlemler bu doğrultuda yapılmaz ve bunun sonucu olarak da hastada bası yarası gelişirse, bu bası yaralarının tedavisi için ödeyici kuruluş tarafından hastaneye ödeme yapılmaktadır. Ayrıca bu yara enfekte olup oldukça maliyetli olan yoğun bakım şartlarında sepsis (kan zehirlenmesi) tedavisi gerektirirse ve hatta tedavi başarısız olup hasta ölürse, hastane yine ödeme almaktadır. Diğer bir ifadeyle, sunulan sağlık hizmetinin iyi ve kötü olduğuna bakılmaksızın, bu hizmetin karşılığında çeşitli ödeme yöntemleri kullanılarak hastanelere ödeme yapılmaktadır.

Hasta güvenliğiyle ilgili söz konusu olan bu kaygılar, üçüncü tarafta yer alan geri ödeyici kuruluşların da hali hazırdaki sağlık bakım maliyetlerini kontrol altına alma ve hizmet sağlayan sağlık bakım organizasyonlarının verimliliklerini hastane geri ödeme reformları ve sınırlamaları yoluyla artırma çabalarıyla birleşmesine ve sile olmuştur (Clement vd., 2007)

Bu konuda özellikle ABD'de son zamanlarda gerçekleştirilen araştırma ve uygulamalar, kamu ve özel sektör hizmet satın alıcılarının satın alma güçlerini kullanmak suretiyle, hizmet sağlayıcıların kaliteyi geliştirme davranışlarını etkileme açısından çok önemli bir potansiyele sahip olduğunu göstermektedir (Gerhardt vd., 2015; Maio vd., 2003). Söz konusu bu potansiyel, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesine ilişkin tartışmalarda bir paradigma dönüşümüne neden olmaktadır: Arza dayalı hizmetten talebe dayalı sisteme dönüşüm

söz konusu olmakta ve sağlık bakım hizmetlerinin kalitesine ilişkin tartışmaların odak noktası, hizmeti sağlayan organizasyonlardan, bu hizmeti satın alan sağlık sigortası kuruluşlarına kaymaktadır.

Bu doğrultuda geliştirilecek bir sağlık reformu için sağlık bakım hizmetleri sunum sistemindeki yerleşik teşviklerin değişimi bir ön şart haline gelmekte ve bunun sorumluluğu da hizmeti satın alanlara düşmektedir. Dolayısıyla hizmeti satın alanların, sunulan sağlık bakım hizmetlerinde bir yandan kalite ve hasta güvenliğini geliştirmek, diğer yandan maliyetleri düşürmek adına piyasa güçlerini sonuna kadar kullanması gerektiği ifade edilmektedir (Porter, 2011; Rosenthal, 2009).

1. Hasta Güvenliğinin Geliştirilmesinde Ödenmeyen Önlenebilir Olaylar Kavramı

Ödenmeyen Önlenebilir Olaylar kavramı, yukarıda belirtilen hususlar doğrultusunda, doğrudan hasta güvenliğinin geliştirilmesine yönelik ortaya çıkan bir kavram olmuştur. Bu, konvensiyonel geri ödeme mekanizmalarında radikal bir dönüşümü ifade eden ve Değer Bazlı Ödeme veya Değer Bazlı Satın Alma olarak ifade edilen, daha geniş kapsamlı bir anlayış kapsamında ortaya çıkmış bir kavramdır. Hem Amerika Birleşik Devletler’inde (ABD) CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services-Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezleri) ve özel sağlık sigortaları tarafından hem de uluslararası ölçekte uygulanan ve Değer Bazlı Satın Alma kavramı ile ilişkilendirilebilecek birçok program mevcuttur. Ancak Değer Bazlı Satın Alma anlayışı ve bu anlayış kapsamındaki uygulamalara bu çalışmanın kapsamı açısından değinilmeyecektir.

ABD’de, önlenebilir istenmeyen olaylar nedeniyle verilen sağlık bakım hizmetlerinin karşılığı olarak ödeme yapılmamasına ilişkin ilk politika 2005 yılı Ocak ayı itibarıyla, ABD Minnesota’da kâr amacı gütmeyen bir Sağlık Koruma Örgütü olan HealthPartners tarafından uygulanmıştır. HealthPartners, NQF (National Quality Forum-Ulusal Kalite Forumu) tarafından tanımlanan 27 adet “asla gerçekleşmemesi gereken olay (never events)” için ödeme yapmamak suretiyle bu alanda bir ilki gerçekleştirmiştir (Kurutkan ve Bayat, 2015; Rosenthal ve Hanlon, 2009). Gerçekleştiklerinde incelenmesi, kök neden analizlerinin yapılması ve raporlanması gereken istenmeyen olaylarla ilgili kamuoyunun dikkatini çekerek ulusal bir konsensüs oluşturmak amacıyla ortaya çıkan “asla gerçekleşmemesi gereken olaylar” kavramı CMS tarafından belirlenen çerçeveye için de kullanılmaktadır (Fisk, 2008).

Bu tarihten bu yana federal hükümet ve eyaletler, HealthPartners’ı izleyerek önlenebilir istenmeyen olay-

lar için ödememe politikasını uygulamaktadırlar (Rosenthal ve Hanlon, 2009). Belirtilen bu yerlerde; hastanın aldığı sağlık hizmetleri sırasında zarar görmesi durumunda, bu zararı gidermek adına uygulanan ilave sağlık hizmetleri nedeniyle artan maliyetler hizmet sunucuya ödenmemekte ya da düzeltme yapılarak ödenmektedir (Attachment to the Annual Progress Report to Congress National Strategy for Quality Improvement in Health Care, 2011, <https://www.ahrq.gov>; Kurutkan ve Bayat, 2015; Rosenthal ve Hanlon, 2009).

Daha sonraki dönemlerde önlenebilir komplikasyonlar için ödeme yapılmaması, ülkenin sağlık sisteminin bir bütün olarak iyileştirilmesinin teşvik edilmesi adına önemli bir fırsat sunmuştur. Bu süreci yakından takip eden diğer sağlık sigorta organizasyonları, kendi ödeme yapmama politikalarını Medicare tarafından uygulanan politikalar ile uyumlaştırma yoluna gitmişlerdir (Rosenthal ve Hanlon, 2009 ve Kurutkan ve Bayat, 2015’ten akt., Altındış ve Şimşir, 2017).

Bu noktada, önlenebilir olduğu nitelenen asla gerçekleşmemesi gereken olaylar için hizmet sağlayıcılara ödeme yapılmaması gerektiği, hasta güvenliği ve etik açıdan bir zorunluluk halini almıştır (Ross, 2009). Ortaya çıkan bu zorunluluk alan yazında ödenmeyen önlenebilir olaylar (nonpayment for preventable events) kavramıyla nitelendirilmektedir (Kurutkan ve Bayat, 2015).

Ödenmeyen Önlenebilir Olaylar kavramının hayat bulduğu geri ödeme modeli ise Hastane Kaynaklı Durumlar modelidir. Hastane Kaynaklı Durumlar modeli, belirli performans seviyesini ortaya koyan göstergeler üzerinden ölçüm yapmaktadır. Bu modelde hastaneler, hastane kaynaklı bası yarası, cerrahi sonrası unutulmuş yabancı cisimler, hava embolisi ve kateterle ilgili üriner sistem enfeksiyonu gibi, kanıta dayalı rehberler çerçevesinde önlenebilir istenmeyen olarak nitelendirilen durumların tedavisi için CMS’den ödeme alamayacaktır. Kötü performans için ödeme yapılmaması bu ödeme şemasına olumsuz bir teşvik olarak eklenmiştir. Diğer yandan en iyi performans gösteren hastanelerin, kötü performans gösteren hastanelerden yapılan kesintilerden pay alması suretiyle de olumlu bir teşvik söz konusudur.

2. Hastane Kaynaklı Durumlar ve Yatışta Mevut Göstergesi Raporlama Programı

Yukarıda belirtildiği üzere Değer Bazlı Satın Alma uygulamaları kapsamında kanıta dayalı uygulamalar çerçevesinde potansiyel olarak önlenebilir olduğu öngörülen istenmeyen olayların ödenmeyen önlenebilir olaylar kavramı içerisinde ele alınması, sağlık politikacılarının gündeminde yerini almış (Rosenstein vd., 2009) ve

ABD’de ulusal ölçekte CMS tarafından 2008 yılında hayata geçirilmiştir. Uygulamanın kanuni dayanağı 2005 tarihli Mali Açığı Azaltma Yasasıdır (Deficit Reduction Act-DRA). Yasa kapsamında Sağlık ve İnsan İşleri Bakanlığı’nca Medicare’a kayıtlı kişiler için 2009 mali yılında başlatılmak üzere bir değer bazlı hastane ödeme planı oluşturulması, hüküm altına alınmıştır. Bunun için CMS öncelikle 2008 itibarıyla hastane yatışı sırasında gelişen 8 hasta güvenliği ölçütünü uygulamaya koymuş ve ödeme kesintilerinin 2009 mali yılı itibarıyla başlatılacağını taraflara bildirmiştir. Aynı zamanda bu tür olaylar, “asla gerçekleşmemesi gereken olaylar (never events)” kavramıyla da ifade edilmekte olup, yatış gün sayısı, hastane maliyetleri ve hasta mortalitesinin artışıyla da yakından ilişkilidir (Mullen vd., 2010; Rosenstein vd., 2009)

Bir kavram olarak ödenmeyen önlenebilir olaylar yaklaşımının geri ödeme sistemi ile ilk entegrasyon çalışması 1 Ekim 2007 tarihi itibarıyla, belirlenen 10 HKD için “yatışta mevcut” olarak kaydedilme zorunluluğu getirilmesiyle başlatılmıştır. 1 Kasım 2008 tarihinden itibaren yapılan taburcularda, hastaya yönelik ilk kabulde mevcut olmayıp, yatış sürecinde bu 10 HKD’den en az biri gelişirse, bunların tedavisi karşılığında ödeme yapılmayacağı taraflara bildirilmiştir. Çünkü Medicare HKD’leri “önlenebilir tıbbi hata” olarak nitelemekte ve sağlık hizmetlerinin daha aktif bir alıcısı olma çabası kapsamında yatış gün sayısı, hastane maliyetleri ve

hasta mortalitesinin artışıyla da yakında ilişkili olan bu durumlar için hastanelere artık ödeme yapmayı reddetmektedir (Hospital-Acquired Conditions [Present on Admission Indicator], <https://www.cms.gov>, t.y.; LaBresh vd., 2011; Lee vd., 2012; Rosenstein vd., 2009).

Bu kapsamda bir istenmeyen olayın ödenmeyen önlenebilir olay olarak HKD kapsamına alınması için şu üç şartı taşıması gerekmektedir (Hospital-Acquired Conditions [Present on Admission Indicator], <https://www.cms.gov>, t.y.):

- Yüksek hacimli ve/veya yüksek maliyetli olması
- İkinci bir teşhis olarak ortaya konulduğunda yüksek ödeme gerektiren MS-DRG (Medicare Severity-Diagnosis Related Group) grubunda yer alması
- Kanıta dayalı kılavuzlar kullanılarak makul bir şekilde önlenebilir olması.

Ayrıca önlenebilir istenmeyen olaylar için ödeme yapılmaması politikasıyla ilgili olarak Hastane Kaynaklı Durumlar teriminin yanında sıklıkla kullanılan diğer iki terimin tanım, örnek ve kaynakları Tablo 1’de özetlenmektedir.

Tablo 1: Ödeme Yapılmaması Politikasıyla İlgili Sıklıkla Kullanılan Terimler

Terim	Tanım	Örnekler	Kaynak Kurum
Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyonlar (Healthcare Associated Infections-HAIs)	Bir hastanın medikal ve cerrahi durumlar için tedavi alırken gelişen bir enfeksiyon	Cerrahi alan enfeksiyonu, merkezi hatla ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu, ventilatör ilişkili pnömoni ve kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonu	Amerikan Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention-CDC)
Ciddi Raporlanması Gereken Olaylar (Serious Reportable Events-SREs)	Ulusal bir raporlama sistemine temel oluşturabilecek ve hasta güvenliğinde belirgin bir iyileşmeye neden olabilecek, hem kamuyu, hem de hizmet sağlayıcıları kaygılandıran açık, ciddi, önlenebilir istenmeyen olaylar. Bunlar tanımlanabilir ve ölçülebilir olaylardır ve bunların gerçekleşme riski sağlık bakım organizasyonlarının politika ve prosedürlerinden önemli ölçüde etkilenmektedir	Yanlış hastada gerçekleştirilen cerrahi, yanlış kişiye teslim edilen bebek	Ulusal Kalite Forumu Güvenli Uygulamaları (National Quality Forum – NQF)

Kaynak: (Rosenthal ve Hanlon, 2009)

CMS’nin ödenmeyen önlenebilir olaylar kapsamında hayata geçirmiş olduğu program, iki kısımdan oluşan, Hastane Kaynaklı Durumlar ve Yatışta Mevut

Göstergesi Raporlama Programıdır (Hospital Acquired Conditions ve Present on Admission Indicator [HAC-POA] Reporting Program). Nihayetinde istenmeyen olayları azaltmak için hayata geçirilen bu program bir

bütün olarak düşünülmelidir. Bu, programın bir bölümü olmadan diğer bölümünün işlerlik kazanmayacağı anlamına gelmektedir. Yani HKD’ de ödenmeme (non-payment) koşulu Yatışta Mevut Göstergesi Raporlama kısmı olmadan işlerlik kazanmayacaktır (Adedeji, 2012).

3. Yatışta Mevut Göstergesi

İstenmeyen olaylar ve standart altı sağlık bakım hizmeti sunumunu tanımlamak üzere salt yönetimsel verilerin kullanılmasının yeteri kadar etkili olmaması üzerine araştırmacılar yeni arayışlar içine girmiştir. Bu süreç sonrasında hastane bünyesindeki istenmeyen olayların tanımlanması ve ölçülmesinde verilerin daha kullanışlı hale getirilmesi için yatan hasta yönetimsel verilerinde raporlanan ICD-9 kodlarına bir “işaretleyici değişken” diğer bir ifadeyle Yatışta Mevut Göstergesi (YMG- present on admission-POA indicator) eklenmesi önerilmiştir (Adedeji, 2012). Burada amaç hastanın kaydında yer alan istenmeyen bir olayın yatışta mevcut olup

olmadığını, dolayısıyla yatış sonrası hastane bünyesinde gelişip gelişmediğini tespit etmektir.

İlk olarak 1990’ların sonlarına doğru ABD’de iki eyalet (California ve New York) yatan hasta yönetimsel verilerinde kodlanan bir durumun yatış sırasında mevcut olduğunu veya yatış sonrası geliştiğini tespit etmek üzere YMG’yi kullanmaya başlamışlardır (Glance vd., 2008; Hughes vd., 2006). Bu ilk örneklerin başarılı olması üzerine ölçeğin yaygınlaştırılması ihtiyacı gelişmiş ve CMS bu eksikliği gidermek amacıyla daha geniş bir program olan Hastane Kaynaklı Durumlar ve Yatışta Mevut Göstergesi Raporlama Programı’nın Raporlama Programı kısmını hayata geçirmiştir (Adedeji, 2012).

CMS, hastanelerin uygulaması gereken bu zorunlu raporlama sisteminde YMG olarak kullanılmak üzere bir kodlama sistemi getirmiştir. Buna göre yapılan kodlamalarda yer alan ICD-9 teşhis kodunun yatışta mevcut olup olmadığının bir göstergesi olarak hizmet etmek üzere tek bir harften oluşan bir ek getirilmesi gerekmektedir. Bu kodlama sistemi Tablo 2’de özetle ifade edilmektedir (Coding, <https://www.cms.gov>, t.y.).

Tablo 2: Yatışta Mevut Göstergesi Raporlama Opsiyonlarının Tanımlanması

Gösterge	Tanımlama	Medicare Ödemesi
Y (Yes)	Teşhis yatış sırasında mevcut	Ödeme yapılmaktadır
N (No)	Teşhis yatış sırasında mevcut değil	Ödeme yapılmamaktadır
U (Unknown)	Teşhisin yatışta mevcut olup olmadığına yönelik dökümantasyon yeterli değil	Ödeme yapılmamaktadır
W (Whether, doubt)	Klinik olarak saptanamayan. Hizmet sağlayıcı teşhisin yatışta mevcut olup olmadığını belirleyememektedir.	Ödeme yapılmaktadır
1	Raprolanmayan/Kullanılmayan. Yatışta mevcut raporlamasından muaf	Ödeme yapılmamaktadır

Yatışta mevcut olmayıp, hastane yatışı sırasında gerçekleşen bu durumların tedavisi için hastanenin sağladığı hizmetlere karşılık ödeme yapılmadığı 10 HKD kategorisi, 2013 yılı itibarıyla 14’e çıkmış ve bu

tarihten sonra bir değişiklik yapılmamıştır. Belirtilen 14 adet HKD aşağıdaki Tablo 3’te listelenmektedir (Hospital-Acquired Conditions [Present on Admission Indicator], <https://www.cms.gov>, t.y.):

Tablo 3: CMS Tarafından Kabul Edilen Hastane Kaynaklı Durumlar

CMS Hastane Kaynaklı Durumlar	
1.	Cerrahi İşlem Sonrası Unutulmuş Yabancı Cisim
2.	Hava Embolisi
3.	ABO Uyuşmazlığı
4.	Bası Yaraları (III ve IV. Aşamalar)
5.	Düşme Olayları ve Travma (Kırıklar, Çıkıklar, İntrakraniyal Yaralanmalar, Ezilme Yaralanmaları, Yanıklar, Diğer Yaralanmalar)
6.	Kötü Glisemik Kontrol Göstergeleri (Diabetik Ketoasidoz, Nonketotik Hiperosmolar Koma, Hipoglisemikoma, Ketaasidoz ile Sekonder Diabet, Hiperosmolarite ile Sekonder Diabet)
7.	Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu
8.	Vasküler Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu

9.	Koroner Arter Bypass Grefti Sonrası Cerrahi Alan Enfeksiyonu, Mediastinit
10.	Obezite için Bariatrik Cerrahi Sonrası Cerrahi Alan Enfeksiyonu (Laparoskopik Gastrik Bypass, Gastroenterostomi, Laparoskopik Gastrik Sınırlayıcı Cerrahi)
11.	Bazı Ortopedik İşlemler Sonrası Cerrahi Alan Enfeksiyonu (Omurga, Boyun, Omuz Ve Dirsek Cerrahisi)
12.	Kardiyak İmplant Edilebilir Elektronik Cihaz İşlemi Sonrası Cerrahi Alan Enfeksiyonu
13.	Total Diz ve Kalça Replasmanı Sonrası Derin Ven Trombozu (DVT) ve Pulmoner Embolizm (PE)
14.	Venöz Kateterizasyonla Birlikte İyatrojenik Pnömotoraks

Bu 14 HKD'yi Tablo 4'te gösterildiği gibi 4 başlık halinde bir gruplamaya tabi tutmak da mümkündür (Wald, 2012).

Tablo 4: Hastane Kaynaklı Durumların Gruplandırılması

Grup Adı	HKD
Ciddi Raporlanması Gereken Olaylar	• Cerrahi İşlem Sonrası Unutulmuş Yabancı Cisim • Hava Embolisi • ABO Uyuşmazlığı
Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlar	• Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu • Vasküler Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu • Koroner Arter Bypass Grefti Sonrası Cerrahi Alan Enfeksiyonu, Mediastinit • Obezite İçin Bariatrik Cerrahi Sonrası Cerrahi Alan Enfeksiyonu • Bazı Ortopedik İşlemler Sonrası Cerrahi Alan Enfeksiyonu
Geriatrik Sendromlar	• Bası Yaraları (III ve IV. Aşama) • Düşme Olayları ve Travma
Diğer	• Kötü Glisemik Kontrol Göstergeleri • Kalça ve Diz Replasmanı Sonrası Sonrası DVT ve PE • Venöz Kateterizasyonla Birlikte İyatrojenik Pnömotoraks

Kaynak: Wald'dan (2012) uyarlanmıştır

Belirtilen bu HKD'ler içerisinde en nadir rastlananlar ABO uyuşmazlığı ve hava embolisidir. Bu HKD'ler, hastanelerin %95'inden fazlasında rastlanmıştır. Diğer yandan en yaygın olan HKD ise düşme olayları ve travmalardır. Hastanelerin %50'sinden fazlasında iki veya daha fazla düşme ve travma vakaları görülmüştür (CMS Hospital Inpatient Quality Reporting Program Hospital-Acquired Condition Measures, www.cms.gov, 2011).

Seçilen HKD'ler, kanıta dayalı kılavuzlarla desteklenmiş ve her bir HKD için neler yapılması gerektiği kanıt düzeylerine göre belirlenmiştir (Kurutkan ve Bayat, 2015). Bu hususun önem arz etmesi nedeniyle ayrıntılandırılması gerekmektedir.

4. Hastane Kaynaklı Durumlar Yaklaşımında Kanıta Dayalı Kılavuzlar

Kanıta dayalı kılavuzlar, bir HKD'nin makul bir şekilde önlenilebilir olduğu konusunda uygulayıcılara kanıt düzeylerine göre yol gösteren kılavuzlardır. Bu anlamda

HKD ve dolayısıyla ödenmeyen önlenilebilir olaylar kapsamında değerlendirilebilmenin ön şartını oluşturması açısından kritik önem taşımaktadır.

Yayımlanan bir raporda (Jarrett ve Callahan, 2016) CMS tarafından belirlenen HKD'ler için tespit edilen kılavuzlara dair araştırma sonuçları verilmektedir. Söz konusu durumlarla ilgili raporda belirtilen kanıta dayalı kılavuzlar, temel olarak ilgili meslek birlikleriyle birlikte Agency for Healthcare Research ve Quality (AHRQ) National Guidelines Clearing House (NGCH) ve CDC tarafından belirlenmektedir. Öncelikli olarak ABD'de yayımlanan kılavuzlara yer verilmiş; ABD'de yayınlanmış kılavuzu mevcut olmaması durumunda uluslararası kılavuzlardan yararlanılmıştır (Jarrett ve Callahan, 2016).

Raporun, cerrahi alan enfeksiyonlarıyla ilgili HKD'leri tek bir başlık altında ele almakla birlikte, CMS'nin HKD politikasında yer alan 14 HKD'yi kapsadığı görülmektedir. Raporda yer alan durumlarla ilgili kanıta dayalı kılavuzlara ilişkin sayı ve derecelendirme özetlerini içeren tablolar Tablo 5'te verilmektedir.

Tablo 5: Seçilen Hastane Kaynaklı Durumlarla İlgili Mevcut Kılavuzların Sayı ve Derecelendirme Özeti

HKD	Kılavuz Sayısı	Düzye Ia	Düzye Ib	Düzye II	Düzye III
Cerrahi Sonrası Unutulmuş Yabancı Cisim	5	2	1	0	5
Hava Embolisi	2	0	0	2	0
ABO Uyuşmazlığı	4	2	1	1	2
III ve IV. Derece Bası Yarası	6	6	0	0	6
Düşme Olayları ve Travmaya Bağlı Yaralanmalar	6	5	1	0	6
Total Diz ve Kalça Replasmanı Sonrası Derin Ven Trombozu/ Pulmoner Embolizm	6	6	0	0	3
Kötü Glisemik Kontrol Göstergeleri	6	6	0	0	6
Kataterle İlişkili İdrar Yolları Enfeksiyonu	6	2	4	0	6
Vasküler Kateter İlişkili Enfeksiyon	10	4	4	2	8
Seçilen Kardiyak, Bariyatrik veya ortopedik Cerrahiler Sonrası Cerrahi Alan Enfeksiyonu	11	4	7	0	11
Venöz Kateterizasyonla Birlikte İatrojenik Pnömotoraks	3	1	2	0	3

Kaynak: Jarrett ve Callahan'dan (2016) uyarlanmıştır

Kılavuz sayısı: HKD'nin önlenmesine yönelik tavsiyeler içeren klavuz sayısı,
Düzye Ia kanıt seviyeli kılavuzlar: Sistematik inceleme ve kanıt derecelendirmesi içeren klavuz sayısı,
Düzye Ib kanıt seviyeli kılavuzlar: Kanıt derecelendirmesi içeren klavuz sayısı,
Düzye II kanıt seviyeli kılavuzlar: Yalnızca kanıta atıf yapılan klavuz sayısı,
Düzye III kanıt seviyeli kılavuzlar: Uzman görüşü içeren klavuz sayısı.

Ayrıca Tablo 5'te belirtilen kılavuzların kaynak URL'si kullanıcıların faydalanması amacıyla söz konusu raporda verilmektedir (Jarrett ve Callahan, 2016).

5. Hastane Kaynaklı Durumların Maliyetleri

Belirtilen bu HKD'lerin CMS 2007 verilerine göre tahmini maliyetleri Tablo 6'da verilmektedir (Kavanagh, 2011; White ve Brown, 2009):

Tablo 6: Hastane Kaynaklı Durumların Tahmini Maliyetleri

HKD	Vaka sayısı	Yatış Başına Ortalama Maliyet (\$)	Toplam Maliyet (\$)
Cerrahi İşlem Sonrası Unutulmuş Yabancı Cisim	750	63.631	47.723.250
Hava Embolisi	57	71.636	4.083.252
ABO Uyuşmazlığı	24	50.455	1.210.920
Bası Yaraları (III ve IV. Aşama)	257.412	43.180	11.115.050.160
Düşme Olayları ve Travma	193.566	33.894	6.560.726.004
Kötü Glisemik Kontrol Göstergeleri			
• Diabetik Ketoasidoz	11.469	42.974	492.868.806
• Nonketotik Hiperosmolar Koma	32.248	35.215	1.135.613.320
• Diayabetik Koma	1.131	45.989	52.013.559
• Hipoglisemik Koma	212	36.581	7.755.172
Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu	12.185	44.043	536.663.955
Vasküler Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu	29.536	103.027	3.043.005.472
Cerrahi Alan Enfeksiyonları			
• Koroner Arter Bypass Grefti (KABG) Sonrası Cerrahi Alan Enfeksiyonu, Mediastinit	69	299.237	20.647.353
• Laparoskopik Gastrik Bypass ve Gastroenterostomi	208	180.142	37.469.536
Derin Ven Trombozu	140.010	50.937	7.131.689.370

Kaynak: Kavanagh (2011) ve White ve Brown'dan (2009) uyarlanmıştır

CMS tarafından 2010-2015 dönemi için yapılan ve HKD oranları, bunlara ilişkin yapılan tasarruf ve önlenen ölümlerle ilgili tahminlere yer verilen analize bakıldığında, 5 yıllık periyotta hastaların %21'lik bir düşüşle, 3,1 milyon daha az HKD'ye maruz kaldıkları görülmektedir. Ayrıca 125.000 civarında daha az ölüm vakası gerçekleştiği; bunların maliyetinin yanısıra hastalık, uzayan yatışlar, geçici ve kalıcı sakatlıklar vs. nedeniyle yaklaşık 28 milyar dolarlık bir maliyet tasarrufu elde edildiği ifade edilmektedir (National Scorecard on Rates of Hospital-Acquired Conditions 2010 to 2015: Interim Data From National Efforts To Make Health Care Safer, www.ahrq.gov, 2016). Söz konusu HKD'lerin etkilerine yönelik olarak Türkçe alan yazında tek bir çalışma yapılmış olup (Şimşir, 2018), ayrıntılı bilgi için söz konusu çalışma incelenebilir.

Sonuç

Sağlık bakım hizmetleri için harcanan paranın karşılığında istenilen sonuçların elde edilememesi sorunu birçok gelişmiş ülkenin (Anderson ve Frogner, 2008) yanı sıra Türkiye ölçeğinde de söz konusudur (Deniz ve Hobikoğlu, 2011). Dolayısıyla Türkiye'de de bir yandan sağlık bakım hizmetlerinde kalite ve hasta güvenliğinin geliştirilmesi ve diğer yandan maliyetlerin kontrol edilmesine hizmet edecek bir sağlık reformuna ihtiyaç söz konusudur.

Türkiye'de faaliyet gösteren büyük ölçekli sağlık sigorta organizasyonları ve özellikle de sağlık bakım hizmetlerinin en büyük müşterisi konumunda olan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) satın alma gücünün, yukarıda belirtildiği şekliyle bir reform geliştirilmesi adına çok önemli bir potansiyel barındırdığı ifade edilebilir. Etkili bir şekilde organize edilmesi durumunda bu satın alma gücü, sistemin düzenlenmesinde çok önemli bir fonksiyon üstlenerek, uzun vadede sistemdeki tüm aktörlerin memnuniyetini doğuracak sonuçlar ortaya çıkarabilecektir.

Bu kapsamda ABD'de ve uluslararası ölçekte çeşitli teşvik kombinasyonlarını içeren birçok program mevcuttur. Ancak bunların içinde ABD'de en büyük kamu sağlık hizmeti satın alıcısı olarak Medicare tarafından yapılan ödeme sisteminde kullanılan ve kamu eliyle yürütülen geniş kapsamlı bir uygulama olarak Hastane Kaynaklı Durumlar ve Yatışta Mevut Göstergesi Raporlama Programı, ülkemizde de kamusal alanda uygulanabilme potansiyeli açısından özellikle dikkat çekmektedir.

Özetlenecek olursa, yukarıda ana hatlarıyla ifade edilen program kapsamında takibi yapılan HKD'lerin ilave yatış gün sayısı, maliyet ve mortalite ile yakından

ilişkili olduğu ve kanıta dayalı rehberlere uyularak makul bir şekilde önlenebilir oldukları kabul edilmektedir. Yine söz konusu program kapsamında takibi yapılan HKD'lerden en az birinin yatışı sırasında hastada gelişmesi durumunda hizmet sağlayıcılar, gelişen bu HKD'lerin tedavileri nedeniyle katlandıkları maliyeti kamu veya özel sigorta kuruluşlarına fatura edememektedir. Türkiye ölçeğinde geliştirilecek bu tarz bir program, hasta güvenliğini geliştirilmesi ve kaynakların etkin kullanılması adına son derece büyük bir potansiyel barındırmaktadır.

Nitekim söz konusu mali yükün hastaneler tarafından yüklenilmesi sürdürülebilir olmayacağından, hastanelerin ilgili komiteleri, gelişen HKD'lerle ilgili nelerin yanlış gittiği ve bunların tekrarlanmasının nasıl engellenebileceği yönünde daha yoğun çalışmalar gerçekleştirecektir. Ayrıca teşviklerin finansal sonuçları nedeniyle ciddi düzeyde bir ölçüm ve raporlama kültürü oluşarak, sunulan hizmetin kalitesiyle ilgili daha doğru ve güvenilir ölçümler elde edilecektir. Hatta gelecekte bu sistemin işlerlik kazanması durumunda, söz konusu verilerin ilgili otoritelerce yayımlanması da hastaneler açısından çok önemli bir rekabet unsuru olarak fonksiyon görebilir. Sonuç olarak, hastaların hastane yatışı sırasında daha az zarar göreceği ve buna bağlı olarak kamu sağlık harcamalarında milyarlarca lira tasarruf edilebileceği bir sağlık bakım hizmetleri ortamı oluşacaktır.

Kaynaklar

- Adedeji, O.M., 2012. An Evaluation of the Centers for Medicare & Medicaid Services' Hospital Acquired Conditions ve Present on Admission Indicator Reporting Program. [Dissertation]. University of Texas.
- Altındış, S., Şimşir, İ., 2017. Hasta Güvenliğine Göre Geri Ödemede Başarılı Bir Örnek: Hastane Kaynaklı Durumlar, in: I. Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı Kongresi Bildiri Kitabı. pp. 239–45.
- Anderson, G.F., Frogner, B.K., 2008. Health Spending in OECD Countries: Obtaining Value Per Dollar. *Health Aff.* 27, 1718–1727. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.6.1718>
- Attachment to the Annual Progress Report to Congress National Strategy for Quality Improvement in Health Care (2011). Department of Health and Human Services Care <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/workingforquality/nqspans.pdf> (24.06.2019).
- Clement, J.P., Lindrooth, R.C., Chukmaitov, A.S., Chen, H.-F., 2007. Does the Patient's Payer Matter in Hospital Patient Safety? *Med. Care* 45, 131–138.

- <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000244636.54588.2b>
- CMS Hospital Inpatient Quality Reporting Program Hospital-Acquired Condition Measures National Call (2011). <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/OpenDoorForums/downloads/032111SODFPresentationSlides.pdf> (11.11.2017)
- Coding [www document], t.y. URL <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HospitalAcqCond/Coding.html> (30. 04.19).
- Deniz, M.H., Hobikoğlu, E.H., 2011. Türkiye’ de “Değere Bağlı Sağlık Sistemi” Temelinde Kamu ve Özel Sektör Açısından Algılanan Hizmet Kalitesi, in: International Conference on Eurasian Economies. pp. 160–166.
- Fisk, R.J., 2008. What are Never Events and Why do They Matter. *Heal. Lawyer* 21, 34.
- Gerhardt, W., Korenda, L., Morris, D.M., Vadnerkar, G., 2015. The Road to Ralue-based Rare: Your Rileage may Vary. Deloitte Center for Health Solutions.
- Glance, L.G., Osler, T.M., Mukamel, D.B., Dick, A.W., 2008. Impact of the Present-on-Admission Indicator on Hospital Quality Measurement. *Med. Care* 46, 112–119. <https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e318158aed6>
- Hospital-Acquired Conditions (Present on Admission Indicator) [www document], t.y. URL <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HospitalAcqCond/index.html> (30.04.19).
- Hughes, J.S., Averill, R.F., Goldfield, N.I., Gay, J.C., Muldoon, J., McCullough, E., Xiang, J., 2006. Identifying Potentially Preventable Complications Using a Present on Admission Indicator. *Health Care Financ. Rev.* 27, 63–82.
- James, J., 2012. Health Policy Brief: Pay-for-Performance. *Health Aff.* 19, 1–5. <https://doi.org/10.1377/hpb2012.19>
- Jarrett, N., Callaham, M., 2016. Evidence-Based Guidelines for Selected Hospital-Acquired Conditions. Final Report. RTI International
- Kavanagh, K.T., 2011. Financial incentives to promote health care quality: The hospital acquired conditions nonpayment policy. *Soc. Work Public Health* 26, 524–541. <https://doi.org/10.1080/19371918.2011.533554>
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S., 2000. To Err is Human: Building a Safer Health System, National Academy Press. Washington, D.C. <https://doi.org/10.17226/9728> BUY
- Kurutkan, M., Bayat, M., 2015. Hospital Acquired Conditions With Respect to Value- Based Purchasing ve Payback Payment Systems. *Heal. Care Acad. J.* 2, 155. <https://doi.org/10.5455/sad.2015131452173750>
- LaBresh, K.A., Jarrett, N., Lux, L., 2011. Evidence-based Guidelines for Selected ve Previously Considered Hospital- Acquired Conditions. RTI International.
- Lee, G.M., Kleinman, K., Soumerai, S.B., Tse, A., Cole, D., Fridkin, S.K., Horan, T., 2012. Effect of Non-payment for Preventable Infections in U.S. Hospitals. *N. Engl. J. Med.* 367, 1428–1437. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1202419>
- Maio, V., Goldfarb, N.I., Carter, C., Nash, D.B., 2003. Value-Based Purchasing: A Review of the Literature. The Commonwealth Fund.
- Makary, M.A., Daniel, M., 2016. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ* 353, 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Mello, M.M., Kelly, C.N., Brennan, T.A., 2005. of Patient Safety. *J. Health Polit. Policy Law* 30.
- Morello, R.T., Lowthian, J.A., Barker, A.L., McGinnes, R., Dunt, D., Brand, C., 2013. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: A systematic review. *BMJ Qual. Saf.* 22, 11–18. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000582>
- Mullen, K.J., Frank, R.G., Rosenthal, M.B., 2010. Can you get what you pay for? Pay-for-performance and the Quality of Healthcare Providers. *The Rand Journal of Economics.* 41(1), 64-91.
- National Scorecard on Rates of Hospital-Acquired Conditions 2010 to 2015: Interim Data From National Efforts To Make Health Care Safer, 2016.URL: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/2015-interim.html> (24.06.2019)
- Porter, M., 2011. Value Based Purchasing: A Definition. National Business Coalition on Health.
- Rosenstein, A.H., O’Daniel, M., White, S., Taylor, K., 2009. Medicare’s Value-Based Payment Initiatives: Impact on ve Implications for Improving Physician Documentation ve Coding. *Am. J. Med. Qual.* 24, 250–258. <https://doi.org/10.1177/1062860609332511>
- Rosenthal, J., Hanlon, C., 2009. Nonpayment for Preventable Events ve Conditions: Aligning State ve Federal Policies To Drive Health System Improvement. *Natl. Acad. State Heal. Policy.*
- Rosenthal, M.B., 2009. What Works in Market-Oriented Health Policy? *N. Engl. J. Med.* 360, 2157–2160.
- Ross, J., 2009. Understanding Never Events. *J. PeriAnesthesia Nurs.* 24, 191–193. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2009.03.007>

- Rowland, P., 2013. Power/Knowledge, Identity ve Patient Safety: Intersections of Patient Safety ve Professional Practice Discourses in a Canadian Acute Care Hospital. [Dissertation]. Fielding Graduate University.
- Schuller, K., 2012. Effectiveness of Medicare's Non-payment Policy on Hospital-Acquired Conditions. [dissertation]. University of South Carolina.
- Shojania, K.G., Duncan, Bradford W. McDonald, K.M., Wachter, R.M., 2001. Making Health Care Safe: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. AHRQ Publ. 01-E058.
- Şimşir, İ., 2018. Geri Ödeme Mekanizmalarının Hasta Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi (Bir Sistem Önerisi). [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. Sakarya Üniversitesi.
- Stanek, M., 2014. Quality Measurement to Support Value-Based Purchasing: Aligning Federal ve State Efforts. National Academy for State Health Policy, Washington, DC.
- Wald, H.L., 2012. Prevention of Hospital-Acquired Geriatric Syndromes: Applying Lessons Learned from Infection Control. J. Am. Geriatr. Soc. 60, 364–366. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03848.x>
- White, K.M., Brown, J., 2009. "Present on Admission" Impacts Everyone's practice. Nurs. Manage. 2–6.