

# Sosyal Güvenlik Kurumu Fiyatlandırma Politikası ile Sağlık Bakanlığı'nın Yoğun Bakım Standartları Sağlanabilir mi?

## *Can the Intensive Care Standards of the Ministry of Health be Achieved with the Pricing Policy of a Social Security Institution?*

Gökay Güngör<sup>1</sup>, Zuhal Karakurt<sup>1</sup>, Nalan Adıgüzel<sup>1</sup>, Özlem Yazıcıoğlu Moçin<sup>1</sup>, Merih Kalamanoğlu Balcı<sup>1</sup>, Cüneyt Saltürk<sup>1</sup>, FeYZa Kargın<sup>1</sup>, Huriye Berk Takır<sup>1</sup>, Derya Şeker<sup>1</sup>, Tutku Moralı<sup>2</sup>, Özlem Oruç<sup>2</sup>, Ergun Karahallı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Solunumsal Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

### Özet

**Amaç:** Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), paket ödeme sistemi ile ülkemizde yoğun bakım (YB) fiyatlandırılmasında standardizasyon sağlamaya çalışmaktadır. Çalışmamızda SGK'nın YB fiyatlandırması ile Sağlık Bakanlığı'nın (SB) istediği yoğun bakım standartları sağlanabilir mi? sorusuna cevap aramaya çalıştık.

**Gereç ve Yöntemler:** Kesitsel gözleme dayalı kohort çalışmada, 1-30 Kasım 2011 tarihleri boyunca seviye III solunumsal yoğun bakım ünitesinden (YBÜ) taburcu olan hastalardan elde edilecek geri ödeme, 25 Mart 2010 tarihli Sağlık Uygulama Tebliği'nde tanımlanan tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi (paket ödeme sistemi) uygulanarak hesaplandı. YBÜ seviyesini belirlemede kullanılan standartlar tanımlandı. YB ünitesindeki, yatak, ventilatör ve diğer cihaz, doktor, hemşire sayısı, çalışma şekli, hasta yatış günü, APACHE II'ye göre beklenen mortalite ve gerçekleşen mortalite oranları kayıt edildi. Çalışma döneminde elektrik, su, yakıt harcamaları YB'nin m<sup>2</sup> ölçüsüne göre faturalardan hesaplandı. Bunun yanı sıra telefon, tıbbi ve sarf malzeme, ilaç, tetkik giderleri, çalışan hekim, hemşire, personel ücretleri, cihaz tamir bedelleri hastane faturalarından kayıt edildi. Toplam gelir ve giderler karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Çalışma döneminde 22 adet düzey III YB yatağı (2 adet tek kişilik izolasyon odası, 6+6+4+4 kişilik odalar) mevcuttu. YB'de 28 ventilatör, 24 monitör, ekokardiyografi, bronkoskopi, kan gazı analizörü, portabl röntgen cihazı, perfüzörler mevcut idi. Kasım 2011'de toplam 87 hastanın ortalama YB yatış günü 6,4 idi; Medyanı 22 olan APACHE II puanına göre beklenen mortalite %39 iken gerçekleşen mortalite %18,4 (n=16) idi. 25 hasta eve taburcu olurken, 46 hasta servise nakil oldu. Mekanik ventilasyon, otuz yedi (%42,5) hastaya invaziv, 63 (%72,4) hastaya noninvaziv olarak toplam 479 gün uygulandı. Klinik düzelleme seviyelerine göre yatılan YB gün geliri 313.464 TL, gideri ise toplam 278.681 TL idi. 34.783 TL net gelir elde edildi.

**Sonuç:** SGK fiyatlandırma politikası ile SB'nin mevcut yoğun bakım standartlarına sahip yeni bir YBÜ oluşturmak mümkün değildir. Buna karşılık, bu standartlara hali hazırda sahip olan bir yoğun bakım ünitesinin idaresi ise kısmen sağlanabilir. (Yoğun Bakım Derg 2012; 3: 23-6)

**Anahtar sözcükler:** Yoğun bakım, geri ödeme, maliyet, kalite standartları

**Geliş Tarihi:** 12.06.2012

**Kabul Tarihi:** 27.06.2012

### Abstract

**Aim:** The Social Security Institution (SSI) is attempting to standardize intensive care (IC) pricing in Turkey using a package payment system. In our study, we aimed to determine if the intensive care standards of the Ministry of Health can be achieved with the pricing policy of the SSI.

**Material and Methods:** In this cross-sectional and observational cohort study, the re-funds of patients discharged from a level III respiratory intensive care unit in November 2011 was calculated by the method of payment over the diagnosis based on the procedure (package payment system) by applying the Declaration of Healthcare Implementation, which was established on March 25 2010. The standards that were used to determine the levels of intensive care unit (ICU) use were identified. The number of intensive care beds, ventilators and other devices, number of doctors and nurses, working course, length of ICU stay, expected mortality according to APACHE II and actual mortality were recorded. Electricity, water and fuel expenditures were calculated from bills according to intensive care unit square meters size during study period. Additionally, the costs telephones, medical supplies, consumables, drugs, examinations, working doctors, nurses and other personnel salaries, and device repair prices were recorded from hospital bills. Overall income and expenses were compared.

**Results:** During the study period, 22 level III ICU (two single isolation room, rooms with 4+4+6+6 beds) beds, 28 ventilators, 24 monitors, echocardiography, bronchoscopy, an arterial blood gas analyzer, portable X-ray device, and perfusors were present in the level III ICU. The mean length of ICU stay was 6.4 day for 87 patients in November 2011. The expected mortality ratio according to the median APACHE II score of 22 was 39%, but the actual mortality rate was 18.4% (n=16). Twenty-five patients were discharged home and 46 patients were discharged to the ward. Mechanical ventilation was applied to 37 patients (42.5%) invasively and 63 patients (72.4%) non-invasively, for a total of 479 days. According to improving the clinical level of an ICU stay, the income was 313.464 TL and expenses were 278.681 TL. An overall income of 34.783 TL was obtained.

**Conclusion:** It is not possible to build a new ICU that meets the IC standards of the Ministry of Health with the existing pricing policy of SSI. On the other hand, the management of an intensive care unit currently possessing these standards can be partially achieved. (Yoğun Bakım Derg 2012; 3: 23-6)

**Key words:** Intensive care unit, reimbursement, cost, quality indicators

**Received:** 12.06.2012

**Accepted:** 27.06.2012

Bu araştırma, 2012 yılında Türk Toraks Derneği 15.Yıllık Kongresi'nde "Yoğun bakım standartları ve yoğun bakım kurulma organizasyonu" panelinde sunulmuştur.

**Yazışma Adresi / Address for Correspondence:** Dr. Gökay Güngör, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Solunumsal Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul, Türkiye

Tel.: +90 216 421 42 00 e.posta: drgokaygungor@hotmail.com

doi:10.5152/dcbbyd.2012.07

## Giriş

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ) ülkemizde son 10 yılda olumlu gelişme göstermektedir. Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından 2005 yılında kalite belirteçleri oluşturulup, YBÜ standardizasyonu için ilk çalışmalara ise 2007 yılında başlanmıştır. YBÜ'leri; teknik donanım, hekim-hemşire sayıları dikkate alınarak belirlenen YBÜ standartları ile SB tarafından I-III arasında seviyelendirilmiştir. Buna göre en ağır hastaların takibinin yapıldığı yoğun bakım üniteleri Seviye III olarak sınıflandırıldı (1).

Yoğun bakım ünitesi fatura ödemeleri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından oluşturulan "Sağlık Uygulama Tebliği" (SUT) ile Mayıs 2007'den itibaren paket program ile yapılmaya başlanmıştır (2). Tüm harcamaları karşılaması öngörülen paket program sistemi uygulanmaya başlandığında beklenen olmamış ve hastaneler tarafından geri ödemeler ile ilgili itirazlar SGK'ya bildirilmiştir. SGK tarafından bu itirazlar değerlendirilerek ek genelge ile çeşitli düzenlemeler yapılmıştır (3). Daha sonraki dönemlerde yeni itirazların olması üzerine 2008 yılı ortalarında paket program sisteminden vazgeçilip hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırmaya geçilmiştir. Yoğun bakım üniteleri SB tarafından tekrar seviyelendirilerek Ocak 2009'dan itibaren SGK kararı ile paket programa dayalı ödeme uygulamaya dönülmüştür. Seviyelendirilen YBÜ'leri sadece kendi düzey ve/veya altındaki hasta gruplarına yönelik paket ücretlerini fatura edebilir duruma gelmiştir. SGK, SUT ile SB'nin tespit ettiği klinik seviye belirteçlerine göre günlük paket fiyatlandırması yapılacağını bildirmiştir.

Sağlık Bakanlığı, YBÜ'lerinde kalite ve iyi hasta takibi olanaklarını sorgularken, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ise SGK ödemelerinde SB'nin YBÜ'nin standartlarına uygun olarak belirlediği, YB seviyeleri ve hasta klinik seviyelerini ölçüt almıştır. İstekler, yapılanlar ve beklenenler arasında denge sağlanıp sağlanmadığı net verilerle ortaya konmasa da olumsuz geri bildirimler olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda SGK paket fiyatlandırma politikası ile SB tarafından istenen YB standartlarının sağlanıp sağlanamayacağı sorusuna yanıt arandı.

## Gereç ve Yöntemler

Kesitsel gözleme dayalı çalışmaya bir göğüs hastalıkları eğitim-araştırma hastanesinin 22 yataklı Düzey III YBÜ'den Kasım 2011'den eksterne olan hastalar dahil edildi. Hastaların sayısı, demografik özellikleri, izlem sırasında ortaya çıkan komplikasyonları, YBÜ çıkış durumu (ölüm, eve taburcu, servise nakil), YBÜ kalış günü, invaziv ve noninvaziv mekanik ventilasyon uygulanan hasta sayısı ve günü hastane dosyalarından kayıt edildi. Alt seviyede yeterli YBÜ yatağı bulunmadığı için, III. düzey YBÜ'de yatmış olmalarına karşın I. ve II. düzey YBÜ özelliklerini taşıyan olgularda çalışmaya alındı. Hastaların YBÜ düzeyleri, klinik gidişlerine göre SB ve SGK tarafından belirlenen standartlar doğrultusunda EK 1'de belirtildiği şekilde hesaplandı (4). Hastaların YBÜ fatura-

ları 25 Mart 2010 tarihli SUT'ta belirtilen paket fiyatlandırma ile hesaplandı (Tablo 1) (5).

**Gelir hesaplaması:** Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen ödenecek bedeller SUT ve eki listelerde yer almaktadır. Ancak komisyonca SUT eki Ek-7, Ek-8 ve Ek-9 Listelerinde yer alan işlemler için ödemeye esas puanlar ile katsayı (0,593) belirlenmiştir. İşlem bedeli, ilgili puan ile katsayının çarpımı sonucu bulunan tutar olarak hesaplanmıştır (6).

Kasım 2011 döneminde YBÜ'de yatan ve çıkan hastalarının epikrizlerinden klinik düzeylerine göre belirlenen fiyatlandırma bedeli ile "gelir" hesaplandı.

**Giderler:** Çalışma döneminde elektrik, su, yakıt harcamaları YBÜ'nin metrekare miktarına göre faturalardan hesaplandı; telefon, tıbbi malzeme, sarf malzemesi, YB cihaz tamiri, çalışan hekim, hemşire, personel maaşı, tetkik, ilaç giderleri hastane faturalardan kayıt edildi.

**Gider olarak hesaplanmayanlar:** YBÜ'de demirbaş olan tüm tıbbi malzemeler (karyolalar, ventilatör, monitör, aseptizörler, dezenfektanlar, elektrokardiografi (EKG), bronkoskopi, kan gazı ölçüm cihazı, ekokardiografi, portabl röntgen cihazı, perfüzörler).

**SB'nin yoğun bakım standartları (5):** Merkezimizde Kasım 2011'de YBÜ'nin standartları çerçevesinde bakanlığın değerlendiricileri tarafından yapılan denetimde belirlenen seviye ile birlikte YBÜ yatak, ventilatör ve diğer cihaz, doktor, hemşire sayısı, çalışma şekli, hasta yatış günü, mortalite, APACHE II'ye göre beklenen mortaliteleri kayıt edildi (7).

Seviye III YBÜ standartlarını karşılayan karyola, yatak, monitör, ventilatör hasta başı paneli, aseptizör, kan gazı, EKG, defibrilatör cihazlarının bedelleri için piyasa ve Devlet Malzeme Ofisinde belirtilen fiyatlar baz alınarak 22 yataklı seviye III YBÜ oluşturulması için yaklaşık maliyet hesaplandı.

## İstatistiksel analiz

Çalışma döneminde YBÜ donanımı, hasta sayısı, cinsiyet, hasta yatış günü, mekanik ventilasyon verilerini tanımlamak için toplam değerler ve yüzdeleri belirtildi. Yaş, YBÜ kalış günü, giriş APACHE II değeri ve APACHE II'ye göre beklenen mortalite değerleri ise dağılımlarına göre ortalama ve standart sapma ile ortanca ve çeyrekler arası oran kullanılarak hesaplandı.

## Bulgular

Çalışma döneminde YBÜ'den çıkan 87 hasta değerlendirildi. Olguların 62'si (%71,3) erkek iken yaşlarının medyanı 64 (54-75) idi. Kasım 2011'de YBÜ'de bulunan tıbbi donanım, hekim, hemşire ve personel durumu Tablo 2'de özetlendi.

Kasım 2011'de merkezimiz YBÜ'e yatan hastaların YBÜ kalış günü, mekanik ventilasyon uygulamaları, YBÜ sonuçları Tablo 3'de özetlendi.

**Tablo 1. Yoğun bakım seviye ve SGK fiyatlandırması**

Seviyeler	Devlet ve Özel Hastaneler		Üniversite/Eğitim Hastaneleri YBÜ	
	1. gün ve sonrasındaki her haftanın ilk günü	Diğer günler	1. gün ve sonrasındaki her haftanın ilk günü	Diğer günler
Seviye I	378,00	216,00	385,00	220,00
Seviye II	812,16	459,00	827,20	467,50
Seviye III	1,394,28	841,32	1,420,10	856,90

Ek kural: ≤3 gün yatan hastalar için birinci gün ücreti diğer günlerdeki miktar kadardır (ölenler hariç)  
 Ek kural: Hasta kliniği düzeldikçe seviyesi değişir ve paket fiyatı değişir.  
 25 Mart 2010 Resmi gazete, sayı: 27532

**Tablo 2. YBÜ tıbbi cihaz donanımı ve personel durumu**

YBÜ Bakanlık seviyelendirmesi:	2007'den beri yıllık kontrollerde Seviye III
Toplam yatak sayısı (odadaki yatak sayısı)	22 (4+4+6+6+1+1)
Tek kişilik izolasyon odası, n	2 adet
Yoğun bakım ventilatörü, n	28 invaziv, 6 noninvaziv, 1 transport
Ventilatörde monitör varlığı, n	22 invaziv, 4 noninvaziv
Özel cihazlar	24 invaziv monitör, 1 arter kan gazı analizörü, 1 portabl röntgen cihazı, 1 bronkoskopi, 1 ekokardiyografi, 1 diyaliz cihazı
Uzman doktor sayısı (kadrosu), n	8 (memur)
Doktor çalışma düzeni	Gündüz 5, gece 1 uzman doktor (24 saat YBÜ ekibindeki uzman doktor gözetiminde)
Hemşire sayısı (kadro), n	40 (memur)
Temizlik personeli (kadro), n	13 (işçi sözleşmeli maaş ödemesi hastaneden)
Sekreter (kadro)	2 (1 memur, 1 sözleşmeli)

**Tablo 3. Kasım 2011 YBÜ hasta sonuçları**

Yatan hasta sayısı	87
Yaş, medyan (%25-%75)	64 (54-75)
Toplam YBÜ yatış günü	556
Ortalama YBÜ yatış günü (SS)	6,4±5,5
İMV uygulanan hasta sayısı (%)	37 (42,5)
Total İMV günü	186
NİMV uygulanan hasta sayısı (%)	63 (72,4)
Total NİMV günü	293
İMV+NİMV uygulanan hasta sayısı (%)	19 (21,8)
Nazal O <sub>2</sub> ile takip edilen hasta sayısı (%)	6 (6,9)
APACHE II skoru, medyan (%25-%75)	22 (16-28)
% Beklenen mortalite, medyan (%25-%75)	39 (24-63)
Gerçekleşen mortalite, (%)	16 (18,4)
Eve taburcu edilen hasta sayısı (%)	25 (28,7)
YBÜ: Yoğun bakım ünitesi, SS: Standart sapma, APACHE II: Akut fizyolojik ve kronik sağlık durum değerlendirme skoru, İMV: invaziv mekanik ventilasyon, NİMV: noninvaziv mekanik ventilasyon, O <sub>2</sub> : Oksijen	

Olguların 6'sı (%6,9) immünsüpreze iken 12 olguda (%13,8) çoklu organ disfonksiyonu, 7 (%8,9) olguda akut respiratuar distres sendromu (ARDS) mevcuttu. Takip süresinde 4 (%4,6) olguda hastane enfeksiyonu gelişirken, 15 (%17,2) olguda septik şok, 16 (%18,4) olguda akut böbrek yetmezliği gözlenmiş olup 2 (%2,3) olguya diyaliz endikasyonu konulmuştur.

Daha önceden evinde NİMV cihazı bulunan ya da yatışı süre içerisinde rapor edilip temin edilen 23 (%26,4) olgu ile yakınlarının kendi isteğiyle 2 (%2,3) olgu olmak üzere toplam 25 olgu evine taburcu edilmiştir.

Hastaların yoğun bakımdaki tedavi maliyeti, tetkik, kullanılan tıbbi sarf malzemesi, elektrik, su, yemek giderleri, dönemde bozulan cihazların tamir giderleri, çalışan personelin maaşları (hekim ve hemşirelerin o dönemdeki döner sermaye bedelleri de dahil edilip) hesaplanarak "toplam gider" olarak Tablo 4'de özetlendi. Net toplam gelir, SGK ödemesinden elde edilecek miktardan hastanenin harcadığı miktar çıkartılarak hesaplandı (Tablo 4).

Yirmi iki yataklı ve 6 odalı yoğun bakım ünitemizin kaba maliyetinin piyasa fiyatlarına göre 1.500.000 TL olduğu saptandı. Kasım 2011'de sağlanan yaklaşık 30.000 TL'lik gelir ile, hiçbir cihazda arıza ve değişme

**Tablo 4. Kasım 2011 YBÜ gider ve gelirleri**

Gider	TL
Tedavi uygulamaları (ilaçlar)	70.959
Tetkikler	9.219
Tıbbi malzeme, elektrik/su/yemek, telefon, doğal gaz	44.703
Malzeme tamiri	4.200
Çalışan maaşı	85.600
Döner sermaye (doktor ve hemşire)	64.000
<b>Gider Toplamı</b>	<b>(-) 278.681</b>
<b>Gelir</b>	
Hasta düzeyine göre SGK ödemesi	(+) 313.464
<b>Net Toplam</b>	<b>(+) 34.783</b>

olmadığı takdirde, YBÜ'nin ancak 5 yıl içinde kendini amorti edebileceği hesaplandı.

## Tartışma

Çalışma döneminde merkezimiz YBÜ'de yatan hastalara yapılan hesaplanabilir harcamaların, SGK geri ödemesi ile kısmen karşılandığı ancak YBÜ kurulması ve devam ettirilmesi için gereken mali porteyi karşılamaktan çok uzak olduğunu söyleyebiliriz. SB'nin belirlediği standartların SGK'nın SUT ödemesi ile karşılanmadığını çalışma verilerimiz de desteklemektedir.

Sağlık Bakanlığı, ülkemizdeki yoğun bakım koşullarını 2005'te standartize etmiştir. YBÜ'de seviyelere göre hastaların ve bakacak hekimlerin özelliklerinin belirlenmesi olumlu bir gelişmedir. Bakanlığın kalite belirteçleri hastane idaresi tarafından yıl içinde sağlanarak SB tarafından yılda bir kez denetlenip YBÜ seviyelendirilmektedir. Bu seviyelendirme, hastanelerin SGK'dan elde ettiği geliri doğrudan etkilemektedir. Ancak hastaneler belirlenen YBÜ standartlarını yoğun bakım üniteleri için oluştururken zorlanmaktadır. Yoğun bakım kurmak pahalı ve iyi eğitim almış kalabalık bir ekip işidir. Bu geniş ekibin günün her saati ve yıl boyu kesintisiz çalışması ile yoğun bakım ünitelerinin idare edilmesi sağlanabilmektedir. YBÜ'lerin yatak sayısı hastane yataklarının %8-30'unu oluştururken hasta giderlerinin %50'ye yakın bölümünden sorumludur (8-10). Gelecekte hastanelerin daha fazla sayıda ağır hastalar için kullanılacağı, YBÜ yatak oranlarının %50'ye yükselebileceği öngörülmektedir. YBÜ'lerin gelecekte önemini artırarak koruyacağı bilinmekte iken SGK'nın güncel fiyat politikası nedeni ile YBÜ

standartlarını sağlamak mümkün gözükmemektedir. Sorunun çözümü ise "Sağlık Bakanlığı beklentilerinin, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı geri ödemeleri ile" birlikte uyumlu olacak şekilde planlanmasıdır.

Çalışma sonuçlarımızın da işaret ettiği şekilde hastane yönetimleri YBÜ standartlarını oluşturacak yatırımı yaptığı takdirde bunu SGK ödemeleri ile telafi edebilmesi mümkün gözükmemektedir. Çalışmamızda YBÜ'den elde edilen gelir ile yeni bir YBÜ oluşturulması için gerekli maliyetin beş yıl boyunca hiç masraf yapılmadığı takdirde ancak karşılanabileceği saptandı. Bu durum ileride YBÜ açılması durumunda karşılaşılabilecek sıkıntıları ortaya koymaktadır. Hastaneler yüksek maliyete karşılık elde edilen düşük gelir nedeni ile yeni YBÜ açılmasına tereddütlerle yaklaşacaktır. Üstelik bu ünitelerde çalışan hekim, hemşire ve diğer hizmetli personelin ayrıca eğitimi de gerekmektedir. Özellikle ve eğitimli YBÜ personelleri diğer meslektaşlarından daha zor ve stresli ortamda çalışmakta ve maaş olarak minimal fark almaktadırlar. SB'nin yoğun bakım standartlarında "çalışan personelin nitelikleri" temel unsurlardan biri olmasına karşın, verilen düşük YBÜ farkı başta hemşireler olmak üzere çalışanları memnun etmekte yetersiz kalmaktadır. Deneyimli YBÜ personeli iş gücü ve stresi daha az birimlere tayin istemekte veya istifa etmektedirler.

Yoğun Bakım Ünitesi standartlarını oluşturmuş ünitemizde bir aylık harcamanın SGK geri ödemesi ile kısmen örtüşmesi SGK tarafından pakete dayalı hesaplamaların iyi yapıldığı kanaatini oluşturmuştur. Bununla birlikte devlet hastanelerinin kar amaçlı kurumlar olmadığı bilirse de hastane çalışanlarına ödenen döner sermaye, "hastane gelirleri"="SGK" ödemeleri ile karşılanmaktadır. Bu durumda yoğun bakımlar, kurulması için çok harcama gereken ve aylık maliyetini karşılamakta zorlanılan üniteler haline gelmiştir. SB, devlet hastanelerinin YBÜ kurmak için gerekli harcamaları hastane döner sermaye geliri ile yapmasını istemektedir. Ancak hastane döner sermaye geliri YBÜ kurulması için çalışmamızda da gösterildiği gibi çok yetersiz kalmaktadır.

Bu durumda hastanelerin YBÜ'lerinin geleceği tehlikeye girebilir. Çözüm için ne önerilebilir? YBÜ'de yatan hastalar için SGK fiyatlandırması hastaların genel durumundan ziyade takip edildiği YBÜ seviyelerine göre yapılabilir. YBÜ'lerden fayda görmeyecek kadar genel durumu kötü IVb grubundaki hastaların takibi için geçici destek tedavi ünitelerinin kurulması önemli bir çözüm olabilir (11). YBÜ' de hasta ödemeleri, kalınan gün sayısı ile artmaktadır. Uzun kalış günü olan hastalar çoğunlukla cihaz desteğinden ziyade "bakım" hizmeti gereken, ev ortamında kolaylıkla bakılamayacak kadar birden çok hastalığı olan düşün, ileri yaş grubundadırlar. Ülkemizde yapılan bir çalışmada bu grup hastalarda YBÜ kalış günü uzun ve mortalite oranı %69,5 bulunmuştur (12). YBÜ yatış günlerini azaltan önemli bir faktör ise hasta takibini yapan uzman hekim sayısıdır. YBÜ'de 15 hastaya 1 ile 2 hekim bakması arasında mortalite yönünden fark bulunmazken, hastane yatış gününde 12 günden 9 güne azalma saptanmış; hekim sayısındaki artışın YBÜ'lerinin etkili kullanılmasını için önemli olduğu belirtilmiştir (13).

Yoğun Bakım Ünitesi fiyatlandırılmasında en yüksek ödeme, daha ağır hastaların takip edildiği ve yüksek teknoloji cihazlara gereksinim duyulan Seviye III YBÜ'lere yapılmaktadır. Göreceli olarak yüksek yapılan bu ödeme hastanelerin (özel ve devlet hastaneleri dahil) Seviye III YBÜ kurma çabalarında artışa neden olmuştur. Ancak zaman içinde deneyimli yoğun bakım hemşiresi yetersizliği, bozulan cihazların yüksek maliyeti gibi nedenlerle yatak sayılarında azaltılmaya gidilmiştir. SGK tarafından yapılan son düzenleme ile özel hastanelerin, fatura bedelinin %90'ını ayrıca faturalandırabileceği resmi gazetede ilan edilmiştir (14). Buna rağmen özel hastane yöneticileri, harcadıkları miktarın tam olarak karşılanmadığını belirtmektedir.

## Sonuç

Sosyal Güvenlik Kurumu fiyatlandırma politikası ile Sağlık Bakanlığının belirlediği yoğun bakım kalite standartlarını oluşturmak mümkün değildir. Bu standartlara hali hazırda sahip olan bir yoğun bakım ünitesinin idaresi ise kısmen sağlanabilir.

## Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

## Kaynaklar

1. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yoğun Bakım Ünitelerinin standartlarının düzenlenmesine ilişkin 13.08.2007 tarih 17086/2007/73 sayılı genelge.
2. T.C. Resmî Gazete 25.05.2007 tarih 26532 nolu, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği.
3. T.C. Sosyal Güvenlik kurumu Sağlık Uygulamaları Tebliği bazı maddelerinde değişiklik yapılması ile ilgili 21.09.2007/71 sayılı Genelge.
4. SUT 4.5.4.H.(1) maddesi ve SB 2008/53 Genelgesi'nden
5. 25.3.2010 tarihli ve 27352 sayılı T.C. Resmî Gazetesi Mükerrer Tebliği
6. 20.7.2011 tarihli ve 28000 sayılı TC.Resmî Gazetesi
7. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, et al.. APACHE II: a severity of disease classification system. Crit Care Med 1985;13:818-29. [CrossRef]
8. Halpern NA, Bettes L, Greenstein R. Federal and nationwide intensive care units and health care costs:1986-1992. Crit Care Med 1994;22:2001-7. [CrossRef]
9. Jacobs P, Noseworthy TW. National estimates of intensive care utilization and costs: Canada and United States. Crit Care Med 1990;18:1282-6. [CrossRef]
10. Norris C, Jacobs P, Rapoport J, et al. ICU and non-ICU cost per day. Can J Anaesth 1995;42:192-6. [CrossRef]
11. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 1999;27:633-8. [CrossRef]
12. Aygencel G, Türkoğlu M. Yoğun Bakımda Uzun Yatan Hastaların Özellikleri, Sonuçları ve Maliyetleri. Yoğun Bakım Dergisi 2011;3:53-8. [CrossRef]
13. Dara SI, Afessa B. Intensivist-to-bed ratio: association with outcomes in the medical ICU. Chest 2005;128:567-72. [CrossRef]
14. 18.2.2012 tarihli ve 28208 sayılı TC Resmî Gazetesi