

Hastane Tekrar Yatışlarının Önemi, Türleri ve Risk Faktörleri

The Importance, Types and Risk Factors of Hospital Readmission

Emine ÇETİN ASLAN

Uşak Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

İsmail AĞIRBAŞ

Ankara Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Aralık 2018, Cilt 8, Sayı 2, Sayfa 173-193
December 2018, Volume 8, Issue 2, Page 173-193

P-ISSN: 2146-4839

E-ISSN: 2148-483X

2018-2

e-posta: sgd@sgk.gov.tr

Yazılar yayınlanmak üzere kabul edildiği takdirde, SGD elektronik ortamda tam metin olarak yayımlamak da dahil olmak üzere, tüm yayın haklarına sahip olacaktır. Yayınlanan yazılardaki görüşlerin sorumluluğu yazarlarına aittir. Yazı ve tablolardan kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

If the manuscripts are accepted to be published, the SGD has the possession of right of publication and the copyright of the manuscripts, included publishing the whole text in the digital area. Articles published in the journal represent solely the views of the authors.

Some parts of the articles and the tables can be cited by showing the source.

SGD

Sosyal Güvenlik Dergisi
Journal of Social Security

Cilt: 8 - Sayı: 2 - Yıl: 2018
Volume: 8 - Issue: 2 - Year: 2018

P-ISSN: 2146-4839
E-ISSN: 2148-483X

Sahibi / Owner of the Journal

Sosyal Güvenlik Kurumu Adına / *On behalf of the Social Security Institution*

Dr. Mehmet Selim BAĞLI

(Kurum Başkanı / *President of the Institution*)

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / *Responsible Publication Manager*

Uğur KORKMAZ

Yayın Kurulu / Editorial Board

Cevdet CEYLAN

Eyüp Sabri DEMİRCİ

Nazmi DOĞAN

Erdal YILMAZ

Okan AYAZ

Editörler / Editors

Doç. Dr. Erdem CAM

Selda DEMİR

Yayın Türü: Uluslararası Süreli Yayın / **Type of Publication:** *International Periodical*

Yayın Aralığı: 6 aylık / **Frequency of Publication:** *Twice a Year*

Dili: Türkçe ve İngilizce / **Language:** *Turkish and English*

Basım Tarihi / Press Date: 10.12.2018

Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD),

TUBİTAK ULAKBİM - TR

EBSCO HOST - US

ECONBIZ - GE

INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL - PL

SCIENTIFIC INDEXING SERVICES - US

JOURNAL FACTOR

ASOS INDEX - TR

SOBIAD - TR

DERGİPARK - TR

tarafından indekslenmektedir.



©Tüm hakları saklıdır. Sosyal Güvenlik Dergisi'nde yer alan bilimsel çalışmaların bir kısmı ya da tamamı telif hakları saklı kalmak üzere eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlarla çoğaltılabilir.

Tasarım / Design: Media Dynamics - 0312 287 40 46 - Ankara

Basım Yeri / Printed in: Matsa Basımevi - 0312 395 20 54 - Ankara

İletişim Bilgileri / Contact Information

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı

Ziyabey Caddesi No: 6 Balgat / Ankara / TÜRKİYE

Tel / Phone: +90 312 207 88 91 - 207 87 70 - Faks / Fax: +90 312 207 78 19

Erişim/Webpage: <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/sgd/tr> - e-posta / e-mail: sgd@sgk.gov.tr

ULUSLARARASI DANIŞMA KURULU / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

Professor Yener ALTUNBAŞ
Bangor University - UK

Professor Özay MEHMET
University of Carleton - CA

Asst. Prof. Sara HSU
State University of New York- USA

Professor Paul Leonard GALLINA
Bishop's University - CA

Professor Allan MOSCOVITCH
University of Carleton - CA

Asst. Prof. C. Rada Von ARNIM
University of Utah - USA

Professor Jacqueline S.ISMAEL
University of Calgary - CA

Professor Mark THOMPSON
University of British Columbia - CA

ULUSAL DANIŞMA KURULU / NATIONAL ADVISORY BOARD

Prof. Dr. Ahmet Cevat ACAR
TÜBA

Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Levent AKIN
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Yusuf ALPER
Bursa Uludağ Üniversitesi
İİBF

Prof. Dr. Faruk ANDAÇ
Çağ Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Kadir ARICI
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Onur Ender ASLAN
Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakültesi

Prof. Dr. Zakir AVŞAR
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
İletişim Fakültesi

Prof. Dr. Ufuk AYDIN
Anadolu Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Abdurrahman AYHAN
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
İİBF

Prof. Dr. Serpil AYTAÇ
Bursa Uludağ Üniversitesi
İİBF

Prof. Dr. Mehmet BARCA
Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi
SBF

Prof. Dr. Süleyman BAŞTERZİ
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Nurşen CANIKLIOĞLU
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Fevzi DEMİR
Yaşar Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. A. Murat DEMİRCİOĞLU
Yıldız Teknik Üniversitesi
İİBF

Prof. Dr. Ömer EMEKÇİ
İstanbul Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. E.Murat ENGİN
Galatasaray Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Şükran ERTÜRK
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Ali GÜZEL
Kadir Has Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Alpay HEKİMLER
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
İİBF

Prof. Dr. Oğuz KARADENİZ
Pamukkale Üniversitesi
İİBF

Prof. Dr. Aşkın KESER
Bursa Uludağ Üniversitesi
İİBF

Prof. Dr. Cem KILIÇ
TOBB ETÜ
İİBF

Prof. Dr. Ali Rıza OKUR
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Serdar SAYAN
TOBB ETÜ
İİBF

Prof. Dr. Ali Nazım SÖZER
Yaşar Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Sarper SÜZEK
Atılım Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Müjdat ŞAKAR
Marmara Üniversitesi
İktisat Fakültesi

Prof. Dr. Savaş TAŞKENT
İstanbul Teknik Üniversitesi
İşletme Fakültesi

Prof. Dr. Ferda YERDELEN TATOĞLU
İstanbul Üniversitesi
İktisat Fakültesi

Prof. Dr. Sabri TEKİR
İzmir Demokrasi Üniversitesi
İİBF

Prof. Dr. Türker TOPALHAN
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
İİBF

Prof. Dr. Aziz Can TUNCAY
Bağçeşehir Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. M. Fatih UŞAN
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Gaye BAYCIK
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Hediye ERGİN
Marmara Üniversitesi
İktisat Fakültesi

Doç. Dr. Emel İSLAMOĞLU
Sakarya Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakültesi

Doç. Dr. Saim OCAK
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Ercüment ÖZKARACA
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Mehmet TOP
Hacettepe Üniversitesi
İİBF

Doç. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Sinem YILDIRIMALP
Sakarya Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakültesi

15. SAYIDA HAKEMLİK YAPAN AKADEMİSYENLERİN LİSTESİ

REFeree LIST FOR THIS ISSUE

Prof. Dr. Yusuf ALPER
Bursa Uludağ Üniversitesi
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Murat ATAN
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Nur Asena CANER
TOBB ETÜ
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Nurşen CANIKLIOĞLU
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Özlem ÇAKIR
Dokuz Eylül Üniversitesi
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. E. Murat ENGİN
Galatasaray Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Atilla GÖKÇE
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Müge ERSOY KART
Ankara Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakültesi

Prof. Dr. Deniz KAĞNICIOĞLU
Anadolu Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. İlknur KILKIŞ
Bursa Uludağ Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI
Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Ferda Yerdelen TATOĞLU
İstanbul Üniversitesi
İktisat Fakültesi

Prof. Dr. Türker TOPALHAN
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi
İktisadi İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Erdem CAM
Ankara Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakültesi

Doç. Dr. Emel İSLAMOĞLU
Sakarya Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakültesi

Doç. Dr. Mehmet TOP
Hacettepe Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Ercüment ÖZKARACA
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Abdullah Talha YALTA
TOBB ETÜ
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Özlem YORULMAZ
İstanbul Üniversitesi
İktisat Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Neslihan ARSLAN
Bandırma Onyediy Eylül Ü.
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi İrep BAYAT
Mersin Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Erhan ÇANKAL
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
İşletme Fakültesi

Dr. Murat ÖZVERİ
Avukat

15. SAYI DEĞERLENDİRME İSTATİSTİKLERİ

EVALUATION STATISTICS FOR THIS ISSUE

Toplam gelen makale başvurusu	Number of received manuscript	35
Yayına kabul edilen makale sayısı	Number of accepted manuscript	12
Hakem süreci devam eden makale sayısı	Under consideration	11
Red edilen makale sayısı	Rejected after evaluation	5
Ön inceleme aşamasında red edilen makale sayısı	Rejected before evaluation	7
Makale kabul oranı	Accepted manuscript rate	%34

Hastane Tekrar Yatışlarının Önemi, Türleri ve Risk Faktörleri

Geliş Tarihi/Received: 17.11.2017
Güncelleme Tarihi/Revised: 19.10.2018
Kabul Tarihi/Accepted: 07.12.2018

The Importance, Types and Risk Factors of Hospital Readmission

Emine ÇETİN ASLAN*
İsmail AĞIRBAŞ**

Sosyal Güvenlik Dergisi
Journal of Social Security
Cilt: 8 Sayı: 2 Yıl: 2018
Volume: 8 Issue: 2 Year: 2018
Sayfa Aralığı: 173-193
Pages: 173-193
DOI: 10.32331/sgd.493027

ÖZ

Son dönemde, sağlık politikalarının önemli bir bölümünü hastane tekrar yatışlarının azaltılması çabaları oluşturmaktadır. Bunun en önemli nedeni, tekrar yatışları azaltmak yoluyla sağlık harcamalarının düşürülmesi ve bakım kalitesi ve verimliliğinin artırılması gibi önemli amaçlara, eş zamanlı olarak ulaşılabilmesidir. Tekrar yatışlar, hastaya ait özellikler, hastaya verilen bakımın yetersizliği, sağlık sistemi özellikleri ve benzeri bir dizi farklı etkenin bir araya gelmesiyle oluşan, karmaşık bir olgudur. Her bir etken, incelenen hastalık ya da işlem türü, zaman dilimi ve araştırmanın yapıldığı popülasyona göre tekrar yatış oranına farklı etki etmektedir. Olgu, hangi nedene bağlı olarak ortaya çıkmış olursa olsun, sık görülen, maliyetli ve olumsuz bir sağlık çıktısıdır. Fakat hastaya ilave riskler ve sıkıntı getirmesi, ödeyiciler için harcamaları artırması, sağlık sistemi ve hizmet sunucular için düşük hizmet kalitesi ve verimsizlik bu nedenlerin en başta gelenleridir. Tüm olumsuz etkilerine rağmen tekrar yatışların tamamen ortadan kaldırılması mümkün değildir. Bununla birlikte böyle bir yaklaşım mantıksal olarak da yanlıştır. Bu bağlamda, tekrar yatışların azaltılmasına yönelik politikaların başarılı olabilmesi için, öncelikle, tekrar yatışlara neden olan etkenlerin ve tekrar yatış türlerinin belirlenmesi gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hastane tekrar yatışları, sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık politikası, tekrar yatışların nedenleri, tekrar yatışların türleri

ABSTRACT

Recently, the efforts about reducing hospital readmissions constitute a significant proportion of health policies. The most important reason for this is the simultaneous attainment of important objectives such as reduction of healthcare expenditures and improving the quality and efficiency of care, by reducing readmissions. Readmission is a complicated case that consists of a range of different factors like patient characteristics, inadequate care of the patient, health system characteristics and et cetera. Each factor has a different effect on the rate of readmission according to the type of disease or process being studied, the time frame, and the population of the study. The case is common, costly and unfavorable health outcome, no matter what the cause is. But, additional risks and distress for the patient, increased expenditures for the payers, poor quality of service for the health care system and service providers and inefficiency are in the lead of these reasons. Despite all the adverse effects, it is not possible to completely remove the readmissions. However, such an approach is logically misleading too. In this context, primarily, it is necessary to identify the factors that cause readmissions and the types of readmissions, in order to success of the policies that reduce the readmissions to hospital.

Keywords: Causes of readmissions, health care financing, health policy, hospital readmission, types of readmissions

Önerilen atf şekli: Çetin Aslan, E. & Ağırbaş, İ. (2018). Hastane Tekrar Yatışlarının Önemi, Türleri ve Risk Faktörleri. *Sosyal Güvenlik Dergisi (Journal of Social Security)*. 8(2). 173-193

* Öğr. Gör. Dr., Uşak Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, emine.cetin@usak.edu.tr

** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, agirbas@ankara.edu.tr

GİRİŞ

Hastane tekrar yatışları (*hospital readmissions*) ya da kısaca tekrar yatışlar (*readmissions*); en geniş anlamıyla; hastanın ilk hastaneye yatışının ardından, belirli bir zaman dilimi içerisinde tekrar hastaneye yatırılması olarak tanımlanmaktadır (Kristensen, Bech ve Quenti, 2015: 265; Centers for Medicare & Medicaid Services, 2012 ve Stone ve Hoffman, 2010: 3). Tekrar yatışlar, ilk yatış ile aynı ya da farklı bir hastaneye, aynı ya da farklı teşhisler ile planlı ya da plansız, cerrahi ya da tıbbi nedenli olabilmektedir (Stone ve Hoffman, 2009: 3).

Sağlık hizmetlerinin, en yoğun tedavinin verildiği ve yoğun emek ve teknoloji kullanımı nedeni ile en pahalı türü olan, yatarak tedavilerden (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2015: 7 ve Minott, 2008: 2) beklenen; hastanın sağlığına kavuşmasıdır. Ancak araştırmalar; hastaların, ilk hastane yatışının ardından, farklı nedenler ile tekrar hastaneye dönmek durumunda kaldığını göstermektedir (Jencks, Williams ve Coleman, 2009: 1421). İyileşme gerçekleşmemesi nedeni ile hastanın tekrar tedavi için yatırılması; hastanın tedavinin getirdiği riskler ve sıkıntılara tekrar katlanmasına, moral bozukluğuna ve zaman kaybına, sağlık kaynaklarının israfına ve geri ödeme kurumlarının ilave harcama yapmasına neden olmaktadır (Minott, 2008: 2). Diğer taraftan; sık görülen tekrar yatışlar, hastaneler ve sağlık sisteminin sunduğu sağlık hizmetinin yetersizliği ve kalitesizliği olarak yorumlanmaktadır (Schairer, Vail ve Bozic, 2014: 182 ve Steventon ve Krumholz, 2014: 3).

Son dönem sağlık politikalarında, tekrar yatışların azaltılmasına yönelik çabaların öne çıktığı görülmektedir. Tekrar yatışların azaltılmasına verilen önemin artmasının nedeni; bakım kalitesini artırmaya, sağlık kaynaklarının gereksiz kullanımı ve sağlık harcamalarını azaltılmasına, hasta merkezli bakımı geliştirme ve sağlık sisteminin değerini yükseltmeye olanak sağlamasıdır (Minott, 2008: 2). Diğer taraftan, 2000 yılı sonrası geliştirilen sağlık harcamalarını azaltmaya yönelik sağlık politikalarının, aynı zamanda hizmet kalitesinin artırılması, verimliliğin sağlanması ve maliyetlerin düşürülmesi gibi çok sayıda amaca yönelmesi (Stabile, Thomson, Allin, Boyle, Busse, Chevreur, Marchildon ve Mossialos, 2013: 644) konuya gösterilen ilginin artmasını sağlamaktadır. Tekrar yatışların azaltılması, sayılan amaçlara ulaşmayı sağlayan, hizmet sunumun tüm taraflarına kazanım getirebilme potansiyeline sahip, eşsiz bir fırsat olarak görülmektedir (Minott, 2008: 2).

Hastalar, geri ödeme kurumları ve sağlık sistemi geneli için istenilmeyen ve olumsuz bir sonuç olarak kabul edilen tekrar yatışların, tamamını aynı şekilde değerlendirmek mümkün değildir. Çünkü bazı tekrar yatışların önlenmesi mümkün olmadığı gibi, tamamen ortadan kaldırılması mantıksal ve yararlı değildir (Health Care Intelligence, 2011: 12). Buradaki sorunu, tekrar yatışlara neden olan faktörlerin belirlenmesi ve uygun bir gruplama ile aşmak mümkündür. Tekrar yatışların doğru gruplandırılmasının yanında, uygun bir metodoloji ile ölçülmesi, tekrar yatışların azaltılmasına yönelik politikaların başarısında önemli bir diğer noktadır. Bu çalışma, hastane tekrar yatışlarının değerlendirilmesi açısından önemli olduğu düşünülen; sağlık hizmetlerinin tarafları açısından önemi, tekrar yatışların gruplandırılması (türlerinin ortaya konulması), risk faktörleri ve ölçüm yöntemlerinin tartışılmasına ayrılmıştır.

I- HASTANE TEKRAR YATIŞLARININ ÖNEMİ

Modern sağlık sistemlerinin en büyük sorunlarından birisi, toplumun artan sağlık hizmeti talebini karşılamaya çalışırken, bu hizmetler için yeterli finansal kaynak yaratılmasındaki güçlüktür. Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamaları; düzenli kayıtların tutulmaya başlandığı 1960 yılından bu yana, sürekli bir artış göstermektedir (Erixon ve van der Marel, 2011: 2 ve Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011: 9). Sağlık harcamalarının kendi içerisindeki artışının yanı sıra; milli gelir ve kişi başına gelir içerisindeki payının da artması, birçok modern sağlık sisteminde finansman sorunun yaşanmasına neden olmaktadır (Dünya Bankası, 2017 ve Erixon ve van der Marel, 2011: 4).

Sağlık sistemlerinde yaşanan finansman sorunlarına çözüm olarak, sağlık harcamaları içerisinde büyük pay oluşturan unsurların kontrolüne yönelik politikalar geliştirildiği görülmektedir. Gelişmiş ülkelerin birçoğunda toplam sağlık harcamalarının önemli bir kısmını yatarak tedaviler için yapılan harcamalar oluşturmaktadır. Toplam sağlık harcamaları içerisinde, yatarak tedavilerin payı, OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) ülkelerinde %20-47 aralığındadır (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2015). Tekrar yatışların, bu pahalı ve büyük harcama kalemine etki etmesi, sağlık harcamalarını kontrol etmek isteyen sağlık sistemleri ve geri ödeme kurumlarının ilgi odağı haline gelmesine neden olmaktadır. Bu noktada, tekrar yatışların azaltılmasından beklenen, hastaların ilk yatışının ardından gelecek yatışların maliyetinden kaçınılmaktadır. Tekrar yatışların, ikinci bir tedavi maliyeti getirmesinin yanında, ilk yatışta tedavi edilemeyen hastalığın şiddetlenmesi ve kronikleşmesi nedeni ile ilk yatıştan daha büyük harcamalara neden olabilmektedir. Tekrar yatışlar azaltıldığında; ödeyiciler, azaltılan yatışların bedeli kadar daha az ödeme yapma ve tasarruf etme şansına sahip olacaktır.

Tekrar yatışların, sağlık harcamalarına getirdiği finansal yük ve azaltılmasının getireceği potansiyel tasarrufa ilişkin birçok ülkede net veriler bulunmamaktadır. Ancak verilerin olduğu ülkelerde, tekrar yatış harcamalarının önemli tutarlara ulaştığı görülmektedir. Örneğin; ABD’de 2011 yılında, hastaların taburculuğundan sonraki 30 gün içerisinde, yaklaşık 3,3 milyon tekrar yatış gerçekleşmiş olup, tekrar yatışlar hastane ve dolayısıyla, sağlık harcamalarına etkisi 41,3 milyar \$ bulunmuştur (Hines, Barrett, Jiang ve Steiner, 2014). Aynı ülkede, tekrar yatışların azaltılmasıyla, 2012-2019 döneminde 418 milyar \$ tasarruf sağlanması beklenmektedir (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010: 1). İngiltere’de ise, 30 gün içerisindeki tekrar yatışların maliyeti 2011 yılında, yaklaşık 2,4 milyar \$ (1,6 milyar £) olarak hesaplanmaktadır (The Burrill Report, 2013: 2). Kanada’da Nisan 2010 ve Şubat 2011 döneminde gerçekleşen tekrar yatışların ülkenin sağlık harcamalarına getirdiği yük 1,8 milyar \$ bulunmuş olup, bu tutar akut hastane bakımı için harcanan tutarın %11’ini oluşturmaktadır (Canadian Institute for Health Information, 2012: 16). Tekrar yatışların azaltılmasıyla belirtilen tutarlardan önemli oranda kaçınmak mümkün iken, diğer taraftan, yüksek tekrar yatış oranları için cezalar uygulandığında, geri ödeme kurumları ceza tutarı kadar eksik ödeme yapılabilmektedir. Örneğin; Medicare ve Medicaid Hizmet Merkezi’nin yüksek tekrar yatış oranlarına uyguladığı ceza kapsamında, 2013 mali yılında (1 Ekim 2012-30 Eylül 2013) 2.200 hastane ceza almış olup, toplam kesinti tutarı 280 milyon \$’dır. Bu rakam, kurumun

hastanelere yaptığı ödemelerinin %0,3'ünü oluşturmaktadır (Chen, Mull, Rosen, Borzecki, Pilver ve Itani, 2016 ve Stabile, Thomson, Allin, Boyle, Busse, Chevreul, Marchildon ve Mossialos, 2013).

Hastane tekrar yatışları, önemli bir maliyet ve sağlık harcaması unsuru olmasının yanı sıra, geri ödeme kurumlarının sigortalılarına sunduğu sağlık hizmetinin yeterliliği ve kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir parametre olarak kabul edilmektedir. Örneğin, Kanada Sağlık Bilgi Enstitüsü (Canadian Institute for Health Information) ve Amerikan Federal Hükümet Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezi, 30 gün içerisindeki planlanmamış tekrar yatış oranını, standart bakım kalitesi karşılaştırma indikatörü olarak almaktadır (Avram, Petruccelli, Winemaker ve de Beer, 2014: 466). Benzer şekilde, tekrar yatış politikalarında da önde gelen kurum olan; Medicare hastalarının çok sık tekrar yatması kurumun, sigortalılarına nitelikli sağlık hizmeti satın alamıyor olması ile ilişkilendirilmektedir. İlişkinin temelinde, hastanede verilen bakımın taburcu olduktan sonra hastanın durumuna etkisini yansıtmak ve verilen sağlık hizmetinin yeterliliğinin göstergesi olması açısından da önemli bir kalite göstergesi olarak kabul edilmesi yatmaktadır (Clement, Kheir, Derman, Flynn, Speck, Levin ve Fleisher, 2013 ve Westert, Lagoe, Keskimäki, Leyland ve Murphy, 2002). Sonuçlara ilişkin veriler yayınlanmamış olmakla birlikte, Türkiye'deki kurumların da tekrar yatışları önlemeye yönelik çaba gösterdikleri görülmektedir. Örneğin; Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Klinik Kalite Daire Başkanlığı'nın (2015) hazırlamış olduğu klinik kalite rehberlerinden; diz ve kalça protezi rehberinde, diz protezi bakım kalitesinin değerlendirilmesi için belirlenen 14'er indikatörden beşi, tekrar yatışlara ilişkindir (Sağlık Bakanlığı, 2015: 15-16). Yine, Türkiye'nin sağlık alanında önemli bir diğer kurumu olan SGK'nın (Sosyal Güvenlik Kurumu) ve TÜSİDE (Türkiye Sanayi Sevk ve İdare Enstitüsü) işbirliği ile 2013 yılında 'Hastane Denetimleri ve Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Artırılması Projesi' kapsamında hazırlanan Yeniden Kabul Rehberinde, tekrar yatış oranları bir kalite göstergesi olarak ifade edilmiştir (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013a: 7). Ulusal otoritelere ek olarak, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi adına yayınlanan rapordan da tekrar yatışlar önemli bir negatif sağlık çıktısı olarak kabul edilmekte ve tekrar yatışların azaltılması en önemli stratejik önceliklerden birisi olarak gösterilmektedir (Parker, 2005: 6). Westert ve arkadaşları (2002: 2) ise sağlık çıktılarının diğer önemli bir göstergesi olarak değerlendirdikleri tekrar yatış oranlarının sağlık hizmetlerinin kalite ve verimliliğinin, hastaneler ve bölgeler arası karşılaştırmalar yanında, uluslararası karşılaştırılmasında da kullanılabileceğini savunmaktadır.

Tekrar yatışların azaltılması, önceki paragraflarda belirtilen nedenler ile sağlık sistemleri için oldukça büyük öneme sahip olmakla birlikte, tamamen ortadan kaldırılması uygulanabilir olmadığı gibi mantıksal da değildir. Çünkü bazı tekrar yatışlar; ilk yatışta verilen bakımın ya da taburcu planlaması eksikliğinden ortaya çıkarken, bazıları tedavinin özelliği ya da günlük hayatın doğal sonucu olabilmektedir (Health Care Intelligence, 2011: 2). Bu nedenle, tekrar yatışlara neden olan faktörlere göre yapılacak bir gruplandırma ve bu faktörlere yönelik alınacak önlemlerin tekrar yatış politikalarının başarısını etkileyeceğinden, izleyen bölüm tekrar yatışların türleri ve azaltılabilirliğine ayrılmıştır.

A- Tekrar Yatışların Türleri

Hastane tekrar yatışlarının tamamen ortadan kaldırılması gerekli ve uygulanabilir olmamasının yanında, bakım yetersizliklerine de neden olabilmektedir. Önceki paragraflarda verilen bilgilere göre çelişkili görünen bu önermenin temelinde, tüm tekrar yatışların ilk yatışta verilen sağlık hizmeti yetersizliğinden değil, farklı nedenlerden kaynaklanması yatmaktadır. Örneğin, bazı tekrar yatışlar, yeni ortaya çıkan bir sağlık sorunu veya ilk yatışta uygulanan tedavinin devamı ya da hayatın olağan risklerinden kaynaklanabilmektedir (Minott, 2008: 3). Bu nedenle, tekrar yatışlar, altta yatan nedenlere göre gruplandırılmalı ve değerlendirilmelidir.

Tekrar yatışların değerlendirilmesine yönelik akademik çalışmalar ve ülke uygulamalarında, tekrar yatışların farklı şekilde gruplandığı görülebilmektedir. Yapılan gruplamalarda, tekrar yatışların planlı ve ilk yatış ile ilişkili olup olmamasının karar noktası olarak kullanıldığı ikili gruplamaların öne çıkmaktadır. Ancak tekrar yatışların, planlı ve ilk yatış ile ilişkisini dikkate alarak yapılan dörtlü gruplama, neden olan faktörlerin belirlenmesinde daha net ayrımlar sunabilmektedir.

Tekrar yatışlar ile ilgili en sık yapılan gruplandırılmalarından birisi; planlı ya da plansız oluşudur (Horwitz, Partovian, Lin, Grady, Herrin, Conover, Montague, Dillaway, Bartczak, Suter, Ross, Bernheim, Krumholz ve Drye, 2014; Halfon, Egli, Melle, Chevalier, Wasserfallen ve Burnand, 2002 ve Kossovsky, Perneger, Sarasin, Bolla, Borst ve Gaspoz, 1999). Planlı tekrar yatışlar; hastanın ilk taburcusu sırasında belirlenmiş, amacı ve zamanı bilinen tekrar yatışlardır. Halfon ve arkadaşları (2002: 574) bu tekrar yatışları, 'öngörülebilir tekrar yatışlar' olarak adlandırmaktadır. Bir tekrar yatışın planlı olup olmamasının belirlenmesinde, temel iki yaklaşım bulunmaktadır. Bu yaklaşımlardan ilki; tanımda da yer aldığı gibi, ilk yatışın taburcusunda belirlenmiş olması ve kayıtlara geçmesidir. Ancak, tıbbi kayıtlara planlı tekrar yatışların her zaman işlenmeyebildiği bilinen bir gerçektir. Bu nokta göz önünde bulundurularak geliştirilen ikinci yöntem ise, tedavinin doğası ya da tekrar yatışın gerekçesini dikkate almaktır (Agency for Healthcare Research and Quality, 2015 ve Saucedo, Geoffrey, Tyler, Jungwha, David ve Puri, 2014: 257).

Planlı tekrar yatışlar, aşamalı veya elektif bir tedavinin gereği (Halfon, Egli, Melle, Chevalier, Wasserfallen ve Burnand, 2002: 580 ve He, Mathews, Kalloo ve Hutfless, 2014: 272) ya da sağlık kurumunun kaynaklarının eksikliğinden kaynaklanmaktadır (Kossovsky, Perneger, Sarasin, Bolla, Borst ve Gaspoz, 1999: 151). Doğumlar, transplantasyon, kemoterapi ve radyoterapi, diğer tedavi takipleri, rehabilitasyonlar, ilk yatışta yapılamamış işlemler veya planlı cerrahi müdahaleler için yapılan tekrar yatışlar, tedavinin doğası gereğidir (Halfon, Egli, Melle, Chevalier, Wasserfallen ve Burnand, 2002: 580). Buna karşın, ilk yatışında anjiyografi yapılma gerekliliği belirlenmiş bir hastanın, bekleme listeleri nedeni ile daha ileriki zamanlarda, bu girişim için yatması, hastane kaynaklarının eksikliği nedeni ile gerçekleşmiştir (Kossovsky, Perneger, Sarasin, Bolla, Borst ve Gaspoz, 1999: 151).

Görüldüğü gibi, planlı tekrar yatışların ortaya çıkması, hasta özellikleri ve hastaya sunulan sağlık hizmeti kalitesi ile ilişkili olmadığından, genel olarak tekrar yatış risk faktörleri,

bu tekrar yatışlarda anlamlı ve öngörücü olmayacaktır (He, Mathews, Kalloo ve Hutfless, 2014: 273). Planlı tekrar yatışların, bakım kalitesi eksikliğinden kaynaklanmaması nedeni ile genel olarak tekrar yatış oranlarının hesaplanmasında dışarıda tutulmaktadır. Ancak, Kossovsky ve arkadaşları (1999: 151) planlı tekrar yatışların daha yüksek ödeme almak amacıyla; hastanenin hastayı çoklu yatırması, tanısal ve tedavi edici işlemler için hastane kaynaklarının, isteyerek yetersiz kullanımı ile ilişkilendirilebileceğini öne sürmektedir. Benzer olarak Almanya, bu noktayı da dikkate alarak, plansız tekrar yatışlar gibi, planlı tekrar yatışları da izlemekte ve engellemeye yönelik önlemler almaktadır (Kristensen, Bech ve Quenti, 2015: 268). Türkiye’de de iki işlemin aynı operasyonda yapılması durumunda, ikinci işlem için yapılan ödeme düşmektedir (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013b). Yani, hastanenin aynı işlemi farklı yatışlarda ya da farklı operasyonlarda yapması daha fazla ödeme almasını sağlamaktadır. Bu nedenle, Türkiye’de planlı tekrar yatışların izlenmesinden yarar sağlanma olasılığı bulunmaktadır.

Plansız tekrar yatışlar ise; planlı tekrar yatışların aksine, ilk yatışın taburculuğunda belirlenmemiş, öngörülemez nedenler ile gerçekleşen tekrar yatışlar olarak tanımlanabilmektedir (Mesko, Bachmann, Kovacevic, LoGrasso, O’Rourke ve Froimson, 2014). Sağlık politikalarında azaltılmak istenen bu tekrar yatışlar olup (Clement, Kheir, Derman, Flynn, Speck, Levin ve Fleisher, 2014: 3135), kötü bir sağlık sonucu/çıkışı olarak kabul edilmektedir. Plansız tekrar yatışlar, bazı durumlarda tıbbi hatalar ve hastalara verilen bakım kalitesinin yetersiz ya da düşük standartta olmasından kaynaklanmaktadır. Diğer durumlarda ise, yeni bir sağlık sorunun ortaya çıkması veya inatçı, kronik bir hastalığın seyrinin bozulması ya da şiddetlenmesinden kaynaklanmaktadır (van Walraven, Bennett, Jennings, Austin ve Forster, 2011: 391).

Plansız tekrar yatışlar, tekrar yatışların azaltılmasına yönelik geliştirilen politikaların hedeflediği tekrar yatış grubudur (Clement, Kheir, Derman, Flynn, Speck, Levin ve Fleisher, 2014: 3135). Çünkü bu tekrar yatışlar, verilen bakımın kalitesinin artırılması ile engellenebilir olaylar olarak değerlendirilmektedir (Canadian Institute for Health Information, 2012: 1). Ancak, bu grup kendi içerisinde homojen olmayıp, kontrol edilebilir (önlenebilir) ve kontrol edilemez (önlenebilir) risk faktörlerinden kaynaklanabilmektedir (Paxton, Inacio, Singh, Love, Bini ve Namba, 2015: 3453). Kossovsky ve arkadaşları (1999) plansız tekrar yatışlara etki etme olasılığı olan, bakım kalitesi dışındaki faktörleri; hastane dışındaki bakımın kalitesi, yatarak ve ayakta tedavinin entegrasyonu, yatarak tedaviye yönelik teşvik veya alınan caydırıcı önlemler ve evde bakım olanakları olarak sıralamaktadır. Sayılan faktörler içerisinde, genel olarak hastanenin verdiği bakım ile ilişkilendirilenler kontrol edilebilir faktörler olarak kabul edilmekte olup (Lavenberg, Leas, Umscheid, Williams, Goldmann ve Kripalani, 2014: 4), bu faktörlerin kontrolü ile planlanmamış tekrar yatışların azaltılabileceği öngörülmektedir (Paxton, Inacio, Singh, Love, Bini ve Namba, 2015: 3453). Kontrol edilemez faktörlerin ise, hasta ve/veya toplum özellikleri olarak kabul edilmektedir (Kossovsky, Perneger, Sarasin, Bolla, Borst ve Gaspoz, 1999: 155).

Toplam tekrar yatışlar içerisinde planlı ve plansız tekrar yatışların payı, araştırmanın yapıldığı, hastalık/işlem türüne ve tekrar yatışın değerlendirildiği zamana göre önemli farklılıklar göstermektedir. Kossovsky ve arkadaşları (1999: 155), dâhiliye servisinde yaptıkları çalışmalarında, planlı tekrar yatışların neredeyse plansızlar kadar sık olduğunu

bulmuşlardır (sırasıyla %5,8 ve %6,7). Ancak, cerrahi kliniklerinde toplam tekrar yatışlar içerisinde önlenebilir olanların payı, dâhili servislerden daha yüksektir (Bianco, Molè, Nobile, Di Giuseppe, Pileggi ve Angelillo, 2012). Shimizu ve arkadaşlarının (2014: 3) çalışmasına göre ise, Amerikan toplumunda ağırlıklı olarak dezavantajlı gruplara hizmet veren Safety Net hastanelerinde tekrar yatışların %68'i plansız ve %32'si planlıdır. Ayrıca, planlı ve plansız tekrar yatışların nedenlerindeki farklılığa bağlı olarak, tekrar yatış izlem dönemi içerisindeki payları değişebilmektedir. Kossovsky ve arkadaşlarının (1999: 153) bulgularına göre, 31 günlük gözlem döneminin ilk günlerinde daha yüksek iken (en yüksek beş-10 günler), dönem uzadıkça oran düşmüştür. Planlı tekrar yatış riskinin ise üç hafta boyunca yaklaşık sabit kaldığı ve sonraki dönemde düştüğü görülmüştür.

Tekrar yatışlar için kullanılan bir diğer önemli ayrım ise, tekrar yatışın önlenebilir olup olmadığınıdır. Önlenebilir tekrar yatışlar; birçok durumda, standart tedavinin verilmesi ile engellenebilen tekrar yatışlar olarak tanımlanmaktadır. Önlenemeyen tekrar yatışlar ise; tersine, standart tedavi verilse bile engellenemeyen, bakım kalitesinin dışındaki diğer faktörlerden kaynaklanan tekrar yatışlardır (Medicare Payment Advisory Commission, 2007: 107). Tanımlarda yer alan ifadeler; bir yönü ile önlenemeyen tekrar yatışların girişimler ile ortadan kaldırılamayacağına dayanırken, diğer yönü ile de önlenmesi olanaklı iken, bazı eksikler nedeni ile ortaya çıktığını ifade etmektedir. Nitekim bu alanda çalışan uzmanlar, mevcut tekrar yatış oranlarının, hastanın ideal tedavi alması durumunda daha düşük ölçüleceğini düşünmektedirler (Canadian Institute for Health Information, 2012: 1). Bu belirsizlik nedeni ile bazı kaynaklarda 'potansiyel olarak önlenebilir tekrar yatışlar' ifadesini tercih edildiği görülmektedir (Medicare Payment Advisory Commission, 2007).

Tekrar yatışların azaltılmasına yönelik politikaların, önlenebilir olduğu görüşüne dayanması nede ile mevcut literatür önlenebilir tekrar yatışlara odaklanmaktadır (Canadian Institute for Health Information, 2012: 2). Ayrıca, tekrar yatış oranlarının, hastalık tipi ve şiddeti dikkate alındığında bile, hastaneler ve coğrafi bölgeler arasında önemli farklılık göstermesi, bir kısım tekrar yatışların önlenebilir olduğu görüşünü desteklemektedir. Yine, ABD hastanelerinin tekrar yatış performanslarının gruplandırılmasında, en iyi %10'luk gruptaki hastanelerde önlenebilir tekrar yatışların payı %6 iken, %90'luk grupta %12'ye yükselmesi, tekrar yatışların azaltılabileceğinin göstergesi olarak kabul edilmektedir (James, 2013).

Tekrar yatışların azaltılabileceğine ilişkin veriler bulunsa da, önlenebilirliğin açık ve ölçülebilir olarak ortaya konmasını gerektirmektedir (Canadian Institute for Health Information, 2012: 2). Ancak, bu noktadaki ayrım, tekrar yatışların planlı olup olmadığını belirlemeden çok daha zor olup, birçok çalışma ve kurum çaba sarf etse de önlenebilir ve önlenemez tekrar yatış ayrımının nasıl yapılacağı net olarak belirlenememiştir. Mevcut belirsizliğin temelinde, tekrar yatış çalışmalarının yapıldığı popülasyonun; genel ve klinik özellikleri, sağlık hizmeti sunum şekli, tedavinin verildiği klinik türü, tekrar yatış oranlarının hesaplanmasında metodoloji ve veri analiz farklılığı etkili olmaktadır (Bianco, Molè, Nobile, Di Giuseppe, Pileggi ve Angelillo, 2012: 4; van Walraven, Bennett, Jennings, Austin ve Forster, 2011: 393 ve Yam, Wong, Chan, Wong, Leung ve Yeoh, 2010: 383). Ayrıca, önlenebilir tekrar yatışlar ifadesi, uygun stratejilerin

uygulanması ile tekrar yatışların önlenebileceğine işaret etse de, hangi stratejilerin kullanılması gerektiği konusunda fikir birliğinin sağlanamamıştır (Stone ve Hofman, 2010: 7).

Önceki paragrafta sayılan nedenler ile gruptadaki zorluklara karşın, bazı genel kestirimler kullanılmaktadır. Bu kestirimlerden birisi, plansız tekrar yatışların, önlenebilir tekrar yatışların kestiricisi olarak alınmasıdır. Ancak, bu görüşün uygun olmayabileceğine yönelik önemli gerekçeler bulunmaktadır. Çünkü birçok plansız tekrar yatış, ilk yatış sırasında konulan teşhis ve verilen tedavi ile ilişkili olmayan, yeni ortaya çıkan hastalıklar ve durumlar nedeni ile gerçekleşebilmektedir. Örneğin, doğumlar ve organ nakilleri nedeni ile gerçekleşen tekrar yatışlar, planlı olmasa da bu tekrar yatışların önlenebilir olduğunu söylemek zordur. Bu nedenle, önlenebilir bir tekrar yatışın, ilk taburcudaki ön görülemeyen bir durum ve önceden bilinen bir hastalık nedeni ile gerçekleşmiş olması gerekmektedir (Halfon, Egli, Melle, Chevalier, Wasserfallen ve Burnand, 2002: 573). Kullanılan bir diğer kestirim ise; bir medikal tedavinin ardından, yine medikal nedenli bir tekrar yatış veya bir cerrahi işlem sonrası medikal nedenli tekrar yatışlar potansiyel olarak önlenebilir olarak değerlendirilmesidir. Buna karşın, medikal ya da cerrahi nedenli ilk yatışın ardından gerçekleşen cerrahi nedenli tekrar yatış önlenebilir olarak değerlendirilmektedir (Medicare Payment Advisory Commission, 2007: 108).

Tekrar yatışlarının önlenebilirliğinin belirlenmesinde önceki paragrafta belirtilen genel kestirimlere göre daha objektif yöntemler de bulunmaktadır. Bu yöntemler; ilk ve tekrar yatış nedenleri arasında klinik ilişki aranması ve tekrar yatışa neden olan etkenin hastane tarafından kontrol edilip edilemeyeceğidir. Tüm yöntemler arasında en geçerli olanı; klinik ilişkinin belirlenmesidir (Lavenberg, Leas, Umscheid, Williams, Goldmann ve Kripalani, 2014: 4 ve Stone ve Hofman, 2010: 8). Önlenebilirliğin belirlenmesinde hastanenin kontrolü ise, belirli girişimler ile tekrar yatışın önlenip önlenmediğine göre karar verilmektedir. Söz konusu girişimler arasında 1) hastanede yeterli bakım kalitesinin sağlanması, 2) uygun taburcu planlaması, 3) taburcu sonrası yeterli takip veya 4) hastane ile hastane dışındaki hizmet sunucular arasındaki ilişkinin geliştirilmesi, sayılabilmektedir (Stone ve Hofman, 2010: 10). Bu girişimler ile engellenebilen tekrar yatışlar, önlenebilir olarak kabul edilmektedir. Buna karşın, taburcu sonrası hasta takiplerinin yetersizliği, uygun olmayan hasta davranışı, bilinen bir hastalığın nüksü veya alevlenmesi veya sosyal nedenler ile gelişen tekrar yatışlar, hastanenin kontrolü dışında olarak kabul edilmektedir (Halfon, Egli, Melle, Chevalier, Wasserfallen ve Burnand, 2002: 575 ve Lavenberg, Leas, Umscheid, Williams, Goldmann ve Kripalani, 2014: 5). Yine, hasta davranışı veya sosyal nedenli tekrar yatışlar duruma göre önlenebilir ya da önlenebilir olarak gruplandırılabilir. Örneğin, hasta reçete edilmiş antibiyotiği kullanmamaya karar verir ve enfeksiyon ilerler ise, bu tekrar yatış hastane açısından önlenebilir değildir. Tersine, hekim ilacın maliyetini dikkate almadan reçete eder ve hasta daha uygun fakat etkisi daha düşük bir antibiyotiği alır ise, bu tekrar yatış önlenebilir olarak gruplandırılmalıdır (Lavenberg, Leas, Umscheid, Williams, Goldmann ve Kripalani, 2014: 5).

Görüldüğü gibi, tekrar yatışlara ilişkin her iki grupta da bazı tekrar yatışların grubun ana özelliklerinden farklı nitelikte olduğu, temel amaç olan; bakım kalitesi eksikliğini yansıtmasında sorunlar olduğu gözlenmektedir. Gözlenen bu sorunları daha

aza indirmek için tekrar yatışlar ile ilgili çalışmaları referans kabul edilen; Stephen F. Jencks tarafından, Washinton'da 1 Haziran 2009 tarihinde düzenlenen Medicare tekrar yatış zirvesinde yaptığı dörtlü grupta, sık kullanılmakta ve önlenemez tekrar yatışların belirlenmesinde yarar sağlamaktadır (Jencks, 2009'dan aktaran: Stone ve Hofman, 2009: 6). Bu gruplandırma bir tekrar yatışın ilk yatış ile ilişkisi ve planlı olup olmaması birlikte değerlendirilmekte olup, gruplar daha homojen olmaktadır.

İlk yatış ile ilişkisiz ve plansız tekrar yatışlar: Bir tekrar yatışın, ilk yatışta verilen tedavi ile ilişkili olmadığı gibi, planlanmadan gerçekleşmesidir. Bu tekrar yatışlar hayatın normal seyrinde, kişinin karşılaşabileceği risklerden kaynaklanmaktadır (Jencks, 2009'dan aktaran: Stone ve Hofman, 2009: 6). Herhangi bir neden ile tedavi görmüş bir hastanın, tekrar yatış süresi içerisinde, trafik kazası veya sıcak su dökülmesi sonucu yanık nedeni ile tedavi için yatması, bu tür tekrar yatışlara örnektir. Bir diğer örnek ise, gastrointestinal sistem rahatsızlığı nedeni ile tedavi almış bir hastanın cilt kanseri nedeni ile hastaneye başvurusu olabilecektir.

İlk yatış ile ilişkisiz ve planlı tekrar yatışlar: Bazı tekrar yatışlar, ilk yatışta verilen tedavi ile ilişkili olmasa bile planlı olabilmektedir. Genellikle hastanın ilk yatış öncesinde bilmediği veya ihmal ettiği bir hastalığının, bu yatışta yapılan tetkikler nedeni ile teşhis edilmesi ve akut hastalığın iyileşmesinden sonraki bir tarihte, tedavi için yatırıldığı durumları kapsamaktadır (Jencks, 2009'dan aktaran: Stone ve Hofman, 2009: 6). Apandisit nedeni ile yapılan bir ilk yatış sırasında, hastanın kalp damarlarında sorun olduğu saptanarak, tekrar yatış süresi içerisinde ileri bir süreye anjiyografi ya da By-Pass operasyonu planlanması bu gruba örnek olabilmektedir.

İlk yatış ile ilişkili ve planlı tekrar yatışlar: Planlı tekrar yatışlarda da belirtildiği gibi, bazı tekrar yatışlar ilk yatış ile ilişkili olup, hastalığın takibini sağlamak için hastane tarafından önceden planlanan bir tedavi veya bir işlem için yapılabilmektedir. Örneğin kalp yetmezliği için yatırılan bir hastanın daha sonra stent konması için hastane tarafından belirlenen bir tarihte tekrar yatırılmasıdır. Bu tür tekrar yatışlar, ilk yatışta verilen tedavinin devamı niteliğindedir (Jencks, 2009'dan aktaran: Stone ve Hofman, 2009: 6).

İlk yatış ile ilişkili ve plansız tekrar yatışlar: Bazı tekrar yatışlar ise planlanmamış bile olsa, ilk yatışta verilen tedavi ile ilişkili olabilmektedir. Genellikle, tedaviye bağlı yan etkiler ya da tedavide eksikler nedeni ile ortaya çıkan bu tekrar yatışlar, önlenemez olarak da adlandırılmaktadır. Önlemek, en azından azaltılmak istenen tekrar yatış grubu olması nedeni ile en önemli tekrar yatış grubudur (Jencks, 2009'dan aktaran: Stone ve Hofman, 2009: 6). Cerrahi işlem sonrası, operasyon bölgesinde enfeksiyon gelişmesi ya da yaranın açılması, medikal tedaviler sonrası, hastalığın tekrarlanması veya ilaç yan etkileri nedeni ile tekrar yatışlar ilk yatış ile ilgili ve plansız tekrar yatışlara örnek olarak verilebilmektedir.

1. Tekrar Yatışların Nedenleri (Risk Faktörleri)

Hastane tekrar yatışları; tek bir faktörün değil, çok sayıda faktörün ortak etkisi ile ortaya çıkan, karmaşık bir olgudur (Health Care Intelligence, 2011 ve Minott, 2008). Tekrar yatışların ortaya çıkma olasılığını artıran faktörleri, risk faktörleri olarak adlandırmak

mümkündür. Tekrar yatışların gruplandırılmasında da ifade edildiği gibi, her tekrar yatış grubu farklı nedenler ile ortaya çıkmaktadır. İlk yatış ile ilişkisiz ve plansız tekrar yatışların, hayatın normal seyrinden kaynaklanması ve öngörülememesi nedeni ile riskin belirlenmesi mümkün değildir. Benzer şekilde, ilk yatış ile ilişkili veya ilişkisiz planlı tekrar yatışların, gerçekleşmesi ilk yatışın taburcusu sırasında biliniyor olması, risk unsuruna yer bırakmamaktadır. Dolayısıyla, tekrar yatış risk faktörlerinin sayılan üç tekrar yatış türünün öngörülmesinde kullanılması mümkün değildir. Ancak, ilk yatış ile ilişkili ve plansız tekrar yatışların öngörülmesi ve önlenmesinde risk faktörleri önemli bir yer tutmaktadır.

İlk yatış ile ilişkili ve plansız tekrar yatışlar, bakım sürecinde yer alan farklı nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Tekrar yatışlara neden olduğu kabul edilen faktörler arasında; hastanın klinik ve davranışsal özellikleri ve evinde sahip olduğu imkanlar, ilk yatışta verilen bakım ve taburcu planlamasının yeterliliği, devam tedavisi için toplum kaynaklarına erişim, sosyal destek düzeyi sayılabilmektedir (Canadian Institute for Health Information, 2012; Health Care Intelligence, 2011 ve Minott, 2008). Ayrıca hastaneye ilişkin olarak; azınlıklara hizmet verme, yatak sayısı, kırsalda yer alma veya eğitim hastanesi olup olmama gibi faktörler, tekrar yatış oranını etkilemektedir (Chen, Mull, Rosen, Borzecki, Pilver ve Itani, 2016). Stone ve Hofman (2010) ise tekrar yatışlara yol açan kronik hastalıklar dışındaki faktörleri; 1) hastane taburcu planlamacıları tarafından hasta, bakım verenler ve akut sonrası bakım merkezlerine yetersiz bilgi verilmesi, 2) tedavi planına hastanın yeterince uymaması, 3) akut sonrası bakım merkezleri ve uzun süreli bakım sağlayıcılarının hastayı yeterince takip etmemesi, 4) Hastane yatağı arzındaki değişim, 5) ailede bakım sunanlara yetersiz güven, 6) hastanın klinik durumunun bozulması ve 7) tıbbi hatalar olarak sıralamaktadır. Tekrar yatışlara etki eden bu faktörleri, hasta, hastane ve topluma ilişkin özellikler olmak üzere, üç ana grup altında toplamak mümkündür (Canadian Institute for Health Information, 2012).

Tekrar yatışların önemli bir kısmı, hastanın sahip olduğu klinik ve demografik özellikler nedeni ile ortaya çıkmaktadır. Hastaya ait özelliklerin etkisini, işlem veya tedavi türüne göre değişebilmekle birlikte, genel olarak bir değerlendirme yapmak mümkündür. Bu özellikler; hastanın yaşı, cinsiyeti, ırkı, kır ya da kentte yaşaması (Canadian Institute for Health Information, 2012 ve Stone ve Hofman, 2009: 4-22), sosyal güvence durumu (Barrett, Wier, Jiang ve Steiner, 2015 ve Hines, Barrett, Jiang ve Steiner, 2014) gibi demografik özellikleri ile hastaneye yatış tanısı, hastalığın şiddeti, eşlik eden hastalıkları (Canadian Institute for Health Information, 2012) gibi klinik özelliklerdir. Ayrıca hastanın bir engelinin ve geçmişinde tekrar yatışının olması ve yoksulluk da tekrar yatma olasılığını artırabilmektedir (Stone ve Hofman, 2009: 4).

Tekrar yatış olasılığının ve tekrar yatış oranının büyüklüğünün en önemli belirleyicisi; ilk yatışta hastanın hastaneye yatış tanısı ve/veya yapılan işlemlerdir. Tekrar yatış oranlarının hastane ve bölge geneli değerlendirilmesi dışında, tanı ya da işlem bazında ölçülmesinin gerekçesini de bu belirleyicilik oluşturmaktadır. Genel olarak tekrar yatış oranı, hastalığın kişiyi etkileme düzeyine (şiddetine), kesin tedavisinin olup olmamasına göre değişmektedir. Lagoe ve arkadaşları (2013) oransal olarak kolay tedavi edilebilen enfeksiyon hastalıkları ile karşılaştırıldığında, bir kronik hastalık nedeni ile tedavi alan hastaların hastaneye tekrar yatma olasılığının daha yüksek olduğunu

bulmuşlardır. Cerrahi işlemlerde ise, vakanın büyüklüğüne ve cerrahi işlem gerektiren sağlık sorununun, hastanın genel sağlık durumuna etkisi belirleyicidir. Altmış beş yaş ve üzeri Medicare hastalarında genel tekrar yatış oranı %17,2 iken, en yüksek tekrar yatış oranına sahip tıbbi tanılar olan; konjestif kalp yetmezliği hastalarında %24,5, akut böbrek yetmezliğinde %21,8 ve osteoartritte %21,5 tekrar yatış gerçekleşmesi, hastalık farkının etkisini ortaya koymaktadır (Hines, Barrett, Jiang ve Steiner, 2014). Cerrahi işlemler kendi içerisinde değerlendirildiğinde ise, tekrar yatış oranı böbrek naklinde %29,1 iken, sezaryen vakalarında %2,0 olabilmektedir (Weiss, Elixhauser ve Steiner, 2013).

Hastanın ilk yatış tanı ve uygulanan işlemlerin etkilerinin uzantısı olarak, aynı hastanenin klinikleri arasında, genel ve önlenebilir tekrar yatış oranları farklılık göstermektedir (Bianco, Molè, Nobile, Di Giuseppe, Pileggi ve Angelillo, 2012). Genel olarak, tıbbi tedavi alan hastalarda tekrar yatış olasılığı cerrahi işlem alanlara kıyasla daha yüksektir (Hines, Barrett, Jiang ve Steiner, 2014). Tekrar yatış oranı çok sık ifade edilen ve ABD’de takip edilen KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı), kalp yetmezliği ve pnömoni gibi medikal durumlarda tekrar yatış oranı yaklaşık 1/5 (sırasıyla %21,5, %24,5 ve %17,9) ve ortalama %17,2 iken (Hines, Barrett, Jiang ve Steiner, 2014) cerrahi kliniklerindeki tekrar yatış oranı Chen ve arkadaşları (2016) tarafından %11 ve Merkow ve arkadaşları (2015) tarafından %6,1 olarak bulunmuştur. Kanada’dan elde edilen veriler de benzer olup, sağlık sistemi genelinde %8,5 olan 30 gün içerisindeki plansız tekrar yatış oranı, dâhili hastalıklarda %13,3 ve cerrahi hastalıklarda %6,5’tir. Klinik alt türleri arasında da bu farklılığın devam ettiği görülmektedir. Kanada sağlık sisteminde, toplam tekrar yatışların %64,9’unun dâhili, %23,9’u cerrahi, %7,1’i pediatrik ve %4,1’i obstetrik (doğum) kliniklerinde tedavi alan hastalardan oluşmaktadır (Canadian Institute for Health Information, 2012).

Cerrahi ve dâhili klinikler arasında tekrar yatış oranları dışında, tekrar yatış türleri açısından da farklılık görülmektedir. Cerrahi kliniklerde toplam tekrar yatışlar içerisinde potansiyel olarak önlenebilir olanların payı daha yüksek iken, dâhili servislere daha düşüktür (Bianco, Molè, Nobile, Di Giuseppe, Pileggi ve Angelillo, 2012). Klinikler arasında tekrar yatış oranları ve önlenebilirliği arasındaki değişkenliği Chen ve arkadaşları (2016), cerrahi ve medikal hastalar arasındaki klinik durum farklılığı olabileceğini ifade etmişlerdir. Bu farklılığa neden olarak, planlı cerrahi işlemlerin hastanın klinik durumu stabil iken yapılması ve birçok durumda hastalığın tekrarlama olasılığının olamaması gösterilebilmektedir. Bu hastalarda tekrar yatış nedeni çoğu zaman işlemin komplikasyonu olup, önlenebilir olarak değerlendirilmektedir. Tıbbi işlemlerde ise hastanede verilen bakıma ek olarak, kronikleşmiş hastalığın alevlenmesinin de eklenmesi ile sık görülmesi plansız tekrar yatışlar artabilmektedir (Chen, Mull, Rosen, Borzecki, Pilver ve Itani, 2016 ve Dimick ve Ghaferi, 2014).

Tekrar yatış olasılığını etkilediği düşünülen faktörlerden birisi de hastanın hastanede kalış süresidir (Chen, Mull, Rosen, Borzecki, Pilver ve Itani, 2016; He, Mathews, Kalloo ve Hutfless, 2014 ve Morris, Deierhoi, Richman, Altom ve Hawn, 2014). Hastanın hastanede kalış süresinin, tedavi aldığı hastalık/işlem türündeki ortalamaya kalış süresine kıyasla daha kısa ya da uzun olması tekrar yatış olasılığını artırmaktadır (Morris, Deierhoi, Richman, Altom ve Hawn, 2014). Ortalamadan daha kısa süre hastane kalışlarının tekrar

yatışlara etkisi, hastanın yeterince tedavi almamış olma olasılığı ile ilişkilendirilirken (Glance, Kellermann, Osler, Li, Mukamel, Lustik, Eaton ve Dick, 2014 ve Morris, Deierhoi, Richman, Altom ve Hawn, 2014), uzun yatış sürelerinin hastane kaynaklı enfeksiyon riskini artırmasına bağlanmaktadır (Tien, Kao, Tu, Chiu, Lee ve Hon-Yi, 2009). Diğer taraftan, görece uzun yatan hastaların hastalıklarının şiddeti daha yüksek olması nedeni ile daha uzun süre tedaviye ihtiyaç duymaları nedeni ile uzun yattıkları, dolayısı ile tekrar yatışın belirleyicisinin hastane kalış süresi değil, hastalığın şiddeti olabileceği savunulmaktadır (Saucedo, Geoffrey, Tyler, Jungwha, David ve Puri, 2014).

Hastanede kalış süresinin tekrar yatışlara bir diğer etkisinde, cerrahi işlemler sonrası görülen komplikasyonların payı bulunmaktadır. Hastanın erken taburcu edilmesi, hastanede güvenli bir şekilde baş edilebilecek komplikasyonların evde gelişmesine ve dolayısıyla tekrar yatışa neden olmaktadır. Parvizi ve arkadaşlarının (2007) araştırmasına göre, tehlikeli komplikasyonların %90'ı cerrahi işlemi takip eden dört gün içerisinde gerçekleşmektedir. Gandhi ve arkadaşlarının (2006) çalışmasına göre taburculuğu operasyon sonrası üç güne kadar geciktirmek, kardiovasküler olayların %83'ünün hastanede gerçekleşmesini sağlamaktadır. Glance ve arkadaşlarının (2014) cerrahi işlem tarihini tekrar yatışın başlangıç noktası olarak aldıkları çalışmalarında da diğer koşullar aynı iken, daha uzun yatan hastaların tekrar yatış olasılığı daha kısa yatanlardan düşük bulunmuştur. Bu verilere karşın Saucedo ve arkadaşları (2014) hastanın erken taburcu edilmesinin, diğer komplikasyonları artırmadan operasyon sonrası iyileşmeyi hızlandıracağını savunmaktadır.

Tekrar yatış olasılığına, önceki paragraflarda sayılan faktörlere ek olarak, hastanenin özellikleri de etki edebilmektedir. Tekrar yatışlar ile ilgili sağlık kurumuna ilişkin en önemli özellik, hastalara sunmuş olduğu hizmet kalitesi düzeyidir. Hastanın ilk yatışta tedavi aldığı hastalık/işlem türü ve hastanın durumunun ciddiyeti dikkate alındığında bile, plansız tekrar yatış oranlarında hastaneler ve bölgeler arasında önemli farklılıklar görülmektedir (James, 2013; Stone ve Hofman, 2009 ve Jencks, Williams ve Coleman, 2009). Tekrar yatışlar genel olarak hasta yönetiminde yetersizlik göstergesi olarak değerlendirilmekte ve bu süreç boyunca sağlanan bakımın kalitesinin sorgulanmasına neden olmaktadır (Health Care Intelligence, 2011). Steventon ve Krumholz'a (2014) göre hastaların tekrar yatış riski, hastanede kalış süresince bakım kalitesi ve hasta güvenliği, taburcu hizmetleri, taburcu sonrası bakıma erişim ve kalitesi ile ilgili bir sonuçtur. Bakım kalitesi dışında kalan, hastanenin; büyüklüğü, kent ya da kırsal alanda faaliyet göstermesi, hizmet verdiği toplumun sosyoekonomik yapısı, hastanenin ya da kliniğin yatak kullanım durumu ve hastanın hizmet aldığı hekimin ya da kliniğin uzmanlık düzeyi gibi bazı özellikler de tekrar yatış oranını etkileyen faktörler olarak sıralanabilmektedir (Canadian Institute for Health Information, 2012).

Hastanenin büyüklüğü (yatak kapasitesi) ve eğitim hastanesi olup olmayışı tekrar yatış oranlarını etkileyebilmektedir. ABD'de yürütülen bir çalışmada, diğer bakım kalitesi indikatörleri arasında fark bulunmayan hastanelerin tekrar yatış oranları karşılaştırıldığında büyük ve eğitim araştırma hastanelerinde tekrar yatış oranı daha yüksek bulunmuştur (Joynt ve Jba, 2013). Ancak Kanada verileri, küçük ve eğitim statüsü bulunmayan hastanelerin tekrar yatış oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Canadian Institute for Health Information, 2012). İki karşıt bulgudan ilki, büyük ve

eğitim araştırma hastanelerinin üçüncü basamakta yer alışı ve dolayısıyla daha şiddetli hastalıkların tedavisi ile açıklanmaktadır. Küçük hastanelerde tekrar yatış oranının yüksekliğine ise, insan ve diğer sağlık kaynaklarının yetersizliği, belirli bir sirkülasyonun sağlanamaması gerekçe gösterilmektedir. Hastanelerin hizmet sunduğu toplumun genel refah düzeyi de tekrar yatış oranlarını etkilemektedir. Toplumun sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplarına hizmet veren hastanelerde tekrar yatış oranı, karşıtlarına göre daha yüksektir (Joynt ve Jba, 2013). Bu bulgu, toplumun dezavantajlı grupların sağlığını diğer belirleyicileri nedeni ile daha düşük sağlık statüsüne sahip olmaları ile açıklanmakta olup, diğer koşulların etkisi sabitlendiğinde, toplumun en yoksul kesiminin tekrar yatış oranı, en varlıklı kesiminden %10 daha yüksek bulunmuştur (Canadian Institute for Health Information, 2012). Her ne kadar bu hastanelerdeki tekrar yatış oranının yüksekliği, hasta özellikleri ile açıklansa da hastane özelliklerinin belirli türde hastaların başvurmalarına neden olmaktadır (Chen, Mull, Rosen, Borzecki, Pilver ve Itani, 2016).

Hastanenin genel özellikleri dışında, o anda sahip olduğu boş hasta yatağı kapasitesi ve hastanın hizmet aldığı birimin uzmanlık düzeyi, tekrar yatış açısından risk faktörü olabilmektedir. Fisher ve arkadaşlarının (1994: 992-994) çalışmalarında ulaşılabilir (boş) hastane yatağı ile hastane tekrar yatışları arasında doğru orantı olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca, dolu bir birimden taburcu olan hastalarda tekrar yatış oranı, boş kapasitesi olan birimlerden taburcu olanlardan daha yüksektir. Oranlar arası fark, boş kapasite olmadığında hastanın daha hızlı taburcu edilme eğilimi açıklanmakta olup, bu faktörün etkisi yaş, cinsiyet ve ırk gibi, tekrar yatışlara olumsuz etkisi bilinen faktörlerden daha büyük bulunmuştur. Bianco ve arkadaşları (2012: 3) ise, çalışmalarında genel pratisyen veya acil servislerde bakım alan hastaların potansiyel olarak önlenebilir tekrar yatış oranının, uzmanlık branşlarından hizmet alanlara kıyasla, oransal olarak daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu faktörün etkisinin, hekimin uzman olmayışı, dolayısıyla bazı ayrıntıları yakalayamaması, hastanın tanı ve tedavisinin yeterince iyi yapılamamış olması ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Nitekim tekrar yatışlara sebep olan faktörler arasında, hastalığın iyi teşhis ve tedavi edilmemesi, genel kabul gören faktörlerdendir (Bianco, Molè, Nobile, Di Giuseppe, Pileggi ve Angelillo, 2012: 3).

Hastane tekrar yatışlarının belirleyicilerinden; hasta özellikleri, sağlık kurumunun özellikleri ve verdiği bakım dikkate alındığında bile bazı noktaların aydınlatılmadığı görülmektedir. Hasta gerekli tedaviyi alıp, sağlık durumu kontrol altına alınarak uygun şekilde taburcu edilmiş bile olsa, belli bir süre sonra tekrar hastane bakımına ihtiyaç duyabilmektedir. Bu durumlarda hastanın ortaya çıkan tekrar yatış ihtiyacına, toplumsal durumunun ya da sağlık sisteminin hastanın taburcu sonrası gerekli bakım ve uygun yaşam koşullarını sağlayamamasının neden olabileceği kabul edilmektedir. Özellikle, uzun dönem (14 günden daha uzun) içerisinde gerçekleşen tekrar yatışlardan, toplum ve sağlık sistemi özellikleri sorumlu tutulmaktadır (Nolte, Roland, Guthrie ve Brereton, 2012: 12).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin varlığı ve ulaşılabilirliği, hastane tekrar yatışlarına etki eden önemli bir sağlık sistemi faktörüdür (Chetty, Culpepper, Phillips, Rankin, Xierali, Finnegan ve Jack, 2011: 1). Tekrar yatış veri analizleri; en çok tekrar yatışların kronik hastalarda gerçekleştiğini göstermektedir. Bu hastaların büyük çoğunluğunun, hastanede yapılan ya da yapılmayan işlemler nedeni ile değil, taburcu sonrası iyi bir

birinci basamak hizmeti alamadığı için tekrar yattığına inanılmaktadır. Bu nedenle, kronik hastalıklarda tekrar yatışların azaltılması, hastanede verilen bakımın değiştirilmesi ile sağlanamayacaktır (Center for Health Care Quality&Payment Reform, 2016). Ayrıca kronik hastalıkların yönetilmesi ile tekrar yatışlar kadar, ilk yatışlarında azaltılabileceği ve sisteme katkı sağlayabileceği görüşü konuyu daha önemli kılmaktadır (Health Care Intelligence, 2011: 6). Bianco ve arkadaşları (2012: 3) potansiyel olarak önlenabilir tekrar yatışlara yol açan etkenleri; ilk yatışta yapılmamış işlemler (%24), ilk yatışta eksik teşhis (%19), ilk yatışta hastanın durumu stabilleşmeden taburcu edilmesi (%17), birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği (%10) olarak bulması, bu yargıyı doğrulamaktadır.

Sağlık sisteminin örgütlenmesinin yanında, geri ödeme kurumlarının hizmet sunuculara ödeme yöntemleri de tekrar yatış olasılığını belirleyebilmektedir. Ödeme yöntemleri, diğer unsurların yanı sıra, hizmet sunucuların motivasyonunu belirlemede ve ödeyicilerin neyi ödüllendirdiği hakkında fikir vermektedir. ABD ve dünya genelinde düşük maliyetli ve kolay uygulanabilen birçok projenin hayata geçirilmesi ile ilk ve tekrar yatışların önemli oranda azaltılabileceğini göstermiştir. Bu projelerin genel olarak çoğaltılmamış olmasının önemli nedenin, mevcut sağlık ödeme sistemlerindeki engeller olduğu öne sürülmektedir (Center for Health Care Quality&Payment reform, 2016). Dünya sağlık sistemlerinde uygulanan geri ödeme yöntemlerinde, verilen hizmetin kalitesi veya sağlık çıktısı ile ilişki kurulmamaktadır. Ayrıca özellikle TİG (Teşhisle ilişkili Gruplar) temelli, vaka başına, kişi başına ödeme yöntemlerinde belirgin olmakla birlikte, ileriye dönük yöntemlerde kullanılan kaynak ve sunulan hizmet miktarı ile ödeme arasında ilişki kurulmamaktadır. Ödemeyi belirleyen tek kriter, kaç hastaya tedavi verildiği ya da kaç işlem yapıldığıdır. Bu yöntemlerde, hastaneler hastalarına daha iyi hizmet vermek için ilave kaynak kullandıklarında, bu kaynakların bedelini alamamakta ve maliyetleri kendi üzerlerinde kalmaktadır (Kristensen, Bech ve Quenti, 2015: 265, James, 2013: 2). İlave maliyet gerektiren, tekrar yatışı azaltma girişimleri için ödeme yapılmadığında, tekrar yatışların azaltılmasına yönelik finansal yaptırımların olduğu sistemlerde bile, hastanelerin finansal yaptırımlar nedeni ile karşı karşıya kalacakları kaybın, girişimlerin maliyetinden yüksek olması durumunda, tekrar yatışlara yönelik önlem almamaları daha karlı olabilecektir (Center for Health Care Quality&Payment reform, 2016 ve James, 2013: 3). Bu yöntemlerde, az kaynak kullanımının hastanenin avantajına olmasının yanında, gelirlerinin tedavi ettikleri hasta sayısına bağlı olması, hastane ve hekimleri, ilk yatışlar kadar, tekrar yatışları da artırmaya teşvik unsuru taşımaktadır (Kristensen, Bech ve Quenti, 2015: 265). Tersine, tekrar yatışları azaltan hastaneler kullanmadıkları hasta yataklarını başka hastalar ile dolduramazlar ise, gelir kaybına uğrayabilmektedir (James, 2013: 2).

Tekrar yatışlara neden olan, hastane bakım kalitesi dışında, çok sayıda faktör olduğu belirtilmiştir. Ancak tekrar yatışların büyük kısmı, ilk yatıştaki tıbbi hatalar veya yan etkiler, sosyal destek, devam tedavisi, taburcu önerilerinin veya taburcu sonrası iletişimin yetersizliği nedeni ile olmaktadır. Bu yetersizliklerin ortadan kaldırılması, hastanın tekrar yatış risk faktörlerinin yönetilmesi ile birçok tekrar yatışın engellenebileceği öne sürülmektedir. Örneğin, eşlik eden bir kronik hastalığı olan hastaların bu hastalıklarının kontrolüne yönelik önlemlerin alınması, uygun taburcu planlaması ile hastanın yeterince

bilgilendirilmesi ve gerekli durumlarda takip edilmesinin tekrar yatışları azaltacağı kabul edilmektedir (Minott, 2008: 3).

2. Tekrar Yatışların Ölçülmesi

Tekrar yatışlara yönelik politikaların geliştirilmesinde ilk aşama tekrar yatışların ölçülmesidir. Tekrar yatışların ölçüm yöntemi, araştırmanın amacına özeldir (Health Care Costs and Utilization Project, 2015). Araştırmada değerlendirilmek istenen olguya yönelik olarak; kullanılacak metodoloji, zaman dilimi, ilk ve tekrar yatışın içerme ve dışlama kriterleri, ölçünün kullanıcıları ve ölçümün amacına uygun olarak belirlenebilmektedir (Kristensen, Bech ve Quenti, 2015). Ancak, çalışma sonucunda bulunacak tekrar yatış oranları belirlenen kriterlere göre farklılık göstereceğinden, oranlar kullanılırken ve karşılaştırma yapılırken farklılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Bulunan tekrar yatış oranlarının büyüklüğü, ölçümde değerlendirilen tekrar yatış unsurlarına göre farklılık göstermektedir. Tekrar yatış oranlarının unsurları; başta işlem veya teşhis türü olmak üzere, değerlendirmenin yapıldığı düzey, değerlendirilen zaman, kapsama alınan tekrar yatış türü ve kullanılan hesaplama yöntemidir.

Tekrar yatış oranlarının hesaplanacağı düzey; ülke geneli, belirli bir coğrafi bölge ya da hastane olması mümkündür (Kristensen, Bech ve Quenti, 2015). Ancak tekrar yatış oranlarının genel olarak hesaplanması yerine, yüksek tekrar yatış oranına sahip belirli tanılara odaklanmak bakım kalitesi ile ilgili sorunları daha iyi tanımlayabilmektedir (Benbassat ve Taragin, 2000 ve Wong ve ark., 2011). Tekrar yatışların hesaplanacağı düzeyden bağımsız olarak, belirli aşamaların izlenerek çalışmaların yapılmasında yarar görülmektedir. Literatürde uzlaşma sağlanamamış olmasına karşın, Medicare ve Medicare Hizmet Merkezi tarafından benimsenen ve Ulusal Kalite Forumu (National Quality Forum) tarafından onaylanan yaklaşım, tekrar yatış oranlarının hesaplaması için fiili standart haline gelmiştir (Lavenberg, Leas, Umscheid, Williams, Goldmann ve Kripalani, 2014). Bu standarda göre tekrar yatışların ölçülmesinde şu aşamaların takip edilmesi önerilmiştir:

- İlk olayın tanımlanması,
- Tekrar yatış için kriterlerin belirlenmesi,
- Tekrar yatışı tanımlamak için uygun zaman diliminin belirlenmesi,
- Tekrar yatış oranlarının raporlanması (Health Care Costs and Utilization Project, 2015).

İlk olay, tekrar eden hastane yatışlarını değerlendirmek için başlangıç noktasıdır ve araştırma için belirlenen kriterlerin birleşimi ile tanımlanmaktadır (Health Care Costs and Utilization Project, 2015). İlk olay; kriterleri karşılayan hastanın ilk hastaneye yatışıdır. Belirlenmiş kriterleri karşılayan her hastane yatışını ayrı bir ilk olay olarak saymak mümkündür. Bu nedenle, araştırma dönemi boyunca bir hasta birden fazla defa, aynı veya farklı teşhisler ile sayılabilmektedir. Dolayısıyla ilk olay olarak kabul edilen yatışın öncesinde hastane yatışının olmadığı bir süreç, 'temiz bir dönem' olması gerekmez (Health Care Costs and Utilization Project, 2015 ve Hines, Barrett, Jiang ve Steiner, 2014). Diğer bir ifade ile bir hastane yatışı kendinden önceki yatışların tekrar yatışı iken, aynı zamanda kendisini takip eden yatışların ilk olayı (asıl yatışı) olabilmektedir (Hines, Barrett, Jiang ve Steiner, 2014).

Tekrar yatış kriterlerinin belirlenmesi, tekrar yatış oranını doğrudan etkileyebileceğinden, önemli olup, araştırmanın amacı temel yönlendiricidir. Tekrar yatışların tanımlanmasında kullanılan özellikler, içerme ve dışlama kriterleri aracılığıyla belirlenmektedir. Araştırmada incelenmek istenen özellikler, içerme kriteri iken, dışarıda bırakılmak istenen özellikler ise dışlama kriteri olacaktır. Bu kriterler nedeni ile tekrar yatış; her ne kadar genel ifadeler ile ilk yatışı takip eden yatışlar olarak ifade edilse de, belirlenen kriterlere göre, takip eden yatış bağımsız bir ilk yatış da olabilmektedir (Hines, Barrett, Jiang ve Steiner, 2014). İlk ve tekrar yatışlar ile ilgili kriterlerin konusu; hastaların klinik özellikleri (örn. teşhis/işlem), demografik özellikleri (yaş, cinsiyet vb.), geri ödeme türü, hastanın tedavi edildiği branş veya hastanın kabul şekli (elektif veya acil) olabilmektedir (Kristensen, Bech ve Quenti., 2015).

Tekrar yatışların ölçüleceği zaman dilimi, tekrar yatış çalışmalarının temel unsuru olup, tekrar yatışlar belirli bir zaman dilimi ile tanımlanmaktadır (Kristensen, Bech ve Quenti, 2015). Bir hastane yatışının, bir tekrar yatış ya da bağımsız bir ilk yatış olup olmadığı, öncelikle belirlenen zaman dilimi içerisinde gerçekleşme şartına bağlıdır. Tekrar yatışların değerlendirileceği, zaman diliminin uzunluğu konusunda net bir uzlaşma sağlanamamıştır. Sıklıkla kullanılan zaman dilimleri; 15, 30 ve 90 günlerdir. Bununla birlikte kullanılan zaman dilimi, araştırmanın amacına ve tekrar yatış oranı ölçülecek hastalık/işleme göre değişebilmektedir. Belirlenen zaman diliminin, ilk yatışta verilen tedaviye bağlı ortaya çıkabilecek komplikasyonları ve iyileşme dönemini kapsamasını yarar bulunmaktadır. Bu faktörleri yeterince kapsamayan zaman dilimlerinin alınması, işlem/tedavinin etkisinin eksik değerlendirilmesi ve sonuç olarak daha düşük tekrar yatış oranının bulunmasına neden olabilecektir (Saucedo, Geoffrey, Tyler, Jungwha, David ve Puri, 2014: 259 ve Zmistowski ve ark., 2013). Zaman diliminin başlangıcını, ilk hastane yatışının farklı bir noktasını almak mümkündür. Başlangıç noktası seçiminde genellikle, ilk yatışın taburcu tarihi tercih edilmektedir. Bununla birlikte, Alman sağlık sisteminde olduğu gibi, hastanın ilk hastaneye yatış gününden başlayarak da zaman periyodu hesaplamak mümkündür (Kristensen, Bech ve Quenti, 2015: 269).

Tekrar yatış çalışmalarının sonuçları, tekrar yatış oranı ile raporlanmaktadır. Tekrar yatış oranı; tekrar yatış sayısının, ilk yatış sayısına bölünmesi olarak tanımlanmaktadır. Tanım basit görünse de standart bir hesaplama yoktur. Bazı analizlerde gözlem birimi hastadır, diğerlerinde ise ilk olay/yatış olup, bir hasta birden fazla kez sayılabilmektedir. Yine, bazı analizler ilk yatışı takip eden ilk tekrar yatışa odaklanırken, diğerleri tüm tekrar yatışları sayabilmektedir. Sonuç olarak, diğer faktörlerde olduğu gibi, tekrar yatış oranının hesaplanması da çalışmanın amacına özeldir (Healthcare Costs and Utilization Project, 2015 ve Healthcare Costs and Utilization Project, 2017). Ancak, yalnızca ilk tekrar yatışın sayıldığı ve sonraki tekrar yatışların dikkate alınmaması, çoklu sayımı engellemek açısından avantaj sağlamaktadır. Literatür ve uygulamada önemli yerleri bulunan; Medicare oranları, Jenks ve arkadaşları (2009) ve Chambers ve Clarke (1990) çalışmalarında da kullanılan bu yöntemdir.

Tekrar yatış oranları ile ilgili önemli bir diğer unsur ise, risk ayarlamasıdır. Risk ayarlamasında temel amaç, bakım kalitesi dışında kalan unsurların, tekrar yatış oranlarına etkisini en aza indirmektir. Basit bir risk ayarlaması, hasta yaşı ve cinsiyetini içermektedir. Daha karmaşık risk ayarlamalarında eşlik eden hastalıklar, hastalığın

şiddetinin derecesi (TİG grubu), hastanın gelir dilimi veya tekrar yatış riskini artıran veya düşüren diğer faktörler göz önünde tutulabilmektedir (Healthcare Costs and Utilization Project, 2015). Bazı yazarlar, risk ayarlamasına daha çok faktörün alınmasını tekrar yatış oranlarının objektifliğini artıracığı savunurken (Lavenberg, Leas, Umscheid, Williams, Goldmann ve Kripalani, 2014), risk ayarlamasına dâhil edilen özelliklerin hastanenin bu faktörlerden kaynaklı tekrar yatışlardan sorumlu olmadığı ve önlem almasına gerek olmadığı yönünde bir mesaj da içereceği gerekçesi ile karşı çıkmaktadır (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2012).

SONUÇ

Hastanelere tekrar yatışlarının azaltılması; sağlık sisteminin verimliliğini artırma ve sağlık harcamalarını azaltma potansiyeline sahip güçlü bir araçtır. Üstelik tekrar yatışların azaltılmasına yönelik uygulamaların, aynı zamanda sağlık hizmeti kalitesini artırmaya yönelik oluşu, hastalar için de önemli kazanım sağlayacaktır. Bu şekli ile değerlendirildiğinde, tekrar yatışların azaltılması sağlık hizmeti sunumun tüm tarafları açısından değer yaratıcı ve kazanım sağlayacak niteliktedir.

Tekrar yatışların azaltılmasının önemli kazanım potansiyeli ile birlikte; tekrar yatışların çok sayıda faktörden etkilenmesi ve bazı belirsizlikleri de barındırması nedeni ile sağlık sistemi genelinde, sistematik çalışmalar gerektirebilmektedir. Öncelikle, doğru kayıtlar ile işlem, hastane bazında ve ülke geneli tekrar yatış oranları ve maliyetlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Buradan elde edilecek veriler, tekrar yatış maliyetleri yüksek ve sorunlu alanların belirlenmesinde kullanılabilir. Ülke uygulamaları ve araştırmalar, tekrar yatışların azaltılmasına yönelik girişim ve politikalarının sağlık sistemi ya da hastane geneli yerine belirli işlem ya da hastalık türüne odaklanmasının amaca ulaşmada kolaylık sağladığını göstermektedir. Tekrar yatışı azaltılmak istenen işlem/hastalığın seçiminde ise, sık görülen, tekrar yatış oranı ve maliyetleri yüksek sağlık sorunlarının seçilmesi, elde edilecek kazanımı artırmaktadır. Çünkü tekrar yatış maliyetleri; sağlık sorunun görülme sıklığı, tekrar yatış oranı ve ortalama tedavi maliyetlerinin sonucudur. Ayrıca, sık görülen hastalıklar ya da sık uygulanan işlemlerde sağlanan gelişmeler, doğal olarak toplumun daha geniş bir kesiminin sağlık statüsünü artırmaktadır.

Tekrar yatış politikalarının başarısını belirleyebilecek bir diğer nokta ise önlenbilir tekrar yatışlara odaklanmaktadır. Genel olarak değerlendirildiğinde, cerrahi işlemler sonrası tekrar yatış oranları içerisinde önlenbilir olanların payı, tıbbi tedavilerden daha yüksek bulunmaktadır. Ayrıca cerrahi işlemlerde; yara yeri enfeksiyonu, yara yerinde açılma, protezin yerinden ayrılması gibi nedenler ile tekrar yatışların ilk yatış ile ilişkisinin, dolayısıyla önlenbilirliğin belirlenmesi oransal olarak daha kolay olması avantaj sağlamaktadır. Bir diğer avantaj ise, birçok cerrahi işlemde aynı tanı nedeni ile tedavinin (apandisitte olduğu gibi) görülme olasılığının düşük oluşudur.

Özetle; bir sağlık sisteminde tekrar yatışların azaltılması önemli kazanımlar sağlama potansiyeline sahiptir. Bu potansiyelden yararlanabilmek için, öncelikle tekrar yatışların doğru şekilde ölçülmesi, türlerinin ve nedenlerinin belirlenmesi ve neden olan faktörlerin kontrolüne yönelik önlenmeler geliştirilmesinde yarar görülmektedir.

Kaynakça

- Agency for Healthcare Research and Quality (2015). Total Hip Arthroplasty (THA) and/or Total Knee Arthroplasty (TKA): Hospital-Level 30-day, All-Cause, Risk-Standardized Readmission Rate (RSRR) Following Elective Primary THA and/or TKA. [https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summaries/summary/49200/total-hip-arthroplasty-tha-and-or-total-knee-arthroplasty-tka-hospitallevel-30day-allcause-riskstandardized-readmission-rate-rsrr-following-elective-primary-tha-and-or-tka]. (Erişim: 15 Ağustos 2017).
- Avram, V., Petruccielli, D., Winemaker, M. & de Beer J. (2014). Total Joint Arthroplasty Readmission, Rates and Reasons for 30-day Hospital Readmission. *Journal of Arthroplasty*. 29(3). 465-468. doi: 10.1016/j.arth.2013.07.039.
- Barrett, M.L., Wier, L.M., Jiang, H.J., Steiner, C.A. (2015). All-Cause Readmissions by Payer and Age, 2009-2013. Statistical Brief #199. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26866240]. (Erişim: 17 Ağustos 2017).
- Benbassat, J. & Taragin, M. (2000). Hospital Readmissions as a Measure of Quality of Health Care: Advantages and Limitations. *Arch Intern Med*. 160(8). 1074-1081. doi: 10.1001/archinte.160.8.1074.
- Bianco, A., Molè, A., Nobile, C.G., Di Giuseppe, G., Pileggi, C. & Angelillo, I.F. (2012). Hospital Readmission Prevalence and Analysis of those Potentially Avoidable in Southern Italy. *Plos One*. 7 (11). 1-8. doi: 10.1371.
- Canadian Institute for Health Information (2012). All-Cause Readmission to Acute Care and Return to the Emergency Department. [https://secure.cihi.ca/free_products/Readmission_to_acutecare_en.pdf]. (Erişim: 30 Mart 2017).
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2012). Hospital-Level 30-Day All-Cause Risk-Standardized Readmission Rate Following Elective Primary Total Hip Arthroplasty (THA) and/or Total Knee Arthroplasty (TKA). [https://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summaries/summary/49200]. (Erişim: 10 Nisan 2017).
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2010). Affordable Care Act Update: Implementing Medicare Costs Savings. [http://www.politico.com/pdf/PPM130_08-01-10_cost_savings_report.pdf]. (Erişim: 10 Nisan 2017).
- Chambers, M. ve Clarke, A. (1990). Measuring Readmission Rates. *BMJ Journals*. 301(6761). 1134-1136.
- Chen, Q., Mull, H.J., Rosen, A.K., Borzecki, A.M., Pilver, C. & Itani, K.M. (2016). Measuring Readmissions After Surgery: Do different Methods tell the Same Story?. *The American Journal of Surgery*. 212 (1). 24-33. doi: 10.1016.
- Chetty, V.K., Culpepper, L., Phillips, R.L. Jr. Rankin, J., Xierali, I., Finnegan, S., ve Jack, B. (2011). FPs Lower Hospital Readmission Rates and Costs. *American Family Physician*. 83(9).
- Clement, R.C., Kheir, M.M., Derman, P.B., Flynn, D.N., Speck, R.M., Levin, L.S., & Fleisher, L.A. (2014). What are the economic consequences of unplanned readmissions after TKA?" *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 472 (10). 3134-3141. doi: 10.1007/s11999-014-3795-3.
- Dünya Bankası (2017). Health Expenditure, Total (% of GDP). [http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS]. (Erişim: 4 Mayıs 2017).
- Erixon, F. ve van der Marel, E. (2011). What is Driving the Rise in Health Care Expenditures? An Inquiry into the Nature and Causes of the Cost Disease. *Ecipe Working Paper*. [http://www.ecipe.org/app/uploads/2014/12/what-is-driving-the-rise-in-health-care-expenditures-an-inquiry-into-the-nature-and-causes-of-the-cost-disease_1.pdf]. (Erişim: 30 Mart 2017).
- Fisher, E.S., Wennberg, J.E., Stukel, T.A., & Sharp, S.M. (1994). Hospital Readmission Rates for Cohorts of Medicare Beneficiaries in Boston and New Haven. *The New England Journal of Medicine*. 331 (15). 989-995. doi: 10.1056/NEJM199410133311506.

- Gandhi, R., Petrucci, D., Devereaux, P.J., Adili, A., Hubmann, M., & de Beer J. (2006). Incidence and Timing of Myocardial Infarction After Total Joint Arthroplasty. *Journal of Arthroplasty*. 21 (6). 874-877. doi: 10.1016/j.arth.2005.10.007
- Glance, L.G., Kellermann, A.L., Osler, T.M., Li, Y., Mukamel, D.B., Lustik, S.J., Eaton, M.P. & Dick, A.W. (2014). Hospital Readmission After non-cardiac Surgery: The Role of major complications. *JAMA Surgery*. 149 (5). 439-45. doi: 10.1001/jamasurg.2014.4.
- Halfon, P., Egli, Y., van Melle, G., Chevalier, J., Wasserfallen, J.B. & Burnand, B. (2002). Measuring Potentially Avoidable Hospital Readmissions. *Journal of Clinical Epidemiology*. 55 (6). 573-87. doi: 10.1016/S0895-4356(01)00521-2.
- He, D., Mathews, S.C., Kalloo, A.N., & Hutfless, S. (2014). Mining high-dimensional administrative claims data to predict early hospital readmissions. *The Journal of the American Medical Association*. 21 (2). 272-279. doi: 10.1136/amiainl-2013-002151.
- Healthcarecost and Utilization Project (2017). Methods Calculating Readmissions for HCUPnet. [<https://hcupnet-archive.ahrq.gov/HCUPnet.app/Methods-HCUPnet%20readmissions.htm?JS=Y>]. (Erişim: 31 Mart 2017).
- Healthcarecost and Utilization Project (2015). Introduction to the HCUP Nationwide Readmissions Database (NRD) 2013. [https://www.hcup-us.ahrq.gov/db/nation/nrd/Introduction_NRD_2013.pdf]. (Erişim: 10 Ağustos 2016).
- Health Care Intelligence (2011). Reducing 30-Day Emergency Readmissions. [https://www.hsj.co.uk/Journals/2/Files/2011/6/15/Sg2_Service%20Kit_Reducing%2030-Day%20Readmissions.pdf]. (Erişim: 30 Mart 2017).
- Hines, A.L., Barrett, M.L., Jiang, H. J. ve Steiner, C. A. (2014). Conditions With The Largest Number of Adult Hospital Readmissions By Payer, 2011. *Statistical Brief #172*. [<https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb172-Conditions-Readmissions-Payer.pdf>]. (Erişim: 30 Mart 2017).
- Horwitz, L.I., Partovian, C., Lin, Z., Grady, J.N., Herrin, J., Conover, M., Montague, J., Dillaway, C., Bartczak, K., Suter, L.G., Ross, J.S., Bernheim, S.M., Krumholz, H.M., & Drye, E.E. (2014). Development and use of an administrative claims measure for profiling hospital-wide performance on 30-day unplanned readmission. *Annals of Internal Medicine*. 161 (10). 66-75. doi: 10.7326/M13-3000.
- James, J. (2013). Medicare Hospital Readmissions Reduction Program. *Health Affairs Health Policy Brief*. [http://healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief_pdfs/healthpolicybrief_102.pdf]. (Erişim: 30 Mart 2017).
- Jencks, S.F., Williams, M.V., & Coleman, E.A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *The New England Journal of Medicine*. 360 (14). 1418-28. doi: 10.1056/NEJMs0803563.
- Joynt, K.E., & Jha, A.K. (2013). Characteristics of hospitals receiving penalties under the hospital readmissions reduction program. *The Journal of the American Medical Association*. 309 (4). 342-343. doi: 10.1001/jama.2012.94856.
- Kossovsky, M.P., Perneger, T.V., Sarasin, F.P., Bolla, F., Borst, F., & Gaspoz, J.M. (1999). Comparison between planned and unplanned readmissions to a department of internal medicine. *Journal of Clinical Epidemiology*. 52 (2). 151-156. doi: [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00142-5](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00142-5).
- Kristensen, S.R., Bech, M., & Quentin, W. (2015). A roadmap for comparing readmission policies with application to Denmark, England, Germany and The United States. *Health Policy*. 119 (3). 264-273. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.12.009.
- Lago, R.J., Nanno, D. & Luziani, M. (2013). Clinical identification of patients readmitted to hospitals: Why patients return. *BMC Research Notes*. 6 (419), 2-6. doi: <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-419>.
- Lavenberg, J.G., Leas, B., Umscheid, C.A., Williams, K., Goldmann, D.R., & Kripalani, S. (2014). Assessing preventability in the quest to reduce hospital readmissions. *Journal of Hospital Medicine*. 9 (9), 598-603. doi: 10.1002/jhm.2226.

- Merkow, R.P., Ju, M.H., Chung, J.W., Hall, B.L., Cohen, M.E., Williams, M.V., Tsai, T.C., Ko, C.Y. & Bilimoria, K.Y. (2015). Underlying reasons associated with hospital readmission following surgery in the United States. *The Journal of the American Medical Association*. 313 (5). 483-495. doi: 10.1001/jama.2014.18614.
- Mesko, N.W., Bachmann, K.R., Kovacevic, D., LoGrasso, M.E., O'Rourke, C. & Froimson, M.I. (2014). Thirty-day readmission following total hip and knee arthroplasty-a preliminary single institution predictive model. *The Journal of Arthroplasty*. 29 (8). 1532-1538. doi: 10.1016/j.arth.2014.02.030.
- Minott, J. (2008). Reducing Hospital Readmissions. [https://pdfs.semanticscholar.org/06c2/26a64eda220fc2f884ae7ae8cd4fe9788dee.pdf]. (Erişim: 30 Mart 2017).
- Morris, M.S., Deierhoi, R.J., Richman, J.S., Altom, L.K. & Hawn, M.T. (2014) The relationship between timing of surgical complications and hospital readmission. *Journal of American Medical Association Surgery*. 149 (4). 348-354. doi: 10.1001/jamasurg.2013.4064.
- Nolte, E., Roland, M., Guthrie, S. ve Brereton, L. (2012). Preventing Emergency Readmissions to Hospital. [file:///C:/Users/hpuser/Downloads/RAND_TR1198.pdf]. (Erişim: 31 Mart 2017).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2015). Focus on Health Spending, OECD Health Statistics 2015. [https://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf]. (Erişim: 30 Mart 2017).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2011). Health at a Glance 2011: OECD Indicators. [http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en]. (Erişim: 30 Mart 2017).
- Parker, S.G. (2005). Do Current Discharge Arrangements from Inpatient Hospital Care for The Elderly Reduce Readmission Rates, The Length Of Inpatient Stay or Mortality or Improve Health Status?. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. [http://www.euro.who.int/Document/E87542.pdf]. (Erişim: 3 Nisan 2017).
- Parvizi, Javad, Alan Mui, James J. Purtill, Peter F. Sharkey, William J. Hozack & Richard H. Rothman (2007). Total Joint Arthroplasty: When Do Fatal or Near- Fatal Complications Occur?. *Journal of Bone and Joint Surgery American*. 89 (1). 27-32. Doi: 10.2106/JBJS.E.01443.
- Paxton, E.W., Inacio, M.C., Singh, J.A., Love, R., Bini, S.A. & Namba, R.S. (2015). Are there modifiable risk factors for hospital readmission after total hip arthroplasty in a US healthcare system?. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 473 (119, 3446-3455. doi: 10.1007/s11999-015-4278-x.
- Sağlık Bakanlığı (2015). Klinik Kalite Rehberi Diz ve Kalça Protezi (versiyon1.0). [http://www.klinikkalite.saglik.gov.tr/Eklenti/1010.diz-ve-kalca-protezi-rehberi09012015pdf.pdf?0&_tag1=EF0D190903DDE87F1DB3F33BCB1DCAF25679BD0B]. (Erişim: 3 Mayıs 2017).
- Saucedo, J.M., Marecek, G.S., Wanke, T.R., Lee, J., Stulberg, S.D. & Puri, L. (2014). Understanding readmission after primary total hip and knee arthroplasty: Who's at risk?. *The Journal of Arthroplasty*. 29 (2), 256-260. doi: 10.1016/j.arth.2013.06.003.
- Schairer, W.W., Vail, T.P. & Bozic, K.J. (2014). What are the rates and causes of hospital readmission after total knee arthroplasty?. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 472 (1). 181-187. doi: 10.1007/s11999-013-3030-7.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2013a). Yeniden Kabuller Standart Rehberi. [http://turkuazstandart.org.tr/dokuman/14/yeniden-kabuller-standart-rehberi]. (Erişim: 26 Mart 2016).
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2013b). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. 24 Mart 2013 tarih ve 28597 sayılı Resmî Gazete.
- Stabile, M., Thomson, S., Allin, S., Boyle, S., Busse, R., Chevreur, K., Marchildon, G. & Mossialos, E. (2013). Health care cost containment strategies used in four other high-income countries hold lessons for the United States. *Health Affairs*. 32(4). 643-652. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1252.

- Steventon, A. & Krumholz, H. (2014). Does US health reform reduce hospital readmission rates? *British Medical Journal*. 348 (g2641). 1-2. doi: 10.1136/bmj.g2641.
- Stone, J. ve Geoffrey, H. (2010). Medicare Hospital Readmissions: Issues and Policy Options. [http://www.hhnmag.com/ext/resources/inc-hhn/pdfs/resources/opencrs-R40972_20100921.pdf]. (Erişim: 30 Mart 2017).
- Stone, J. ve Geoffrey, H. (2009). Medicare Hospital Readmissions: Issues and Policy Options. [www.crs.gov]. (Erişim: 30 Mart 2016).
- The Burrill Report (2013). Hospital readmissions in Europe. [https://www.yumpu.com/en/document/view/50066584/hospital-readmissions-in-europe-the-burrill-report]. (Erişim: 30 Mart 2017).
- Tien, W., Kao, H., Tu, Y., Chiu, H., Lee, K. & Shi, H. (2009). A population-based study of prevalence and hospital charges in total hip and knee replacement. *International Orthopaedics*. 33 (4). 949-954. doi: 10.1007/s00264-008-0612-1.
- Van Walraven, C., Bennett, C., Jennings, A., Austin, P.C. & Forster, A.J. (2011). Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: A Systematic Review. *Canadian Medical Association Journal*. 183(7). E391-402. doi: 10.1503/cmaj.101860.
- Weiss, A.J., Elixhauser, A., Steiner, C. (2013). Readmissions to U.S. Hospitals by Procedure. 2010. Statistical Brief #154. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK154387/]. (Erişim: 10 Ekim 2018).
- Westert, G.P., Lagoe, R.J. Keskimäki, I., Leyland, A. & Murphy, M. (2002). An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA. *Health Policy*. 61 (3). 269-278. doi: 10.1016/S0168-8510(01)00236-6.
- Wong, E.L., Cheung, A.W., Leung, M.C., Yam, C.H., Chan, F.W., Wong, F.Y. & Yeoh, E.K. (2011). Unplanned readmission rates, length of hospital stay, mortality and medical costs of ten common medical conditions: A retrospective analysis of Hong Kong hospital data. *BMC Health Services Research*. 11 (149). 1-8. doi: 10.1186/1472-6963-11-149.
- Yam, C.H., Wong, E.L., Chan, F.W., Wong, F.Y., Leung, M.C. & Yeoh, E.K. (2010). Measuring and Preventing Potentially Avoidable Hospital Readmissions: A Review of the Literature. *Hong Kong Medical Journal*. 16(5).
- Zmistowski, B., Restrepo, C., Hess, J., Adibi, D., Cangoz, S. & Parvizi, J. (2013). Unplanned readmission after total joint arthroplasty: Rates, reasons, and risk factors. *Journal of Bone and Joint Surgery American*. 95(20). 1869-76. doi: 10.2106/JBJS.L.00679.