



T.C
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**EURODRG VE DÜNYADAKİ DİĞER TİG UYGULAMALARI
IŞIĞINDA TÜRKİYE'DEKİ TİG UYGULAMALARI ve TİG
ÜZERİNDE SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN GÖRÜŞLERİNİN
İNCELENMESİ**

KÜBRA AKSOY

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. İlker KÖSE

İSTANBUL - 2017

TEŞEKKÜR

Tez araştırmamın uygulama aşamasında bana yardımcı olan İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı hastanelerde çalışan yöneticilere,

Yoğun iş temposuna rağmen benden desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan ve beni motive eden kıymetli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. İlker Köse'ye

Anket doldurma sürecinde bana destek olan Sayın Dr. Mehmet Ertenü'ye

Birlikte uyum içinde çalıştığım sevgili ofis arkadaşlarım olan Gizem Gençyürek, B. Özge Elmas ve Zeynep Altınbaş'a teşekkür ederim.

Beni büyük bir özveriyle yetiştiren, hiçbir fedakârlığı benden esirgemeyen babam Mehmet Aksoy'a ve annem Sevdiye Aksoy'a içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

İTHAF

Bu tezi, hiçbir fedakârlığı benden esirgemeyen sevgili anneme ve babama ithaf ediyorum.



KISALTMALAR LİSTESİ

TİG: Teşhis İlişkili Grup

AIHW: Australian Institute of Health and Welfare

ACHI: Avustralya Sağlık Girişimleri Sınıflaması

MTS: Majör Tanı Sınıflandırması

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

OECD: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı

G-DRG: Germany Diagnostic Related Groups

DRG: Diagnosis Related Group

IPPS: Inpatient Prospektif Payment System

HOPE: European Hospital and Healthcare Federation

HRG: Healthcare Resource Group

FinDRG: Finland Diagnosis Related Groups

NordDRG: Norway Diagnosis Related Groups

DBC: Diagnosis Treatment Combination

EURO-DRG: EURO Diagnosis Related Groups

DkDRG: Denmark Diagnosis Related Groups

BUT: Bütçe Uygulama Talimatına

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

HÜAP: Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi

ICD10-AM: International Classification of Diseases, Australian Modification

AR DRG: Australian Refined Diagnosis Related Groups

BBAG: Branş Bazlı Ayaktan Gruplar

İBAG: İşlem Bazlı Ayaktan Gruplar



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY.....	ii
BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
İTHAF.....	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. TİG Kavramları.....	5
Ana tanı:	5
Ek Tanı:	5
İşlemler:.....	5
Bağıl Değerler:	6
Vaka Karma İndeksi:.....	6
4.2. TİG Oluşum Süreci	7
Ön değerlendirme,	7
MTS atamasında,.....	8
Alan ataması,	8
4.3. Dünyada TİG Uygulaması	9
4.3.1. Almanya.....	11
4.3.2. Amerika	12
4.3.3. Avusturya.....	14
4.3.4. İngiltere	14
4.3.5. Finlandiya	15
4.3.6. Belçika	15
4.3.7. İspanya.....	16
4.3.8. İsveç	17
4.3.9. İsviçre.....	17

4.3.10.	Danimarka	18
4.3.11.	İtalya.....	18
4.3.12.	Portekiz	19
4.3.13.	Hollanda	19
4.4.	Ülkemizde TİG Uygulaması	24
4.4.1.	Hacettepe Üniversitesi araştırma projesi	24
4.4.2.	Genel sağlık sigortası.....	26
4.4.3.	Global bütçe ve Sağlık Bakanlığı TİG uygulaması	27
4.4.4.	Özel sağlık sigortası:.....	27
5.	MATERYAL VE METOT.....	28
5.1	Çalışma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	28
5.2.	Verilerin Toplanması	29
5.3.	Hipotezler.....	30
5.4.	Verilerin Güvenirliği.....	30
5.5.	Verilerin Analizi.....	31
6.	BULGULAR.....	32
7.	SONUÇ	54
8.	KAYNAKLAR	57
9.	EKLER	60
10.	ETİK KURUL	68
11.	ÖZGEÇMİŞ	72

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Şekil 4.3.1.1: İşlemler (8)	6
Şekil 4.3.1.1: TİG Oluşum Süreci (7)	7
Şekil 4.4.2.1: TİG Uygulaması Kronolojisi.....	26
Tablo 4.1: Majör Tanı Sınıfları	9
Tablo 4.2: Ülkelerin Başlama Yılı, Uygulayan Kurum	10
Tablo 6.1: Hastane Yöneticilerin Sosyo-Demografik Özellikleri	32
Tablo 6.2: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Geri Ödeme Sistemi İle İlgili Bilgilendirme Toplantısına Katılmasına/ Eğitim Almasına Göre ve Bilgilendirme Toplantısına Katılmayan/Eğitim Almayanların Toplantıya veya Eğitime İhtiyaç Duyup Duymamasına Göre Dağılımı.....	33
Tablo 6.3: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Geri Ödeme Sistemi İle İlgili Bilgilendirme Toplantısına Katılmasına/ Eğitim Alması Durumunun Görev Unvanlarına Göre Dağılımı.....	34
Tablo 6.4: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Geri Ödeme Sistemi İle İlgili Bilgilendirme Toplantısına Katılmasına/ Eğitim Alması Durumunun Hastane Türüne Göre Dağılımı	34
Tablo 6.5: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Geri Ödeme Sistemi İle İlgili Bilgilendirme Toplantısına Katılmasına/ Eğitim Alması Durumunun Sektörde Çalışma Süresine Göre Dağılımı	35
Tablo 6.6: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sisteminin Geri Ödeme Açısından Değerlendirilmesi.....	36
Tablo 6.7: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Tıbbi Kodlama Açısından Değerlendirmesi	38
Tablo 6.8: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar Açısından Değerlendirmesi.....	40
Tablo 6.9: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirmesi.....	41

Tablo 6.10: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirmesi	43
Tablo 6.11: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Geri Ödeme ve Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesi İfadelerine Katılım Derecelerinin Hastane Türüne Göre Değerlendirmesi.....	45
Tablo 6.12: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi İfadelerine Katılım Derecelerinin Hastane Türüne Göre Değerlendirmesi.....	46
Tablo 6.13: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Geri Ödeme ve Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesi İfadelerine Katılım Derecelerinin Görev Unvanına Göre Değerlendirmesi	47
Tablo 6.14: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi İfadelerine Katılım Derecelerinin Görev Unvanına Göre Değerlendirmesi	49
Tablo 6.15: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Geri Ödeme, Klinik Faaliyetler, Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi İfadelerine Katılım Derecelerinin Çalışma Süresine Göre Değerlendirmesi.....	50
Tablo 6.16: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Geri Ödeme ve Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirmesi İfadelerine Katılım Derecelerinin TİG Sistemi ile İlgili Bilgilendirme Toplantısına veya Eğitime Katılıp Katılmama Durumuna Göre Karşılaştırması	52
Tablo 6.17: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirmesi İfadelerine Katılım Derecelerinin TİG Sistemi ile İlgili Bilgilendirme Toplantısına veya Eğitime Katılıp Katılmama Durumuna Göre Karşılaştırması	53

1. ÖZET

EURODRG VE DÜNYADAKİ DİĞER TİG UYGULAMALARI IŞIĞINDA TÜRKİYE'DEKİ TİG UYGULAMALARI VE TİG ÜZERİNDE SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

Teşhis İlişkili Gruplar (TİG), 1970'lerden itibaren hem hastaneler tarafından maliyet hesaplamalarında; hem de ödeyici kurumlar tarafından bir geri ödeme modeli olarak yaygın şekilde kullanılmaktadır. Ülkemizde ise 2005 yılından itibaren TİG ile ilgili çeşitli çalışmalar yürütülmüş, 2010 yılından itibaren ise Sağlık Bakanlığı tarafından bir geri ödeme modeli olarak benimsenip yaygınlaştırılmıştır. Başarılı bir TİG çalışması için, dünyadaki diğer çalışmaların detaylı şekilde incelenmesi, teşhise dayalı grupların ve bağıl değerlerin ülke şartlarına uygun olarak belirlenmesi ve sürekli izleme ve değerlendirme yapılması oldukça önemlidir. Çalışmamızın iki temel amacı vardır: Birincisi, 1970'lerden itibaren yaygın kullanımı olan TİG yaklaşımının, dünyadaki ve özellikle Avrupa bölgesindeki uygulamalarını detaylı şekilde incelemektir. İkinci amaç ise, ülkemizde 2005 yılından itibaren kamu hastanelerinde kullanılmaya başlanan TİG uygulamasının, sağlık yöneticileri tarafından nasıl değerlendirildiğinin tespit edilmesidir.

Bu çalışmada, TİG ile ilgili detaylı bir literatür taraması yapılmış ve dünyadaki uygulamalar, amacı, uygulayıcısı, uygulama süreleri, vb. kriterlere göre tasnif edilmiştir. Buna ek olarak Türkiye'deki TİG uygulamasını hastane yöneticileri açısından değerlendirmek üzere, 15 Şubat–1 Nisan 2017 tarihleri arasında İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı hastanelerde çalışan 72 hastane yöneticisi ile anket yapılmıştır. Elde edilen veriler analiz edilmiştir. Yapılan bu çalışmada, yöneticilerin büyük çoğunluğunun TİG Geri Ödeme Sistemi hakkındaki düşüncelerinin olumlu olduğu gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Teşhis İlişkili Gruplar, sağlık geri ödeme modeli, maliyet yönetimi

2. ABSTRACT

THE EVALUATION OF TURKEY'S DRG APPLICATION AMONG OTHER APPLICATIONS AND FROM THE POINT OF LOCAL HEALTHCARE MANAGERS

Diagnosis Related Groups (DRG) has a variety of usage in the World since 1970s, not only for hospital cost management issues; but also as a payment model by social security institutions. Turkey has been working on DRG since 2005 and MoH decided to apply it as a payment model in 2010. For a successful nation-wide DRG application, it is highly important to investigate the previous studies by other countries and decide on a proper set of diagnosis related groups and relevant mutual values, and off-course to apply a continuous monitoring and evaluation process.

We have two targets in this study. The first is to investigate the previous DRG studies and applications in other countries, especially in Europe. The second is to measure the satisfaction of the DRG application in Turkey from the point of healthcare managers.

In this study, we made a literature review to investigate the previous DRG applications and classified them with respect to the responsible institution, the aim of the usage, the period of application, etc. Additionally, we conducted a survey with 71 hospital managers working in the North Anatolia Public Hospital Unit region of Istanbul between 15th of February and 1st of April in 2017. Then the gathered data has been evaluated.

The result of the survey shows that the hospital managers are mostly agreed on the benefits of DRG application in Turkey.

Keywords: DRG, healthcare payment model, cost management

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Teşhis İlişkili Gruplar (TİG), çoğunlukla ödeme bir geri ödeme mekanizması olarak anlaşılmasına rağmen, asıl amacı hastanelerde maliyet esaslı performans karşılaştırmalarını yapmaktır (1). İşlem başı ödeme modelinde her bir işlem için sabit bir fiyat ödenirken; TİG'in de esas aldığı vaka başı ödeme modelinde, hastalık veya vaka başına tüm hizmetler için önceden belirlenmiş tutarlara göre ödeme yapılmaktadır. Bunun temel nedeni, tedavi süreçleri benzer olan vakalara benzer miktarda kaynak kullanımı yapılacağı varsayılmıştır. Ancak vaka başı ödeme yönteminde her vaka türünün önceden belirlenmiş bir değeri olduğu için sağlık hizmet sunucularının daha zor ve değerli olan vakaları diğerlerine göre daha çok yapma eğilimleri olabilmektedir. Bu dezavantajı önlemek için, sağlık hizmet sunucusuna yapılacak ödemenin hesaplanmasında, ilgili kurumun vaka karmaşıklık endeksi de bir çarpan olarak yer almaktadır. Bu sayede olabildiğince vakalar arasında adil bir dağılımın sağlanması hedeflenmiştir (2).

TİG çalışmaları, 1970'lerden itibaren hızlı bir şekilde yaygınlaşmıştır. Ülkelerin TİG'i kullanım amacı, uygulama kapsamı, kaç grup ile uygulama yaptığı, elde ettiği sonuçlar, vb. farklılık göstermektedir. Uygulama süreci içerisinde öğrenilmiş dersler sayesinde bazı değişiklikler de yapılmıştır.

Türkiye'de ise 2005 yılında Sağlık Bakanlığı, SGK ve Hacettepe Üniversitesinin birlikte yürüttüğü HÜAP projesi ile ilk defa TİG çalışmaları başlamış, 2009 yılından itibaren de Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyonunda devam etmiştir. Avustralya'nın TİG altyapısının örnek alındığı bu çalışmalarda, zaman içerisinde ülke şartlarına göre bazı düzenlemeler yapılmıştır. Türkiye'deki çalışmaların daha başarılı olabilmesi için, hem dünyadaki diğer uygulamaların; hem de Türkiye'deki 12 yıllık deneyimin dikkatle değerlendirilmesi son derece önemlidir.

Bu araştırmanın iki amacı vardır; Birincisi, 1970'lerden itibaren hastanelerde maliyet etkinliğini artırmak amacıyla, sağlık geri ödeme sistemlerinde vaka başı ödeme modeli olarak yaygın kullanımı olan TİG yaklaşımının, dünyadaki ve özellikle

Avrupa bölgesindeki yakın dönem uygulamalarını detaylı şekilde incelemektir. İkinci amaç ise, ülkemizde 2005 yılından itibaren kamu hastanelerinde kullanılmaya başlanan TİG uygulamasının, sağlık yöneticileri tarafından nasıl değerlendirildiğinin, başarılı ve aksayan yönlerinin saha çalışması ile tespit edilmesidir.

Çalışmanın üreteceği bilgilerin Türkiye’de yürütülmekte olan TİG çalışmalarının karar süreçlerinde etkili olacağı ümit edilmektedir.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. TİG Kavramları

Teşhis İlişkili Gruplar (TİG); hastalıkların klinik ve maliyet verilerinin kullanılarak gruplandırılmasını ve benzer hastalıkların benzer gruplara atanmasını içeren yatan hasta sınıflama sistemidir. TİG, hastalıkları ana tanıya ve işlemlerine göre gruplandırmaktadır. Tedavi giderleri bağıl değer olarak belirlemektedir (3). Kaynaklar vaka türüne ve şiddetine göre adil bir şekilde dağıtılmaktadır (4). TİG sistemi hastane verimliliğini ve etkililiğini teşvik etmekte ve anlamlı klinik veri toplanmasını sağlamaktadır (5).

Çoğunluğu TİG veri setinde de yer alan temel kavramlar aşağıda açıklanmıştır:

Ana tanı:

Hastanın şikâyetleri dikkate alınarak yapılan muayene ve tetkik sonuçlarında ortaya konulan tanıdır (6). Bir kişi sağlık sorunu ile geldiğinde ve sağlık sorununun esas nedeni ortaya konulduğunda, söz konusu esas neden ana tanı olarak kodlanmalıdır (7).

Ek Tanı:

Ana Tanı ile birlikte var olan, sağlık hizmeti esnasında oluşan veya sağlık kurumuna başvurduğu sırada ortaya çıkan bir durum veya şikâyetlerdir. Örneğin; Femur kırığı nedeniyle hastaneye yatırılan bir hastanın tedavi sürecinde, aynı zamanda katarakt olduğu da tespit edilirse ise femur kırığı Ana Tanı, katarakt ise Ek Tanı olarak ele alınır. Ek Tanı, hastaların tanı ve tedavi işlemleri sırasında vakanın seyrini inceleyebilmek ve tedavi sürecini değerlendirebilmek amacı ile kullanılmaktadır (6).

İşlemler: Tüm cerrahi işlemler, medikal ACHI (Avustralya Sağlık Girişimleri Sınıflaması) ve yardımcı sağlık hizmetleri girişimleri ile dış işlemlerini kapsamaktadır. ACHI'nin yapısı anatomik bölgeye göre düzenlenmiştir ve kodlama

yapısı nümerik özellik taşımaktadır. Birbiri arkasına gelen ilk 5 rakam o işlemin genel özelliklerini gösterip bilgi verirken, 6.ve 7. rakamlar ise işlemin detayı hakkında bilgi vermektedir (8).



Şekil 4.3.1.1: İşlemler (8)

Bağlı Değerler: Bir TİG' in maliyetinin, tüm TİG'lerin ortalama maliyet oranına denir. Bağlı değeri hesaplamak için maliyet verileri gereklidir. Bir TİG'in bağlı değerinin diğer TİG'lerden herhangi birinin bağlı değerinden büyük olması tedavi için daha fazla kaynak gerektirdiği anlamına gelmektedir. Bağlı değerler listesine ulaşmak için bu hesaplama her bir TİG için ayrı ayrı yapılmaktadır. Bulunan değerlerde normalizasyon yapıldıktan sonra 1.0'ın altında ve üzerinde olmak üzere liste oluşturulmaktadır (8). Bağlı değer hesaplanması için aşağıdaki formül kullanılmaktadır.

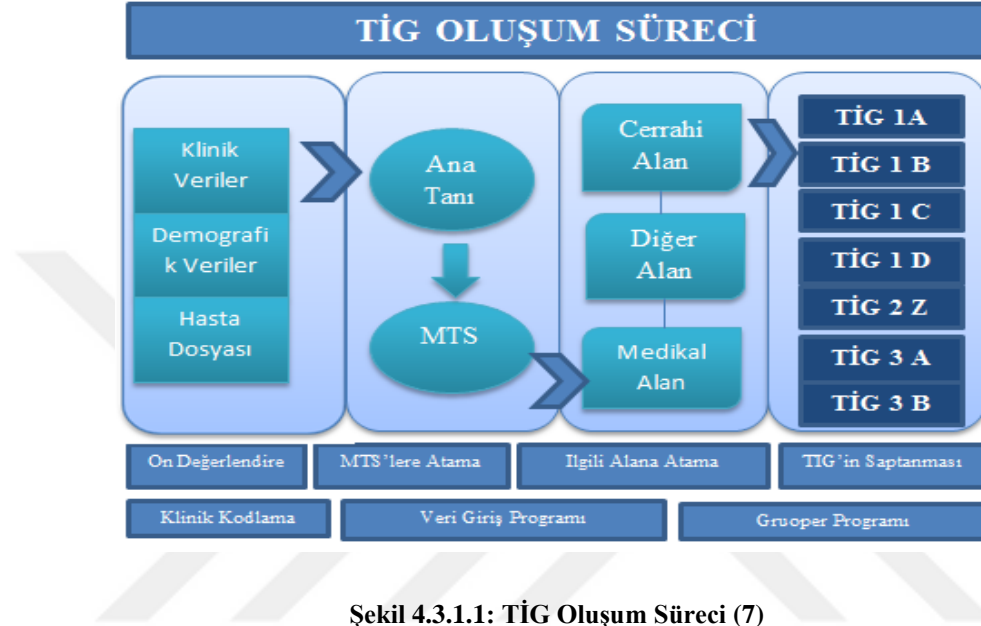
$$\frac{1 \text{ TİG'in Ortama Maliyeti}}{\text{Tüm TİG'lerin Ortalama Maliyeti}}$$

Vaka Karma İndeksi: Bir hastanenin vaka üretimini başka bir hastane ile karşılaştırmamızı sağlayan bir endekstir. Hastanenin tedavi etmiş olduğu hastalıkların karmaşıklığının/çeşitliliğinin ölçülmesini sağlar. Bir hastanenin diğer bir hastaneye kıyasla daha yüksek vaka karması indeksine sahip olması demek, daha yüksek bağlı değerli vakaları tedavi ettiğini göstermektedir. Vaka Karma İndeksinin hesaplanması için aşağıdaki formül kullanılmaktadır (8).

$$\frac{\sum(\text{TİG Bağlı Değer} \times \text{Vaka Sayısı})}{A \text{ Hastanesi İçin Vaka Sayısı}}$$

4.2. TİG Oluşum Süreci

TİG oluşum süreci 4 başlık altında toplanmaktadır. Bunlar; Ön değerlendirme, majör tanı sınıflandırması (MTS) ataması, alan ataması ve TİG'in saptanmasıdır (7).



Şekil 4.3.1.1: TİG Oluşum Süreci (7)

Ön değerlendirme, aşamasında veriler toplanıp detaylı olarak incelenmektedir. Bu inceleme 3 başlığa ayrılmaktadır. Bunlar; hasta dosyası, demografik veriler, klinik verilerdir. *Hasta dosyası*, en ince detayına kadar incelenmeli ve dosya tam anlamıyla değerlendirildikten sonra kodlama aşamasına geçilmelidir. Bu kısımda dikkat edilmesi gereken en önemli noktalardan birisi de hasta dosyası değerlendirilirken sadece epikriz ya da hasta özet raporu olarak ifade edilen doküman baz alınmamalıdır. Tüm dosya verilerinin dikkatlice incelenmesi gerekmektedir. Tanı ve işlemlerin kodlanmasında asıl tanı ve tedavilere ilişkin bilgiler epikriz dışındaki diğer dosya verileri içerisinde bulunabilmektedir. *Demografik veriler*, hastanın cinsiyeti, yaşı, hastanede kalış süresi, yatış şekli, yoğun bakımda kaldığı gün sayısı, izinli gün sayısı, bebekse yatış ağırlığı gibi verilerin eksiksiz olarak doldurulması gerekmektedir. Bu veriler TİG oluşum

sürecinde önemli yer tutmaktadır. *Klinik veriler*, işlem olarak kodlanması gerekenler, detaylı olarak incelendikten sonra ilk önce ana tanı, sonra varsa ek tanılar ve sonrasında da işlemler olmak üzere klinik veriler tespit edilerek kodlamaya hazır hale getirilmektedir (7).

MTS atamasında, ön değerlendirme kısmında tespit edilen kodlanacak durumlardan sonra sistemin *Veri Giriş Programı* üzerinden işleyen basamakları içermektedir.

Hastalıkları ve sağlık durumlarını etkileyen diğer faktörlerin kodlamaları sonucunda ana tanıya uygun olarak 25 MTS'ye atama olmaktadır. Bu, ek tanıyı ve işlemleri esas alan bir algoritma ile yapılmaktadır (7).

Alan ataması, var olan tanıları ya da hastada tespit edilen diğer durumlara yönelik yapılan işlem türüne göre gerçekleşmektedir. TİG veri setinde, medikal, cerrahi ve diğer alan şeklinde 3 farklı alan bulunmaktadır. *Medikal alan*, vücudun iç organlarının tedavisine yönelik yapılan yatışlarda, cerrahi müdahale içermeyen hasta gruplarından oluşan TİG'lerdir. *Cerrahi alan*, vücuttaki yapı bozukluklarının ameliyatla onarılması, hastalıklı organın kesip çıkarılarak iyileştirilmesi gibi cerrahi nitelikteki ameliyathane işlemlerinin yer aldığı vakalardır. *Diğer alan*, aynı gün içinde yapılan, ameliyathanede gerçekleştirilmeyen basit müdahaleleri içeren işlemlerdir. (7).

TİG'in saptanması, Alan atamasındaki gibi ilgili alanlara atanan ana tanıları daha sonra ek tanıları, komplikasyon ve eşlik eden hastalık durumlarının varlığı dikkate alınarak ilgili TİG gruplarına atanmaktadır. Oluşan her bir TİG genel kod yapısı *ilk bölüm*, *ikinci bölüm* ve *üçüncü bölüm* şeklinde ayrılır. *İlk bölüm*, bir harften oluşur ve TİG'in ait olduğu MTS grubunu gösterir. *İkinci bölüm*, TİG'in hangi alana ait olduğunu gösterir. 01-99 arasında değişen rakamlardan oluşur. *Üçüncü bölüm*, kaynak kullanım derecesini göstermektedir. A, B, C, D ve Z olarak harflerden oluşmaktadır.

Tablo 4.1: Majör Tanı Sınıfları

MTS	TİG SAYISI	MTS KISALTMASI
MTS - 00 Öncü - Majör Tanı Sınıfları (MTS)	12	A
MTS - 01 Sinir Sistemi Hastalıkları	53	B
MTS - 02 Göz Hastalıkları	20	C
MTS - 03 KBB & Ağız Hastalıkları	28	D
MTS - 04 Solunum Sistemi Hastalıkları	42	E
MTS - 05 Dolaşım Sistemi Hastalıkları	67	F
MTS - 06 Sindirim Sistemi Hastalıkları	52	G
MTS - 07 Hepatobiliyer Sistem Hastalıkları	29	H
MTS - 08 Kas-iskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları	79	I
MTS - 09 Deri ve Meme Hastalıkları	29	J
MTS - 10 Endokrin ve Metabolik Hastalıklar	19	K
MTS - 11 Böbrek ve İdrar Yolları Hastalıkları	37	L
MTS - 12 Erkek Üreme Organları Hastalıkları	19	M
MTS - 13 Kadın Üreme Organları Hastalıkları	20	N
MTS - 14 Gebelik, Doğum ve Lohusalık	17	O
MTS - 15 Yenidoğan (ve Diğer Neonatlar)	25	P
MTS - 16 Kan ve Kan Yapıcı Organların Hastalıkları	10	Q
MTS - 17 Neoplastik Hastalıklar	18	R
MTS - 18 Enfeksiyöz ve Parazitik Hastalıklar	17	T
MTS - 19 Akıl Sağlığı Bozuklukları	13	U
MTS - 20 Alkol/İlaç Kullanımı/ bunlara bağlı Organik Akıl Sağlığı Bozuklukları	8	V
MTS - 21 Yaralanma, Zehirlenme ve Toksik İlaç Etkileri	24	W,X
MTS - 22 Yanıklar	8	Y
MTS - 23 Sağlığı Etkileyen Faktörler ve Sağlık Hizmetleri ile Kurulan Diğer Tıp Temaslar	13	Z

A, B, C, D olarak ifade edilenler kaynak kullanımının daha çok olandan az olana doğru değiştiğini göstermektedir. Z olarak ifade edilen TİG'lerin ise kaynak kullanımına göre ayırım olmadığını göstermektedir (7).

4.3. Dünyada TİG Uygulaması

TİG Sistemi 1970'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri-Yale Üniversitesi tarafından hastanelerde bütçeleme, maliyet ve kalite kontrolünün sağlanması amacıyla geliştirildi. 1983 Yılında ABD Sağlık Sigorta Sistemi için ileriye dönük bir ödeme sistemine uyarlandı ve hastane performansının değerlendirilmesi içinde

kullanılmaktadır (3). Dünya’da TİG kullanımı açısından önde gelen ülkeler, Avustralya, Kanada ve Norveç olarak görülmektedir (8). OECD'nin 29 üye ülkeyi yaşam süresi beklentisine göre sıraladığı indekse göre ilk 5 ülke sırasıyla; Avustralya, İsviçre, Kore, Japonya ve İzlanda'dır. Türkiye bu sıralamada 11. Sıradadır (9). Avustralya'nın kendi TİG sistemini yaygınlaştırdığı ülkeler; Bosna-Hersek, Bulgaristan, İrlanda, Makedonya, Moldova, Karadağ, Yeni Zelanda, Filipinler, Katar Devleti, Suudi Arabistan, Sırbistan, Singapur, Slovenya'dır. Son zamanlarda TİG sistemini uygulayış açısından diğer ülkelere göre farklılıklar gösteren Almanya'nın ise kendi ihtiyaçlarına göre özelleştirdiği sistemini kısa sürede yaygınlaştırdığı ülkeler; İsviçre, Güney Kıbrıs Rum Kesimi ve Slovakya'dır. 2015 Yılı itibariyle TİG uygulayan ülkeler şunlardır: Avustralya, ABD; Fransa, Portekiz, Kanada, İrlanda, İtalya, İspanya, Almanya, Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Bulgaristan, Romanya, Slovenya, İsviçre, İngiltere, Kosta Rika, İzlanda, Norveç, İsveç, Danimarka, Finlandiya, Belçika, Hollanda, Japonya, Singapur, Malezya, Tayland, Kore, Tayvan, Çin, Yeni Zelanda (8). TİG sistemini her ülke farklı amaçlar için kullanmaktadır. Bu amaçlar; maliyet hesaplaması, sağlık politikalarının geliştirilmesi, hastane bütçelerinin oluşturulması, araştırma ve planlamanın yapılması, şeffaflık düzeyinin artırılması, hizmet kullanımlarının iyileştirilmesi gibi sıralanabilmektedir. (10).

Aşağıdaki tabloda, TİG kullanan ülkelerin uygulamaya başlama yılları ve uygulayan kurum bilgileri yer almaktadır (11). (Amerika eklenerek güncellenmiştir).

Tablo 4.2: Ülkelerin Başlama Yılı, Uygulayan Kurum

ÜLKE	BAŞLAMA YILI	UYGULAYAN KURUM	KULLANIM SÜRELERİ
İngiltere	1992	Sağlık Bakanlığı	25
Almanya	2003	-	14
Amerika	1983	Amerika Hükümeti	34
Avusturya	1997	Federal Hükümet ve Sosyal Sigorta Fonları	20
Belçika	1985	Sağlık Bakanlığı	32
Danimarka	2002	İç İşleri ve Sağlık Bakanlığı	15
Finlandiya	1995	-	22
İtalya	1992	İtalyan Hükümeti	25
Portekiz	1984	Finansal ve Bilgi Yönetimi Enstitüsü	33
İspanya	1996	Sağlık Bakanlığı ile Bölgelerarası	21

		Sağlık Kurulu	
İsveç	1990	İsveç Sağlık Hizmetleri Geliştirme Enstitüsü	27
Hollanda	2005	Sağlık Bakanlığı	12
İsviçre	1995	İsviçre Parlamentosu	22

4.3.1. Almanya

Almanya’da TİG sisteminin uygulanmasından ve devamlılığında TİG Enstitüsü, sorumludur. TİG Enstitüsü Almanya Sağlık Bakanlığı’ndan bağımsız bir yapılanmaya gitmektedir. Yürütmesi %50’si kamu olmak üzere özel ve üniversite hastanelerinin içinde bulunduğu hastane birlikleri tarafından, %50 devlet ve özel sigorta şirketleri birlikleri tarafından yapılmaktadır. Her hasta gittiği hastaneden ve yararlanmış olduğu sigorta çeşidinden bağımsız olarak aynı hastalık türü için aynı ücreti ödemektedir. Tutarlar, ihtiyaca göre TİG Enstitüsü tarafından değiştirilmekte ve kimi zaman yeni TİG grupları da oluşturulmaktadır (12).

TİG uygulamasının kalite denetimi, TİG Enstitüsü’nden bağımsız kuruluşlar tarafından düzenli olarak yapılmaktadır. Bütün hastanelerin 2 yılda bir medikal kalite raporları yayınlanmaktadır (13).

2009 Yılında Hastane Finansmanı Reformu Yasasıyla Almanya’da hastane finansmanını daha ileri boyutta gelmiştir. (14);

- Eyalet genelinde baz alınan oranların 2005 yılına kadar ülke genelinde baz alınan oranlarına yakınsaması planlanmaktadır.
- 2013 Yılı itibariyle kendi kendini yöneten sağlık kurumlarında verilen psikiyatrik hizmetler için TİG ödeme sisteminin geliştirilmesi ve başlatılması zorunlu tutulmaktadır.
- 2012 Yılından itibaren, eyalet hükümetlerine mevcut “ikili finansman” sistemini terk ederek, yatırım maliyeti ağırlıkları kullanılarak TİG tipi ödeme sistemini düzenleyen tek ödeyicili sistemi seçme özgürlüğü verilmektedir.

Bu üç gelişmeyle Almanya'da TİG'i esas alan hastane ödeme sisteminin öneminin artmaya devam ettiği görülmektedir. G-DRG'lerin (Germany Diagnostic Related Groups) 2003 yılında başlayan TİG uygulamasının ilk 10 yıllık uygulanma süreci esas alındığında, bu sistem çoğunlukla kabul gördüğü ve genellikle bir başarı olduğu değerlendirilmektedir (14).

4.3.2. Amerika

Medicare, Birleşik Devletlerde 65 yaş üzerinelere, engellilere ve diğer bazı özel kriterlere uyan kişilere sağlık sigortası sunan bir “sosyal sigorta” programıdır. Medicare programı 1965 yılında uygulanmaya başlandı. 1960 Yılından 1983 yılına kadar hastanelere "makul maliyet" yöntemine dayanarak geri ödemedeki bulunulmaktadır. Bu uygulamanın başlangıcında hastanelerin kendi harcama verileri ve maliyet raporları kullanılarak yapılan hesaplamalara göre ödeme oluşturulmaktadır. Ancak bu yaklaşım, hastanelerin daha fazla hizmet sunmasına, yatış sürelerinin uzamasına ve hastanelerin Medicare'den daha fazla para almalarına neden olacaktır (15).

Robert Feter bir grup araştırmacıyla birlikte 1960'lı yılların sonunda Amerikan Üniversite hastanelerinde maliyet etkinlik amacıyla vaka karması sistemi geliştirmeye başladı. Elde edilen sonuçlara göre de vaka karması sistemi ulusal sağlık sistemine uyarlandı (16).

ABD Hükümeti, Medicare programı kapsamında yatarak tedavi gören hastalar için hastanelere yapılan geri ödemelerde ileriye dönük ödeme sistemi (Inpatient Prospektif Payment System-IPPS) geliştirmek üzere TİG gruplarının kullanılmasını 1 Ekim 1983 tarihinden itibaren zorunlu kıldı. 1983 Yılında TİG sistemi ilk uygulanmaya başlandığı zaman ABD'de 468 adet TİG grubu vardı. ABD'deki TİG ödeme sistemi uygulaması için maliyet unsuru önemli bir kavramdır. Buna karşın, bunun dikkatle gerçekleştirilmesi gereği ve “bir ölçütün tüm durumlar için uygun olmayacağına” dair net bir anlayış da mevcuttur. Bu anlayış, hastanelerin kendi kontrollerinin dışında olan unsurlarda daha yüksek maliyetlerle karşılaştığı durumlar için birtakım ödeme ayarlamalarının yapılmasını gerektirmiştir. TİG ödeme

sisteminin adil olmasını sağlamak ve hastaneler arasında verimlilik, iç yönetim veya klinik uygulama ile hiç ilgisi olmayan gerçek maliyet farklılıklarını belirleyebilmek adına bu gibi ayarlamalar önemli görüldü (15).

Uygulamanın ilk yıllarda hizmet kalitesiyle ilgili olarak elde edilen bazı sonuçları aşağıdaki gibidir (15);

- 1983'ten 1989 yılına kadar kalış süresi 10 günden 8,5 güne düştü.
- Vaka Karma İndeksi ilk yıllarda artmasına rağmen, sonraki yıllarda istikrara kavuştu.
- Hastaneye yatma oranında anlamlı bir artış görülmedi.
- Ölüm oranlarında bir değişiklik görülmedi.
- 1983 Yılından 1986 yılına kadar lens işlemleri gibi uygulamalar günlük cerrahi merkezlerde yapılmaya başlandı. Bununla birlikte günlük cerrahi merkezlerinde (ayakta hasta cerrahi hizmetlerinde) %500 artış oldu.
- Ayaktan hasta bakım hizmetlerinde ve harcamalarında artış oldu.
- Hastaneye yeniden yatma oranlarında herhangi bir anormal değişiklikle karşılaşılmadı.
- Evde bakım ve hemşirelik hizmetlerinden yararlanma oranında artış oldu.
- Hastaların bir hastaneden diğerine sevk oranında anormal bir değişme olmadı.

Birleşik Devletlerde TİG sınıflandırması sisteminde hastanın hastalık şiddeti dikkate alınmaktadır. Hastanın hastalık şiddetinde ödeme oranı artık yalnızca brüt ücret verilerinden türetilen maliyet tahminlerinden çok, hastanenin işletme maliyetlerine dayanmaktadır. Ekim 2007 itibarıyla, 526 adet eski TİG grubunun yerini, 745 adet yeni DRG grubu almıştır. Ayrıca komplikasyonları ve eş zamanlı hastalıkları içeren üç alt sınıf oluşturulmuştur. Bunlar şiddete göre düzenlenen (severity-adjusted DRGs MS-DRG), “performans ödemesi (pay-for performance)”, “değer bazlı satın alma (value based purchased)” yaklaşımlarını da TİG ödemeleri ile ilişkilendirerek sağlık hizmetinin performansını ve kalitesini ölçmeye başlamıştır (15).

4.3.3. Avusturya

1997 Yılından beri Avusturya'da hastaneler büyük ölçüde Avusturya TİG sistemi kapsamında finanse edilmektedir. Burada uygulanan TİG sisteminin amacı; maliyet artış oranlarının sürdürülebilirliğini önlemek, kaynakların kullanım optimizasyonunu sağlamak, tıbbi şartlara uygun olarak yatarak tedavi sıklığını azaltmak, hastanede kalış süresini ve gereksiz prosedürleri azaltmaktır (17).

Avusturya'da TİG Sistemine geçilmesi (18);

- Sağlık hizmetlerinin planlanması, izlenmesi ve yönlendirilmesi için daha fazla bilgi elde edilmesini ve hastane faaliyetlerinin daha şeffaf hale gelmesini sağlamıştır.
- Ayrıca, sigorta şirketlerinin ödeme süreçlerinde ve alınan hizmetler arasında daha iyi karşılaştırma yapabilmeleri açısından daha çok ve daha iyi bilgi elde edebilmeleri de sağlandı.
- Diğer taraftan uygulama, hastaneler tarafından da kabul gördü ve tüm ülkedeki sağlık istatistikleri daha güvenilir bir hale geldi.

4.3.4. İngiltere

İngiltere'de TİG uygulaması, Sağlık Hizmetleri Kaynak Grubu (HRG-Healthcare Resource Group) tarafından 1990 yılının ortalarında üç temel amaç için kullanılmaya başlanmıştır. Bu amaçlar, sağlık hizmet kaynak gruplarında performans değerlendirme karşılaştırmaları için temel veri sağlanması; hastanelerin iç kaynak yönetimine yardımcı olması için sağlık hizmeti kaynak gruplarını kullanmaya teşvik edilmesi ve sağlık hizmet kaynak grupları sözleşme süreci için bilgilendirmesidir. İngiltere'de mevcut hasta sınıflandırma sistemi olarak kullanılan sağlık hizmet kaynak grupları, sağlık kaynaklarının benzer şekilde kullanıldığı, benzer klinik tedavileri kapsayan standart grupları içermektedir. Sağlık hizmet kaynak grupları klinisyenler, finans uzmanları, istatistikçiler, sağlık ekonomistleri,

geri ödeme ekibi ve vaka karma uzmanlarının yer aldığı 33 klinik çalışma grubu tarafından geliştirilmiştir (19).

4.3.5. Finlandiya

Finlandiya’da ilk olarak TİG sistemi 1980’li yıllarda hastane yönetimi için desteklenmiştir. 1987’de ise FinDRG denilen DRG gruplandırma sistemi geliştirilmiştir (20). 1996 yılında Finlandiya’nın da içerisinde olduğu İskandinav ülkeleri tanı kodlama kullanımına karar vermiştir. İskandinav versiyonu yaygın olarak NordDRG her ülkede ulusal versiyonlar kabul edilmiştir (21).

Finlandiya’da TİG sistemine geçilmesiyle (18);

- Hastane faaliyetleri daha şeffaf olmuş ve verimliliklerinde artış meydana gelmiştir.
- NordDRG yaygın olarak TİG sorumluları tarafından hastane performansının analiz edilmesi sırasında sağlık hizmetleri araştırma araçları olarak kullanılmaktadır.
- Hastalar için önemli etkilerinin olmadığı raporla bildirilmiştir.
- 2005 Yılından bu yana özel sigorta şirketlerinin trafik ve iş kazası nedeniyle oluşan tedavi masraflarını kamu ve özel hastaneler ödemek zorundadır. Bu hizmetler TİG sistemine dayalı olarak tanımlanmış.
- Yukarı ve aşağı doğru kodlama uygulamalarında araştırmaları yoktur.
- Finlandiya’da tıbbi kodlama uzun bir geleneğe sahip olmasına rağmen kalitesi değişebilmektedir.
- Sağlık istatistiklerine karşı daha az güvenilirlik vardır.
- Ortalama hastanede kalış süresi düşüktür

4.3.6. Belçika

Sağlık Bakanlığı 1985 yılında Belçika Üniversite Hastanelerinde TİG’lerin deneysel kayıtlarına başlamaya karar verdi. 1987 yılına gelindiğinde uygulama 40 genel hastaneye yaygınlaştırıldı. 1990 Yılında ise Belçika’daki tüm akut bakım

hastaneleri için TİG uygulaması zorunlu hale getirildi. Bakanlık 1994 yılında ilk kez 1991 yılındaki TİG verileri hesaplarını düzeltmek için kullandı (18).

Belçika'da TİG sistemine geçilmesiyle (18):

- Hasta yatış sürelerini azaltmak eğilimi gösterdi.
- Yatış süresinin azalması sonucunda hastaları tamamen iyileştirmek için evde bakım vb. hizmetleri gündeme geldi.
- Hastane finansman kuruluşlarıyla ilgili 2002 yılında yeni finansman tanıtımı başladı.
- Kamu sigorta şirketleri ve hastaneler arasında ödemeler için de yeni bir yol tanıtıldı.
- Hasta başına günde ortalama bir miktar ödeme yerine aylık ödemeler getirildi.
- Aşağı ve yukarı doğru kodlamalar yapılmaktadır. Ama aşağı doğru kodlama daha sık kullanılmaktadır.
- Yeni finansman sisteminin 2002 yılında getirilmesiyle bazı hastaneler eski ve yeni bütçenin arasında önemli farklar yaşandı.

4.3.7. İspanya

1996 yılında Sağlık Bakanlığı ile Bölgelerarası Sağlık Kurulu, İspanya'da yer alan tüm hastanelerde vaka karmasını da esas alan TİG sistemini kullanmaya karar vermiştir (18).

İspanya'da TİG Sistemine geçilmesiyle (18):

- Hastanede kalış sürelerinde oldukça dikkate değer bir azalma oldu.
- Başlangıçta hükümetin amacı sistemin yıllık bütçe oranını azaltmak olmuştur.
- Aşağı ve yukarı doğru kodlamalarda vaka başına tanı sayısı ilk yıllarda çok artış gösterdi.
- Sistemin uygulandığı ve kullanıldığı bölgelerde daha ayrıntılı bilgiler bulunmaktadır.

- Sağlık istatistikleri daha da güvenilir hale geldi.

4.3.8. İsveç

İsveç'te 1998 yılından bu yana uygulanan sistem Almanya'nın sistemine çok benzemektedir (16). TİG Sistemine geçiş kararı İsveç Sağlık Hizmetleri Geliştirme Enstitüsü tarafından verildi. İsveç'teki bölgeler TİG sisteminin aşağıda belirtildiği üzere dört çeşit kullanımı vardır;

1. Büyük ölçüde yatan hasta hizmetlerinin geri ödenmesinde kullanılmaktadır.
2. Sağlık hizmetlerinin daha az bir kısmı için geri ödeme sisteminin bir ögesi olarak kullanılmaktadır.
3. Yalnızca vaka karması hesaplamalarında ve analiz aracı olarak kullanılmaktadır.
4. İsveç'teki bölgelerin tamamında TİG sistemi kullanılmamaktadır.

Bu uygulamanın sonuçlarına baktığımızda, TİG Sistemine geçilmesiyle birlikte hastanelerin verimliliğinde bir artış gerçekleştiği, hastaların bekleme listelerinde azalma sağlandığı gözlemlenmiştir. Diğer taraftan yukarı doğru kodlama konusunda vakalarla çok az karşılaşıldığı rapor edilmiştir (18).

4.3.9. İsviçre

İsviçre TİG sınıflandırma ve gruplama sistemi Alman G-DRG sistemine dayanmaktadır. 2007 Yılında İsviçre Parlamentosu 2012 Yılından itibaren uygulanmak üzere TİG bazlı tarife yapısını içeren yeni bir hastane finansman yasası kabul edildi (22).

İsviçre'de TİG Sistemine geçilmesiyle (18);

- Hastaneler için TİG'ler yöneticiler ve klinisyenler arasında daha iyi bir iletişim anlamına gelmektedir.
- Hastanelerin iyi eğitilmiş kodlayıcıları bulunmaktadır.
- Sağlık istatistikleri daha güvenilir hale gelmektedir

- Finansal nedenlerden dolayı tedavi süreçlerinin yarım kalmadığından emin olmak için yatış oranları takip edilmiştir.
- Hastanelerde kalış sürelerinde azalma olmuştur.

4.3.10. Danimarka

TİG Sistemine geçiş kararı İçişleri ve Sağlık Bakanlığı tarafından verilmiştir.

Danimarka'da TİG Sistemine geçilmesiyle (18);

- Hastane etkinliği arttı.
- Finansal nedenlerle yukarı ve aşağı kodlama yapılmaktadır fakat yaygın değildir.
- Sağlık sektöründe klinik kodlama çalışmaları, Danimarka'da 1977 yılından beri bir gelenek haline gelmiş ve zamanla kodlama kalitesinde ciddi gelişmeler elde edilmiştir.
- Danimarka TİG Sistemini bir bilgi sistemi, fiyatlandırma ve finansman aracı olarak kabul etmektedir.
- TİG sisteminin geliştirilmesi ve uygulanması için ana maliyetler oldukça düşük tutuldu.
- TİG sisteminin hastane faaliyetlerindeki şeffaflığı artmaktadır.
- İlk versiyondaki teknik uygulama yaklaşık olarak 2,5 yıl sürdü.
- TİG Sisteminin başlatılması ile ayaktan ve gündüz bakım faaliyetine doğru kaymaya teşvik etmektedir.
- TİG Sistemi hastane ekonomisine dikkat çekmektedir.

4.3.11. İtalya

TİG Sistemine geçiş kararı İtalyan Hükümeti tarafından verilmiştir. İtalyan TİG sistemi Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü, Hastaneler ve Kamu Kuruluşlarından seçilmiş olan bir grup teknik gelişimi için destek vermektedir.

İtalya'da TİG Sistemine geçilmesiyle (18);

- Sunulan hizmetlerin maliyeti düşmüştür.
- Hastanelerde ortalama kalış süresinde azalma olmuştur.
- Hastane yatak sayısında azalma olmuştur.
- Sağlık sektöründe harcama planlama ve kontrol etme yeteneği geliştirilmiştir.
- TİG Sistemine geçilmesi sağlık sigortası planları için yeni bir yol olmuştur. Yani sağlık sigortası planı ulusal sağlık hizmetleri içerisine dâhil olmayan hizmetleri, plastik cerrahi, alternatif tıp vb. sağlık hizmetleri için ek kapsam sağlayabilmektedir.
- Kamu ve özel hastanelerin kodlamaları arasında farklılıklar vardır.
- Özel hastaneler yukarı kodlama yaparken kamu hastaneleri kodlama konusuna daha az ilgi göstermektedir.
- Son 5-6 yıldır sağlık istatistikleri daha güvenilir hale gelmiştir.

4.3.12. Portekiz

1984 yılında Finansal ve Bilgi Yönetimi Enstitüsü, bilgi sistemlerinin oryantasyonu, değerlendirilmesi ve uygulanması, hastanelerin finansmanı gibi çalışmaları Sağlık Bakanlığı tarafından yürütmeye başlanmıştır. Bütün akut yatan hasta bakımında ve cerrahi uygulamalarda TİG finansman sistemi kullanılmaktadır ve tüm sağlık meslek maliyetlerini içermektedir. Sağlık hizmetlerinin daha iyi planlanması için bakanlık TİG finansman sistemi kullanmaktadır. Hastanelere ödenek aktaran kuruluşlar için mevcut kaynakların daha uygun bir dağılımı vardır (18).

4.3.13. Hollanda

TİG Sistemine geçiş kararı Sağlık Bakanlığı tarafından 2000 yılında alınmıştır.

Hollanda'da TİG Sistemine geçilmesiyle (18);

- Teşhis Tedavi Birleşimi (Diagnosis Treatment Combination– DBC) verilerinin seçilecek olan tedavinin maliyeti konusunda bir fikir sunmuştur.

Bu maliyetler ve tıbbi içerik açısından personel ve yönetim bilincini arttıracığı beklenmektedir.

- Teşhis Tedavi Birleşimi metodolojisinin başlamasıyla birlikte hastanelerde bilgi ve iletişim teknolojisinde bir artış meydana getirmiştir. Bu artış Elektronik Hasta Kaydının başlamasına teşvik olmuştur.
- Teşhis Tedavi Birleşimi verilerin kıyaslanmasına imkân sunmuştur.

4.2.1.1. Ülkelere Göre TİG Kullanım Amacı

Aşağıda ülkelere göre TİG kullanım amaçları verilmiştir. Amerika eklenerek güncellenmiştir (17).

Tablo 4.2.1.1: Kullanım Amacına Göre Ülkeler (11)

ÜLKE	KULLANIM AMACI	2010 YILINDAKİ ASIL AMAÇLAR
İngiltere	Hasta sınıflandırma	Ödeme
Almanya	Ödeme	Ödeme
Amerika	Bütçeleme, maliyet ve kalite kontrolünü sağlamak	-
Avusturya	Bütçe tahsisi	Bütçe tahsisi ve planlama
Belçika	-	-
Danimarka	-	-
Finlandiya	Hastane faaliyetlerinin tanımlanması ve kıyaslanması	Planlama ve yönetim, kıyaslama, hastane fatura
İtalya	-	
Portekiz	Hastane çıktısının ölçülmesi	Bütçe tahsisi
İspanya	Ödeme	Ödeme kıyaslama
İsveç	Ödeme	Kıyaslama ve performans ölçüm
Hollanda	Ödeme	Ödeme
İsviçre	Ödeme	-

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere Almanya, İspanya, İsveç, Hollanda ve İsviçre gibi ülkelerin TİG kullanım amacı ödeme, Amerika'nın maliyet ve kalite kontrolünü sağlamak, Avusturya'nın bütçe paylaşırma, Finlandiya ve Portekiz'in hastanenin verimliliğin ölçülmesi son olarak da İngiltere'nin hasta sınıflamasıdır.

4.2.1.2. Ülkelere Göre Kullanılan TİG Sistemleri

Aşağıda ülkelere göre kullanılan TİG sistemleri verilmiştir. Belçika eklenerek güncellenmiştir (25).

Tablo 4.2.1.2: TİG Sisteminin Kaynağına Göre Ülkeler (11)

ÜLKE	TİG SİSTEMİNİN KAYNAĞI
İngiltere	EURO-DRG
Almanya	G-DRG
Amerika	CMS-DRG
Avusturya	AR-DRG
Belçika	APR-DRG
Danimarka	DkDRG
Finlandiya	Nord-DRG
İtalya	-
Portekiz	EURO-DRG
İspanya	AP-DRG
İsveç	Nord-DRG
Hollanda	G-DRG
İsviçre	G-DRG

4.2.1.3. Ülkelere Göre TİG Sayısı

Aşağıdaki tabloda ülkelere göre yaklaşık TİG sayısı verilmiştir.

Tablo 4.2.1.3: TİG Sayısına Göre Ülkeler

ÜLKE	TİG SAYISI
İngiltere	1216 (23)
Almanya	1387 (23)
Amerika	745 (15)
Avusturya	982 (24)
Belçika	956 (25)
Danimarka	-
Finlandiya	1020 (19)
İtalya	679 (23)
Portekiz	669 (19)
İspanya	684 (19)
İsveç	773 (23)
Hollanda	-
İsviçre	1052 (23)

Tablo 4.2:TİG Uygulama Takvimi (18)

Ülke	TİG'ler İle İlgili Başlama Karar Tarihi	TİG'lerin Tanıtım Tarihi	TİG'lerin Finansal Kullanım İçin Tanıtım Tarihi	TİG'lerin Uygulama Süreci İçin Son Başvuru
İngiltere	1992	1994	2003	2008
Almanya	2000	2003: Birinci yıl gönüllü bir tanıtım 2004 yılından itibaren tüm hastaneler (psikiyatri hastaneleri ve bölümler hariç) TİG'ler ile hesapların genel çerçevesinde bütçe tarafsızlıklarını ve bireysel temel fiyatları dengelemek	2005 (hastanelerin gelirleri üzerinde ilk etkileri)	2009 Yılından itibaren devlet düzeyinde tek tip taban fiyatları olacaktır.
Amerika	1983	-	-	-
Avusturya	1985 ve 1987 yılları arasında farklı hastane finansman sistemleri test edildi. Avusturya TİG sistemini geliştirme kararını 1987 yılında almıştır.	1989	1997	1997
Belçika	Sağlık Bakanı, Sağlık Bakanlığı ile birlikte Belçika Üniversitesi Hastanesinde 1985 yılında TİG'lerle ilgili deneysel bir kayıt başlamaya karar vermiştir. 1987 Yılında, bu girişim 40 genel hastane için büyütülmüştür.	1990 Yılında Belçika'da TİG kayıtları tüm akut bakım hastaneleri için zorunlu hale getirilmiştir.	1994: Bakanlık 1991'den sonra ilk kez düzeltme hesaplamak için TİG verilerini kullandı.	1994 Yılından 2002 yılına kadar, şimdiki adı "eski finansman" sorumlu olmuştur. Yeni sistemin başında, eski ve yeni sistem arasındaki yazılması gereken yasa 01.07.2005 tarihine kadar tamamlanacaktır.
Danimarka	1995	1996	2000	Zaman kısıtlaması yok.
Finlandiya	1995	1996	İlk hastane bölgeler için 1997	-
İtalya	1992	1995	1995	1997

Ülke	TİG'ler İle İlgili Başlama Karar Tarihi	TİG'lerin Tanıtım Tarihi	TİG'lerin Finansal Kullanım İçin Tanıtım Tarihi	TİG'lerin Uygulama Süreci İçin Son Başvuru
Portekiz	1987	1990	1990	-
İspanya	Katalonya'da 1992-1996 arasında diğer alanlarda kararlar değişiyordu.	Doğrulama araştırması 80'lerin sonlarında gerçekleşti. 90'lı yılların başlarında hastanelerin bir grup performans takibi için kullanmaya başlandı.	Katalonya'da 1996 yılında yeni bir finansman sistemi olarak kabul edildi.	Bu kullanımlar bölgeden bölgeye değişmesine rağmen ortalama 90'lar da sona erdiği kabul edilir.
İsveç	İsveç'te TİG uygulanması ilk Stockholm County başladı. Karar 1991-1992 yıllarında alındı. Batı Bölgesinde 1993 yılında TİG tanıtıldı. Diğer bölgeler 90'lı yılların sonunda TİG kullanmaya başladı.	1992	1992	1992
Hollanda	2000	2004 yılının ikinci yarısında başlayan bir süreç olmakla beraber, 1 Ocak 2005 ve sonrasında sağlık ürünlerine dayalı tam tescil ve ilan ile sonuçlandı.	2005	Henüz belirlenmiş değil.
İsviçre	-	-	İsviçre tüm ülkede 2008 yılına kadar TİG getirmedi.	İsviçre TİG kullanımını 2010 yılına kadar tüm ülkeler için getirdi.

4.4. Ülkemizde TİG Uygulaması

Türkiye’de bilimsel olarak 2014 ve 2015 yıllarında TİG sistemi ile ilgili 2 adet yüksek lisans tezi yazılmıştır. 2014 yılında yazılan tez “*Geri Ödeme Modeli Olan TİG ve Bu Model Üzerinde Sağlık Yöneticilerinin Görüşlerinin Değerlendirilmesi*” ile ilgili anket çalışmasıdır (20). 2015 yılında yazılan tez ise “*Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nde İşlem Maliyetleri, Fatura Bedelleri Ve Teşhis İlişkili Gruplara Dayalı Maliyet Analizi*” ile ilgilidir (26).

4.4.1. Hacettepe Üniversitesi araştırma projesi

Bütçe Uygulama Talimatına (BUT) göre 01.07.2005 tarihinden sonra Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması ICD-10’da belirtilen “Hastalık Sınıf Adı ile Hastalık Kodu”nun faturalarda bulundurulması zorunluluğu getirilmiştir. 25 Mart 2010 tarihine kadar SGK aracılığı ile karşılanan sağlık yardımları BUT ile ödenmiştir.

25 Mart 2010 tarihinde ise aynı amaç için 27532 mükerrer sayılı resmi gazetede sağlık kurumlarına ödeme yapılabilmesi için yeni bir bütçe talimatı yayınlanmıştır. Bu talimata Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) adı verilmiştir. Hastanede yapılan her işlemin SGK tarafından belirlenen bir fiyatı vardır. Uygulanan işlemin fiyatı ile söz konusu işlemin hastaneler tarafından döner sermaye uygulamasında kullanılan performans puanı arasında pozitif bir korelasyon vardır. SUT’ta fiyatı olan bazı işlemlere performans puanı verilmezken, fiyatı tanımlanmayan bazı uygulamalara ise ekstra performans puanı verilmiştir (27).

Yatan hastalara yönelik bir ödeme yöntemi olan TİG konusunda 2005 yılında başlayan bir proje ile ülkemizde ilk çalışmalar başlamıştır. Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi (HÜAP) olarak “Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi” adında bir proje 2005-2009 yılları arasında, yani TİG’in kullanıma geçirilmesinden çok daha önce Sağlık Bakanlığı, SGK ve Hacettepe Üniversitesi işbirliği ile

yapılmıştır. HÜAP kapsamında 8 hastanede klinik verilerin kodlanması ve toplanması, klinik verilerin TİG'ler altında gruplanması, mevcut her TİG için maliyet ve kaynak tüketimi verilerinin modellenmesi ile eğitim ve yaygınlaştırma faaliyetleri yürütülmüştür. Projenin 2. aşamasında, ilave olarak 40 hastane daha TİG çalışmaları kapsamına dâhil edilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından HÜAP kapsamında daha önce TİG çalışmalarına katılan hastaneler arasından seçilen 15 hastanede pilot uygulamaya geçilmiştir (28). Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılındaki çalışmalar Teşhis İlişkili Gruplar Şube Müdürlüğü altında yürütülmüştür. Daha sonra 2012 yılında, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı kurularak çalışmalara devam edilmiştir. Türkiye'deki TİG çalışmalarında Avustralya modeli örnek alınmıştır. Yanı sınıflaması olarak ICD10-AM (International Classification of Diseases, Australian Modification) 4. Güncellemesi ve TİG algoritması olarak da AR DRG (Australian Refined Diagnosis Related Groups: Grupları tayin eden algoritma) 5.1 versiyonu kullanılmıştır. Nisan 2014 tarihi itibari ile ICD-10 AM (7.0) ve AR-DRG (6.0) versiyonlarının lisans alımı gerçekleştirilmiştir (8).

2004-2006 (HÜAP)	7 Hastane
2006-2008 (HÜAP)	48 Hastane
2009 SB	50 Hastane
2010	260 Hastane
2011	550 Hastane
2012	TİG Daire Başkanlığı
2013-2014	523 Hastane

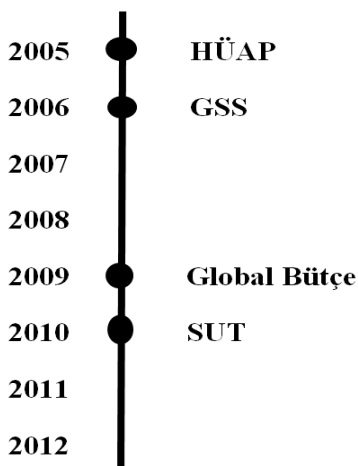
Şekil 4.3:Sağlık Bakanlığı TİG Çalışmaları Süreci [2]

Yatan hastaların teşhisi ve işlemleri için TİG veri sistemine klinik kodları yapılarak kayıt altına alınmaktadır. Bu sisteme ek olarak gününbirlik ve ayaktan hasta verilerinin de toplandığı ve tüm sağlık hizmetlerini kapsayan bütüncül bir yapı oluşturulmuştur. TİG' e dayalı ödeme sistemine ek olarak, polikliniklere ayaktan

yapılan başvurular Branş Bazlı Ayaktan Gruplar (BBAG) ile günübirlik ve bir tedavi planı doğrultusunda tedavisi gerçekleştirilen başvurular ise İşlem Bazlı Ayaktan Gruplar (İBAG) ile toplanmaktadır (8).

4.4.2. Genel sağlık sigortası

2006 Yılında çıkartılan 5510 sayılı sosyal sigortalar kanunu ile tüm bireyler (ayrıca özel sağlık sigorta poliçesi olsa dahi) sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmıştır. Dolayısıyla açık ara en büyük ve en kapsamlı ödeme kurumu SGK'dır. SGK, deme modeli olarak hizmet başı ve paket fiyat ödeme modelini kullanmakta ve bunun için SUT esas alınmaktadır. Ancak buradaki paket fiyat ödeme modeli taburcu veri setini esas alan TİG'den farklı olarak, bazı hizmetleri (zellikle cerrahi hizmetleri) işlem koduna göre değil, hizmetin paket koduna göre provizyonu esas almaktadır. Dolayısıyla paket bazlı bir bildirim yapılırsa da paket başı ödeme yapıldığı için neticede hizmet başı ödeme modeli ile benzer bir mantıkla çalışmaktadır. SGK, bu ödeme modelinin yönetilmesinde Medikal Ulak (MEDULA) adı verilen elektronik provizyon sistemi ile her ödeme talebinin SUT ile uyumluluğu online olarak kontrol etmekte ve dönem sonlarında yapılan ek kontroller sonrasında sağlık hizmet sunucusuna yapılacak ödeme tutarını belirlemektedir. 2009 Yılına kadar, devlet hastanelerine MEDULA'daki veriler esas alınarak SGK tarafından ödeme yapılmıştır (29).



şekil 4.4.2.1: TİG Uygulaması Kronolojisi

4.4.3. Global bütçe ve Sağlık Bakanlığı TİG uygulaması

2009 Yılında 5510 sayılı kanunla Sosyal Güvenlik Kurumu ile Sağlık Bakanlığı arasında "götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesi" imzalanarak Global Bütçeleme uygulamasına geçilmiştir. Devlet hastanelerinin sağlık hizmetleri karşılığında alacağı ödemeler, SGK yerine Sağlık Bakanlığı bütçesine aktarılmıştır. Bu sayede Sağlık Bakanlığı, kendisine bağlı hastanelerin hem yaptıkları hizmetleri; hem de yatırım faaliyetlerini de dikkate alarak ödeme yapma imkânı bulmuştur. Ancak o tarihlerde hangi hastaneye ne kadar ödeme yapılacağı konusunda eldeki tek araç, hizmet başı ödeme modeli uygulayan MEDULA idi. Ancak Sağlık Bakanlığı buna ek olarak TİG uygulamasını da hayata geçirmeye karar vermiştir. Tükel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, Sağlık Bakanlığı'nın bu kararının gerekçeleri arasında, hem daha esnek ve kolay yönetilebilir bir yöntem olması; hem de yılsonu bütçe hedeflerini tutturmak adına yapılacak kesintileri daha adil bir şekilde yansıtması gösterilmiştir (29).

4.4.4. Özel sağlık sigortası:

Özel Sağlık Sigortası, sigortalanan kişinin hastalıklar ve kazalar sonucu oluşacak sağlık giderlerinin karşılanması için hazırlanmış kişiye özel plandır (30). Ülkemizde 1980 yılının başından itibaren özel sağlık sigortasına olan talep atmıştır. Özel sağlık sigortası 1999 ve 2000 yıllarında durağan bir döneme girmiştir. Bu durağanlığın ortadan kaldırılması ve özel sağlık sigortasının teşvik edilmesi için özel sağlık sigortalılarından alınan Banka ve Sigorta Muamele Vergisi 4697 sayılı Kanun ile 07.10.2001 tarihinde yürürlükten kaldırılmıştır. Böylelikle sigortalılar tarafından özel sağlık sigortaları için ödenen prim %5 azalmıştır. Ülkemizde de 1997 ve 2002 yılları arasında özel sağlık sigortalı kişi sayısında artış olmuştur (31). 2015 Yılı verilerine göre Türkiye'de 912.792 kadar kayıtlı özel sağlık sigortasına sahip kişi bulunmaktadır (32). Özel sağlık sigorta sektörü, provizyon esaslı ve hizmet başı ödeme modeline dayalı olarak yürütülmektedir. Fiyatlandırma için ise, ulusal çapta kullanımı olan tarifeler (Türk Tabipler Birliğinin hizmet tarifesi, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), vb.) ile özel hastanelerin kendi cari işlem listeleri referans alınmaktadır. Özel sağlık sigorta sektörü, her bir işlem öncesi provizyon

alınmasını esas kabul ettiği için, TİG gibi taburcu sonrası oluşan veri seti üzerinden işleyen bir ödeme modelini şimdye kadar uygulamaya geçirmemiştir.

5. MATERİYAL VE METOT

Amaç bölümünde belirtildiği üzere çalışmanın iki amacı söz konusudur. Birinci amaç, 4. Bölümdeki başlıklarda ele alınmış ve TİG'in Dünyadaki ve ülkemizdeki uygulamaları detaylı şekilde incelenmiştir. Çalışmamızın ikinci amacı ise, 2005 yılından itibaren ülkemizde uygulanmakta olan TİG uygulamasının, hastane yöneticileri tarafından nasıl algılandığını ölçmektir. Bu bölümde, bu amaca dair yapılan çalışmalar ele alınmaktadır.

5.1 Çalışma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans tez çalışması olarak planlanıp, yürütülen kesitsel ve tanımlayıcı tipteki bu çalışma için Etik Kurul Onayı 21.12.2016 tarihinde alınmıştır.

Çalışma 15.02.2017 – 01.04.2017 tarihleri arasında İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı tüm hastanelerde, hastane yöneticilerinin TİG geri ödeme sistemi hakkında görüşlerini anket aracılığı ile elde ederek yapılmıştır.

Bu çerçevede aşağıda verilen 10 hastanedeki 72 hastane yöneticisi anketi cevaplamıştır.

- Devlet Hastanesi
 - Beykoz Devlet Hastanesi
 - Üsküdar Devlet Hastanesi
 - Validebağ Hastanesi
 - Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi
- Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Üniversite Hastanesi
 - Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Siyami Ersek Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

5.2. Verilerin Toplanması

Anket formu düzenlemesi yapılırken Zekiye ERSOY'un "Geri Ödeme Modeli Olan Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) ve Bu Model Üzerinde Sağlık Yöneticilerinin Görüşlerinin Değerlendirilmesi" isimli yüksek lisans tezindeki anket çalışmasından yararlanılmıştır (20). Zekiye Ersoy'un onayı alınarak anket soruları oluşturulmuştur (EK 10.3). Anket formu yüz yüze konuşma tekniği ile araştırmacı tarafından uygulandı. Veri toplamak için hazırlanan anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde toplam 72 hastane yöneticisine yaş, cinsiyet, görev unvanı, çalışma süresi ve TİG sistemi hakkında bilgilendirme eğitimi alıp alınmadığına dair sorular soruldu. İkinci bölümde ise hastane yöneticilerinin TİG Sistemini Geri Ödeme, Klinik Faaliyetler, Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi açısından değerlendirmeleri istendi. Bu beş başlık altında yöneticilerin TİG sistemi ile ilgili beklentilerini ölçmek için yöneticilerin bu ifadelerle katılım derecelerine göre 5'li likert sistemi kullanıldı. Deneklere yöneltilen ifadeler için alınan cevaplarda "1" katılmıyorum, "2" biraz katılıyorum, "3" orta düzeyde katılıyorum, "4" katılıyorum, "5" tamamen katılıyorum anlamına gelmektedir.

5.3. Hipotezler

Hipotez 1: TİG Ödeme Modeli 'ne ilişkin değerlendirmelerle hastane yöneticilerinin görev aldıkları hastane türü ile arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 2: TİG Ödeme Modeli 'ne ilişkin değerlendirmelerle hastane yöneticilerinin görev unvanı arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 3: TİG Ödeme Modeli 'ne ilişkin değerlendirmelerle hastane yöneticilerinin görevde çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Hipotez 4: TİG Ödeme Modeli 'ne ilişkin değerlendirmelerle hastane yöneticilerinin TİG ile ilgili bilgilendirme toplantısına katılıp katılmama durumları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

5.4. Verilerin Güvenirliği

Güvenilirlik, daha önceden belirlenmiş bir ölçek türüne göre hazırlanmış ankete verilen yanıtların tutarlılığını ölçmektedir.

Cronbach's Alpha katsayı değerleri aşağıdaki şekildedir (33).

$0.00 < a < 0.40$ ise ölçek güvenilir değil,

$0.40 < a < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirlikte,

$0.60 < a < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir,

$0.80 < a < 1.00$ ise ölçek yüksek güvenilirlikte bir ölçektir anlamına gelmektedir.

Yapılan araştırma kapsamında anketin güvenirligi 0,790 - 0,947 çıkmıştır. Ek 10.2'de görebilirsiniz.

5.5. Verilerin Analizi

Veri toplama işlemi 15.02.2017 – 01.04.2017 tarihleri arasında yapıldı. Hastane yöneticilerinden toplanan veriler SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edildi.

Uygulanan anket formunda niteliksel veriler, sayı (n) ve yüzde (%) olarak değerlendirildi. İki grup karşılaştırmasında gruba ait ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı ile ilgili hipotezleri test etmek için ANOVA Testi ve Bağımsız Örneklem T Testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Kruskal Wallis testi ve sonrası ikili karşılaştırmalarında Mann-Whitney-U testi kullanılarak yapıldı. İstatistiksel karşılaştırmalarda $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

6. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan yöneticilerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 6.1’de gösterilmektedir.

Tablo 6.1: Hastane Yöneticilerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Cinsiyeti	n	%
Kadın	36	50,0
Erkek	36	50,0
Toplam	72	100,0
Yaşı	n	%
30-35 Yaş	18	25,0
36-40 Yaş	24	33,3
41-45 Yaş	14	19,4
46-50 Yaş	8	11,1
50 ve Üzeri Yaş	8	11,1
Toplam	72	100,0
Çalışılan Hastanenin Türü	n	%
Devlet Hastanesi	20	27,8
Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	46	63,9
Üniversite Hastanesi	6	8,3
Toplam	72	100,0
Görev Unvanı	n	%
Başhekim ve Başhekim Yardımcısı	22	30,6
Hastane Müdürü	10	13,9
Hastane Müdür Yardımcısı	29	40,3
Birim Sorumlusu	11	15,3
Toplam	72	100,0
Sektörde Çalışma Süresi	n	%
1-10 Yıl	11	15,3
11-20 Yıl	39	52,2
21-30 Yıl	17	23,6
31-40 Yıl	5	6,9
Toplam	72	100,0

Tablo 6.1’de anket araştırmasına katılan hastane yöneticilerin sosyo-demografik özellikleri verildi. Görüldüğü üzere araştırma kapsamına katılan yöneticilerimizin %50’si kadın, %50’si erkektir. Araştırma kapsamındaki yöneticilerimizin %33,3’ü 36-40 yaş aralığındadır. Çalışmamıza katılan yöneticilerimizin %63,9’u Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmaktadır. Ankete katılan yöneticilerin hastanedeki

görevleri incelendiğinde, %40,3'ü hastane müdür yardımcısı olarak çalışmaktadır. Yöneticilerin buldukları sektörde çalışma sürelerine göre ise en büyük katılımcı grubunun %52,2 ile 11-20 yıl arasında çalışanlar olduğu görülmektedir.

Tablo 6.2: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Geri Ödeme Sistemi İle İlgili Bilgilendirme Toplantısına Katılmasına/ Eğitim Almasına Göre ve Bilgilendirme Toplantısına Katılmayan/Eğitim Almayanların Toplantıya veya Eğitime İhtiyaç Duyup Duymamasına Göre Dağılımı

Toplantıya Katılma/Eğitim Alma Durumu	n	%
Toplantıya Katılan/Eğitim Alan	31	43,1
Toplantıya Katılmayan/Eğitim Almayan	41	56,9
Toplam	72	100,0
Toplantıya Katılmayan/Eğitim Almayanların Eğitim - Toplantı İhtiyacı		
İhtiyaç Duyan	30	73,0
İhtiyaç Duymayan	11	27,0
Toplam	41	100,0

Çalışmaya katılan 72 hastane yöneticisinin %43,1'i TİG Geri Ödeme Sistemi ile ilgili bilgilendirme toplantısına/eğitimine katıldığı görülmektedir. TİG Geri Ödeme Sistemi ile ilgili bilgilendirme toplantısına/eğitimine katılmayan 41(%56,9) yöneticiden 30'u (%73,0) konuyla ilgili bilgilendirme toplantısına/eğitimine ihtiyaç duyarken 11 yöneticinin konuyla ilgili bilgilendirme toplantısına/eğitimine ihtiyaç duymadığı görülmektedir.

Tablo 6.3: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Geri Ödeme Sistemi İle İlgili Bilgilendirme Toplantısına Katılmasına/ Eğitim Alması Durumunun Görev Unvanlarına Göre Dağılımı

	TİG Geri Ödeme Sistemi ile ilgili bilgilendirme toplantısına katıldınız mı veya bu konuya ilişkin eğitim aldınız mı?								Toplam	
	Başhekim ve Başhekim Yrd.		Hastane Md.		Hastane Md. Yrd.		Birim Sorumlusu			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Katıldım/ Aldım	10	32,3	5	16,1	7	22,6	9	29,0	31	100
Katılmadım/ Almadım	12	29,3	5	12,2	22	53,7	2	4,9	41	100
Toplam	22	30,6	10	13,9	29	40,3	11	15,3	72	100

Ankete katılan hastane yöneticilerini TİG geri ödeme sistemi ile ilgili bilgilendirme toplantısına katılan veya katılmayan yöneticilerin unvanlarına göre incelediğimizde başhekim/başhekim yardımcılarının ve hastane müdür yardımcılarının çoğunun bilgilendirme toplantısına katılmadığını görmekteyiz. Bunun nedeni her hastanede TİG biriminden sorumlu bir başhekimin ve hastane müdür yardımcısının olduğu görülmektedir.

Tablo 6.4: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Geri Ödeme Sistemi İle İlgili Bilgilendirme Toplantısına Katılmasına/ Eğitim Alması Durumunun Hastane Türüne Göre Dağılımı

	TİG Geri Ödeme Sistemi ile ilgili bilgilendirme toplantısına katıldınız mı veya bu konuya ilişkin eğitim aldınız mı?						Toplam	
	Devlet Hastanesi		Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Üniversite Hastanesi			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Katıldım/ Aldım	10	13,9	18	25,0	3	4,2	31	43,1
Katılmadım/ Almadım	10	13,9	28	38,9	3	4,2	41	56,9
Toplam	20	27,8	46	63,9	6	8,4	72	100

Ankete katılan hastane yöneticilerini TİG geri ödeme sistemi ile ilgili bilgilendirme toplantısına katılan veya katılmayan yöneticilerin hastane türüne göre değerlendirdiğimizde Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hastane

yöneticilerinin eğitime ve toplantıya katılan arasında %25 ile büyük bir grubu oluşturmaktadır.

Tablo 6.5: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Geri Ödeme Sistemi İle İlgili Bilgilendirme Toplantısına Katılmasına/ Eğitim Alması Durumunun Sektörde Çalışma Süresine Göre Dağılımı

	TİG Geri Ödeme Sistemi ile ilgili bilgilendirme toplantısına katıldınız mı veya bu konuya ilişkin eğitim aldınız mı?								Toplam	
	1-10 Yıl		11-20 Yıl		21-30 Yıl		31-40 Yıl			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Katıldım/ Aldım	4	5,6	17	23,6	8	11	2	2,8	31	43
Katılmadım/ Almadım	7	9,7	22	30,6	9	12,5	3	4,2	41	57
Toplam	11	15,3	39	54,2	17	23,5	5	7	72	100

Ankete katılan hastane yöneticilerinin TİG geri ödeme sistemi ile ilgili bilgilendirme toplantısına katılan veya katılmayan yöneticilerin çalışma süresine göre değerlendirdiğimizde eğitime ve toplantıya katılanlar arasında %47,1 ile çoğunun 21-30 yıl arasında çalışan yöneticiler olduğu görülmektedir.

Tablo 6.6: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sisteminin Geri Ödeme Açısından Değerlendirilmesi

TİG Sisteminin Geri Ödeme Açısından Değerlendirilmesi	Katılmıyorum		Biraz Katılıyorum		Orta Düzeyde Katılıyorum		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	TİG'e dayalı ödeme sistemi, geleneksel hastane geri ödeme metotlarındaki sorunları çözecektir.	1	1,4	4	5,6	25	34,7	29	40,3	13	18,1	72
TİG sistemi hizmet sunuculara yaptıkları işe göre adil bir şekilde geri ödemede bulunmaktadır.	2	2,8	7	9,7	17	23,6	28	38,9	18	25,0	72	100,0
TİG'e dayalı geri ödeme sistemi, sağlık hizmet sunucularının gereksiz hizmet sunumlarını engellemeyi amaçlamaktadır.	3	4,2	6	8,3	19	26,4	27	37,5	17	23,6	72	100,0
TİG'e dayalı geri ödeme sistemi diğer ödeme yöntemlerine göre daha esnek bir yapıya sahiptir.	9	12,5	9	12,5	22	30,6	23	31,9	9	12,5	72	100,0
TİG geri ödeme sisteminin denetim mekanizması diğer ödeme yöntemlerine göre daha sağlamdır.	0	0	8	11,1	24	33,3	21	29,2	19	26,4	72	100,0
Kompleks hastalıkların tedavisi için daha fazla ödeme yapılacağından bu tür hastalıkların tedavi edilmesini teşvik edecektir.	1	1,4	4	5,6	9	12,5	30	41,7	28	38,9	72	100,0
Mevcut kaynakların hastaneler arasında eşit bir şekilde dağıtılmasını sağlayacaktır.	4	5,6	9	12,5	21	29,2	18	25,0	20	27,8	72	100,0
Hizmet sunuculara masraflarını geri ödemekten ziyade ürettikleri ürün için ödeme yapmak çok daha iyidir.	3	4,2	5	6,9	11	15,3	33	45,8	20	27,8	72	100,0

Ankete katılan hastane yöneticilerinin *“TİG’e dayalı ödeme sistemi geleneksel hastane geri ödeme metotlarındaki sorunları çözecektir”* sorusuna katılanlar ve tamamen katılanlar toplamda 42 yöneticiyle %58,4 oranındadır. Buradan anlaşıldığı üzere TİG geri ödeme modelinde var olan sorunların çözüleceği düşünülmektedir. *“TİG sistemi hizmet sunuculara yaptıkları işe göre adil bir şekilde geri ödemede bulunmaktadır”* sorusuna katılanlar ve tamamen katılanlar toplamda 46 yöneticiyle %63,9 oranındadır. *“TİG’e dayalı geri ödeme sistemi, sağlık hizmet sunucularının gereksiz hizmet sunumlarının engellemeyi amaçlamaktadır”* sorusuna baktığımızda katılanlar ve tamamen katılanlar toplamda 44 yöneticiyle %61,1 oranındadır. Bu sonuçtan anlaşıldığı üzere yöneticilerin çoğunun geri ödemeyle gereksiz işlemlerin önüne geçildiğini düşünmektedir. *“TİG’e dayalı geri ödeme sistemi diğer ödeme yöntemlerine göre daha esnek bir yapıya sahiptir”* ve *“Mevcut kaynakların hastaneler arasında eşit bir şekilde dağıtılmasını sağlayacaktır”* ifadesine katılmayanlar ve biraz katılanlar toplamda sırasıyla 18 (%25) ve 13 (%18,1) yöneticiyken bu ifadeye katılanlar ve tamamen katılanlar toplamda sırasıyla 32 (%44,4) ve 38 (%52,8) yöneticidir. *“TİG geri ödeme sisteminin denetim mekanizması diğer ödeme yöntemlerine göre daha sağlamdır”* sorusuna bakıldığında katılmayanlar ve biraz katılanlar toplamda 8 (%11,1) yöneticiyken bu ifadeye katılanlar ve tamamen katılanlar toplamda 40 yöneticiyle %55,6 oranındadır. *“Kompleks hastalıkların tedavisi için daha fazla ödeme yapılacağından bu tür hastalıkların tedavi edilmesini teşvik edecektir”*, *“Hizmet sunuculara masraflarını geri ödemekten ziyade ürettikleri ürün için ödeme yapmak çok daha iyidir”* ifadelerini incelediğimizde katılanlar ve tamamen katılanlar sırasıyla toplamda 58(%80,6) ve 53 (%73,6) yöneticiyle en büyük grubu oluşturmaktadır.

Tablo 6.7: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Tıbbi Kodlama Açısından Değerlendirmesi

TİG Sisteminin Tıbbi Kodlama Açısından Değerlendirilmesi	Katılmıyorum		Biraz Katılıyorum		Orta Düzeyde Katılıyorum		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bu sistemin uygulanmasıyla birlikte bilimsel bir hastalık kodlama ve sınıflandırma kültürü gelişmektedir.	2	2,8	4	5,6	6	8,3	29	40,3	31	43,1	72	100,0
Hastanelerde sınıflandırma ve kodlama sistemleri konusunda yetişmiş insan gücü her geçen gün artmaktadır.	1	1,4	8	11,1	19	26,4	25	34,7	19	26,4	72	100,0
Tıbbi kayıtların kalitesinde önemli bir iyileştirme sağlanacaktır.	4	5,6	4	5,6	10	13,9	27	37,5	27	37,5	72	100,0
Hizmet sunucuların gelirini artırma isteği ile hastanın sahip olduğundan çok daha karmaşık bir tanıyı koymasına neden olabilir.	8	11,1	9	12,5	25	34,7	16	22,2	14	19,4	72	100,0
Kodlama verilerine dayalı olarak detaylı veri analizlerine ulaşılabilecektir.	3	4,2	4	5,6	11	15,3	26	36,1	28	38,9	72	100,0
Ülkenin hastalık haritalarının çıkarılmasını sağlayacaktır.	3	4,2	3	4,2	7	9,7	25	34,7	34	47,2	72	100,0

Ankete katılan hastane yöneticilerinin “*Bu sistemin uygulanmasıyla birlikte bilimsel bir hastalık kodlama ve sınıflandırma kültürü gelişmektedir*” ifadesine katılanlar ve tamamen katılanlar toplamda 60 yönetici %83,4 oranı ile büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Yöneticilerimizin çoğu tıbbi kodlamayla ilgili düzenlemelerden sonra bilimsel bir hastalık kodlama sisteminin gelişeceğini

düşünmektedir. *“Hastanelerde sınıflandırma ve kodlama sistemleri konusunda yetişmiş insan gücü her geçen gün artmaktadır”* ifadesine katılanlar ve tamamen katılanlar toplamda 44 yöneticiyle %61,1 oranındadır. Ayrıca 19 yönetici de bu ifadeye orta düzeyde katıldığını belirtmiştir. *“Tıbbi kayıtların kalitesinde önemli bir iyileştirme sağlanacaktır”* ifadesine katılanlar ve tamamen katılanlar toplamda 54 yönetici %75 oranı ile büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. *“Hizmet sunucuların gelirini artırma isteği ile hastanın sahip olduğundan çok daha karmaşık bir tanıyı koymasına neden olabilir”* ifadesine katılanlar ve tamamen katılanların toplamda 30 yöneticiyle %41,6 oranındadır. *“Kodlama verilerine dayalı olarak detaylı veri analizlerine ulaşılabilecektir”* ve *“Ülkenin hastalık haritalarının çıkarılmasını sağlayacaktır”* ifadelerine katılan ve tamamen katılanların toplamda sırasıyla 54 (%75) ve 59 (%81,9) yöneticiyle büyük çoğunluğu oluşturduğunu görmekteyiz.

Tablo 6.8: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Sağlık Politikaları ve Yönetmelik Kararları Açısından Değerlendirmesi

TİG Sisteminin Sağlık Politikaları ve Yönetmelik Kararları Açısından Değerlendirilmesi	Katılmıyorum		Biraz Katılıyorum		Orta Düzeyde Katılıyorum		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ülke düzeyinde sağlık politikalarının geliştirilmesine, geri ödeme sistemlerinin kurulmasına ve izlenmesine olanak sağlayacaktır.	0	0	7	9,7	15	20,8	26	36,1	24	33,3	72	100,0
Hastaneler için yönetim kararlarında kullanılabilir gerçek maliyet verileri oluşmaya başlayacaktır.	1	1,4	10	13,9	13	18,1	25	34,7	23	31,9	72	100,0
Aynı koşulları taşıyan sağlık kurumlarının izlenmesi ve birbirleri arasındaki farklılıkların belirlenmesi mümkün olabilecektir.	0	0	9	12,5	13	18,1	22	30,6	28	38,9	72	100,0
Ülke sağlık harcamalarının dengeli dağıtımına olanak sağlayacaktır.	5	6,9	9	12,5	21	29,2	19	26,4	18	25,0	72	100,0
Sağlık yatırımlarının daha bilinçli ve reel yapılmasını sağlayacaktır.	6	8,3	8	11,1	17	23,6	23	31,9	18	25,0	72	100,0
Ülkeler arası sağlık gelişmişlik düzeyinin kıyaslanmasına yardım edecektir.	5	6,9	5	6,9	18	25,0	27	37,5	17	23,6	72	100,0
Bu sistem gelecek yıllar için planlama yapma imkânını bilimsel tabanlı olarak sunmaktadır.	1	1,4	6	8,3	15	20,8	26	36,1	24	33,3	72	100,0

Ankete katılan hastane yöneticilerinin “TİG Sisteminin Sağlık Politikaları ve Yönetmelik Kararları Açısından Değerlendirilmesi” ifadelerine baktığımızda katılanlar ve tamamen katılanların en az 36 (%50), en fazla 51 (%70,8) yönetici olduğunu

görmekteyiz. Yöneticilerin çoğunluğunun TİG sisteminin sağlık politikalarının geliştirileceğini, sağlık harcamalarında dengeli dağıtım olacağını, sağlık yatırımlarının daha bilinçli yapılacağını, ülkeler arası kıyaslamaya imkân sağlayacağını, gelecek yıl planlamaları için bilimsel imkân sunacağını düşündüklerini görmekteyiz.

Tablo 6.9: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirmesi

TİG Sisteminin Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesi	Katılmıyorum		Biraz Katılıyorum		Orta Düzeyde Katılıyorum		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bakım yöntemlerinin ve sonuçlarının geliştirilmesini sağlamaktadır.	3	4,2	5	6,9	22	30,6	28	38,9	14	19,4	72	100,0
Hizmet bakım kalitesini yükseltmektedir.	7	9,7	9	12,5	25	34,7	20	27,8	11	15,3	72	100,0
Ortalama hastanede yatış sürelerinde azalma olacaktır.	5	6,9	18	25,0	22	30,6	15	20,8	12	16,7	72	100,0
Bekleme sürelerini kısaltmaktadır.	8	11,1	20	27,8	19	26,4	16	22,2	9	12,5	72	100,0
Klinik faaliyetlerin ölçülmesini sağlamaktadır.	3	4,2	3	4,2	19	26,4	26	36,1	21	29,2	72	100,0
Hekimler arası karşılaştırma yapılabilmektedir.	5	6,9	3	4,2	18	25,0	21	29,2	25	34,7	72	100,0
TİG uygulaması doktorlara farklı karar verme konusunda baskı yapmaktadır.	11	15,3	10	13,9	27	37,5	9	12,5	15	20,8	72	100,0

Ankete katılan hastane yöneticilerinin “Bakım yöntemlerinin ve sonuçlarının geliştirilmesini sağlamaktadır” sorusuna katılanlar ve tamamen katılanlar toplamda 42 yöneticiyle %58,3 oranındadır. 22 Hastane yöneticisi ise bu soruya orta

düzye de katıldığını belirtmiştir. *“Hizmet bakım kalitesini yükseltmektedir”* sorusuna katılanlar ve tamamen katılanlar toplamda 31 (%43,1) yöneticiyken , orta düzeyde katılan yönetici sayısı 25 (%34,7)’tir. *“Ortalama hastanede yatış sürelerinde azalma olacaktır”*, *“Bekleme sürelerini kısaltmaktadır”* ifadelerini incelediğimizde katılanlar ve tamamen katılanlar toplamda sırasıyla 27 (%37,5) ve 25 (%34,7) yöneticidir. Sırasıyla 22 (%30,6) ve 19 (26,4) yönetici ise bu sorulara orta düzeyde katıldığını belirtmiştir. Bu sonuçlardan anlaşıldığı üzere yöneticilerin büyük bir kısmının TİG sisteminin hastanede yatış süreleri ve bekleme süresi konusunda katılım oranının düşük olduğu görülmektedir. *“Klinik faaliyetlerin ölçülmesini sağlamaktadır”* ve *“Hekimler arası karşılaştırma yapılabilmektedir”* sorularına baktığımızda katılanlar ve tamamen katılanlar toplamda sırayla 47 (%65,3)ve 46 (%63,9) yöneticiyle büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Sırasıyla 19 (%26,4) ve 18 (%25,0) yönetici ise bu sorulara orta düzeyde katıldığını belirtmiştir. *“TİG uygulaması doktorlara farklı karar verme konusunda baskı yapmaktadır”* sorusuna baktığımızda katılanlar ve tamamen katılanlar toplamda 24 (%33,3) yöneticidir. 27 (%37,5) Yönetici ise bu soruya orta düzeyde katıldığını belirtmiştir.

Tablo 6.10: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirmesi

TİG Sisteminin Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi	Katılmıyorum		Biraz Katılmıyorum		Orta Düzeyde Katılmıyorum		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TİG sisteminin tam olarak uygulanmasıyla birlikte hastane içi maliyetler izlenebilmektedir.	2	2,8	11	15,3	15	20,8	26	36,1	18	25,0	72	100,0
Hastanelerin klinik ve finansal kararlarının verilmesinde kullanılabilirliktedir.	0	0	8	11,1	18	25,0	23	31,9	23	31,9	72	100,0
Hastane performansının izlenmesinde yardımcı olmaktadır.	1	1,4	8	11,1	12	16,7	25	34,7	26	36,1	72	100,0
Hastane, bölüm, hekim düzeyinde etkin bir yönetim aracıdır.	1	1,4	10	13,9	16	22,2	26	36,1	19	26,4	72	100,0
Sağlık bakım maliyetlerinin kontrol altına alınmasını böylece sağlık kurumlarının verimli bir şekilde yönetilmesini sağlamaktadır.	2	2,8	10	13,9	14	19,4	26	36,1	20	27,8	72	100,0
Kaynak kullanımının değerlendirilmesini sağlamaktadır.	2	2,8	14	19,4	14	19,4	28	38,9	14	19,4	72	100,0
Bu sistem yönetsel ve uygulama olarak oldukça karmaşık ve zordur.	12	16,7	20	27,8	16	22,2	16	22,2	8	11,1	72	100,0

Ankete katılan hastane yöneticilerinin “TİG Sisteminin Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi” ifadelerine baktığımızda katılanlar ve tamamen katılanların en az 24 (%33,3), en fazla 54 (%75) yönetici olduğunu görmekteyiz. Bu sistem ile ilgili farklı ülke örnekleri incelendiğinde hastane maliyetleri kontrol

ederek maliyetlerin düşürdüğünü, verimi arttırdığını ve böylelikle hastane performansının izlendiğini görmekteyiz. Hastane yöneticilerinin de vermiş oldukları cevaplarla farklı ülke örnekleri desteklenmektedir. Ayrıca *“Bu sistem yönetsel ve uygulama olarak oldukça karmaşık ve zordur”* ifadesine katılanların ve tamamen katılanlar toplamda 24 yönetici olduğunu görmekteyiz. Yöneticilerin çoğu sistemin yönetsel ve uygulamada zor olduğunu düşünmektedir.



Tablo 6.11: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Geri Ödeme ve Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesi İfadelerine Katılım Derecelerinin Hastane Türüne Göre Değerlendirmesi

	Hastane Türü	n	Ortalama (X)	Standart Sapma	F	P
TİG Sisteminin Geri Ödeme Açısından Değerlendirilmesi	Devlet Hastanesi	20	31,20	4,420	1,208	0,305
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	46	28,89	6,019		
	Üniversite Hastanesi	6	29,00	5,932		
	Toplam	72	29,54	5,634		
TİG Sisteminin Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesi	Devlet Hastanesi	20	25,25	6,858	1,580	0,213
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	46	22,78	5,936		
	Üniversite Hastanesi	6	26,00	4,604		
	Toplam	72	23,73	6,171		

Yukarıdaki tablo TİG Sisteminin Geri Ödeme ve Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesi ifadelerine katılım derecelerinin hastane türüne göre değerlendirmesini göstermektedir. Hastane yöneticilerinin TİG Sisteminin Geri Ödeme Açısından Değerlendirilmesini hastane türüne göre karşılaştırıldığında en yüksek ortalamanın Devlet Hastanesinde çalışan yöneticilere ($X=31,20$) ait olduğunu görülmektedir. Bunu Üniversite Hastanesinde çalışan hastane yöneticileri ($X=29,00$) izlemekte ve en düşük ortalama ise Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hastane yöneticilerinde ($X=28,89$) görülmektedir. TİG Sisteminin Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesini hastane türüne göre karşılaştırıldığında en yüksek ortalamanın Üniversite Hastanesinde çalışan yöneticilere ($X=26,00$) ait olduğunu görülmektedir. Bunu Devlet Hastanesinde çalışan hastane yöneticileri ($X=25,25$) izlemekte ve en düşük ortalama ise Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hastane yöneticilerinde ($X=22,78$) görülmektedir. Hastane türlerine göre katılım dereceleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını görmek amacıyla

Parametrik Testlerden olan AVOVA TESTİ uygulanmıştır. Burada Geri Ödeme ve Klinik Faaliyetler açısından değerlendirilmesine baktığımızda p değerleri (0,305-0,213) 0,05'ten büyüktür. Bu yüzden gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 6.12: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi İfadelerine Katılım Derecelerinin Hastane Türüne Göre Değerlendirmesi

	Hastane Türü	n	Ortalama Sıralaması	KW	p
TİG Tıbbi Kodlama Açısından Değerlendirilmesi	Devlet Hastanesi	20	41,70	7,301	0,026
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	46	31,61		
	Üniversite Hastanesi	6	53,60		
TİG Sisteminin Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar Açısından Değerlendirilmesi	Devlet Hastanesi	20	45,53	10,269	0,006
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	46	30,67		
	Üniversite Hastanesi	6	51,08		
TİG Sisteminin Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi	Devlet Hastanesi	20	42,43	3,407	0,182
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	46	33,09		
	Üniversite Hastanesi	6	42,92		

Yukarıdaki tablo TİG Sisteminin Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ifadelerine katılım derecelerinin hastane türüne göre değerlendirmesini göstermektedir. Hastane türlerine göre katılım dereceleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını görmek amacıyla Non- Parametrik Testlerden olan KRUSKAL WALLİS TESTİ uygulanmıştır. Tıbbi Kodlama ve Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar açısından değerlendirilmesi ifadelerinin hastane türüne göre karşılaştırma sonucunda p değerlerimiz 0,05'den küçük olduğu için gruplar arası anlamlı bir farklılık

bulunmuştur (0,026 – 0,006). Sağlık Hizmetleri Yönetimi açısından değerlendirilmesi ifadelerinin hastane türüne göre karşılaştırılmasına baktığımızda p değeri (0,182) 0,05'ten büyüktür. Bu yüzden gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 6.13: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Geri Ödeme ve Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesi İfadelerine Katılım Derecelerinin Görev Unvanına Göre Değerlendirmesi

	Görev Unvanı	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
TİG Sisteminin Geri Ödeme Açısından Değerlendirilmesi	Başhekim ve Başhekim Yrd.	22	30,36	4,685	0,501	0,683
	Hastane Müdürü	10	30,1	5,665		
	Hastane Müdür Yardımcısı	29	28,55	6,050		
	Birim Sorumlusu	11	30,00	6,557		
	Toplam	72	29,54	5,634		
TİG Sisteminin Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesi	Başhekim ve Başhekim Yrd.	22	23,03	6,487	0,121	0,947
	Hastane Müdürü	10	24,10	6,806		
	Hastane Müdür Yardımcısı	29	24,10	6,166		
	Birim Sorumlusu	11	23,72	5,693		
	Toplam	72	23,73	6,171		

Yukarıdaki tablo TİG Sisteminin Geri Ödeme ve Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesi ifadelerine katılım derecelerinin görev unvanına göre değerlendirmesini göstermektedir. TİG Sisteminin Geri Ödeme Açısından Değerlendirilmesini görev unvanına göre karşılaştırıldığında en yüksek ortalamanın Başhekim/ Başhekim Yardımcısına (X=30,36) ait olduğunu görülmektedir. Bunu Üniversite Hastane Müdürü (X=30,1), Birim Sorumlusu (X=30,0) izlemekte ve en düşük ortalama ise Hastane Müdür Yardımcısında (X=28,55) görülmektedir. TİG

Sisteminin Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesini görev unvanına göre karşılaştırıldığında en yüksek ortalamanın Hastane Müdür ve Hastane Müdür Yardımcısına ($X=24,10$) ait olduğunu görülmektedir. Bunu Üniversite Birim sorumlusu ($X=23,72$) izlemekte ve en düşük ortalama Başhekim ve Başhekim Yardımcısında ($X=23,09$) görülmektedir. Görev unvanına göre katılım dereceleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını görmek amacıyla Parametrik Testlerden olan ANOVA TESTİ uygulanmıştır. Burada Geri Ödeme ve Klinik Faaliyetler açısından değerlendirilmesine baktığımızda p değerleri (0,683 - 0,947) 0,05'ten büyüktür. Bu yüzden gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.



Tablo 6.14: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi İfadelerine Katılım Derecelerinin Görev Unvanına Göre Değerlendirmesi

	Görev Unvanı	n	Ortalama Sıralaması	K W	p
TİG Tıbbi Kodlama Açısından Değerlendirilmesi	Başhekim ve Başhekim Yrd.	22	32,45	1,094	0,778
	Hastane Müdürü	10	39,39		
	Hastane Müdür Yardımcısı	29	36,69		
	Birim Sorumlusu	11	38,50		
TİG Sisteminin Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar Açısından Değerlendirilmesi	Başhekim ve Başhekim Yrd.	22	39,07	2,082	0,556
	Hastane Müdürü	10	42,75		
	Hastane Müdür Yardımcısı	29	33,14		
	Birim Sorumlusu	11	34,55		
TİG Sisteminin Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi	Başhekim ve Başhekim Yrd.	22	37,20	1,870	0,600
	Hastane Müdürü	10	39,85		
	Hastane Müdür Yardımcısı	29	32,83		
	Birim Sorumlusu	11	41,73		

Yukarıdaki tablo TİG Sisteminin Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ifadelerine katılım derecelerinin görev unvanına göre değerlendirilmesini göstermektedir. Görev unvanına göre katılım dereceleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını görmek amacıyla Non- Parametrik Testlerden olan KRUSKAL WALLİS TESTİ uygulanmıştır. Burada Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar ve

Sağlık Hizmetleri Yönetimi açısından değerlendirilmesine baktığımızda p değerleri (0,778 - 0,556 - 0,600) 0,05'ten büyüktür. Bu yüzden gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 6.15: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Geri Ödeme, Klinik Faaliyetler, Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi İfadelerine Katılım Derecelerinin Çalışma Süresine Göre Değerlendirmesi

	Çalışma Süresi	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
TİG Sisteminin Geri Ödeme Açısından Değerlendirilmesi	1-10 Yıl	11	27,81	6,867	1,534	0,213
	11-20 Yıl	39	28,92	5,926		
	21-30 Yıl	17	31,88	4,075		
	31-40 Yıl	5	30,20	3,114		
	Toplam	72	29,54	5,634	1,534	0,213
TİG Sisteminin Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesi	1-10 Yıl	11	23,00	6,449	0,184	0,907
	11-20 Yıl	39	23,84	6,523		
	21-30 Yıl	17	24,35	5,894		
	31-40 Yıl	5	22,40	4,827		
	Toplam	72	23,73	6,171	0,184	0,907
TİG Tıbbi Kodlama Açısından Değerlendirilmesi	1-10 Yıl	11	20,81	2,143	1,473	0,230
	11-20 Yıl	39	24,15	0,792		
	21-30 Yıl	17	23,88	1,242		
	31-40 Yıl	5	21,00	2,529		
	Toplam	72	23,352	0,644	1,473	0,230
TİG Sisteminin Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar Açısından Değerlendirilmesi	1-10 Yıl	11	19,36	6,004	1,426	0,243
	11-20 Yıl	39	23,10	5,660		
	21-30 Yıl	17	22,17	4,333		
	31-40 Yıl	5	24,20	8,814		
	Toplam	72	22,38	5,725	1,426	0,243
TİG Sisteminin Sağlık Hizmetleri Yönetimi	1-10 Yıl	11	22,00	5,385	1,731	0,169
	11-20 Yıl	39	26,00	5,316		

Açısından Değerlendirilmesi	21-30 Yıl	17	26,17	6,287		
	31-40 Yıl	5	23,20	8,348		
	Toplam	72	25,23	5,873	1,731	0,169

Yukarıdaki tablo TİG Sisteminin Geri Ödeme, Klinik Faaliyetler, Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetmelik Kararlar ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ifadelerine katılım derecelerinin çalışma süresine göre değerlendirilmesini göstermektedir. TİG Sisteminin Geri Ödeme Açısından Değerlendirilmesini çalışma süresine göre karşılaştırıldığında en yüksek ortalamanın 21-30 yıl çalışan hastane yöneticilerine ($X=31,88$) ait olduğunu görülmektedir. Bunu 31-40 yıl çalışan hastane yöneticileri ($X=30,20$), 11-20 yıl çalışan hastane yöneticileri ($X=28,92$) izlemekte ve en düşük ortalama ise 1-10 yıl çalışan hastane yöneticilerinde ($X=27,81$) görülmektedir. TİG Sisteminin Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesini çalışma süresine göre karşılaştırıldığında en yüksek ortalamanın 21-30 yıl çalışan hastane yöneticilerine ($X=24,35$) ait olduğunu görülmektedir. Bunu 11-20 yıl çalışan hastane yöneticileri ($X=23,84$), 1-10 yıl çalışan hastane yöneticileri ($X=23,00$) izlemekte ve en düşük ortalama ise 31-40 yıl çalışan hastane yöneticilerinde ($X=22,40$) görülmektedir. TİG Sisteminin Tıbbi Kodlama Açısından Değerlendirilmesini çalışma süresine göre karşılaştırıldığında en yüksek ortalamanın 11-20 yıl çalışan hastane yöneticilerine ($X=24,15$) ait olduğunu görülmektedir. Bunu 21-30 yıl çalışan hastane yöneticileri ($X=23,88$), 31-40 yıl çalışan hastane yöneticileri ($X=21,00$) izlemekte ve en düşük ortalama ise 1-10 yıl çalışan hastane yöneticilerinde ($X=20,81$) görülmektedir. TİG Sisteminin Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesini çalışma süresine göre karşılaştırıldığında en yüksek ortalamanın 21-30 yıl çalışan hastane yöneticilerine ($X=26,17$) ait olduğunu görülmektedir. Bunu 11-20 yıl çalışan hastane yöneticileri ($X=26,00$), 31-40 yıl çalışan hastane yöneticileri ($X=23,20$) izlemekte ve en düşük ortalama ise 1-10 yıl çalışan hastane yöneticilerinde ($X=22,00$) görülmektedir. Çalışma süresine göre katılım dereceleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını görmek amacıyla Parametrik Testlerden olan ANOVA TESTİ uygulanmıştır. Burada Geri Ödeme, Klinik Faaliyetler, Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve

Yönetmel Kararlar ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi açısından değerlendirilmesine baktığımızda p değerleri (0,213 - 0,907 - 0,230 - 0,243 - 0,169) 0,05'ten büyüktür. Bu yüzden gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 6.16: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Geri Ödeme ve Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirmesi İfadelerine Katılım Derecelerinin TİG Sistemi ile İlgili Bilgilendirme Toplantısına veya Eğitime Katılıp Katılmama Durumuna Göre Karşılaştırması

	Bilgilendirme Toplantısına ve Eğitime Katılma/Katılmama Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	T	P
TİG Sisteminin Geri Ödeme Açısından Değerlendirilmesi	Katıldım/Aldım	31	28,70	6,111	1,091	0,279
	Katılmadım/Almadım	41	30,17	5,234		
TİG Sisteminin Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesi	Katıldım/Aldım	31	22,16	5,190	1,918	0,059
	Katılmadım/Almadım	41	24,92	6,634		

Yukarıdaki tablo TİG Sisteminin Geri Ödeme ve Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesi ifadelerine katılım derecelerinin bilgilendirme toplantısına katılıp katılmama durumuna göre değerlendirmesini göstermektedir.

Bilgilendirme toplantısına katılıp katılmama durumuna göre katılım dereceleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını görmek amacıyla Parametrik Testlerden olan BAĞIMSIZ ÖRNEKLEM T TESTİ uygulanmıştır. Burada Geri Ödeme açısından değerlendirilmesine baktığımızda p değerleri (0,279) 0,05'ten büyüktür. Bu yüzden gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Klinik Faaliyetler açısından değerlendirilmesine baktığımızda p değerleri (0,059) 0,05'ten küçüktür. Bu yüzden gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tablo 6.17: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin TİG Sistemini Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirmesi İfadelerine Katılım Derecelerinin TİG Sistemi ile İlgili Bilgilendirme Toplantısına veya Eğitime Katılıp Katılmama Durumuna Göre Karşılaştırması

	Bilgilendirme Toplantısına ve Eğitime Katılma/Katılmama Durumu	n	Ortalama Sıralaması	U	P
TİG Tıbbi Kodlama Açısından Değerlendirilmesi	Katıldım/Aldım	31	33,25	532,500	0,335
	Katılmadım/Almadım	41	38,01		
TİG Sisteminin Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar Açısından Değerlendirilmesi	Katıldım/Aldım	31	35,31	598,500	0,673
	Katılmadım/Almadım	41	37,40		
TİG Sisteminin Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi	Katıldım/Aldım	31	34,87	585,000	0,565
	Katılmadım/Almadım	41	37,73		

Yukarıdaki tablo TİG Sisteminin Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ifadelerine katılım derecelerinin bilgilendirme toplantısına katılıp katılmama durumuna göre değerlendirmesini göstermektedir Bilgilendirme toplantısına katılıp katılmama durumuna göre katılım dereceleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını görmek amacıyla Non-Parametrik bir test olan MANN WHITNEY U TESTİ uygulanmıştır.

Burada Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetimsel Kararlar ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi açısından değerlendirilmesine baktığımızda p değerleri (0,335 - 0,673 - 0,565) 0,05'ten büyüktür. Bu yüzden gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

7. SONUÇ

Hastane yöneticilerinin yaş, cinsiyet, görev unvanı, çalışma süresi ve TİG sistemi hakkında bilgilendirme eğitimi alıp almadığı, TİG Sistemini Geri Ödeme, Klinik Faaliyetler, Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetmelik Kararlar ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi açısından değerlendirmesi amaçlanan çalışmamızın sonuçları;

- TİG Sistemi Geri Ödeme Açısından değerlendirilmiş ve ankette yer alan *“TİG’e dayalı geri ödeme sistemi diğer ödeme yöntemlerine göre daha esnek bir yapıya sahiptir”* ifadesine yöneticilerin %44,4’ü TİG’e dayalı ödeme sisteminde esnek bir yapının olduğunu düşünürken; %55,6’sının bu ifadeye katılmadığı görülmüştür. Bu ifade dışındaki 7 ifadeye katılım oranı %52,8 ile %80,6 arasındadır. 2014 Yılında ERSOY’un yapmış olduğu anket çalışmasında da hemen hemen aynı sonuçlar çıkmıştır (20). Bu sonuçlardan anlaşıldığı üzere hastane yöneticilerinin TİG’in esnekliği dışındaki diğer konularda (%52,8 ile %80,6 arasında) olumlu baktıkları görülmüştür.
- TİG Sistemi Tıbbi Kodlama Açısından değerlendirilmiş ve yöneticilerin ankette yer alan *“ Hizmet sunucularının gelirini artırma isteği ile hastanın sahip olduğundan çok daha karmaşık bir tanı koymasına neden olabilir”* ifadesi dışında diğer tüm ifadelerle katılım dereceleri %61,1 ile %83,4 arasındadır. 2014 Yılında yapılmış olan anket çalışmasında da bu ifadelerle katılım oranları ise %75,6 ile %91,1 arasındadır (20). Hastane yöneticilerinin hizmet sunucularının gelirini artırma isteği ile hastanın sahip olduğundan çok daha karmaşık bir tanı koymasına neden olabileceğini düşünmedikleri görülmüştür. TİG Sisteminin uygulanmasında tıbbi kodlama kalitesinin geliştiği, sağlık analizlerinin daha güvenilir hale geldiği görülmüştür.
- TİG Sistemi Sağlık Politikaları ve Yönetmelik Kararlar Açısından değerlendirilmiş ve yöneticilerin tüm ifadelerle katılım oranlarının %50 fazla olduğu görülmüştür. 2014 Yılında yapılmış olan anket çalışmasında da bu ifadelerle katılım oranları %68 ile %87,2 arasındadır (20). Bu sonuçlardan anlaşıldığı üzere TİG sistemiyle sağlık harcamalarında dengeli dağıtım

olacağı, sağlık yatırımlarının daha bilinçli yapılacağı, ülkeler arası kıyaslamaya imkân sağlayacağı ve mevcut kaynakların uygun dağıtıldığı elde edilmiştir.

- TİG Sistemi Klinik Faaliyetler Açısından değerlendirilmiş ve yöneticilerin bu anket sorularında yer ifadelerine katılım oranlarının düşük olduğu görülmüştür. Özellikle *“Hizmet bakım kalitesini yükseltmektedir, Ortalama hastanede yatış sürelerinde azalma olacaktır, Bekleme sürelerini kısaltmaktadır, TİG uygulaması doktorlara farklı karar verme konusunda baskı yapmaktadır”* ifadelerine yöneticilerin katılım oranları düşüktür. 2014 Yılında yapılmış olan anket çalışmasında da bu ifadelere katılım oranları düşük çıkmıştır (20). Bunun nedeni Teşhis İlişkili Grupların bizim ülkemizde yeni olması sebebiyle sistemin etki ve çıktılarının klinik süreçlerle entegre olmamış olması olabilir.
- TİG Sistemi Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından değerlendirilmiş ve yöneticilerin ankette yer alan *“ Bu sistem yönetsel ve uygulama olarak oldukça karmaşık ve zordur”* ifadesi dışında diğer tüm ifadelere yöneticilerin katılım derecelerinin %58,3 ile % 70,8 arasında olduğu görülmüştür. 2014 Yılında yapılmış olan anket çalışmasında da *“ Bu sistem yönetsel ve uygulama olarak oldukça karmaşık ve zordur”* ifadesi dışında diğer tüm ifadelere yöneticilerin katılım dereceleri % 60,3 ile %83,3 arasında çıkmıştır (20). TİG Sistemiyle verimliliğin arttığı maliyetin düştüğü görülmüştür.
- Ankete katılan hastane yöneticilerinin hastane türüne göre TİG sisteminin Geri Ödeme, Klinik Faaliyetler ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi kısmına baktığımızda ifadelere katılım dereceleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak Tıbbi Kodlama ve Sağlık Politikaları ve Yönetmelik Kararlar Açısından Değerlendirilmesi kısmına bakıldığında katılım dereceleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Yapılan karşılaştırmalar sonucu farklılık yaratan hastane türünün Üniversite Hastanesi olduğu görülmüştür.
- Ankete Katılan Hastane Yöneticilerin TİG Sisteminin Geri Ödeme, Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları ve Yönetmelik Kararlar, Klinik Faaliyetler ve

Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ifadelerinin görev unvanlarına göre katılım dereceleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

- Ankete katılan yöneticilerin TİG’i Geri Ödeme, Tıbbi Kodlama, Sağlık Politikaları Ve Yönetimsel Kararlar, Klinik Faaliyetler Ve Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmelerinde çalışma sürelerine bir etkisinin olmadığı anlaşılmıştır.



8. KAYNAKLAR

1. Mathauer I, Wittenbecher F. DRG-based payment systems in low- and middle income countries: Implementation experiences and challenges. World Health Organization, 2012
2. Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi, s.293, 2011.
3. Öztürk A, Geçmişten Günümüze Türkiye’de TİG Uygulamaları, <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QFmYpWehwoJ:dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3209,1baslangicindangu numuzeturkiyedetingelisimsurecivesondurumpptx.pptx%3F0+&cd=2&hl=tr&ct=clnk&gl=tr> , 2014. Erişim tarihi:19.10.2016.
4. Ayanoğlu Y, Beylik U, Orhan F. Tanı İlişkili Gruplara (TİG) Göre Hastaneler Ve Ülkeler Arası Karşılaştırma: Bir Vaka Örneği, s. 273–290, 2014.
5. Başara Ü. TİG Nedir? www.tig.saglik.gov.tr/Eklenti/3606,tig-nedirpptx.pptx?0 2015. Erişim tarihi:19.10.2016.
6. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS), İçinde Öztürk H, Hülür Ü, Tüleylioğlu Mehmet, Çaylan Nirgün editörler 2014
7. Şencan İ, Şeker M, Demir M. Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları/Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşhis İlişkili Gruplar Müdürlüğü, 2013
8. Sağlık Bakanlığı Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi Versiyon1.0, 2014
9. Cos PH, Moral-Benito E. Determinants of health-system efficiency: Evidence from OECD countries, Int. J. Health Care Finance Econ., s. 69–93, 2014.
10. Arık Ö, İleri Y.Y. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Türkiye’de Yeni Yaklaşım; Teşhis İlişkili Gruplar, SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2016
11. Dünyadaki TİG Uygulamaları, Türkiye Kamu Kurumu Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanlığı, <https://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/3b86b4d7ccd24dd8a70670f26c0f42a7.pdf>, 2015. Erişim tarihi:19.10.2016.

12. Cylus J, Irwin R. The challenges of hospital payment systems/Euro Observer, s.4-6, 2010
13. Narmanlı M, Ertong G, Dikici A, Soysal E, Tumay, Güngör M.K. Ulusal Teşhis İlişkili Gruplar Sistemine Geçiş İçin Yol Haritası/9. Ulus. Tıp Bilişimi Kongresi s.33-35, 2012
14. Quentin W, Geissler A, Kreinsen DS, Busse R. DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system s.3-4, 2011.
15. Shah J. Uluslararası TİG Çalışmaları “Amerika (U.S.A) Örneği”/Tanı İlişkili Gruplar e-bülten sayı:3. s.5-6, 2008.
16. Durukan S. Farklı DRG Sistemlerinde Uygulanan Maliyet Muhasebesi Metodolojilerinin Karşılaştırılması ve Bunların Sağlık Hizmetleri Kalitesi Üzerine Etkileri/ Tanı İlişkili Gruplar e-bülten sayı:4. s.7, 2008.
17. Beylik U, Öztürk A, Demir B. TİG Ve Kalite - Performans İlişkisi: Ülke Deneyimleri/Sağlıkta Kalite ve Performans Dergisi sayı:8. 2014.
18. DRGs as a financing tool/HOPE - European Hospital and Healthcare Federation. http://www.hope.be/wp-content/uploads/2015/11/77_2006_HOPE-REPORT_DRG-as-a-financial-tool.pdf , 2006. Erişim tarihi: 26.03.2017.
19. Mason A, Ward P, Street A. England: The Healthcare Resource Group system/ Diagnosis-Related Groups in Europe. s.197-221, 2011.
20. Ersoy Z. Geri Ödeme Modeli Olan Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) Ve Bu Model Üzerinde Sağlık Yöneticilerinin Görüşlerinin Değerlendirilmesi, 2014
21. Mikkola H, Linna M. Diagnosis-related groups (DRGs) in Finnish Hospital Care. s.39, 2002.
22. Busato A, Below G. The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A populationbased perspective. s.1, 2010.
23. Kyhlstedt M, How Medical Devices Are Reimbursed in Europe, <http://www.rspor.ru/mods/congress/stokg13/10.pdf>, 2014. Erişim tarihi: 26.03.2017.
24. Stöger A. The Austrian DRG system, s.26, 2010

25. Osta PV. Healthcare Finance and Organization in Belgium, <http://www.vanosta.be/hefibe.htm>, 2010. Erişim tarihi: 03.06.2017.
26. Aslan H. Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde İşlem Maliyetleri, Fatura Bedelleri Ve Teşhis İlişkili Gruplara Dayali Maliyet Analizi, 2015.
27. Kaptanoğlu AY. Birinci Basamak ve Yataklı Kamu Sağlık Kurumlarının Gelirlerinden Yapılan Ödemelerde Performans Yönetimi Kavramı/ Yükseköğretim ve Bilim Dergisi/Journal of Higher Education and Science, s. 143-144, 2011.
28. Balanlı M. Ödeme Kuruluşları Açısından TİG (DRG) ve Önemi Ödeme Modelleri/SGK, 2010
29. Tükel, M.Raşit. Sağlıkta Dönüşümde Son Aşamaya Doğru: Hastanelerin Yeniden Yapılandırılması ve Yeni Finansman Modeli. Toplum ve Hekim, 2010.
30. T. Türkiye Sigorta Birliği, "Resmi İstatistikler," 2016.
31. İstanbulluoğlu H, Güleç M, Oğur R. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri, 2010.
32. 1 Kasım 2009 PAZAR Resmî Gazete Sayı : 27393 (Mükerrer), Sayfa:62.
33. Edufix, <http://www.edufixx.com/spss/guvenilirlik-analizireliability-analysis-nedir-nasil-yapilir/>, 2017. Erişim tarihi: 03.06.2017.

9. EKLER

Anket Formu

EURODRG VE DÜNYADAKİ DİĞER TİG UYGULAMALARI IŞIĞINDA TÜRKİYE'DEKİ TİG UYGULAMALARI ve TİG ÜZERİNDE SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

Çalışmamızın iki amacı vardır. Birincisi, 1970'lerden itibaren hastanelerde maliyet etkinliğini artırmak amacıyla, sağlık geri ödeme sistemlerinde ise vaka başı ödeme modeli olarak yaygın kullanımı olan TİG yaklaşımının, dünyadaki ve özellikle Avrupa bölgesindeki yakın dönem uygulamalarını detaylı şekilde incelemektir. İkinci amaç ise, ülkemizde son 10 yıldır devam eden ve 2005 yılından itibaren kamu hastanelerinde kullanılmaya başlanan TİG uygulamasının, sağlık yöneticileri tarafından nasıl değerlendirildiğinin, başarılı ve aksayan yönlerinin saha çalışması ile tespit edilmesidir. Anketlerden elde edilecek bilgiler, yüksek lisans tezinde kullanılacaktır. Anket formunu tam ve doğru olarak cevaplandırmanız çalışmayı doğrudan etkileyecektir. Zaman ayırdığınız için şimdiden teşekkür ederim.

Kübra Aksoy

BİRİNCİ BÖLÜM

1) Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

2) Yaşınız:

3) Çalıştığınız hastanenin türü nedir?

Devlet Hastanesi

Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Üniversite Hastanesi

4) Hastanedeki göreviniz nedir?

- Başhekim
 Başhekim Yardımcısı
 Hastane Müdürü
 Hastane Müdür Yardımcısı

Diğer (Lütfen Belirtiniz).....

5) Sağlık sektöründe kaç yıldır çalışıyorsunuz? yıl

6) Hastanedeki bu görevinizde kaç yıldır çalışıyorsunuz? yıl

7) Üniversitede bitirdiğiniz bölümün adını yazınız (var ise lisansüstü bilgilerinizi de yazınız).....
.....
.....
.....

8) TİG Geri Ödeme Sistemi ile İlgili Bilgilendirme toplantısına veya bu konuyla ilgili eğitim aldınız mı?

- Katıldım/Aldım (İkinci Bölüme geçiniz) ()
 Katılmadım/Almadım

9) TİG Geri Ödeme Sistemine ilişkin bilgilendirme eğitimi almadıysanız böyle bir eğitime ihtiyaç duyuyor musunuz?

- Evet Hayır

İKİNCİ BÖLÜM

Bu bölümde TİG sisteminin uygulamaya geçmesi ile sağlık sektöründe ortaya çıkacak değişiklikler üzerinde sağlık yöneticilerinin beklentilerini ölçmeye ilişkin değerlendirmelere yer verilmektedir.

1	Katılmıyorum
2	Biraz Katılıyorum
3	Orta Düzeyde Katılıyorum

4	Katılıyorum
5	Tamamen Katılıyorum

	Teşhis İlişkili Gruplar Sisteminin Geri Ödeme Açısından Değerlendirilmesi					
1	TİG'e dayalı ödeme sistemi geleneksel hastane geri ödeme metotlarındaki sorunları çözecektir.	1	2	3	4	5
2	TİG sistemi hizmet sunuculara yaptıkları işe göre adil bir şekilde geri ödemede bulunmaktadır.	1	2	3	4	5
3	TİG'e dayalı geri ödeme sistemi, sağlık hizmet sunucularının gereksiz hizmet sunumlarının engellemeyi amaçlamaktadır.	1	2	3	4	5
4	TİG'e dayalı geri ödeme sistemi diğer ödeme yöntemlerine göre daha esnek bir yapıya sahiptir.	1	2	3	4	5
5	TİG geri ödeme sisteminin denetim mekanizması diğer ödeme yöntemlerine göre daha sağlamdır.	1	2	3	4	5
6	Kompleks hastalıkların tedavisi için daha fazla ödeme yapılacağından bu tür hastalıkların tedavi edilmesini teşvik edecektir.	1	2	3	4	5
7	Mevcut kaynakların hastaneler arasında eşit bir şekilde dağıtılmasını sağlayacaktır.	1	2	3	4	5
8	Hizmet sunuculara masraflarını geri ödemekten ziyade ürettikleri ürün için ödeme yapmak çok daha iyidir.	1	2	3	4	5

	Teşhis İlişkili Gruplar Sisteminin Tıbbi Kodlama Açısından Değerlendirilmesi					
1	Bu sistemin uygulanmasıyla birlikte bilimsel bir hastalık kodlama ve sınıflandırma kültürü gelişmektedir.	1	2	3	4	5
2	Hastanelerde sınıflandırma ve kodlama sistemleri konusunda yetişmiş insan gücü her geçen gün artmaktadır.	1	2	3	4	5
3	Tıbbi kayıtların kalitesinde önemli bir iyileştirme sağlanacaktır.	1	2	3	4	5
4	Hizmet sunucuların gelirini artırma isteği ile hastanın sahip olduğundan çok daha karmaşık bir tanıyı koymasına neden olabilir.	1	2	3	4	5
5	Kodlama verilerine dayalı olarak detaylı veri analizlerine ulaşılabilecektir.	1	2	3	4	5
6	Ülkenin hastalık haritalarının çıkarılmasını sağlayacaktır.	1	2	3	4	5

	Teşhis İlişkili Gruplar Sisteminin Sağlık Politikaları ve Yönetmelik Kararları Açısından Değerlendirilmesi					
1	Ülke düzeyinde sağlık politikalarının geliştirilmesine, geri ödeme sistemlerinin kurulmasına ve izlenmesine olanak sağlayacaktır.	1	2	3	4	5
2	Hastaneler için yönetim kararlarında kullanılabilir gerçek maliyet verileri oluşmaya başlayacaktır.	1	2	3	4	5
3	Aynı koşulları taşıyan sağlık kurumlarının izlenmesi ve birbirleri arasındaki farklılıkların belirlenmesi mümkün olabilecektir.	1	2	3	4	5
4	Ülke sağlık harcamalarının dengeli dağıtımına olanak sağlayacaktır.	1	2	3	4	5
5	Sağlık yatırımlarının daha bilinçli ve reel yapılmasını sağlayacaktır.	1	2	3	4	5
6	Ülkeler arası sağlık gelişmişlik düzeyinin kıyaslanmasına yardımcı olacaktır.	1	2	3	4	5
7	Bu sistem gelecek yıllar için planlama yapma imkânını bilimsel tabanlı olarak sunmaktadır.	1	2	3	4	5

	Teşhis İlişkili Gruplar Sisteminin Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesi					
1	Bakım yöntemlerinin ve sonuçlarının geliştirilmesini sağlamaktadır.	1	2	3	4	5
2	Hizmet bakım kalitesini yükseltmektedir.	1	2	3	4	5
3	Ortalama hastanede yatış sürelerinde azalma olacaktır.	1	2	3	4	5
4	Bekleme sürelerini kısaltmaktadır.	1	2	3	4	5
5	Klinik faaliyetlerin ölçülmesini sağlamaktadır.	1	2	3	4	5
6	Hekimler arası karşılaştırma yapılabilmektedir.	1	2	3	4	5
7	TİG uygulaması doktorlara farklı karar verme konusunda baskı yapmaktadır.	1	2	3	4	5

	Teşhis İlişkili Gruplar Sisteminin Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi					
1	TİG sisteminin tam olarak uygulanmasıyla birlikte hastane içi maliyetler izlenebilmektedir.	1	2	3	4	5
2	Hastanelerin klinik ve finansal kararlarının verilmesinde kullanılabilirliktedir.	1	2	3	4	5
3	Hastane performansının izlenmesinde yardımcı olmaktadır.	1	2	3	4	5
4	Hastane, bölüm, hekim düzeyinde etkin bir yönetim aracıdır.	1	2	3	4	5

5	Sağlık bakım maliyetlerinin kontrol altına alınmasını böylece sağlık kurumlarının verimli bir şekilde yönetilmesini sağlamaktadır.	1	2	3	4	5
6	Kaynak kullanımının değerlendirilmesini sağlamaktadır.	1	2	3	4	5
7	Bu sistem yönetsel ve uygulama olarak oldukça karmaşık ve zordur.	1	2	3	4	5

Anketin Güvenirliği

Anketin Boyutları		Güvenirlilik Kat Sayısı
TİG Sisteminin Geri Ödeme Açısından Değerlendirilmesi		
TİG'e dayalı ödeme sistemi geleneksel hastane geri ödeme metotlarındaki sorunları çözecektir.		0,793
TİG sistemi hizmet sunuculara yaptıkları işe göre adil bir şekilde geri ödemede bulunmaktadır.		0,790
TİG'e dayalı geri ödeme sistemi, sağlık hizmet sunucularının gereksiz hizmet sunumlarını engellemeyi amaçlamaktadır.		0,805
TİG'e dayalı geri ödeme sistemi diğer ödeme yöntemlerine göre daha esnek bir yapıya sahiptir.		0,837
TİG geri ödeme sisteminin denetim mekanizması diğer ödeme yöntemlerine göre daha sağlamdır.		0,807
Kompleks hastalıkların tedavisi için daha fazla ödeme yapılacağından bu tür hastalıkların tedavi edilmesini teşvik edecektir.		0,822
Mevcut kaynakların hastaneler arasında eşit bir şekilde dağıtılmasını sağlayacaktır.		0,811
Hizmet sunuculara masraflarını geri ödemekten ziyade ürettikleri ürün için ödeme yapmak çok daha iyidir.		0,807
TİG Sisteminin Tıbbi Kodlama Açısından Değerlendirilmesi		Güvenirlilik Kat Sayısı
Bu sistemin uygulanmasıyla birlikte bilimsel bir hastalık kodlama ve sınıflandırma kültürü gelişmektedir.		0,896
Hastanelerde sınıflandırma ve kodlama sistemleri konusunda yetişmiş insan gücü her geçen gün artmaktadır.		0,895
Tıbbi kayıtların kalitesinde önemli bir iyileştirme sağlanacaktır.		0,886
Hizmet sunucuların gelirini artırma isteği ile hastanın sahip olduğundan çok daha karmaşık bir tanıyı koymasına neden olabilir.		0,947
Kodlama verilerine dayalı olarak detaylı veri analizlerine ulaşılabilecektir.		0,892
Ülkenin hastalık haritalarının çıkarılmasını sağlayacaktır.		0,883
Teşhis İlişkili Gruplar Sisteminin Sağlık Politikaları ve		Güvenirlilik Kat

Yönetmel Kararlar Açısından Değerlendirilmesi	Sayısı
Ülke düzeyinde sağlık politikalarının geliştirilmesine, geri ödeme sistemlerinin kurulmasına ve izlenmesine olanak sağlayacaktır.	0,924
Hastaneler için yönetim kararlarında kullanılabilecek gerçek maliyet verileri oluşmaya başlayacaktır.	0,931
Aynı koşulları taşıyan sağlık kurumlarının izlenmesi ve birbirleri arasındaki farklılıkların belirlenmesi mümkün olabilecektir.	0,928
Ülke sağlık harcamalarının dengeli dağıtımına olanak sağlayacaktır.	0,926
Sağlık yatırımlarının daha bilinçli ve reel yapılmasını sağlayacaktır.	0,928
Ülkeler arası sağlık gelişmişlik düzeyinin kıyaslanmasına yardım edecektir.	0,920
Bu sistem gelecek yıllar için planlama yapma imkânını bilimsel tabanlı olarak sunmaktadır.	0,929
Teşhis İlişkili Gruplar Sisteminin Klinik Faaliyetler Açısından Değerlendirilmesi	Güvenirlik Kat Sayısı
Bakım yöntemlerinin ve sonuçlarının geliştirilmesini sağlamaktadır.	0,852
Hizmet bakım kalitesini yükselmektedir.	0,860
Ortalama hastanede yatış sürelerinde azalma olacaktır.	0,853
Bekleme sürelerini kısalmaktadır.	0,849
Klinik faaliyetlerin ölçülmesini sağlamaktadır.	0,847
Hekimler arası karşılaştırma yapılabilmektedir.	0,864
TİG'ler uygulaması doktorlara farklı karar verme konusunda baskı yapmaktadır.	0,899
Teşhis İlişkili Gruplar Sisteminin Sağlık Hizmetleri Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi	Güvenirlik Kat Sayısı
TİG sisteminin tam olarak uygulanmasıyla birlikte hastane içi maliyetler izlenebilmektedir.	0,864
Hastanelerin klinik ve finansal kararlarının verilmesinde kullanılabilmektedir.	0,847
Hastane performansının izlenmesinde yardımcı olmaktadır.	0,840
Hastane, bölüm, hekim düzeyinde yönetim aracıdır.	0,841
Sağlık bakım maliyetlerinin kontrol altına alınmasını böylece sağlık kurumlarının verimli bir şekilde yönetilmesini sağlamaktadır.	0,840
Kaynak kullanımının değerlendirilmesini sağlamaktadır.	0,851
Bu sistem yönetmel ve uygulama olarak oldukça karmaşık ve zordur.	0,938
Anketin Güvenirliği	0,918

İzin Belgeleri

Evrak Tarihi ve Sayısı: 02.02.2017-4043



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 77517973-770-
Konu : Anket İzni Hk.

SAYIN KÜBRA AKSOY

Kavacık Kampüsü Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No:19 Kavacık Kavşağı Beykoz/İstanbul

İlgi : 02.01.2017 tarihli ve 990 gelen evrak sayılı dilekçeniz.

İlgi sayılı dilekçe ile tarafımıza başvuruda bulunduğunuz "EURODRG ve Dünyadaki Diğer TİG Uygulamaları Işığında Türkiye'deki TİG Uygulamaları için Yol Haritası Önerisi" konulu veri toplamaya yönelik çalışmanızı Genel Sekreterliğimize bağlı sağlık tesislerimizde (ADSH ve ADSM'ler hariç) yürütme talebiniz ilgili kurumların görüşleri doğrultusunda Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Yrd.Doç.Dr. Yavuz BAŞTUĞ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aşılı ile Ayrıldı
2.02.2017
Tuğba MENGÜ
Uzman

E-5 Karayolu Üzeri 34752 / Ataşehir / İstanbul
Telefon: 5787878-7779 Faks: 0216 578 78 21
e-Posta: e.ozcavdar@hotmail.com
Evrakı Doğrulamak İçin : <http://85.111.55.22:805/enVision/Dogrula/L9LSU7H>

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Emine OZÇAVDAR



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Sayfa 1 / 1

27.12.2016

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNE

Üniversitenizde Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi bölümünde okuyan Kübra AKSOY isimli öğrencinizin "EURODRG Ve Dünyadaki Diğer TİG Uygulamaları Işığında Türkiye'deki TİG Uygulamaları İçin Yol Haritası Önerisi" başlıklı Yüksek Lisans tez çalışmasında kendi yaptığım çalışmada kullandığım "Ödeme Modeli Olan Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) ve Bu Model Üzerinde Sağlık Yöneticilerinin Görüşlerinin Değerlendirilmesi" isimli anketi uygulamasına izin veriyorum.

Zekiye ERSOY



Adres Bilgisi:

Sivas il Sağlık Müdürlüğü

10. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.9712
Konu : Başvuru Hk.

17/04/2017

Sayın Yrd. Doç. Dr. İlker KÖSE

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21.12.2016 tarihli 535 karar no ile onay verdiği "EURODRG Ve Dünyadaki Diğer TİG Uygulamaları Işığında Türkiye'deki TİG Uygulamaları İçin Yol Haritası Önerisi" isimli çalışma başlığının "EURODRG Ve Dünyadaki Diğer TİG Uygulamaları Işığında Türkiye'deki TİG Uygulamaları ve TİG Üzerinde Sağlık Yöneticilerinin Görüşlerinin İncelenmesi" olarak değiştirilmesi hususundaki isteğiniz uygun bulunmuş olup, kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 17.04.2017 tarihinde e-İmzalanmıştır. Evrąğımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 774E03F7X7 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacak Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacak Kavşığı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44

İnternet: www.medipol.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.27474
Konu : Etik Kurulu Kararı

21/12/2016

Sayın Yrd. Doç. Dr. İlker KÖSE

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "EURODRG Ve Dünyadaki Diğer TİG Uygulamaları Işığında Türkiye'deki TİG Uygulamaları İçin Yol Haritası Önerisi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 21.12.2016 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden F3FB477DX8 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	06.12.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.12.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 535	Tarih: 21/12/2016		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Türkiye'deki TİG Uygulamasında Kullanılan Bağlı Değerlerin Türkiye'deki Sağlık Ücret Tarifeleri ile İlişkisinin Analizi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. İlker KÖSE			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

11.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Kübra	Soyadı	AKSOY
------------	-------	---------------	-------

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2017
Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2015
Lise	Ataşehir Mevlana Lisesi	2011

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	orta	orta	orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Eşit Ağırlık
ALES Puanı	59,21