



TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLARA DAYALI GERİ ÖDEME SİSTEMİ VE VAKA BAZLI BİR SİMÜLASYON¹

THE REIMBURSEMENT SYSTEM BASED ON THE DIAGNOSIS RELATED GROUPS AND A CASE-BASED SIMULATION

Faruk ÇAĞLAR

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, farukcaglar14@yahoo.com, orcid.org/0000-0002-6010-4069

Prof. Dr. Seyhan ÇİL KOÇYİĞİT

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, seyhan.cil@hbv.edu.tr

orcid.org/0000-0003-1012-3605

Makale gönderim-kabul tarihi (01.04.2020-20.04.2020)

Özet

Bu çalışmada; Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) Metodolojisi temel alınmıştır. Ayrıca sağlıkta geri ödeme sistemleri hakkında bilgi verilmiş, TİG'e dayalı finansman sistemlerinin tarihçesi, yapısı ve amaçları üzerinde durulmuştur. TİG oluşum süreci göz önünde tutularak TİG kodlarının nasıl oluşturulduğu anlatılmıştır.

Uygulama kısmında, seçilen yedi kamu hastanesi TİG verileri kullanılarak, tarafımızca belirlenen bir global bütçenin bu hastanelere nasıl paylaştırılabileceği üzerine bir simülasyon yapılmıştır. Bu çalışmada 2013 yılı, Sağlık Bakanlığı tarafından TİG verilerinin hastanelerde aktif olarak toplandığı ve bu konuda bilgi birikiminin yüksek seviyede olduğu için kullanılmıştır. Seçilen hastanelerde üretilen P65 (A, B, C, D) ve P66 (A, B, C, D) TİG Kodları üzerinde çalışılmış olup hesaplanan Geri Ödeme Katsayısı doğrultusunda hastanelere global bütçe paylaştırılmıştır.

Çalışmanın sonucunda hastanelerin yaptıkları işlemler doğrultusunda oluşturulan Geri Ödeme Katsayıları dikkate alındığında seçilen 6. Hastane en yüksek geri ödemeye, 5. Hastane ise en düşük geri ödemeye hak

¹ Bu çalışma Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı'nda Prof. Dr. Seyhan ÇİL KOÇYİĞİT danışmanlığında hazırlanan yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

kazanmıştır. Böylelikle hastanelerin yaptıkları kapsamlı ve maliyetli işlemler geri ödeme yapılırken dikkate alınarak daha hakkaniyetli bir sistem oluşturulmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Teşhis İlişkili Gruplar, TİG, DRG

Abstract

This study is grounded on the Diagnosis Related Groups (DRG) methodology. Also information about reimbursement system is given. Furthermore, the study lays stress on the history, structure and aims of the financing systems based on DRG. By taking the process of formation into consideration the development of the DRG codes is explained.

By using the DRG data of seven public hospitals which are chosen through the reimbursement system methodology based on DRG, a simulation is made on how a global budget, which is determined by us, can be distributed to these hospitals. In this paper the data of 2013 is selected as in this year the DRG data is actively collected by The Ministry of Health and the high level knowledge on this issue exists. P65 (A, B, C, D) and P66 (A, B, C, D) DRG codes are analyzed in the chosen hospitals and the global budget is disturbed according to the calculated reimbursement parameter.

As a result of the study when reimbursement parameters, which are developed according to the operations of these hospitals, are considered 6th hospital gains the highest reimbursement and the 5th hospital gains the lowest reimbursement. In this way, by considering the comprehensive and costly works performed by the hospitals during reimbursement, a fairer system is tried to be mapped out.

Keywords: Diagnosis Related Groups, TİG, DRG

GİRİŞ

Teşhisle ilişkili gruplara dayanan geri ödeme sistemi, klinik faaliyetlerin ölçülmesi, kalite ölçümleri yapılması, daha etkin finansal kararların alınması gibi birçok alana etki edebilen bir yapıya sahiptir. Bu çalışmada; “sağlık kurumlarına geri ödeme yöntemi olarak TİG’in sağlık kurumlarına yapılan geri ödemede hakkaniyetli bir dağıtım sağlamakta mıdır?” sorusuna cevap aranmıştır. Sağlık Bakanlığından alınan bağlı değer ve TİG verileri kullanılarak tarafımızca belirlenen global bütçenin dağılımı yapılarak bu problemin çözümüne odaklanılmış olup, hastaneler arası geri ödemenin daha hakkaniyetli bir dağılımı amaçlanmıştır.

Çalışmada; hastanelerin tanımı ve sınıflandırılmasına değinilerek, hastanenin türlerinin belirlenmesinde Türkiye’de uygulanan sisteme yer verilecektir. Ayrıca teşhis ilişkili gruplara dayalı finansal sistemin gelişimi ele alınarak Türkiye uygulaması açıklanacaktır.

Çalışmada seçilen hastanelerden belli bir dönemi kapsayan teşhisle ilişkili gruplar (TİG) kullanılarak elde edilen veriler ışığında hastanelere geri ödeme simülasyonu yapılacaktır. TİG verileri kullanılması ile hastanelerin elde edecekleri geri ödeme miktarları vb. verileri karşılaştırılarak farklı hastane türlerinin sistem içerisindeki yerinin daha net anlaşılması sağlanacaktır.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Sağlık ve Hastane Kavramları

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastalığı “doku ve hücrelerde yapı ve fonksiyon yönünden normal olmayan değişikliklerin ortaya çıkardığı bir durumdur” şeklinde (Cantürk, 2012, s. 3), sağlığı da; “sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlamaktadır. DSÖ’nün genel kabul gören sağlığın bu tanımı, sağlığın çok boyutlu bir

109

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(ÇAĞLAR, F / ÇİL KOÇYİĞİT, S)

kavram olduğunu ve birbiri ile ilişkili birçok faktörden etkilendiğini öne çıkarmaktadır. Benzer şekilde, Henrik L. Blum tarafından sağlık statüsünün belirleyicilerinin neler olduğuna ilişkin bir çalışma yapılmış ve bunun sonucunda da başlıca dört faktör (Tatar vd., 2012, s. 6);

- Çevre,
- Yaşam tarzı,
- Kalıtım (Genetik)
- Sağlık hizmetleri şeklinde sıralanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri, “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” şeklinde tanımlamıştır. Hastaneler günümüz toplumunda önemli faaliyetler yerine getirir. Hastanelerde tedavi edici ve koruyucu olmak iki çeşit sağlık hizmeti verilmesi bu faaliyetler arasında sayılabilir. Sağlıklı bir hayat sürmek her insanın ihtiyacıdır ve bunda hastaneler önemli role sahiptir (Cantürk, 2012, s. 30).

Hastanelerin Organizasyon Yapısı

Sağlık Bakanlığı ve hastanelerin yapısını düzenleyen birincil mevzuat olan 10/07/2019 tarihli ve 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 353. Maddesine göre Sağlık Bakanlığı; merkez, taşra ve yurtdışı teşkilatından oluşmaktadır.

Hastaneler Cumhurbaşkanlığı 1 Sayılı Kararnamenin 372 maddesine göre; “Hastaneler hastane başhekimini tarafından yönetilir. Hastane başhekimine bağlı olarak idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur. Bakanlık tarafından, hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak belirlenen hallerde, yönetim görevleri tek kişiye verilebilir veya hastanedeki müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir; bu durumda görev dağılımları yeniden belirlenir...

...Bakanlıkça tespit edilen norm ve standardı aşmamak kaydıyla il sağlık müdürü tarafından belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur.” denilerek, hastanelerin organizasyon yapısı belirlenmiştir.

Sağlık Sunucusu Bakımından Hastane Türleri

Türkiye’de hastaneler genel olarak; sağlık sunucusunun kim olduğu faktörü göz önüne alındığında; Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, üniversitelere bağlı hastaneler ve özel hastaneler olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Sağlık hizmeti sunucularına göre hastane sayısı ve yüzdeleri aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 1: Kurumlara Göre Hastane Sayıları

Kurum Türü	Kurum		Yatak		Nitelikli Yatak	
	Sayısı	Yüzdesi (%)	Sayısı	Yüzdesi (%)	Sayısı	Yüzdesi (%)
Sağlık Bakanlığı	879	57,91	135.339	59,92	72.561	56,98
Üniversite	68	4,48	41.324	18,30	22.639	17,78
Özel	571	37,62	49.200	21,78	32.147	25,24
Toplam	1.518	100	225.863	100	127.347	100

Kaynak: Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017

Sağlık Bakanlığı tarafından açılan hastanelerin tüm hastanelere oranı %57,91 ile ilk sırada yer alırken, özel sektör tarafından verilen sağlık hizmetinin de %37,62 gibi bir orana sahip olduğu ayrıca yatak sayıları bakımından en büyük payı Sağlık Bakanlığı hastanelerinin aldığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörden daha çok Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerin ön plana çıktığı görülmekle birlikte özel sektörün sunumdaki rolü de azımsanamayacak seviyededir.

Sağlık Hizmetlerinde Finansman

Sağlık hizmetlerinde finansman kavramını etkileyen birçok değişken bulunmaktadır. Bu değişkenler sistemlerin başarısında büyük rol oynamaktadır. Genel olarak sağlık finansmanı, sağlık sektöründe finansal kaynakların hareketlendirilmesi ve bu hareketlenen kaynakların değerlendirmeyi içeren bir kavramdır (Lee vd., 2002, s. 98).

Şekil 1’de de görüldüğü üzere, hizmet sunucuları, kendilerine gelen hastaların ihtiyaçlarını gidermek için hizmet verirler ve hastalar ya da ülkenin benimsediği finansman modeline göre üçüncü taraf, para ödeyici, hizmetin bedelini hizmet verene gönderir. Bazı durumlarda kaynak aktarımı direkt hizmet alan ile hizmet sunucusu arasında gerçekleşebilir. Örneğin, sunulan hizmetin bedelinin cepten katlanılabilecek düzeyde olması veya bireyin ya da sunulan sağlık hizmetinin üçüncü taraf para ödeyicinin kapsamında olmaması gibi durumlardır. Ayrıca, üçüncü taraf ödeyicinin olduğu durumlarda bile, örneğin hastanın ödediği katkı payları gibi düzenlemeler, hastaların finansmana katkı sağlayabileceği durumlardır (Beylik, 2014, s. 5).



Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni

Kaynak: Mossialos vd., 2002

Doğrudan ödeme, bir mal veya hizmet ticaretinde en basit ödeme şeklidir. Burada mal veya hizmeti alan kişi (birinci taraf) bir mal veya hizmet karşılığı olan ücreti doğrudan hizmet veya mal sunucusuna (ikinci taraf) ödemektedir. Sağlık sistemleri, hasta olmanın finansal riskine karşı güvence sağlamak için üçüncü taraf para ödeyicilerini sisteme ekleyerek bunu geliştirmiştir. Kamu veya özel sektör üçüncü taraf yani ödeyici olabilmektedir. Söz konusu bu kesim, güvencesinde bulunan nüfustan sağlık hizmetlerinin finansmanı için direkt veya dolaylı olarak para toplamaktadır. Toplanan bu gelirler, ya doğrudan ödenen hizmet bedelini geri ödemek için hasta kişilere ya da sunulan hizmetin bedeli olarak hizmet sunulara iletilmektedir (Mossialos vd., 2002, s. 2-3).

Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemleri

Sağlık hizmetleri geri ödeme sistemleri, hastalanmanın finansal riskine karşı makul bir güvence sağlamak için geliştirmiştir. Kamu ve özel sektörden olabilen bu kuruluşlar, sağlık hizmetlerinden çıkan maliyeti karşılamak için, güvence verdiği halktan geliri doğrudan veya dolaylı olarak toplamaktadır. Toplanan bu gelir ya direkt olarak ödedikleri hizmet bedelini geri vermek için hastalara (geri ödeme) ya da sunulan hizmetin karşılığı olarak hizmet veren kuruluş veya kişilere verilmektedir (İstanbulluoğlu vd., 2010, s. 89).

Son yıllarda sağlık harcamaları, gelir artışından daha fazla artış eğilimi göstermiştir. Sağlık Harcamalarının kamu kesimi, özel kesim ve bireylerin gelirleri içerisindeki payı büyüdükçe maliyetlerdeki bu yükselmeyi kontrol etme eğilimi ortaya çıkmıştır. Çözüm için ülkelerin sunucuların verdikleri hizmetin karşılığında yaptıkları geri ödemelerde, kendilerine uygun olan yöntem ya da yöntemlerin birlikte kullanılması olumlu sonuçlar doğurabilmektedir. Bilindiği üzere başlıca ödeme yöntemleri (Tengilimoğlu vd., 2009 s. 237);

- Hasta (kişi) başına ödeme,
- Hizmet bazlı ödeme,
- Vaka başına ödeme,
- Tanıya dayalı gruplar (teşhis ilişkili gruplar),
- Sağlık hizmeti kaynak grupları,
- Karma ödeme modelleri şeklindedir.

Teşhis İlişkili Gruplara (TİG) Dayalı Finansal Sistem

Sağlık hizmetleri sunumunun hacmi ve kalitesi üzerinde, sağlık hizmet sunucularına yapılan geri ödeme yöntemlerinin etkisi büyüktür. Ödeme yöntemlerinin niteliği ve türü, hizmet sunucuları için güçlü özendirici olabileceği gibi daha iyi ve sürdürülebilir bir bakım hizmeti ve harcama kontrollerinin de temel nedeni olarak görülmektedir. Kaynakların daha etkin kullanımı ve hizmet sunum maliyetlerinin ödeyici kurumlar ile hizmet sunucuları arasında paylaşımı gerekliliği, Teşhis İlişkili Gruplara dayalı ödeme modellerinin hastane faaliyetlerinin ölçülmesi ve geri ödeme yöntemi türü olarak kullanılmasını genişletmiştir (Aydemir ve Ağırbaş, 2017, s. 49).

Teşhis İlişkili Gruplara (TİG) sistemi Yale Üniversitesinden Robert Barclay Fetter ve Jhon D. Thompson tarafından oluşturulan ve genel itibari ile hasta sınıflandırmasını hedefleyen bir sistemdir. Bu sistem hastane vakalarını, ICD (International Classification of Disease) tanıları, yapılan işlemler ACHI (The Australian Classification of Health Interventions), yaş, cinsiyet, taburculuk durumu, komplikasyon ve komorbiditesi olup olmamasına göre sınıflandırır ve 665 grupta inceler. Esas itibariyle hastanelere yapılacak geri ödeme finansmanında kullanılan bir sistemdir (Hsiao vd., 1986, s. 32-45, Aktaran: Beylik vd. 2014, s. 95).

Dünyada ilk kez Amerika Birleşik Devleti Eyaleti olan New Jersey’de 1980’de uygulanmaya başlanmıştır. 3 yıllık bir kullanımdan sonra Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere 1983’den itibaren dünya çapında uygulama alanına sahip olmuştur. Malezya, Kore, Avustralya, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri, İrlanda, Yeni Zelanda, Slovenya, Bulgaristan ve daha birçok ülkede bu sistem aktif olarak sistem kullanılmakta ve bu sistemden yararlanılmaktadır (Hsiao vd., 1986, s. 32-45, Aktaran: Beylik vd. 2014, s. 95).

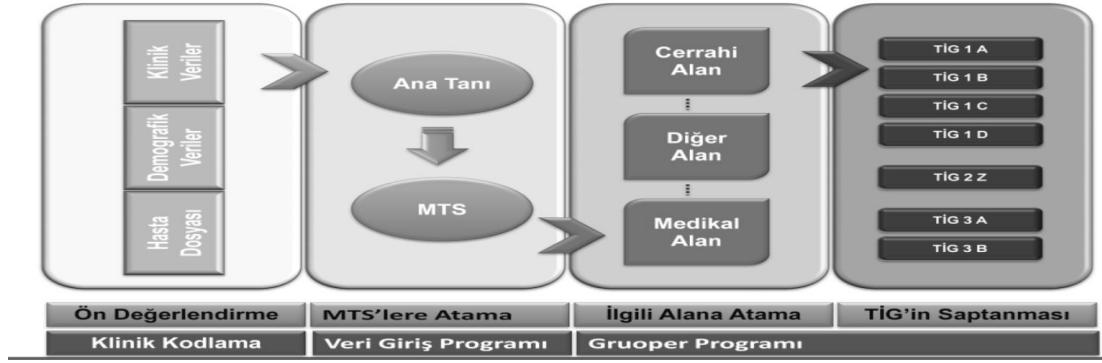
Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Alt Yapı Geliştirilmesi Projesi içerisinde 7 pilot hastanede 2005-2006 yıllarında Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG/DRG) adı ile veri girişi yapılmaya başlanılmış ardından 2008 yılı sonuna kadar 40 hastanenin sisteme katılımı sağlanmıştır. 2010 yılı Kasım ayında seçilen 50 hastane ile sisteme veri girişi ve para ödeme sistemi olarak TİG pilot olarak kullanılmaya başlanılmıştır (Beylik, 2014, s. 38-39).

TİG Atanma/Oluşum Süreci

TİG oluşum süreci 4 ana başlık altında toplanmaktadır ve Şekil-2’de gösterilmiştir (Şencan ve Demir, 2013, s. 22-37):

- Ön Değerlendirme
- Majör Tanı Sınıfı (MTS) Ataması

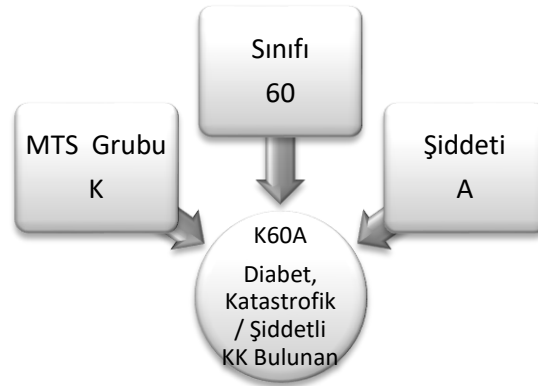
- Alan Ataması
- TİG'in Belirlenmesi



Şekil 2. TİG Oluşum Süreci

Kaynak: Şencan ve Demir, 2013, s. 22

Cerrahi, medikal ve diğer gibi ilgili alanlara atanan ana tanıları daha sonra eşlik eden ek tanıları, komplikasyon ve komorbidite durumlarının varlığı dikkate alınarak ilgili TİG gruplarına atanırlar.



Şekil 3. TİG'in Atanması ve Oluşumu

Kaynak: Şencan ve Demir, 2013, s. 28

Sistemin, alan ataması ve TİG oluşumu veriler girildikten sonra sistem tarafından otomatik olarak atanmaktadır. Oluşan her bir TİG genel kod yapısı ise şu şekildedir:

İlk Bölüm: Bir harften oluşur ve TİG'in ait olduğu MTS grubunu gösterir (K60A kodundaki K harfi MTS grubunu göstermektedir. K Grubu, MTS- 10 Endokrin ve Metabolik Hastalıları temsil etmektedir). İkinci Bölüm: TİG'in hangi alana ait olduğunu gösterir ve 01-99 arasında değişen rakamlardan oluşur (K60A kodundaki 60 numarası TİG kodunun hangi alana ait olduğunu, yani 60 numarasının dahili alana dahil olduğunu, göstermektedir). Üçüncü Bölüm: Kaynak kullanım derecesini göstermekte olup, A, B, C, D ve Z olarak harflerden oluşmaktadır. Bunlardan A, B, C, D

113



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

olarak ifade edilenler kaynak kullanımının daha çok olandan az olana doğru değiştiğini göstermektedir. Z olarak yer alan TİG'lerin ise tek olduğu ve kaynak kullanımına göre ayrımın olmadığını göstermektedir (K60A kodundaki A Harfi kaynak kullanımını göstermektedir).

LİTERATÜR TARAMASI

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde; aşağıdaki çalışmalara rastlanılmıştır:

Güler (2018) tarafından yapılan çalışmada; dünyadaki ve Türkiye'de ki DRG uygulamalarından örneklere yer verilerek, Türkiye'deki DRG çalışmaları hakkında değerlendirmeler yapılmıştır. Araştırma sonucunda; Türkiye'de DRG sisteminin, hayata geçirilmesi sürecinde genel sağlık politikası hedeflerine uyarlanması gerektiği sonucu vurgulanmıştır.

Gençyürek (2018) tarafından yapılan çalışmada; TİG bağlı değerlerinin Türk Tabipleri Birliği asgari ücret tarifesi fiyatları ile korelasyon analizi yapılarak, Türk Tabipleri Birliği asgari ücret tarifesi fiyatları ile Sağlık Bakanlığı'nın kullanmakta olduğu TİG bağlı değerleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Araştırma ile; TTB asgari ücret tarifesi fiyatları ile Sağlık Bakanlığının kullanmakta olduğu TİG bağlı değerleri arasındaki ilişkinin zayıf olduğu sonucuna varılmıştır.

Elmas (2018) tarafından yapılan çalışmada; Türkiye'deki TİG uygulamasında kullanılan bağlı değerlerin Türkiye'deki sağlık ücret tarifeleri ile ilişkisinin analizi yapılarak SUT fiyatları ile Türkiye'de uygulanan TİG bağlı değerleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma ile; SUT fiyatları ile Türkiye'de uygulanan TİG bağlı değerlerinin orta veya yüksek ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Aksoy (2017) tarafından yapılan çalışmada EURODRG ve dünyadaki diğer TİG uygulamaları ışığında Türkiye'deki TİG uygulamaları ve TİG üzerinde sağlık yöneticilerinin görüşleri incelenmiştir. Araştırma sonucunda, yöneticilerin büyük çoğunluğunun TİG Geri Ödeme Sistemi hakkındaki düşüncelerinin olumlu yönde olduğu gözlemlenmiştir.

Beylik (2014) tarafından yapılan çalışmada sağlık kurumlarında tanı ilişkili gruplara dayalı geri ödeme modeli üzerinde durularak, Türkiye Avustralya karşılaştırması yapılmıştır. Araştırma sonucunda; Türkiye'nin kendine özgü bir DRG uygulaması için eksikliklerinin giderilmesi, bu sistem üzerine sağlık politikacılarının kararlı olması ve desteklemesi gerektiği vurgulanmış, sağlık kurumlarında maliyet yapılanmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışma kapsamında elde edilen tüm verilerin çalışma için gerekli tablolara dönüştürülmesi ve TİG Metodolojisi ile ilgili tüm hesaplamaların yapılması için "Microsoft Office Excel" yazılım programı kullanılmıştır.

Çalışma verileri Sağlık Bakanlığında elde edilen 2013 yılı hastalara ait verileri kapsamaktadır. Bu yılın seçiminde 2005 yılında veri girişi başlayan TİG Kodlarının 2013 yılında yeterli olgunluğa ulaştığının düşünülmesidir. Ayrıca 2018 verileri Sağlık Bakanlığında istenilmiş fakat olumlu sonuç alınmamıştır. Bununla birlikte hangi yıl verisi seçilirse seçilsin alınan veriler doğrultusunda bir simülasyon yapılacağı için çalışmanın amacına etkisinin olmayacağı düşünülmektedir.

Elde edilen veriler tablolara dönüştürülmüştür. Bu tablolar hastane bazlı olarak ele alınmıştır. Hastaneler seçilirken Türkiye'yi temsil edebilmesi için 7 coğrafi bölge, hastanelerinin yatak sayılarının değişik olması, hastanelerin tercih edilen TİG kodlarında işlem yapabilecek konumda ve yeterlikte olması gibi birçok kıstas dikkate alınmıştır. Verilerden hastanelerde söz konusu TİG kodu ile



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

ilgili olan hastaların hasta mahremiyetlerine dikkat edilerek genel demografi bazı verilerde değerlendirilmiştir.

Bakanlıktan alınan bilgilerde TİG kodlarına ait Bağlı Değer verisi verildiği için, Bağlı Değer hesaplama için formül kullanılmamış, Sağlık Bakanlığının değerleri dikkate alınmıştır. Bağlı Değer ve vaka sayıları kullanılarak Vaka Karma İndeksi Hesaplanmıştır. Ayrıca bu hesaplamadan sonra “Ağırlıklandırılmış Vaka” hesaplanmıştır.

Her bir hastane için, her bir TİG Koduyla ilgili olarak Bağlı Değer ve Vaka Oranı (%) çarpılarak Geri Ödeme Katsayısı hesaplanmış, her hastane için bu ödeme katsayıları toplanarak Ödeme Katsayısı toplamına ulaşılmıştır. Tüm hastanelerin ödeme katsayıları toplanarak, her hastanenin bu toplam oranında global bütçeden alacağı geri ödeme yüzdesi bulunmuş ve bu yüzdeler oran nispetinde hastanelere global bütçeden düşen payları tespit edilmiştir.

BULGULAR

Bu çalışmada, seçilmiş 7 coğrafi bölgeden 7 ilin -özellikle kadın doğum ağırlıklı olarak çalışan- büyük hastanelerinde 2013 yılı TİG verileri Sağlık Bakanlığından istenilmiştir. Gelen cevabi yazıdaki verilerin doğru olduğu varsayımı içerisinde, aşağıdaki tabloda özellikleri ve bağlı değerleri verilen TİG kodlarının ve bu kodlara ait hastaların demografik ile çeşitli verilerin değerlendirilmesi ve nihayetinde bu verilerle oluşturulan bir geri ödeme simülasyonu yapılmıştır.

Tablo 2: Üzerinde Çalışılan TİG Kodları, Açıklamaları ve Bağlı Değerleri

TİG Kodu	Açıklama	Bağlı Değer
P65A	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 1500-1999 g Arası, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Çoklu Majör Problemlerin Eşlik Ettiği	6.55
P65B	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 1500-1999 g Arası, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Tek Bir Majör Problemin Eşlik Ettiği	4.63
P65C	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 1500-1999 g Arası, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Farklı Bir Problemin Eşlik Ettiği	3.50
P65D	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 1500-1999 g Arası, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Problemin Eşlik Etmediği	2.87
P66A	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 2000-2499 g Arası, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Çoklu Majör Problemlerin Eşlik Ettiği	4.19
P66B	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 2000-2499 g Arası, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Tek Bir Majör Problemin Eşlik Ettiği	2.76
P66C	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 2000-2499 g Arası, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Farklı Bir Problemin Eşlik Ettiği	2.06
P66D	Yenidoğan, Başvurudaki Ağırlık 2000-2499 g Arası, Önemli Ameliyathane İşlemi Olmaksızın, Problemin Eşlik Etmediği	0.78

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Verileri

Yukarıda belirtildiği üzere Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesine bu bölgeyi temsil edebileceği düşünülen birer il seçilmiştir. Bu itibarla yapılan çalışmanın ülkeyi bir nebze temsil edebileceği düşünülmüştür. Bu çalışmamızda Türkiye Sağlık Sisteminde sadece verileri girilen ve çok aktif olarak

kullanılmayan bu verilerin sağlıklı olduğu düşünülerek yapılan çalışmamızda 8 TİG verisinin seçilmiş olması ve verilerin sadece yedi ilde birer hastanede değerlendirilmesi ve sistemin henüz yürürlükte olamaması kısıtlarımız içerisinde. Buna rağmen bu şekilde istenilen verilerinde çok bir yekûn tuttuğu ve yorumlanmasının çok zor olduğu da aşıkardır. Bu kısıtlar içerisinde bu çalışmada elde edilen sonuçların ve bu çalışmanın, sağlık ve geri ödeme sistemi açısından politika yapıcılar için ilerideki çalışmalarında yararlı olacağı düşünülmektedir.

Seçilen 7 ilden birer hastane ile ilgili olarak özet bilgiler aşağıdaki Tablo 3’de yer almıştır. Her il coğrafi olarak farklı ve o bölgenin geneli hakkında yorum yapmamıza olanak sağlayabilecek şekilde seçilmiştir. Seçilen illerden örneklem alınan hastanelerde genellikle P65, P66 TİG kodlarıyla yakından ilişkili, doğum gerçekleşebilen hastanelerdir.

Tablo 3: Seçilen İller ve Hastaneler Hakkında Genel Bilgiler

Hastane Adı	Hastanenin Yatak Sayısı	İlin Yatak Doluluk Oranı(%)	Bulunduğu İlin Nüfusu (Yaklaşık Olarak)
Hastane 1	400	81	2.150.000
Hastane 2	501	84	5.100.000
Hastane 3	454	73	1.600.000
Hastane 4	150	67	770.000
Hastane 5	185	82	14.200.000
Hastane 6	1030	77	4.100.000
Hastane 7	605	79	760.000
TOPLAM	3325	77,5	28.680.000

Kaynak: Kamu Hastane Birlikleri-2014 Kitapçığı

Tablo 3’den anlaşılacağı üzere seçilen hastanelerin toplam yatak sayısı 3.325 ve ortalama yatak doluluk oranları ise 77,5’dir. Buldukları illerin toplam nüfusları yaklaşık olarak 28.680.000 kişidir. Yaklaşık olarak Türkiye Nüfusunun 25% aşan bir kısmının yaşadığı iller ve bu illerdeki doğum gerçekleşebilen hastaneler seçilmiştir. Kullandığımız TİG kodları doğum sonrası yenidoğanlarla ilgili olduğu için doğum yapılabilen hastanelerin seçilmesine dikkat edilmiştir. Ayrıca hastane yatak sayılarının da 150 ve üstü olması, gelen hasta sayısı ile vaka tipi ve yoğunluğunun fazla olması anlamına gelmektedir.

Teşhis İlişkili Gruplara (TİG) Dayalı Vaka Bazlı Geri Ödeme Simülasyonu
TİG; hastaların klinik ve maliyet verilerinin kullanılarak gruplandırılmasını ve benzer hastalıkların benzer gruplara atanmasını içeren yatan hasta sınıflandırma sistemi olup, bu sistemde sınırlı kaynaklar vakaların türlerine ve şiddetine dayalı olarak adil biçimde dağıtılır. TİG; hastane verimliliğini ve

etkililiğini teşvik eder. Sistematik ve anlamlı klinik veri toplar (Demir vd., 2013: 5). TİG’e dayalı vaka bazlı geri ödeme simülasyonu yapmadan önce aşağıda bazı kavramlar açıklanmıştır:

Bağlı Değer; Bir TİG’in maliyetinin, tüm TİG’lerin ortalama maliyetine oranıdır. Bağlı Değerde hem payı hem de paydayı hesaplamak için maliyet verilerinin kullanılması gerekmektedir (Demir vd., 2013, s. 5).

Vaka Karma İndeksi (VKİ); Bir hastanenin vaka üretiminin bir başka hastane ile karşılaştırılmasını sağlayan orandır. Hastaların ne kadar “hasta” olduğunu ölçmenin bir göstergesidir. Vaka karması terimi, bir hastane ya da birim tarafından tedavi edilen hastaların türü veya karmasını ifade eder (Demir vd., 2013, s. 6).

Sağlık Bakanlığında alınan veriler değerlendirilerek Tablo 4-5 oluşturulmuştur. Öncelikle eklerdeki tablolardan TİG Bağlı Değeri ile her TİG kodu için vaka sayıları çarpılarak “Ağırlıklandırılmış Vaka”lar bulunmuştur. Tablo 4-5’de görüleceği üzere her bir TİG kodu için “Vaka Sayıları” ve “Ağırlıklandırılmış Vaka” hesaplanmıştır.

Tablo 4: P65 TİG Kodları İçin Ağırlıklandırılmış Vakanın Hesaplanması

Hastaneler	P65A			P65B			P65C			P65D		
	Bağlı Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağlı Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağlı Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağlı Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka
Hastane 1	6,55	3	19,65	4,63	25	115,75	3,5	55	192,5	2,87	135	387,45
Hastane 2	6,55	117	766,35	4,63	165	763,95	3,5	110	385	2,87	15	43,05
Hastane 3	6,55	24	157,2	4,63	45	208,35	3,5	21	73,5	2,87	301	863,87
Hastane 4	6,55	0	0	4,63	59	273,17	3,5	18	63	2,87	21	60,27
Hastane 5	6,55	0	0	4,63	1	4,63	3,5	0	0	2,87	179	513,73
Hastane 6	6,55	10	65,5	4,63	112	518,56	3,5	91	318,5	2,87	16	45,92
Hastane 7	6,55	2	13,1	4,63	3	13,89	3,5	7	24,5	2,87	10	28,7

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Verileri

Tablo 5: P66 TiG Kodları İçin Ağırlıklandırılmış Vakanın Hesaplanması

Hastaneler	P66A				P66B				P66C				P66D			
	Bağıl Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağıl Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağıl Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağıl Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	Bağıl Değer	Vaka Sayısı	Ağırlıklandırılmış Vaka	
Hastane 1	4,1 9	2	8,38	2,76	36	99,36	2,0 6	143	294,58	0,7 8	514	400,9	2			
Hastane 2	4,1 9	84	351,9 6	2,76	16	452,64	2,0 6	230	473,8	0,7 8	778	606,8	4			
Hastane 3	4,1 9	17	71,23	2,76	54	149,04	2,0 6	28	57,68	0,7 8	1016	792,4	8			
Hastane 4	4,1 9	2	8,38	2,76	71	195,96	2,0 6	54	111,24	0,7 8	467	364,2	6			
Hastane 5	4,1 9	0	0	2,76	1	2,76	2,0 6	0	0	0,7 8	478	372,8	4			
Hastane 6	4,1 9	16	67,04	2,76	29	822,48	2,0 6	723	1489,3	0,7 8	202	157,5	6			
Hastane 7	4,1 9	2	8,38	2,76	4	11,04	2,0 6	6	12,36	0,7 8	77	60,06				

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Verileri

Bu iki tablodan elde edilen Ağırlıklandırılmış Vakaların toplamının toplam vaka sayısını bölümünde elde edilen Vaka Karma İndeksi Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: Vaka Karma İndeksi

Hastaneler	Toplam Vaka Sayısı	Toplam Ağırlıklandırılmış Vaka Sayısı	Vaka Karma İndeksi
Hastane 1	913	1518,59	1,66
Hastane 2	1663	3843,59	2,31
Hastane 3	1506	2373,35	1,58
Hastane 4	692	1076,28	1,56
Hastane 5	659	893,96	1,36
Hastane 6	1468	3484,94	2,37
Hastane 7	111	172,03	1,55

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Verileri

Tablo 6 değerlendirildiğinde en yüksek Vaka Karma İndeksinin 2,37 değerle Hastane 6, en düşük Vaka Karma İndeksinin ise 1,36 değerle Hastane 5 olarak hesaplandığı görülmektedir. Vaka Karma İndeksi daha önce belirtildiği üzere vakaların karmaşıklık indeksidir. Bu itibarla Hastane 6'da, komplike hasta vakalarının diğer vakalara göre fazla olduğu anlaşılmaktadır. Özellikle P66B, P66C ve P66D grubundaki hastaların yoğunluğu Hastane 6'nın Vaka Karma İndeksinin arttırmıştır. Bununla birlikte Hastane 5'nin Vaka Karma İndeksinin düşük olmasının nedeni ise hem sayı olarak az hastaya bakması hem de daha az kompleks vakalara bakmasıdır.

Ödeme Katsayısı; Tablo 6'dan elde edilen veriler ve 100.000 TL global bütçe varsayımı ile bu paranın hastanelere geri ödenmesi için ödeme katsayısının hesaplanması gerekmektedir. TİG esas alınarak oluşturulan bir geri ödeme sistemi; genel olarak maliyet hesabının fazla olduğu yani bağıl değerlerin fazla olduğu vakalara daha fazla ödeme yapılması üzerine kurulmuştur. Yani bağıl değeri yüksek vakalara bakan hastanelerin geri ödemesi de o denli yüksek olacaktır. Elde edilen verilerle oluşturulan geri ödeme katsayı tablosu aşağıda gösterilmiştir.

Formül: Ödeme Katsayısı

$$X \text{ Hastanesi Ödeme Katsayısı} = \text{TİG Bağıl Değer} \times \text{Vaka Oranı}(\%)*$$

$$*(\text{TİG Vaka Sayısı}/\text{Hastane Toplam Vaka sayısı})$$

Tablo 7: TİG P65 Vakalarına Göre Geri Ödeme Belirleme

Hastaneler	P65A		P65B		P65C		P65D					
	Bağlı Değer	Vaka Oranı (%)	Geri Ödeme Katsayısı	Bağlı Değer	Vaka Oranı (%)	Geri Ödeme Katsayısı	Bağlı Değer	Vaka Oranı (%)	Geri Ödeme Katsayısı	Bağlı Değer	Vaka Oranı (%)	Geri Ödeme Katsayısı
Hastane 1	6,5 5	0,33	2,15	4,63	2,74	12,68	3,50	6,02	21,08	2,87	14,79	42,44
Hastane 2	6,5 5	7,04	46,08	4,63	9,92	45,94	3,50	6,61	23,15	2,87	0,90	2,59
Hastane 3	6,5 5	1,59	10,44	4,63	2,99	13,83	3,50	1,39	4,88	2,87	19,99	57,36
Hastane 4	6,5 5	0,00	0,00	4,63	8,53	39,48	3,50	2,60	9,10	2,87	3,03	8,71
Hastane 5	6,5 5	0,00	0,00	4,63	0,15	0,70	3,50	0,00	0,00	2,87	27,16	77,96
Hastane 6	6,5 5	0,68	4,46	4,63	7,63	35,32	3,50	6,20	21,70	2,87	1,09	3,13
Hastane 7	6,5 5	1,80	11,80	4,63	2,70	12,51	3,50	6,31	22,07	2,87	9,01	25,86

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Verileri

Tablo 8: TİG P66 Vakalarına Göre Geri Ödeme Belirleme

Hastaneler	P66A			P66B			P66C			P66D		
	Bağlı Değer	Vaka Oranı (%)	Geri Ödeme	Bağlı Değer	Vaka Oranı (%)	Geri Ödeme	Bağlı Değer	Vaka Oranı (%)	Geri Ödeme Katsayısı	Bağlı Değer	Vaka Oranı (%)	Geri Ödeme
Hastane 1	4,19	0,22	0,92	2,76	3,94	10,88	2,06	15,66	32,27	0,78	56,30	43,91
Hastane 2	4,19	5,05	21,16	2,76	9,86	27,22	2,06	13,83	28,49	0,78	46,78	36,49
Hastane 3	4,19	1,13	4,73	2,76	3,59	9,90	2,06	1,86	3,83	0,78	67,46	52,62
Hastane 4	4,19	0,29	1,21	2,76	10,26	28,32	2,06	7,80	16,08	0,78	67,49	52,64
Hastane 5	4,19	0,00	0,00	2,76	0,15	0,42	2,06	0,00	0,00	0,78	72,53	56,58
Hastane 6	4,19	1,09	4,57	2,76	20,30	56,03	2,06	49,25	101,46	0,78	13,76	10,73
Hastane 7	4,19	1,80	7,55	2,76	3,60	9,95	2,06	5,41	11,14	0,78	69,37	54,11

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Verileri

Yukarıdaki Tablo 7-8'den görüleceği üzere ödeme katsayıları hastanelerin bağlı değerleri ile bu TİG Koduna karşılık gelen vakaların % oranlarının çarpılması ile bulunmuştur. Buradaki amaç maliyeti yüksek olan vakaların ödemelerinin de yüksek yapılması ve adaletin sağlanmasıdır. Aynı vaka olarak görülebilecek olan fakat maliyetleri ve karmaşıklık derecesi farklı vakalara farklı ödemelerin yapılması adalete katkı sağlayacaktır. Tablo 7 ve Tablo 8 birleştirilerek oluşturulan hastanelerin Ödeme Tablosu, Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9: Ödeme Katsayıları Toplamı

Hastaneler	P65A	P65B	P65C	P65D	P66A	P66B	P66C	P66D	Seçilen TİG'ler için Ödeme
	Geri Ödeme Katsayısı	Geri Ödeme Katsayısı	Geri Ödeme Katsayısı	Geri Ödeme Katsayısı	Geri Ödeme Katsayısı	Geri Ödeme Katsayısı	Geri Ödeme Katsayısı	Geri Ödeme Katsayısı	
Hastane 1	2,15	12,68	21,08	42,44	0,92	10,88	32,27	43,91	166,33
Hastane 2	46,08	45,94	23,15	2,59	21,16	27,22	28,49	36,49	231,12
Hastane 3	10,44	13,83	4,88	57,36	4,73	9,90	3,83	52,62	157,59
Hastane 4	0,00	39,48	9,10	8,71	1,21	28,32	16,08	52,64	155,53
Hastane 5	0,00	0,70	0,00	77,96	0,00	0,42	0,00	56,58	135,65
Hastane 6	4,46	35,32	21,70	3,13	4,57	56,03	101,46	10,73	237,39
Hastane 7	11,80	12,51	22,07	25,86	7,55	9,95	11,14	54,11	154,98
								Genel	1238,61

Kaynak: Sağlık Bakanlığı verileri

Tablo 9'dan anlaşılacağı üzere ödeme katsayıları toplamı 1238,61'dir. Bu oran %100 kabul edilerek hastanelerin sahip oldukları ödeme katsayılarına göre belirlenen ödeme tablosu, Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: Global Bütçe Dağıtım Tablosu

Hastanele r	Seçilen TİG'ler İçin Toplam Ödeme Katsayısı	Oran (%)	Global Bütçe (TL)	Tutar(TL)
Hastane 1	166,33	13,43	100.000	13.429
Hastane 2	231,12	18,66	100.000	18.660
Hastane 3	157,59	12,72	100.000	12.723
Hastane 4	155,53	12,56	100.000	12.557
Hastane 5	135,65	10,95	100.000	10.952
Hastane 6	237,39	19,17	100.000	19.166
Hastane 7	154,98	12,51	100.000	12.513
Toplam	1238,61	100	100.000	100.000

Kaynak: Sağlık Bakanlığı verileri

Tablo 10'dan anlaşılacağı üzere toplam 100.000 TL olan global bütçeden en fazla payı 19.166 TL ile Hastane 6 alırken, en az payı 10.952 TL ile Hastane 5 almaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada 100.000 TL global bütçesinin altı (6) hastane arasındaki TİG temelli geri ödeme sistemi ile dağıtım yapılmıştır. Hastane 6; 19.166 TL geri ödeme ile en fazla, Hastane 5; 10.952 TL ile en düşük geri ödemeyi almıştır. Bu oranlar hesaplanırken tedavi maliyetlerinin hesaba katıldığı “Bağlı Değer” ile Hastanelerin toplam vakaların içerisinde TİG Kodlarının oranları etkili olmuştur. En çok vakaya bakan Hastane 2 ise 18.660 TL geri ödeme miktarı ile ikinci sırada yer almaktadır. En çok vakaya bakan Hastane 2'nin Hastane 6'dan daha az geri ödeme almış olması yüksek bağlı değere sahip yani yüksek maliyetli (tedavisi tada zor) vaka oranlarının Hastane 2'de daha az olmasıdır. Ayrıca bu çalışmamızda sınırlı sayıda TİG verisi ile simülasyon yapılmış olup daha kapsamlı örneklerin çalışılması sistemin işleyişi hakkında daha doğru bir kanaat oluşmasına yardımcı olacaktır.

Bu çalışmada açıklandığı üzere; dünya genelinde birçok ülkede uygulamaya geçmiş olan TİG temelli geri ödeme sisteminin sağlık kuruluşlarına daha adil ve hakkaniyetli bir finansman oluşturduğu anlaşılmaktadır. Bununla birlikte verilen hizmetlerin ülkenin yapısına uygun TİG kodları ile takip edilmesinin, hizmetlerin şeffaflığını ile hastanelerin etkinliklerini arttırdığı ve hastane idaresine kliniklerin yönetiminde katkı sağladığı düşünülmektedir.

Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde özellikle daha karmaşık vakaların daha çok tedavi hizmeti gerektirdiğinden dolayı bazı hastanelerde daha yüksek vaka maliyetleri görülmektedir. Sağlık Bakanlığınca daha nitelikli insan görev yaptığı ve daha donanımlı malzeme ve cihazların kullanıldığı hastanelerin bağıl değerlerinin belirlenmesinde dikkat edilmesi gerektiği ön görülmektedir. Bu nedenle daha adil ve hakkaniyetli bir geri ödeme sistemi için “Bağıl Değer”lerinin yeni koşul ve maliyetlere göre revize edilmesi büyük rol oynayacaktır.

Sağlık politika yapımcılarının TİG çalışmalarının avantajlarını değerlendirmesi, geri ödemede TİG çalışmalarını dikkate alması, hakkaniyetli ve verimli bir sistemin kurulmasında olumlu sonuçları doğuracağı kanaatine varılmıştır. Bu nedenle TİG çalışmalarının hızlandırılmasının, sağlıklı TİG verilerinin oluşması için daha sağlam adımlar atılmasının ve Türkiye’ye özgü bir sistemin getirilmesinin ülke ekonomisine katkı sağlayacağı ayrıca Sağlık Bakanlığı Stratejik Planında belli bir oranda global bütçe dağıtımının TİG ile yapılacağı öngörülmekte olduğundan bu çalışmanın politika yapımcılara yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Aksoy, Kübra. (2017). EURODRG ve dünyadaki diğer tig uygulamaları ışığında Türkiye'deki tig uygulamaları ve tig üzerinde sağlık yöneticilerinin görüşlerinin incelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Ayanoğlu Y. ve Beylik U. (2014). Sağlık İşletmelerinde Geri Ödeme Modeli Olarak DRG: Kavramlar, Metodolojiler, Ülke Deneyimleri ve Karşılaştırmaları. Gazi Kitabevi, Ankara.
- Aydemir, İ. , Ağırbaş, İ . (2017). Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Yöntemleri: Teşhis İlişkili Gruplar. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 20, Ankara.
- Beylik U. (2014). Sağlık Kurumlarında Tanı İlişkili Gruplara Dayalı Geri Ödeme Modeli: Türkiye – Avustralya Karşılaştırması. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Gazi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Beylik, U., Öztürk. A., Demir, B. (2014). TİG ve Kalite - Performans İlişkisi: Ülke Deneyimleri. Sağlıkta Performans Kalite Dergisi, (8).
- Cantürk Ö. (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği. Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi 1 numaralı Kararname.
- Demir, M., Beylik, U., Öztürk M., Doluküp İ. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG): Diyabet Vakaları Üzerine Karşılaştırma. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Ankara.
- Elmas, B. Ö. (2018). Türkiye'deki TİG Uygulamasında Kullanılan Bağıl Değerlerin Türkiye'deki Sağlık Ücret Tarifeleri İle İlişkisinin Analizi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Gençyürek, G. (2018). TİG Bağıl Değerlerinin Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi Fiyatları İle Korelasyon Analizi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Güler, Y. (2018). Dünya'da ve Türkiye'de DRG Uygulamalarından Örnekler, Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- Hsiao, W. C., Sapolsky, H. M., Dunn. D. L., Weiner, S. L. (1986). Lessons of the New Jersey DRG



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 6 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2020 ISSN -2149-6161

Payment System, Health Affairs. Summer, Sayı: 5.

İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi, 2, İstanbul.

Kadıız Y. (2011). Hastanelerde DRG“ye Dayalı Ödeme Sistemi ve Bir Kamu Hastanesi Hekimlerinin Tutumu. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Lee, K. ve Goodman, H. (2002). Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980s, Lee, K., Buse, K., Fustukian, S., (eds.), Health Policy in a Globalising World. Cambridge University Press, Cambridge.

Mossialos, E. ve Dixon, A. (2002). Funding Health Care: An Introduction, Mossialos, E. Et al (eds.), Funding Health Care: Options for Europe. 1-30, Open University Press, Buckingham – Philadelphia.

Sağlık Bakanlığı (2014). Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2014). Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı. Kamu Hastaneleri Kurumu, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2017). Kamu Hastaneleri İstatistik Yıllığı. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Şencan, İ. ve Demir, M. (2013). Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları Kitabı. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Tatar, M., Somunoğlu, S., Ağırbaş, İ., Tengilimoğlu, D., Çelik, Y., Erdem, R., Akbulut, Y., Erigüç, G. (2012). Sağlık Kurumları Yönetimi-1. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2631 Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1599, Eskişehir.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara.