

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİCİLİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

HEKİM PERFORMANSININ TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLARA
DAYALI ÖDEMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan
Özlem BULUT

Ankara – 2016

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİCİLİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

HEKİM PERFORMANSININ TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLARA
DAYALI ÖDEMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan
Özlem BULUT

Danışman
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

Ankara – 2016

ATILIM ÜNİVERSİTESİ**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Özlem Bulut tarafından hazırlanan “Hekim Performansının Teşhis İlişkili Gruplara Dayalı Ödemesi” başlıklı çalışma 26/07/2016 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından İşletme Anabilim, Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Yüksek Lisans programı tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. İsmail BİRCAN (Başkan)



Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU (Danışman)



Doç. Dr. Zekai ÖZTÜRK

ETİK BEYAN

Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi'ne uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasını;

- Akademik ve etik kurallar çerçevesinde hazırladığımı,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, Aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



22/08/2016

Özlem BULUT

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve tezimin hazırlanması süreci boyunca desteğini hiç esirgemeyen ve çalışmalarımda bana hep cesaret veren sayın hocam Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU'na; insanî ve ahlâkî değerleri ile kendime örnek aldığım, yanında çalışmaktan onur duyduğum, bilgi ve tecrübesi ile rehber olmakla kalmayıp mesai yaptığımız sürece göstermiş olduğu hoşgörü ve sabrından dolayı değerli Daire Başkanım Dr. Cevher CESUR'a; birlikte çalışmaktan zevk aldığım, yüksek lisans eğitimim boyunca bana manevî desteğini esirgemeyen Saadet TURHAL'a; maddî ve manevî desteğini her zaman yanımda hissettiğim değerli aileme ve tezimin hazırlanması esnasında bana gösterdiği sonsuz sabır ve destekten dolayı sevgili eşim, dünyalar tatlısı kızımın babası Op. Dr. Ali BULUT'a sevgi ve saygılarımı sunar, teşekkür ederim.

Özlem BULUT

Haziran 2016

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	vi
KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER, TABLOLAR VE EKLER LİSTESİ	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. PERFORMANS DEĞERLENDİRME	5
1.1. PERFORMANS	5
1.1.1. Giriş.....	5
1.1.2. Performansın Tanımı.....	5
1.2. PERFORMANS DEĞERLENDİRME.....	6
1.3. PERFORMANS DEĞERLENDİRMENİN AMACI	6
1.4. PERFORMANS DEĞERLENDİRMENİN FAYDALARI.....	7
1.5. PERFORMANS YÖNETİM SÜRECİ	8
1.6. PERFORMANS YÖNETİM SİSTEMİ.....	10
1.7. SAĞLIK TESİSLERİNDE PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİ	12
1.8. HASTANE PERFORMANS ÖLÇÜM MODELİ	13
1.9. SAĞLIK BAKANLIĞI PERFORMANS YÖNETİM SİSTEMİ	15
1.9.1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi.....	15
1.9.2. Kurumsal Performans Ölçümü.....	16
1.9.3. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Verimlilik Değerlendirme Çalışmaları.....	16
1.9.3.1. Birlik ve Sağlık Tesisleri Verimlilik Karne Uygulaması	17
1.9.3.2. Sağlık Tesislerinin Sınıflandırılması.....	17
1.9.3.3. Sağlık Tesisi Karne Puanlarının Belirlenmesi	17
1.9.3.4. Birlik Karne Puanlarının Belirlenmesi.....	19
1.9.3.5. Birlik ve Sağlık Tesislerinin Başarı Gruplarının Belirlenmesi	21

1.9.3.6. Birliklere Bağlı Sağlık Tesislerinin Yerinde Değerlendirilmesi.....	22
1.9.3.7. Başarı Gruplarının Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi.....	22
1.9.3.8. Birlik Değerlendirme Komisyonu.....	23

İKİNCİ BÖLÜM

2. TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLAR.....	25
2.1. TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLARIN TANIMI VE AMAÇLAR.....	25
2.2. TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLARIN TARİHSEL GELİŞİMİ	27
2.3. TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLARDA TEMEL KAVRAMLARI	28
2.3.1. Hastalıkların Sınıflaması.....	28
2.3.2. Klinik Kodlama.....	28
2.3.3. Ana Tanı.....	28
2.3.4. Ek Tanı.....	29
2.3.5. Branş Bazlı Ayaktan Gruplar.....	29
2.3.6. İşlem Bazlı Ayaktan Giriş.....	29
2.3.7. Vaka Karma İndeksi.....	29
2.3.7.1. Vaka Karması Yönteminin Kullanım Alanları.....	30
2.3.7.2. Bağlı Değer	31
2.4. YURTDIŞINDA TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLAR UYGULAMASI	33
2.4.1. Yurtdışında Hekim Performanslarının Ödemesi.....	36
2.5. TÜRKİYE’DE TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLAR UYGULAMASI	37
2.5.1. Sağlık Bakanlığı’nın Teşhis İlişkili Gruplar Çalışmaları.....	38
2.5.2. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun Teşhis İlişkili Gruplar Çalışmaları.....	40
2.5.3. Türkiye’de Hekim Performansının Uygulanması.....	41
2.5.4. Uygulanan Performansa Dayalı Ücretlendirme Yöntemleri.....	47

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. HEKİM PERFORMANSIN DEĞERLENDİRİLMESİNDE TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLARIN YERİ VE ÖNEMİ	48
3.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU	48
3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	48
3.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	49
3.4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	49
3.4.1. Kurumsal Çerçeve.....	49
3.5. ARAŞTIRMA PROBLEMİ	50
3.6. ARAŞTIRMA HİPOTEZİ.....	50
3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	51
3.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	51
3.9. VERİ ANALİZİ.....	52
3.10.ZAMAN PLÂNI.....	52

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE YORUM.....	53
4.1. HEKİM PERFORMANS PUANLARINDA BAĞIL DEĞER VE VAKA KARMA İNDEKSİNİN ETKİSİ	53
4.2. SAĞLIK TESİSLERİNİN ROLLERİNE GÖRE HEKİM PERFORMANS DEĞERLERİ İNCELEMESİ	58
4.3. BRANŞLARA GÖRE HEKİM PERFORMANS DEĞERLERİ İNCELEMESİ	60
4.4. EK ÖDEME SİMÜLASYON ÇALIŞMALARI.....	68
4.4.1. Bağlı Değer Üzerinden Ödeme Simülasyonu:	70
4.4.2. Bağlı Değer ve Vaka Karma İndeksi Üzerinden Ödeme Simülasyonu	73
4.4.3. Hekim Performans Puanı ve Vaka Karma İndeksi Üzerinden Ödeme Simülasyonu.....	76

4.4.4. Hekim Performans Puanı ve Vaka Karma İndeksi Üzerinden Branş Bazlı Ödeme Simülasyonu.....	80
4.4.5. Hekim Performans Puanı ve VKİ Üzerinden Branş ve Tesis Rolü Bazlı Ödeme Simülasyonu.....	85
4.4.6. Hekim Performans Puanı ve Vaka Karma İndeksi Üzerinden Branş ve Tesis Grup Bazlı Ödeme Simülasyonu:.....	90
4.4.7. Ödeme Parametreleri İle Simülasyonlar Arası İlişkiler	94

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. SONUÇ VE ÖNERİLER	99
EKLER.....	104
ÖZET.....	115
ABSTRACT	116
KAYNAKÇA	117
ÖZGEÇMİŞ.....	123

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADSM	: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
Bakanlık	: Sağlık Bakanlığı
BBaG	: Branş Bazlı Ayaktan Gruplar
İBaG	: İşlem Bazlı Ayaktan Gruplar
Birlik	: Kamu Hastaneleri Birliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DRG	: Diagnosis Related Groups
HÜAP	: Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi
KÇH	: Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
Kurum	: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
PATH	: Performance Assesment tool for quality Improvment in Hospitals
TİG	: Teşhis İlişkili Gruplar
TKHK	: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
VKİ	: Vaka Karma İndeksi
NPP	: Net Performans Puanı
BPP	: Bireysel Performans Puanı
KUK	: Kadro Unvan Katsayısı
AÇGK	: Aktif Çalışma Gün Katsayısı
SMK	: Serbest Meslek Katsayısı

TP	: Telâfi Puanı (Bir önceki dönem karne başarı grubu taban puanı ile ilgili döneme ait karne puanı arasındaki fark)
TS	: Telâfi Sınırı (Bir önceki dönem karne başarı puanı x 0,05)
PFA	: Puan Fark Aralığı (Başarı grupları arasındaki puan Aralığı (150))
KPDK	: Karne Puanı Değişim Katsayı
KF	: Karneler Arası Fark (Bir önceki dönem karne başarı puanı ile ilgili döneme ait karne başarı puanı arasındaki fark)
BH	: Birlik hedefini gerçekleştirme başarısı
ST _i	: Sağlık tesisinin karne puanı (i= 1,2,3.....n)
K	: Sağlık tesisinin rolüne göre katsayısı
ST _{ort}	: Sağlık tesislerinin karne puanlarının ağırlıklı ortalaması
KPDK	: Karne puanı değişim katsayısı

ŞEKİLLER, TABLOLAR VE EKLER LİSTESİ

Şekil 1 Performans Yönetim Süreci (16)	9
Şekil 2 Sağlık Tesisleri Performans Değerlendirilmesinde PATH Modeli (2).....	14
Şekil 3 Aylara göre veri dağılımı	54
Tablo 1 Sağlık Tesisi Karne Puanının Hesaplanması (24)	18
Tablo 2 Birlik ve Sağlık Tesisi Karne Puanı Değişim Katsayı Hesaplanması (24)	18
Tablo 3 Birlik Karne Puanının Hesaplanması (24).....	19
Tablo 4 Verimlilik Karnesi Sağlık Tesisi Ağırlık Katsayıları (24)	21
Tablo 5 Karne Başarı Grupları (24).....	21
Tablo 6 Vaka Karma İndeksinin Hesaplanması (33).....	30
Tablo 7 Teşhis İlişkili Gruplarının Ortalama Maliyetini Hesaplama Örnek Tablosu	32
Tablo 8 Teşhis İlişkili Grupların Bağlı Değer Hesaplama Örnek Tablosu	33
Tablo 9 Performans Puanı, Ek Ödeme Tutarı, VKİ ve Bağlı Değer arasındaki korelasyon	56
Tablo 10 Rollere Göre Hastanelerdeki Ortalama Performans Puanı, Ek Ödeme Tutarı, VKİ ve Bağlı Değer	59
Tablo 11 Branşlara Göre Performans Puanı, Ek Ödeme Tutarı, VKİ ve Bağlı Değerler.....	61
Tablo 12 Bağlı Değer Üzerinden Ödeme Simülasyonu.....	71
Tablo 13 Bağlı değer ve Vaka Karma İndeksi Simülasyonu İle Ödeme.....	74
Tablo 14 Performans Puan ve Vaka Karma İndeksi İle Simülasyonla Ödeme	78
Tablo 15 Hekim Performans Puanı ve Vaka Karma İndeksinin Branş Bazlı Simülasyonu.....	82
Tablo 16 Performans Puanı En Yüksek İlk On Beş Verinin İncelenmesi	83
Tablo 17 Aynı Klinik İçinde Yapılan Simülasyon Çalışması	84
Tablo 18 Simülasyon İçin Belirlenen Vaka Karma İndeksi Katsayıları.....	86
Tablo 19 Vaka Karma İndeksine Katsayı Veriler Yapılan Simülasyon	87

Tablo 20 Mevcut Ödeme ve Simülasyon Ödemesi Arasındaki Rollere Göre Toplam Ücret Farkı.....	89
Tablo 21 Aynı Branştaki Hekimler İçin Simülasyon İçin Belirlenen Vaka Karma İndeksi Katsayıları.....	90
Tablo 22 Vaka Karma İndeksi Katsayısı Belirlendikten Sonra Hekimlerin Gruplara Ayrılması.....	91
Tablo 23 KÇH-1 Grubu Hekimin Verileri.....	92
Tablo 24 Vaka Karma İndeksi En Yüksek İlk On Hekim	93
Tablo 25 Tüm Parametrelerin Birbiri İle Korelasyon Durumu	96
Ek- 1 Sayılı Cetvel: Sağlık Tesisi, ADSM ve ADSH Boyutları, Karne Göstergeleri ve Gösterge Puanları (24)	104
Ek- 2 Sayılı Cetvel: Birlik Hedefleri (24)	108
Ek- 3 Malî Gözlemciler tarafından yapılan yerinde değerlendirme	109

GİRİŞ

Performans genel anlamda amaçlı ya da plânlanmış bir etkinlik sonucunda elde edileni, nicel ya da nitel olarak belirleyen bir kavramdır (Tengilimoğlu, 2014). Performansın tanımı için, kullanıldığı alana göre farklı anlamlar yüklemek mümkündür. Performansa ilişkin olabildiğince fazla tanım olmakla birlikte, belirli bir görevin gerçekleştirilmesi sırasında önceden belirlenmiş olan kurallara uygun olarak hareket edildiğinin ve hedeflere ulaşma aşamalarında ortaya koyulan emeğin ve çabanın göstergesi olarak tanımlanabilir. Performans değerlendirme ise çalışanların performanslarının gözlemlenmesi, değerlendirilmesi, yorumlanması, kayıt altına alınması ve sonucunun çalışanla paylaşılması süreçleridir.

Sağlık kuruluşlarında kurumsal performans ölçümü amaçlı birçok yöntem belirlenmiş olmasına rağmen işletmenin tüm boyutlarının en doğru şekilde değerlendirilebildiği tek bir ölçüt bulunmamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Ofisi 2003 yılında 52 üye ülkesinin yararlanması için, hastane performansının değerlendirilmesini geliştirmeye ve esnekliği yaygınlaştırmaya yardımcı olan kapsamlı bir yapının geliştirilmesi için yeni bir proje başlatmıştır. Projeyi; Hastanelerde Kapsamlı Kalite Geliştirmek İçin Performans Değerlendirme aracı (Performance Assesment tool for quality Improvement in Hospitals (PATH)) olarak isimlendirdi (Veillard, ve diğerleri, 2005). Her geçen gün sağlık kuruluşlarının değerlendirilmesi kapsamında yeni çalışmalar üretilmeye devam edilmektedir. Tam da bu noktada özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkede yaygın olarak kullanılmaya başlayan Teşhis İlişkili Gruplar – *Diagnosis Related Groups* (TİG-DRG) çalışmaları önemli bir parametre olarak sağlık kuruluşlarının performans değerlendirmesinde kullanılabilir.

Teşhis İlişkili Gruplar; hastanelerin tedavi ettiği hasta türlerini anlamak, hastaların ne kadar “hasta” olduklarını ölçmek, bir hastanenin tedavi ettiği hastalar açısından neden bir başka hastaneye göre daha fazla kaynak ihtiyacı olduğunu anlamak, hastane bakımının finansmanını sağlamak, hastaneler arasındaki farklılıkları ortaya koymak ve uluslararası karşılaştırmalar yapmak amacıyla, benzer klinik ve maliyet özelliklerine sahip hastane vakalarının icmalini

çıkaran ve kataloglayan bir araçtır (Bayram, 2006). Kısaca TİG, benzer kaynak ve tedavi süreçlerini gerektiren vaka gruplarını sınıflandırma plânıdır (Gerard, ve diğerleri, 2008).

Teşhis İlişkili Grupların birincil amacı; gözlenebilir ve ölçülebilir hasta özellikleri (bilhassa tanılar) ve ayrıca değişen oranlarda hastaya yapılan müdahaleler ışığında belirli bir hastanın tedavi maliyetlerinin doğru bir şekilde değerlendirilmesini sağlamaktır (Ersoy, 2014).

Teşhis İlişkili Grupların kullanım alanları oldukça geniş olup bunların başlıcaları (Aktulay, 2009);

- Sağlık hizmetleri maliyet analizleri,
- Kaynak kullanım analizleri,
- Kalite değerlendirme ve geliştirme,
- Epidemiyolojik ve klinik araştırmalar,
- Plânlama ve bütçeleme,
- Fiyatlandırma ve ödemedir.

Vaka karma indeksi (VKİ), bir hastanenin baktığı vakaların zorluk şiddetinin ortalamasının gösterildiği katsayıdır. Vaka karma indeksi hastanelerin klinik hizmetlerinin kıyaslanmasını, performans ve verimliliklerinin değerlendirilmesini sağlayan parametredir. Her hastanenin vaka karması indeksi, belirli bir süre içinde taburcu edilen tüm vakaların frekansını ve kaynak yoğunluğunu gösteren birimsiz bir sayıdır ve birimsiz bir değer olduğundan, hastaneler arasında kıyaslanabilir (HÜ, 2006). Bağlı değer ise, sağlık bakımının maliyetini yansıtmak için her bir TİG'e atanan standart bir değerdir (Pongpirul, 2011). Her bir TİG için tespit edilen maliyet fiyatının, tüm grubu oluşturan TİG'lerin ortalama maliyetine oranlanması sonucu elde edilen katsayıdır. Bağlı değerler tespitinde belirli aralıklarla maliyet çalışması yapılmalı ve bunların sonucuna göre katsayılar revize edilmelidir.

Bilimsel ve teknolojik gelişmelerin yansıması olarak, sağlık hizmetlerinin üretiminde gözle görülür artış meydana gelmiştir. Kaynakların sabit olması ile birlikte artan sağlık hizmeti talebine cevap verebilmek için, kısıtlı kaynakların verimli ve etkili kullanımı noktasında yeni

yöntemlerin geliştirilmesi ihtiyacı doğmuştur. Sağlık harcamalarını kontrol etmek zorunluluğu bulunan ödeyiciler, aynı zamanda maliyet kontrolünü de sağlayarak verimliliği ve kaliteyi optimumda tutan sistemlerin geliştirilmesine ihtiyaç duymuşlardır. Söz konusu verimliliğin maksimum olması ve kaliteden ödün verilmemesi amaçlı özellikle gelişmiş ülkelerde TİG-DRG geri ödeme sistemi kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık kurumlarının performans ve verimliliğinin değerlendirilmesi, kısıtlı kaynakların adil olarak dağıtımının sağlanması ve kıyaslanmalarının sağlanması, sağlık istatistikleri ve analizlerinin yapılması başta olmak üzere sağlığın pek çok alanında TİG-DRG verileri aktif olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Bazı ülkelerde TİG sistemi, vaka karmalarının performans değerlendirme ölçütü olarak kullanıldığı (İsveç ve Finlandiya örneklerinde olduğu gibi), diğer çoğu ülkelerde ise esas olarak ödeme sistemi olarak kullanıldığı (Fransa ve Almanya örneklerinde olduğu gibi) yatan hasta sınıflandırma sistemidir (Geissler, ve diğerleri, 2011).

Bu çalışmada Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna (TKHK) bağlı olarak faaliyet gösteren rollerine göre A, AI dal, AII, AII dal, B, C, D ve EI grubu toplam 679 hastane performanslarının değerlendirilmesinde, vaka karma indeksi, bağıl değer, ortalama yatış gün sayısı gibi bazı TİG verileri üzerinden hastaneler arası kıyaslama yapılacak ayrıca hekim performanslarının ücretlendirilmesinde hali hazırda kullanılan hekim ek ödeme puanları ile VKİ ve bağıl değer karşılaştırması ve yeni ödeme formüllerinin geliştirilmesi üzerinde çalışılacaktır. İlk defa 2015 yılı itibariyle TKHK'na bağlı hastanelerin performanslarının değerlendirmesinde ve hekim performanslarının ölçülmesinde TİG verileri aktif olarak kullanılacağı için bu çalışma, Türkiye'de TİG'in hastane performanslarının değerlendirilmesinde ve hekim ek ödemelerine yansıtılması ve hakkaniyet odaklı ödeme alanında yapılan ilk çalışma özelliği taşımaktadır. Kamu hastanelerine ait klinik veriler TİG sistemine göre ödeme çalışmalarının gerçekleştiği Eylül 2015 – Mart 2016 dönemlerini kapsamaktadır. Buna göre hastaneler ve hekim ek ödemeleri mevcut ödeme ve yeni oluşturulacak olan ödeme formülleri ile verimlilik hizmet grupları, rolleri ve bölgelerine göre karşılaştırma yöntemi kullanılarak performans değerlendirmeleri yapılacaktır. Bu çalışma kapsamında kullanılacak olan klinik verilerde hasta mahremiyetine uyulmaktadır. Hastaların

kimlik tanımlama, kişiye özel tanı ve işlemler gibi mahremiyet alanına giren özel veriler kullanılmayacaktır.

Sonuç olarak karmaşık hizmet ve organizasyon yapısına sahip olan sağlık kurumlarının performanslarının değerlendirilmesinde, sağlık hizmeti sunumu alanında hastane ve hekimlerin ürettiği hizmetin puanlandırılmasına katkı sağlayan TİG-DRG sisteminin ülkemizde de kullanılabilirliğini göstermek ayrıca hekim ek ödemelerinin oluşturulmasında verilen hizmetin niceliği yanında niteliğinin ölçülerek daha adil bir ek ödeme modeli oluşturarak bu alanda öncülük etmek üzere çeşitli değerlendirme ve önerilerde bulunma amacı doğrultusunda bu çalışma hazırlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. PERFORMANS DEĞERLENDİRME

1.1.PERFORMANS

1.1.1. Giriş

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nün (OECD) raporlarında da üzerinde durulduğu üzere ücret bir taraftan kamu sektörü verimliliğini artırma diğer taraftan kamu sektörü tarafından üretilen hizmetlerin kalitesini geliştirme mekanizması olarak görülmeye başlanmıştır (Elliot, 1993 : 8). Bundan dolayı son zamanlarda birçok ülkede bir ya da birden fazla kişinin performansına ilişkin ücretlendirme yöntemlerine eğilim artmaktadır. Benzer şekilde kamu sektöründe de; üretilen hizmetin etkililiği ve verimini artırmak için çalışanların kalitesi ile ilişkilendirilmesi personelin niteliği ile ücreti arasındaki ilişkiyi sorgulanır hâle getirmiştir. Tüm bunların sonucunda ödül sistemi insan kaynakları açısından bir alt sistem haline gelmiştir. Ödüllendirme yöntemi olarak da performans bazlı ücretlendirme ön plana çıkmıştır.

1.1.2. Performansın Tanımı

Performans; genel anlamda amaçlı ya da plânlanmış bir etkinlik sonucunda elde edileni, nicel ya da nitel olarak belirleyen bir kavramdır (Tengilimoğlu, 2014 :6).

Performans; bireylerin ve örgütlerin örgüt amaçlarını etkili ve etkin şekilde başarma derecesidir (Bircan, 2015 :48).

Performans; herhangi bir görevin gereği olarak önceden belirlenen standartlara uygun davranışların gösterilmesi ve beklenen amaçlara yaklaşma derecesi olarak tanımlanabilir (Aksoy, 2001 :4).

Performansın tanımı için, kullanıldığı alana göre farklı anlamlar yüklemek mümkündür. Performansa ilişkin olabildiğince fazla tanım olmakla birlikte, belirli bir görevin

gerçekleştirilmesi sırasında önceden belirlenmiş olan kurallara uygun olarak hareket edildiğinin ve hedeflere ulaşma aşamalarında ortaya koyulan emeğin ve çabanın göstergesi şeklinde ifade edilir.

1.2.PERFORMANS DEĞERLENDİRME

Performans değerlendirme, çalışanın performansının incelendiği, değerlendirildiği, sonucunun kaydedildiği ve çalışana bildirildiği süreçtir (Aksoy, 2001 :4).

Performans değerlendirme süreci çalışanlarla kurumların daha önceden belirlenmiş olan kurallar çerçevesinde incelenmesi ve yaptıkları faaliyetler ile sorumlu olduğu işlerde gösterdiği başarının belirlendiği süreçler olarak da tanımlanabilir.

Değerlendirme sürecinde kimlerin ya da hangi kurumların bu çalışma kapsamında inceleneceği, değerlendirme çalışmalarında kimlerin görev alacağı, değerlendirme zamanının takvimi, değerlendirmede kullanılacak olan yöntemler ve değerlendirme ölçekleri belirlenmelidir.

Performans değerlendirme; ücret yönetimi (ücret artışları, ikramiyeler, ödüller vb.), eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, kariyer plânlaması (terfi ve transfer kararları), görev değişiklikleri, kurum içi transferler, işten çıkarma gibi konuların belirlenmesinde rol oynar (Gürüz, 2005 :211).

1.3.PERFORMANS DEĞERLENDİRMENİN AMACI

Performans değerlendirmenin amacı; organizasyondaki çalışanların iyiden kötüye doğru sıralanması değil; örgütsel amaçların astlar tarafından öncelikle anlaşılma ve benimsenme derecesinin ortaya çıkarılması, amaçların herkes tarafından asgarî seviyede yerine getirilmesinin muhafaza edilmesidir (Tengilimoğlu, 2014 :6).

Performans değerlendirme çalışmalarına genel olarak bakıldığında iki asıl amaç bulunmaktadır. Bunlardan ilki herhangi bir işte gösterilen başarı düzeyini göstermektedir.

Diğeri ise işgörenlerin ve kurumların daha önceden belirlenmiş olan kurallara göre yaptıkları faaliyetler ile sorumlu olduğu işlerdeki durumunun ölçülmesi olarak tanımlanabilir.

1.4.PERFORMANS DEĞERLENDİRMENİN FAYDALARI

Performans değerlendirmeleri ile diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık tesislerinde de yönetici, işgören ve tesislerin başarı seviyelerinin tespit edilmesi ve kurallara uygun çalışma düzeyinin ölçülmesi açısından birtakım faydalar sağlamaktadır.

Buna göre,

Sağlık tesisleri yönünden;

- Tesis verimliliğinin yükseltilmesi
- Verilen hizmete ilişkin kalitenin artırılması
- Tesis içi bölümlerin performanslarının iyileştirilmesi
- Tesisler arası kıyas imkânı
- Adil ödeme sistematığının geliştirilebilmesi
- Çalışanların memnuniyetinin ve motivasyonunun artırılması

Sağlık yöneticileri yönünden;

- İşgörenlerin mevcut durumunun tespiti, güçlü ve zayıf yönlerinin ortaya koyulması
- Sorunların tespiti ve düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılabilmesi
- Tespit edilen bilgi ve uygulama eksiklikleri konularında eğitim programlarının oluşturulması ve altyapısının sağlamlaştırılması
- İş doyumunu artırmaya yönelik çalışmalar için kaynak oluşturmak
- Terfi, nakil, üst göreve hazırlama ve işten çıkarma konularında karar vermek
- Astların tutum ve davranışlarının incelenmesi, yetenek ve kabiliyetlerinin tespiti ile yetki devrinin daha kolay sağlanabilmesi
- İşgören ve yöneticiler arası iletişimin güçlenmesi

İşgörenler yönünden;

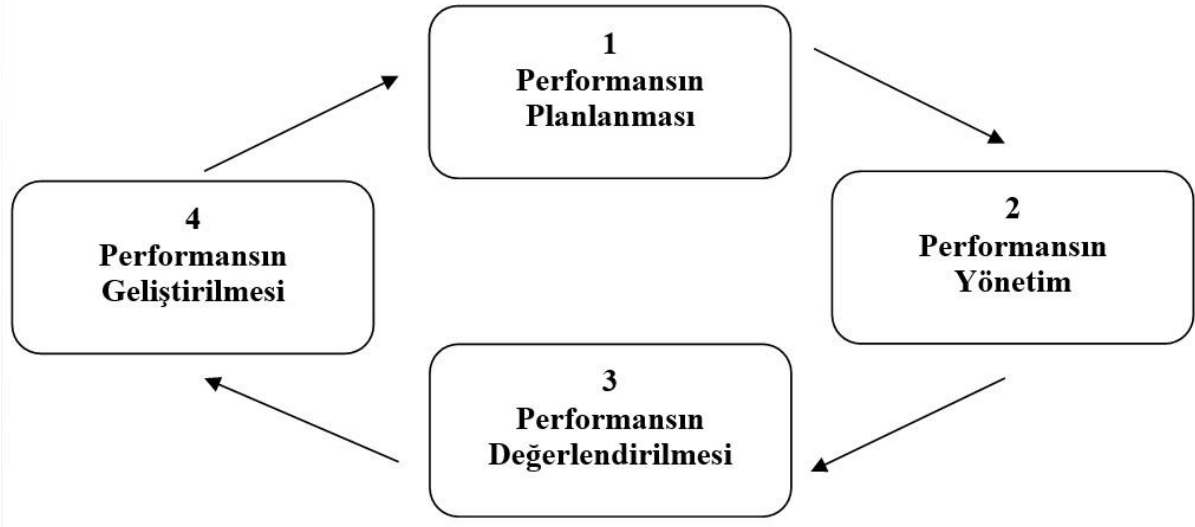
- İşgörenlerin sürekli kendilerini geliştirerek, kariyer planlamalarına katkı sağlamak
 - İşgörenlerin kendilerine olan güven duygularını artırmak
 - İşgörenlerin iş tatminin artırılması
 - Sağlık tesisi ve kendi çalıştığı bölümün önceden belirlenmiş olan standartlara ve hedeflere yakınlığının incelenmesi
 - Çalışanların güçlü ve zayıf yönlerini tanıma imkânının sağlanması
- gibi faydalar sıralanabilir.

1.5.PERFORMANS YÖNETİM SÜRECİ

Performans yönetim süreci, yöneticinin işgöreninden görev çerçevesinde beklentilerinin net ve açık bir biçimde farkında olması, iş görenine daha yapıcı ve daha objektif geribildirimler vermesi, daha etkin rehberlik yapması, kişisel gelişim ve eğitim ihtiyaçlarını daha etkin plânlaması, astlarıyla ilişkilerinin daha verimli olması yönünde önemli katkılar sağlar (Helvacı, 2002 :155-169).

Performans yönetimi, şirketleri istenen amaçlara yönetmek için, şirketlerin mevcut ve geleceğe ilişkin durumları ile ilgili bilgi toplama, bunları karşılaştırma ve performansın sürekli gelişimini sağlayacak yeni ve gerekli etkinlikleri başlatma ve sürdürme görevlerini yüklenen bir yönetim sürecidir (Zerenler, 2003 :194).

Şekil 1 Performans Yönetim Süreci (Nas, 2006 :27)



Performans yönetim süreci dört ana basamaktan oluşmaktadır. Dört ana basamakta kendi içinde farklı aşamalardan meydana gelir.

1.5.1. Performansın Plânlanması Aşaması:

Yapılacak olan işin tüm basamaklarının ince ince detayları ile gözden geçirilerek iş görene oldukça açık ve sade bir şekilde aktarılması ve hedefe ulaşmak adına gerekli olan performans planlarından oluşan aşamadır.

1.5.2. Performansın Yönetimi Aşaması:

Yukarıda ki aşamada belirlenmiş olan planlar üzerinden oluşturulan hedeflerin iş görenlere uygulanması ve sonuçlarına göre onların yönlendirilmesinden oluşan aşamadır.

1.5.3. Performansın Değerlendirmesi Aşaması:

İşgörenin özdeğerlendirmesinin, rutin gözden geçirme ve iş takiplerinin yapıldığı ve çıktılarının analiz edildiği aşamadır.

Özdeğerlendirme, iş görenlerin üretmiş oldukları hizmetin çıktısını yorumlayıp sonuçlar hakkında mevcut durumlarını net olarak görebildikleri için performans yönetim sürecinin önemli bir unsurudur. Çıktıların analizini yaparken yönetici ve iş görenler birlikte durum değerlendirmesi yaparak, geleceğe yönelik yapılacakları belirlerler.

1.5.4. Performansın Geliştirilmesi Aşaması:

Kişisel ve performans geliştirilmesine yönelik planlamalardan oluşmaktadır. Kişisel gelişime yönelik plânında işgörenler kendi performanslarına yönelik yapacakları çalışmaları belirlerler. Performans gelişim plânında ise amaç, işgörenlerin işle ilgili bilgi, beceri ve deneyimlerinin geliştirilmesidir (Sarsenova, 2010 :46).

Performans yönetim sürecinin başarılı olmasına engel olabilecek bazı sorunlar vardır. Bunlar (Özyörük, 2009 :38):

- Değerlendirme ölçeklerinin tutarsız uygulanması
- Değerlendirmeyi yapan yöneticilerin bu konuda eğitimsiz olmaları
- Yöneticilerin prosedüre önem vermemeleri ya da bu süreci yalnızca kınama amaçlı kullanmaları
- Standartların ve kıstasların objektif olmaması ya da yapılan işle ilgili olmamasıdır.

1.6.PERFORMANS YÖNETİM SİSTEMİ

Performans yönetimi sistemi, gerçekleştirilmesi beklenen örgütsel amaçlara ve bu yönde çalışanların ortaya koyması gereken performansa ilişkin ortak bir anlayışın organizasyonda yerleşmesi ve çalışanların bu amaçlara ulaşmak için gösterilen ortak çabalara yapacağı katkıların düzeyini artırıcı bir biçimde yönetilmesi, değerlendirilmesi, ücretlendirilmesi ya da ödüllendirilmesi ve geliştirilmesi sürecidir (Barutçugül, 2002 :125). Performansa dayalı ücretlendirme yönteminde verilecek olan ücrete ilave olan diğer ek ödenekler iş görenin performansının ölçümü sonucunda istenilen hedeflere varış düzeylerine göre tespit edilir. Sonuçta istenilen hedeflere ne kadar yaklaşıldığı ya da tamamına ulaşıp

ulaşılmadığı ölçümlendirilerek maaş ve ilâve ödeneklerin belirlenmesi performansa göre ücretlendirme yönteminin ana temasını oluşturmaktadır.

Maliyetlerin her geçen gün daha da yükseldiği sağlık sektöründe, rekabet şartları ağırlaşmakla birlikte beklentilerde giderek artmaktadır. Bu ortam içerisinde kaliteden ödün vermeden hastaların tedavisini en iyi şekilde yaparak kurumun hedefleri doğrultusunda, doğru faaliyetleri, doğru süre içerisinde, en güvenilir şekilde ve en uygun maliyetlerle yapmak, sürekli kalite geliştirmeyi sağlarken, yeniliklere ayak uydurmak, hasta ve çalışanların güvenliği ile memnuniyetlerini sağlamak sağlık tesislerinin en önemli görevleridir. Özellikle sağlık tesislerinin yöneticilerinin bu amaçlara ulaşabilmesi için tesise en uygun performans yönetim sistemlerini kullanmaları gerekmektedir. Ölçümü mümkün olmayan bir işletmenin yönetiminin de mümkün olamayacağı düşünülürse, sürekli kalite geliştirmeyle birlikte, iyileşmenin sağlanması ve maliyet – etkin bir tesis yönetiminde doğru ve etkili işleyen bir performans yönetim sürecinin varlığı mutlaklıdır. Performans yönetimi sistemi, daha önceden hedeflenmiş olan kurumsal faaliyetlere uygun şekilde işletmenin uygun göstergelerle değerlendirilmesi, sonuçlarının yorumlanması ve sonuçlarının paydaşlara aktarıldığı süreçlerdir. Geçmişte performans yönetimi açısından sadece finansal ölçümler dikkate alınmaktayken günümüzde performansı bütün boyutlar açısından değerlendiren ve boyutlararası ilişkileri ortaya koyan performans yönetim sistemleri kullanılmaktadır.

Bu alanda en sık kullanılan yöntem olan Dengeli Performans Karnesidir. Kaplan ve Norton tarafından 1990'lı yıllarda geliştirilmiş olan Dengeli Performans Karnesi; misyon, vizyon ve stratejiyi eyleme dönüştüren bir performans ölçüm modelidir (Erzurumlu, 2012 :17). Dengeli Performans Karnesinde; performans dört boyutta ele alınmaktadır. Bunlar; finans, müşteri, iç süreç ile öğrenme ve gelişme boyutları olarak adlandırılmaktadır. Karne oluşturma sürecinde kurum ilk olarak misyon ve vizyonu belirlenmektedir. Sonrasında stratejik amaçlar, hedefler ve bunlar için gerekli olan göstergeler ortaya koyulmaktadır. Bu sürecin devamında ise karnenin nasıl değerlendirileceği, hedeflere ulaşmak için hangi çalışmaların öncelikli olması gerektiğine karar verilmektedir.

Performans ölçümü ve yönetimi, yönetimin kontrol işlevinin en önemli faaliyetidir (Coşkun, 2007 :2). Bir çalışmanın amacına ulaşma düzeyinin izlenmesi olan kontrol yöntemi,

performansa ait hedeflerin belirlenmesini, performansın ölçümlemesini, hedeflere ulaşma düzeyini, aradaki farkları hesaplanmasını ve bu farkların ortadan kaldırılması için yapılması gerekenleri kapsamaktadır. Gerçekleştirilen performans ile hedeflerin karşılaştırılmasında, performans yeterli olarak tespit edilirse, daha sonraki dönemlerde de aynı performansın gösterilmesi için gerekenler yapılırken, performans yetersiz olarak tespit edilirse, sorunun kaynağına yönelik araştırmalar yapılır ve sorun çözümlenerek performansın artırılması için gerekenler yapılır.

1.7.SAĞLIK TESİSLERİNDE PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİ

Performans ölçümleri ve değerlendirmeleri için kullanılan sistemin herkes tarafından özellikle üst yönetim tarafından benimsenip desteklenmesi, sistemin herkes tarafından iyi anlaşılması gerekmektedir. Metodolojisi ve ölçeklerinin işi bilen, alanında uzman olan kişilerce uygulanması durumunda sistem başarılı olacaktır.

Sağlık kuruluşlarında kurumsal performans ölçümü amaçlı birçok yöntem belirlenmiş olmasına rağmen, işletmenin tüm boyutlarının en doğru şekilde değerlendirilebildiği tek bir ölçüt bulunmamaktadır.

Sağlık tesislerinin performanslarının değerlendirilmesinde finansal parametreler, yatak doluluk oranları, yatan hasta ve poliklinik sayısı, yatılan gün sayısı, ölen hasta sayısı önemli performans göstergelerinden bazılarıdır.

Hastane performanslarının değerlendirilmesinde üç parametre bulunmaktadır;

- **Finansal Performans:** hastanelerin maliyetlerini karşılayabilme ve faaliyetlerini sürdürebilme kapasitesi olarak tanımlanabilir.
- **Faaliyet – İşletme Performansı:** Sağlık tesislerinde tıbbî bakımın sağlanabilmesi için önemli kaynak temini ve gereken araçların sağlanmış olması gerekmektedir. Sağlık tesislerinin performansının derecelendirilmesinin önemli bir bölümünü de bu kaynakların verimli kullanımı oluşturmaktadır. Verimliliğe ilişkin genelde kullanılan parametre yatak işgal oranıdır.

- **Pazarlama Performansı:** Sağlık tesisinin rakiplerine karşı, pazar payı elde edebilmek için göstermiş olduğu performansı değerlendirmektedir.

1.8.HASTANE PERFORMANS ÖLÇÜM MODELİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Ofisi 2003 yılında 52 üye ülkesinin yararlanması için, hastane performansının değerlendirilmesini geliştirmeye ve esnekliği yaygınlaştırmaya yardımcı olan kapsamlı bir yapının geliştirilmesi için yeni bir proje başlatmıştır. Projeyi Hastanelerde Kapsamlı Kalite Geliştirmek için Performans Değerlendirme aracı (*Performance Assesment tool for quality Improvement in Hospitals* [PATH]) olarak isimlendirmiştir (Veillard, 2005 :487-496).

İşletmelerin tümünde olması gerektiği gibi sağlık alanında da üretilen performansın değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Ancak sağlık alanında üretilen hizmetler diğer işletmelerden çok daha fazla değişkene bağlı olarak yürüyen, kompleks bir mekanizmaya sahiptir.

Hastanelerde Kapsamlı Kalite Geliştirmek için Performans Değerlendirme aracı çalışması, sağlık tesislerinin ürettikleri işin sonuçlarına göre performans değerlendirmelerinin gerçekleştirilebilmesini amaçlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü sağlık tesislerinin performansının değerlendirilmesinde çok boyutlu sistemin kullanılması gerektiğini savunmaktadır. Kullanılan tüm boyutlar birbiriyle ilişkili ve değerlendirilmelerinin aynı anda yapılması esasına göre düzenlenmiştir. Bu çok boyutlu yaklaşım modeli PATH projesi çerçevesinde sağlık tesislerinin performansının tanımlanması için şekillendirilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü, PATH modeli çerçevesinde, sağlık tesislerini klinik etkililik, verimlilik, güvenlik, personel yönlendirme, cevap veren yönetim ve hasta merkezlilik boyutlarında değerlendirmektedir. Buna göre güvenlik ve hasta merkezlilik yatay boyutları oluştururken, sağlık tesislerinin performans boyutlarını ele alan klinik etkililik, verimlilik, cevap veren yönetim ve personel yönlendirme dikey boyutları oluşturmaktadır.

Klinik Etkililik: Sağlık tesislerinin mevcut durumları ile klinik bakım ve sağlık hizmeti sunumları süresince, hizmetten yararlanan herkes için en faydalı sonucun elde edilmesini hedefleyen bir performans boyutudur.

Verimlilik: Kaynaklardan yararlanmanın ve bu kaynakların nasıl kullanılacağına ilişkin ölçülmesini sağlayan bir kavramdır. Hastane girdilerinin optimum kullanımı ile kaynaklardan maksimum çıktının sağlanmasıdır. Verimlilik kısaca sağlık tesisinin çıktı/girdi oranının değerlendirilmesi olarak da tanımlanabilir.

Şekil 2 Sağlık Tesisleri Performans Değerlendirilmesinde PATH Modeli (Veillard, 2005 :487-496)

	Klinik Etkililik		Verimlilik		Personel Yönlendirme		Cevap Veren Yönetim	
Güvenlik								
Hasta Merkezilik								

Personel Yönlendirme: Sağlık tesislerinde çalışan personelin, tüm hizmet süreçlerinde uygun şartlar altında, kariyer plânlama ve geliştirmeye uygun, sürekli iş geliştirme ve eğitim desteği bulunan, yüksek memnuniyetin esas olduğu sağlık bakım hizmeti süreçleridir.

Cevap Veren Yönetim: Sağlık tesislerinin toplumun ihtiyaçlarına göre yenilikçi bir anlayışla ve bütün vatandaşlara ırksal, fiziksel, kültürel, sosyal, demografik veya ekonomik karakteristiklerine bakılmaksızın hizmet sağlayarak sağlığın geliştirilmesine yardımcı olması için güvenli bakımı sürdürmesi ve koordine etme sürecidir (Tengilimoğlu, 2014 :6-10).

Güvenlik: Başta hasta, çalışan ve tesis güvenliği gibi altboyutların oluşturduğu, tesisle temas hâlinde olan herkesin anayasal temel hakkı olan geniş kapsamlı boyuttur. Sağlık tesislerinin bu kapsamda hastalara, sağlık çalışanlarına ve süreç içerisinde yer alan diğer kişi, mekân ve sistemlere karşı, zarar görmelerini engelleyen, muhtemel tehlikelere karşı koruyan ve tüm bu konularda tesislerin gereken önlemleri alan çalışmalarının değerlendirildiği performans boyutudur.

Hasta Merkezilik: Hastaların; ihtiyaçlarına, beklentilerine, dinî ve ahlâkî değerlerine uygun, hekim ve tedavi seçimlerinde yardımcı olarak kendilerine yönelik girişim, uygulama ve tedavi konusunda paydaş olmalarını sağlayan, onların tercih ve kararlarına saygılı, mahremiyetlerinin sağlanarak hizmet sunumunun gerçekleştirilmesinin beklendiği ve bu kapsamda hizmetin değerlendirildiği performans boyutudur.

1.9.SAĞLIK BAKANLIĞI PERFORMANS YÖNETİM SİSTEMİ

Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılan performans sistemleri olarak genel anlamda bakıldığı zaman kişisel performans değerlendirme ve kurumsal performans değerlendirme olarak performans çalışmaları iki ana başlık altında yürütülmüştür.

1.9.1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Ek ödeme; bir işgörenin almış olduğu günlük, haftalık ya da aylık ücret ya da maaş dışında, personelin daha verimli çalışmasının sağlanması ve motive edilmesi amacıyla ödenen ya da ücret/maaşı karşılığında çalışmak zorunda olduğu süreden fazla çalışması veya olması gerekenden daha fazla üretim yapması hâlinde ödenen ya da alınan primdir (Tengilimoğlu, 2014 :6-10).

Performansa dayalı uygulamaları özendirici ücret sistemleri olarak da kullanılmaktadır. “Özendirici ücret sistemleri, temel olarak personel verimliliğinin artırılmasını amaçlamaktadır. Bu sistemlerin üç önemli dayanağı bulunmaktadır (Tjidendero, 1982 :44):

- Daha fazla emek harcayarak daha kaliteli hizmet üreten iş görenin ödüllendirilmesi gerekmektedir.

- İş gören sabit maaşa göre daha fazla ücret elde etmek için daha çok emek harcaması gerektiği yönünde özendirilir.
- Daha fazla emek harcayarak üartırılan üretim sonucunda işverende güçlenecek, daha fazla kazanacak, daha fazla ücret verebilir hale gelecek, bunlara bağlı olarak maliyetler düşecek, firmanın rekabet gücü artacaktır.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile personel verimliliği artırılmakta, dolayısıyla üretim artmakta ve bunların artışına bağlı olarak kârlılık artmaktadır.

1.9.2. Kurumsal Performans Ölçümü

Kurumsal performans ölçümü Bakanlık tarafından önceden belirlenmiş standartlara göre hizmet kalitesi, verimlilik, etkililik ve uygunluk açısından değerlendirilmeye tâbî tutulmasıdır (Aydın, 2009 :16).

Kurumsal performansların ölçümlenmesi sayesinde hem sağlık tesislerinin benzer tesislerle kıyaslanmalarına imkân tanınmış olacak hem de Bakanlık tarafından önceden belirlenmiş olan hedeflerin yakalanıp yakalanmadığı ve tesislerin bu hedef doğrultusunda göstermiş olduğu başarı düzeyinin ölçülmesi sağlanmış olacaktır.

Kurumsal performans ölçümü; hastanelerde, Ağız ve Diş Sağlığı ve Merkezlerinde (ADSM) ve 1. basamak sağlık kuruluşlarında ölçme ve değerlendirme süreçlerini kapsamaktadır. Bu değerlendirmeye ilişkin çalışmalarda kullanılacak olan değerlendirme ölçütleri ile değerlendirme usûl ve esasları Bakanlık bünyesinde daire başkanlığı düzeyinde oluşturulmakta ve çalışmalar takip edilmektedir. Bakanlık tarafından oluşturulan bağımsız değerlendirici ekipleri ile belirli dönemlerde sağlık tesislerinin yerinde değerlendirilmesi yapılmaktadır.

1.9.3. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Verimlilik Değerlendirme Çalışmaları

Kurumun strateji ve hedefleri doğrultusunda Kamu Hastane Birliklerinin kaynak kullanımının ve hizmet sunumunun etkinlik ve verimliliği değerlendirilmektedir (TKHK, 2014 :2).

Birlik ve sağlık tesislerinin verimliliklerinin değerlendirilmesi; verimlilik karne uygulaması ve tesis yerinde değerlendirme çalışmalarından oluşmaktadır.

1.9.3.1. Birlik ve Sağlık Tesisleri Verimlilik Karne Uygulaması

Kuruma bağlı olarak faaliyet yürütmekte olan birlik ve sağlık tesisleri yıl içerisinde belirli dönemlerde karnede yer alan gösterge kartlarına göre performans değerlendirilmesine tâbî tutulmaktadır. Değerlendirmede kriter olarak kullanılan birlik ve tesis verileri dönemler halinde ilgili Başkanlık tarafından toplanmaktadır. Geriye dönük veri düzeltilmesi dikkate alınmadığı için ilgili döneme ilişkin verilerin zamanında, eksiksiz ve doğru olarak gönderilmesi büyük önem arz etmektedir. Genel sekreterlikler ve tesis yöneticileri istenilen süre içerisinde, tam ve tutarlı veri gönderiminden sorumludurlar.

1.9.3.2.Sağlık Tesislerinin Sınıflandırılması

Sağlık tesisleri; kapasiteleri, ürettikleri hizmetler ve hizmet çeşitlilikleri bakımından benzerliklerine göre, ayrıca dal hastaneleri de hizmet verdikleri branşlar göz önünde bulundurularak, Kurum tarafından hizmet sınıflarına ayrılır (TKHK, 2014 :37-69). Sağlık tesisleri değerlendirilirken aynı grupta yer alan diğer tesislerle mukayese edilmektedir.

1.9.3.3.Sağlık Tesisi Karne Puanlarının Belirlenmesi

Sağlık tesisleri için karne oluşturulurken (TKHK, 2014 :37-69):

- Sağlık Hizmetleri Yönetimi
- Malî Hizmetler Yönetimi
- İdarî Hizmetler Yönetimi
- Verimlilik Yerinde Değerlendirme

Şeklinde dört ana başlık altında göstergeler üzerinden değerlendirilir.

Sağlık tesisi karne puanı hesaplanırken; Sağlık Hizmetleri Yönetimi ana başlığından 2000, diğer ana başlıklardan ise 1000'er puan olmak üzere 5000 puan üzerinden değerlendirilir. Ana başlıklar ve alt göstergeleri ve bunların puanları Ek – 1 sayılı cetvelde yer almaktadır.

Sağlık tesislerinin performanslarının değerlendirilmesinde puan hesaplanmasında; her bir göstergenin Kurumca oluşturulan hedeflere ve içinde yer aldığı hizmet sınıfındaki diğer sağlık tesislerinin ortalaması ile mukayese edilmesine bağlıdır. Ayrıca sağlık tesislerinin değerlerindeki değişim ve/veya kabul edilebilir değerlerdeki yani ortalamalardaki artış ve azalışlar esas alınmaktadır.

Sağlık tesislerinin karne puanlarının hesaplanmasında (TKHK, 2014 :37-69):

Her bir ana bölümün ağırlıklı ortalamasının alınması yanında, ilgili dönemde alınan puanların bir önceki dönemle arasındaki farklılık dikkate alınmasıyla hesaplanmaktadır.

Tablo – 1 tesis karne puanı hesaplanmasını, Tablo-2 ise değişim katsayısının nasıl hesaplandığını göstermektedir.

Tablo 1 Sağlık Tesisi Karne Puanının Hesaplanması (TKHK, 2014 :37-69)

<p>Sağlık Tesisi Karne Puanı: $= [(SHYp/SHYg*0,35+MHYp/MHYg*0,20+İHYp/İHYg*0,20+VYDp/VYDg*0,25)*1000]$</p>

Tablo 2 Birlik ve Sağlık Tesisi Karne Puanı Değişim Katsayı Hesaplanması (TKHK, 2014 :37-69)

Tablo 2.1	Karne Puanı Değişim Katsayısı (KPKD)
$KF \geq PFA/2$	$KF*0,10$
$PFA/2 > KF \geq PFA/3$	$KF*0,05$
$PFA/3 > KF \geq PFA/6$	$KF*0,025$
Puan artışında bulunan Birlik ve Sağlık Tesisleri için hesaplanır	

Tablo 2.2	Karne Puanı Değişim Katsayısı (KPKD)
$PFA > KF \geq PFA/2$	-(İlgili Dönem Karne Puanı-Bir alt başarı grubu tavan puanı)
$PFA/2 > KF \geq PFA/3$	-($KF*0,10$) Not: Yönetici bir sonraki dönem başarı grubunu düşürüşe Telâfi Puanı verilmez
$PFA/3 > KF \geq PFA/6$	- ($KF*0,05$) Not: Yönetici bir sonraki dönem başarı grubunu düşürüşe Telâfi Puanı verilmez
Aynı başarı grubunda puan kaybı bulunan Birlik ve Sağlık Tesisleri için hesaplanır	

Tablo 2.3	Karne Puanı Değişim Katsayısı (KPKD)
KF < TS	TP
KF ≥ TS	0 (Not: TP verilmez)
Sadece başarı grubunu düşüren Birlike ve Sağlık Tesisleri için hesaplanır	

1.9.3.4. Birlik Karne Puanlarının Belirlenmesi

Birlik değerlendirmesinde bağlı bulunan tesislerin aldıkları puanlar ve kendileri için belirlenmiş olan hedefi gerçekleştirme durumlarına göre yapılmaktadır.

Buna göre (TKHK, 2014 :37-69):

- Birlik hedefleri yıllık olarak belirlenir.
- Birlik hedefleri için belirlenen göstergeler ile bu göstergelerin puanları Ek – 2 sayılı cetvelde gösterilmiştir.
- Birlik hedefleri toplamda 1.000 puan üzerinden değerlendirilir.
- Birlik karne puanı, sağlık tesisleri karne puanlarının ağırlıklı ortalamalarının %80'i ile birlik hedefleri başarı puanının %20'si toplanarak hesaplanır.
- Birlik karne puanı hesaplanma yöntemi Tablo 3'de ve Birlik Karne Puanı Değişim Katsayı Hesaplanma yöntemi Tablo 2'de gösterilmiştir.
- Verimlilik karnelerinin oluşturulmasında sağlık tesisleri karne puanlarının ağırlıklı ortalamaları hesaplanırken, Tablo – 4'deki ağırlık katsayıları esas alınır.

Birlik değerlendirme komisyonu tarafından verimlilik değerlendirmesinden muaf tutulmasına karar verilen sağlık tesisi katsayısı 0 olarak kabul edilir.

Tablo 3 Birlik Karne Puanının Hesaplanması (TKHK, 2014 37-69)

$$ST_{ort} = \frac{(ST1.kST1 + ST2.kST2 + \dots + STn.kSTn)}{kST1 + kST2 + \dots + kSTn}$$

$$\text{Birlik karne puanı} = \frac{(80 * ST_{ort} + 20 * BH)}{1000} + KPKD$$

Sağlık tesisleri rollere ayrılmıştır ve rollere göre katsayı farkı vardır. **Rollere göre sağlık tesislerini kısaca tanımlarsak (Şencan, 2009 :1-6):**

A1: Asgari 5 dalda eğitim yetkisi ve eğitim için yeterli kadrosu olan; üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin verildiği; eşzamanlı eğitim ve araştırma faaliyetleriyle uzman ve yan dal uzman hekimlerin yetiştirildiği hastane grubudur.

A1 Dal: Eğitim ve araştırma verebilen, eşzamanlı üçüncü basamak yoğunbakım ve/veya yenidoğan yoğunbakımı birimi ihtiva eden, bünyesindeki dallarda üçüncü seviye acil servis hizmeti sunabilen hastane grubudur.

A2: İllerin merkezinde 2. basamak yataklı hizmet veren, üçüncü basamak yoğunbakım ve acil hizmetleri verebilen, ileri tetkik ve tedavi gerektiren hastalar için A1 grubuna sevk verebilen hastane grubudur.

A2 Dal: Eğitim faaliyetleri olmayan ve ilgili branşlarda asgarî ikinci basamak yoğunbakım ve/veya yenidoğan yoğunbakım bulunduran ve üçüncü seviye acil servis hizmeti sunabilen tüm dal hastane grubudur.

B: A1 ve A2 haricinde kalan vilâyet merkezlerindeki ve güçlendirilmiş ilçelerdeki kesintisiz ikinci basamak acil ve yoğunbakım hizmeti veren hastane grubudur.

C: İlçelerde faaliyet gösteren en az 4 ana branşın hizmet verdiği, birinci basamak yoğunbakım ve acil hizmeti veren hastane grubudur.

D: Asgarî 25 yatağı olan ve birinci basamak acil hizmeti verebilen, diyaliz birimi kurabilen, ameliyathane ve ameliyat sonrası bakım odası bulunduran hastane grubudur.

E1, E2, E3: Hasta yatağı 25 altında olan ve kriterlere göre üç kısma ayrılan ilçe hastaneleridir.

Tablo 4 Verimlilik Karnesi Sağlık Tesisi Ağırlık Katsayıları (TKHK, 2014 37-69)

Sağlık Tesisi Rolü	Ağırlık Katsayısı
A1	6,0
A1 Dal	5,5
A2	5,0
A2 Dal	4,5
B	4,0
C	3,0
D	2,0
E1	1,0
ADSH	1,5
ADSM	1,0

1.9.3.5. Birlik ve Sağlık Tesislerinin Başarı Gruplarının Belirlenmesi

Birlikler ve sağlık tesisleri karne puanlarına göre başarı gruplarına ayrılmaktadır. A, B, C, D ve E olmak üzere toplam 5 gruba ayrılmış olan puan aralıkları Tablo-5'teki gibidir.

Tablo 5 Karne Başarı Grupları (TKHK, 2014 37-69)

Puan Aralığı	Başarı Grubu
$850 \leq \text{karne puanı} \leq 1000$	A
$700 \leq \text{karne puanı} \leq 850$	B
$550 \leq \text{karne puanı} \leq 700$	C
$400 \leq \text{karne puanı} \leq 550$	D
karne puanı ≤ 400	E

1.9.3.6.Birliklere Bağlı Sağlık Tesislerinin Yerinde Değerlendirilmesi

Birlik ve bağlı bulunan tesisler dönemler halinde yayınlanan yönerge kapsamında verilen hizmete ilişkin yerinde değerlendirme çalışmaları yapılmaktadır.

Verimlilik gözlemi yapacak ekip, Bakanlık merkez teşkilâtı, TKHK merkez ve taşra teşkilâtında görev yapan personel içinden seçilir. Verimlilik gözlem ekipleri: uzman tabip, uzman diş tabibi, tabip, diş tabibi, eczacı, sağlık teknisyeni, sağlık teknikeri, biyomedikal mühendis kadrolarında bulunan personel ile 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname gereğince istihdam edilen ve en az üç yıllık iş tecrübesine sahip kişiler arasından seçilmektedir (TKHK, 2014 :37-69).

Verimlilik gözlemci adayları Kurum tarafından verilen gözlemci eğitimlerine katılarak eğitim sonu yapılan teorik ve pratik sınavlarda başarılı olan personel içerisinden seçilmektedir. Gözlem ekibi değerlendirme yapılacak olan sağlık tesisinin büyüklüğüne göre iki ilâ beş kişiden oluşabilmektedir. Birlik ve sağlık tesislerinde sunulan hizmetin yerinde değerlendirilmesi mevzuata göre yılda en az bir kez yapılmaktadır. Tüm birlikler ve Kuruma bağlı tüm sağlık tesislerinin yıllık değerlendirme plânları yapılır, gerekli durumlarda Kurum Başkanının onayı ile bu yıllık plânda değişikliğe gidilebilmektedir.

Verimlilik gözlem ekibi; değerlendireceği birliği ve sağlık tesisini, daha önceden Kurum tarafından oluşturulmuş olan “Yerinde değerlendirme Soru Listeleri” kapsamında değerlendirir. Verimlilik değerlendirmesine giden ekip, değerlendirme boyunca verilen hizmetin tüm aşamalarını ve yapılan uygulamaları müdahale etmeksizin değerlendirmeden sorumludur. Değerlendirmeye ilişkin sonuç raporu ekip tarafından hazırlanarak, tesis yönetici ile paylaşılarak ekip ve yöneticiler tarafından imza altına alınarak tamamlanır. Yapılan değerlendirme sonuçları yukarıda da belirtildiği gibi verimlilik karne puanlarına yansıtılmaktadır.

1.9.3.7.Başarı Gruplarının Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi

Karne puanları üzerinden yapılan gruplandırma sonucu birlik ve tesisler 5 farklı başarı grubunda toplanır (TKHK, 2014 :37-69).

Birliğin ve sağlık tesislerinin değerlendirilmesi sonucu oluşturulan karne verilerine göre genel sekreterlerin, birlik yöneticilerinin ve sağlık tesislerinde görev alan yöneticilerin görevlerinden alınmalarına neden olabilecek yaptırımlar bulunmaktadır.

Kurum tarafından yapılan değerlendirme sonuçlarına göre birliğin:

- Başarı grubunun düşmesi
 - (D) grubunda devralınması hâlinde, üçüncü değerlendirmede üst gruba çıkamaması,
 - (E) grubunda devralınması hâlinde, ikinci değerlendirmede üst gruba çıkamaması,
 - Bünyesindeki sağlık tesislerinden birinin art arda yapılan iki değerlendirmede de grup düşmesi,
 - Bünyesindeki (E) grubu olarak devralınan sağlık tesisinin ikinci değerlendirmede de bir üst gruba çıkamaması,
- Durumunda genel sekreterin görevine son verilir.

Yukarıdaki a, b ve c maddeleri sağlık tesislerinde gerçekleştiği zaman hastane yöneticisi görevden alınmaktadır. Değerlendirme dönemi içerisinde henüz altı ayını doldurmamış olan genel sekreterler ve hastane yöneticileri bir sonraki dönem için değerlendirmeye tâbi tutulmaktadır. Ayrıca doğal afet ve olağan üstü hâller durumunda, hizmete yeni açılan sağlık tesislerinin varlığında ve hizmet bütünlüğünün sağlanması amacıyla sağlık tesislerinin birleştirilmesi durumunda ilgili birlik ve sağlık tesislerinin değerlendirilme usûl ve esaslarına Kurum karar vermektedir.

1.9.3.8.Birlik Değerlendirme Komisyonu

Birlik değerlendirme komisyonunun görevleri (TKHK, 2014 :37-69):

- Verimlilik karne puanı onayı,
- Verimlilik karne puanı düşen birlik ve sağlık tesisi yöneticilerinin onayı,
- Karneye gösterge ekleme- çıkarma, göstergelerin boyut ve puanlarında değişiklik,

- Kamu Hastane Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliğinin sekizinci maddesinde yer alan hükümlerin gerçekleşmesi durumunda birlik tarafından yapılan itiraz başvurularının kabulü ve değerlendirilmesi,
- Komisyon kararı sonucu başarı grubu düşen birlik ve sağlık tesisi yönetici listesinin gereği için İnsan Kaynakları Kurum Başkan Yardımcılığına iletilmesi,

İş ve işlemlerini yürütür. Komisyon; Kurum Başkanı ile tüm Kurum Başkan Yardımcıları ya da onların temsilcileri, 1. Hukuk Müşaviri ile Verimlilik ve Kalite Daire Başkanının katılımıyla oluşur.

Komisyon değerlendirmelerini otuz gün içinde karara bağlar. Karar sonucu yeni karneler ilân edilir. Başarısız olarak değerlendirilmiş olan birlik ve sağlık tesisleri tarafından gerçekleştirilen itiraz başvurularının sonuçları ilgili genel sekretere bildirilir. Komisyonun karne göstergeleriyle ilgili aldığı karar doğrultusunda yapacağı gösterge ekleme ve çıkarma ile ilgili değişiklikler bir sonraki değerlendirme döneminde dikkate alınır. Birliklerin ilân edilen karneye itirazlarının olması durumunda gerekçeleri ve ilgili belgeleri ile birlikte yirmi gün içinde Kuruma resmî yazı olarak iletmesi gerekmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

2. TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLAR

Teşhis İlişkili Gruplar Sisteminin daha iyi anlaşılabilmesi için, TİG'in tanımı ve temel kavramların açıklanması ile bu bölüme başlanması uygun olacaktır.

2.1.TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLARIN TANIMI VE AMAÇLAR

Teşhis İlişkili Gruplar, hastaların demografik ve klinik verilerinin esas alınarak, maliyet bazında sistemlere göre gruplandırılmasıdır (Cesur, 2015 :3).

TİG sisteminde yataklı tedavi hizmeti sunulan hastalara ait klinik veriler ile verilen hizmetin ücretlerine ilişkin tutulan verilerin dikkate alınarak gruplandırılmasını ve birbirine yakın klinik ve maliyet verileri olanların aynı gruplarda toplanmasını sağlayan sınıflandırma metodudur (Güler, 2013 :1).

Teşhis İlişkili Gruplar; sağlık tesislerinde hizmet görenlerin çeşitliliğini göstermek, hizmet niteliği hakkında ölçüm yapmak, kaynak ihtiyaç durumlarını tespit etmek, hekim, tesis ve uluslararası karşılaştırmalar yapmak amacıyla vaka grupları oluşturan bir sistemdir. Kısaca TİG, benzer kaynak ve tedavi süreçlerini gerektiren vaka gruplarını sınıflandırma plânıdır (Gerard, 2008 :169).

Teşhis İlişkili Gruplar sisteminde, sağlık tesislerinde yatarak tedavi gören hastalar; önce ana tanılarına göre, daha sonra varsa eşlik eden ek tanı ile uygulanan tedavi türleri ve işlemlere göre farklı gruplara ayrılmaktadırlar.

Teşhis İlişkili Grupların birincil amacı, gözlenebilir ve ölçülebilir hasta özellikleri (bilhassa tanıları) ve ayrıca değişen oranlarda hastaya yapılan müdahaleler ışığında belirli bir hastanın tedavi maliyetlerinin doğru bir şekilde değerlendirilmesini sağlamaktır (Ersoy, 2014 :44-50).

Teşhis İlişkili Gruplar sağlık alanında pek çok alanda kullanılmaktadır bunlardan bazıları (Aktulay, 2009 :9);

- Sağlıkta üretilen hizmetlerin maliyetlendirilmesi,
- Tüketilen sağlıkla ilgili kaynakların analizinin yapılması,
- Hizmet ve klinik kalitenin geliştirilmesi,
- Sağlık istatistiklerinin üretilmesi,
- Yatırım ve kaynak plânlama,
- Fiyatlandırma ve ödemedir.

Ocak 2015 dönemi itibari ile TKHK, İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı bünyesinde faaliyetlerine başlayan Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanlığı çalışmalarına göre, TİG başta sağlık tesislerinin ve hekimlerin verimliliği ve performanslarının değerlendirilmesi olmak üzere, geri ödeme yöntemi daha pek çok alanda aktif olarak kullanılmaya başlamıştır. TKHK bünyesinde gerçekleştirilmekte olan TİG çalışmalarındaki amaçlar (Cesur, 2015 :23):

- Sınırlı kaynakları adil biçimde dağıtmak
- Hastanelerin verimliliğini değerlendirmek
- Sistematik, anlamlı klinik veri toplamak
- İş Gücü ve Hizmet Planlanması
- Hizmet – Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme
- Sağlıkta Ulusal ve Uluslararası Kıyaslama
- Klinik ve Epidemiyolojik Araştırmalar
- Sağlık Kurumları Yönetimi
- Maliyet – Etkinlik Çalışmaları

Teşhis İlişkili Grupların uluslararası alanda geniş çaplı kullanılır hâle gelmesi üç temel prensip vardır (Street, 2011 :85):

1. İşyükü ile geliri doğrudan ilişkilendirmek ve sağlık bakımının finansmanında hastane ödemelerinin daha şeffaf olmasını sağlamak

2. Ödemelerin hasta karakteristiğine göre yapılmasını sağlamak (ağırlıklı olarak demografik ve klinik) ve ödemeleri düzgün ve doğru hasta tanımlamasına göre yapmak
3. Ödemelerde bir nevi “rekabet” oluşturarak hastanelerin daha etkin ve doğru dizayn edilmesini sağlamak

Bu amaçlar doğrultusunda, ülkemizde TİG’e yönelik çalışmalar Kuruma bağlı sağlık tesislerinde etkin olarak kullanılmaya başlamıştır.

2.2.TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLARIN TARİHSEL GELİŞİMİ

Sağlık alanında sınıflandırma yöntemleri, hastaların mortalite ve morbiditelerin ölçülmesi, hastalık yüklerinin bölgesel dağılımlarının tespit edilmesi, gittikçe yaygınlaşan ödeme modeli olarak kullanımına ilişkin veri sağlamak gibi değişik amaçlarla kullanılmıştır. Özellikle ödeme ve performans çalışmalarında kıyas ve genel değerlendirmelere imkân veren sınıflandırma yöntemlerinin hemen hemen tüm dünyada en çok bilineni ve en sık kullanılanı TİG (*Diagnosis Related Groups*)’dir. Yale Üniversitesi ekonomistlerince 1973 yılında sağlık bakımına ilişkin hizmetlerin kıyaslanabilmesi amacıyla ortaya koyulan TİG sistemi, 1983 yılında Robert Fetter ve ekibi tarafından Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) sağlık hizmetlerinin ödemelerinde kullanılmaya başlamıştır. İlk defa *Medicare* (65 ve üstü yaş grubu için ABD Hükûmeti tarafından sağlanan genel sağlık sigorta sistemi) ve *Medicaid* hastalarının sağlık hizmetlerinin ödemelerinde kullanılmaya başlayan vaka karması sistemi, hastane süreçlerinin klinik boyutuyla, bütçe ve politika geliştirme faaliyetlerinin finansal boyutu arasında bağlantı ve denge sağlamaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde *Medicare* kapsamında ödeme yöntemi olarak kullanılmaya başlanılan teşhise dayalı gruplandırma modeli yıllar içerisinde kapsamı artırılarak tüm yaş gruplarını içine almış ve pek çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde başlıca ödeme modeli hâline gelmiştir.

2.3.TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLARDA TEMEL KAVRAMLARI

Teşhis İlişkili Gruplar sistemine göre; 2. ve 3. Basamak sağlık tesislerinde gününbirlik veya yatarak tedavi gören hastalara ait demografik ve klinik verilerin toplanması sonucu bu verilerin sistemlere göre maliyet bazında benzer gruplara ayrılması mantığı bulunmaktadır.

2.3.1. Hastalıkların Sınıflaması

ICD 10 – AM içerisinde temel hastalıklara ilişkin sınıflandırma üç karakterli bir kod yapısına sahiptir. Bu yapı genel uluslararası kıyaslanmaların yapılabilmesi ve ortak dil kullanımı için DSÖ tarafından, yapılacak uluslararası raporlamalarda kullanılması gereken zorunlu kodlama düzeyi olarak belirlenmiştir. Bu temel kod yapısı ilgili sağlık durumunun daha fazla ayrıntısının ve bazı durumlarda eşlik eden diğer durumlarla ilişkilerinin gösterilmesi amacıyla dört ve beş karakterli kodları içerecek şekilde oluşturulmuştur.

2.3.2. Klinik Kodlama

Yatan ve gününbirlik tedavi hizmeti verilen hastalara ilişkin tüm kayıtların incelenerek, kodlama özelliği taşıyan tanı ve işlemleri sırasına uygun olarak belirleyip, TİG klinik kodlama standartlarına uygun şekilde sisteme aktarma çalışmalarıdır. Tüm dosya içeriği eksiksiz olarak çözümlendikten sonra kodlar ICD 10-AM kodlar bölümünden bulunup, Veri giriş programına ve oradan sisteme kaydedilir.

2.3.3. Ana Tanı

Araştırma sonunda; hastanın hastanedeki bakım epizodunun (veya sağlık kuruluşunda bulunmasının) esas nedeni olarak ortaya konulan tanıdır (ICD 10-AM, 2004: 18). Hastanın bir veya daha fazla semptom veya bulgularından dolayı sağlık tesisine yatışı yapılır, yatışı içerisinde hastaya fizikî muayene, gerekli durumlarda da tanıya götürecektetkik ve tahlillerle görüntüleme yöntemleri yapılır ve hastaya gerekli olan medikal ya da cerrahî tedaviler uygulanır. Hastanın tüm bu yatışı süresince tedavi gerektiren asıl nedeni olarak belirtilen tanıya, ana tanı denir.

2.3.4. Ek Tanı

Hastanın hastaneye ilk gelişinde ana tanıya eşlik eden ya da ilk yatışta bulunmayıp daha sonra yatış süresince gelişen hastanede kalış süresini ve tedavi şeklini belirleyen tanılardır. Kodlama mantığına göre ek tanıları hastaya yatış içerisinde terapötik işlem, tanısal prosedür, artan hasta bakım hizmeti veya izlem süresi gibi durumlardan bir veya daha fazlasına neden oluyorsa yani hastanın hastanede kalış süresini uzatıyor ve tedaviye ilişkin maliyet oluşturuyorsa ek tanı olarak TİG sistemine göre kodlanması gerekmektedir (10-AM, 2004 :20).

2.3.5. Branş Bazlı Ayaktan Gruplar

TİG sisteminde Branş Bazlı Ayaktan Gruplar (BBaG) sağlık tesislerine bağlı poliklinik, acil ya da özel olarak tanımlanmış birimlerde ayaktan hastalara yönelik verilen sağlık hizmetlerini tanımlamaktadır. Sisteme bu hastaların kayıtları aylık olarak toplam muayene edilmiş olan hasta sayısı üzerinden gerçekleştirilmektedir (Ünal, 2014 :9).

2.3.6. İşlem Bazlı Ayaktan Giriş

Gerçekte yatan hasta hizmeti olarak sınıflandırılan ancak sisteme kaydı kolaylaştırmak amacıyla geliştirilmiş olan İşlem Bazlı Ayaktan Grubu (İBaG) ise; aynı ay içerisinde birden fazla seans şeklinde hizmet alan ve her gelişlerinde aynı işlemlerin uygulandığı hastaları tanımlamaktadır (Ünal, 2014 :9).

Bu grup içerisinde yer alan tedavi yönetmeleri aslında Avustralya sisteminde yatan hasta olarak sisteme kayıt edilmektedir. Ancak ülkemiz şartları göz önüne alındığında aynı gün içerisinde seanslar hâline yapılan bu işlemler için her gelişleri için ayrı ayrı kayıt yerine, ilgili dönem içerisinde toplam uygulanma sayısı kadar, frekans sayısı bildirilerek, sisteme kodlama kolaylığı kazandırılmıştır. Bu gruba örnek olarak hemodiyaliz, fizik tedavi, radyoterapi, kemoterapi gibi işlemleri verebiliriz.

Bu işlemlere ilişkin veriler ilgili bölüme aylık frekanslar hâlinde bildirilmektedir.

2.3.7. Vaka Karma İndeksi

Vaka karma indeksi (VKİ), bir sağlık tesisinde belirli bir dönem aralığında gününbirlik ve yatarak tedavi gören hastalara yönelik verilen hizmetlerin toplamını dikkate alarak buna göre sağlık tesislerinin hizmetlerinin ağırlıklandırılmasını sağlayan ve aralarında kıyas imkânı veren bir sınıflandırma yöntemidir.

Vaka karma indeksi, bir hastanenin baktığı vakaların zorluk şiddetinin ortalamasının gösterildiği katsayıdır. Vaka karma indeksi hastanelerin klinik hizmetlerinin kıyaslanmasını, performans ve verimliliklerinin değerlendirilmesini sağlayan parametredir. Her hastanenin VKİ'si, belirli bir süre içinde taburcu edilen tüm vakaların frekansını ve kaynak yoğunluğunu gösteren birimsiz bir sayıdır ve birimsiz bir değer olduğundan, hastaneler arasında kıyaslanabilir (HÜ, 2006 :3-17).

Vaka karma indeksi, bir sağlık tesisi tarafından verilen hizmetin niteliğinin başka sağlık tesisleriyle karşılaştırmamızı sağlayan parametredir. İlgili sağlık tesisinin baktığı hastalıkların zorluk derecesini ölçmeye yarayan bir katsayıdır (Ünal, 2014 :19).

Yatan hastalarda sınıflandırma değişkeni olarak teşhis kodları esas alındığından, bu sınıflandırma sistemi Teşhis İlişkili Gruplar – *Diagnosis Related Groups* olarak adlandırılmıştır (Burduja, 2007 :6).

2.3.7.1.Vaka Karması Yönteminin Kullanım Alanları

- Klinik hizmetlerin zorluğunun belirlenmesi
- Hastane ve hekim performanslarını ölçülmesi
- Fiyatlandırma, tesis ve ek ödeme belirlenmesi
- Hizmet ve klinik kalite ölçümlerinin gerçekleştirilmesi
- Kurum, birlik, tesis ve hekim bazlı kıyaslamaların gerçekleştirilmesi
- Sağlık istatistiklerinin oluşturulması başta olmak üzere daha pek çok alanda kullanılabilir.

Tablo 6 Vaka Karma İndeksinin Hesaplanması (Cesur, 2015 :15)

$$VKİ = \frac{TİG_1 BD \times TİG_1 HS + TİG_2 BD \times TİG_2 HS + \dots + TİG_n BD \times TİG_n HS}{\text{Toplam Hasta Sayısı}}$$

Vaka karma indeksinin hesaplanması sırasında ülkemizde kullanılan toplam 669 TİG'in her biri için ilgili dönem içerisinde, ilgili sağlık tesisinde hizmet verilen toplam hasta sayısı ile o TİG için daha önceden belirlenmiş olan bağıl değerlerin çarpımları toplamı alınır. Mevcut 669 TİG'in her birinin ayrı ayrı bağıl değerleri ile bu TİG için yatan toplam hasta sayıları çarpılır. Hepsinin toplamı ilgili sağlık tesisinde ilgili dönemde hizmet verilen toplam yatan hasta sayısına bölünerek VKİ hesaplanmış olur. Vaka karma indeksi ilgili sağlık tesisinin tüm yatan hastaları için genel olarak alınabileceği gibi özellikli birimler içinde ayrı olarak hesaplanabilmektedir. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından 2015 yılında yayınlanan verimlilik göstergesi kartlarında da bu konuyla ilgili olarak acil servis VKİ ile yoğunbakım VKİ göstergesi kartları da aynı mantığa göre hazırlanmıştır.

Bir hastanenin VKİ sayısal değeri bir ise bu o bölge ya da ülke için orta düzeyde vakalara bakan bir hastane olduğunu göstermektedir. Vaka karma indeksi birin üzerine çıktıkça bu hastanenin baktığı hasta çeşitliliğinin daha zor hasta gruplarının oluşturduğunu yani daha komplike vakalara bakan ortalamanın üzerinde bir hastane olduğunu gösterirken, birin altına indikçe hasta çeşitliliğinin basitleştiğini ve komplike vakalara bakmayan, ortalamanın altında zorlukta hastaya bakan bir hastane olduğunu göstermektedir.

2.3.7.2.Bağıl Değer

Bağıl değer, sağlık bakımının maliyetini yansıtmak için her bir TİG'e atanan standart bir değerdir (Pongpirul, 2011 :10). Tüm grup içerisinde yer alan her bir TİG'in değerinin, tüm grup ortalama değerine bölünmesiyle üretilen kat sayıdır. Bağıl değerler hesaplanırken; önce 669 TİG'den her biri için yatan hastaların toplam maliyetinin, yine ilgili TİG yatan toplam hasta sayısına bölünmesiyle TİG ortalama maliyeti elde edilir. Sonrasında ise bir TİG ortalama maliyetinin, genel ortalama maliyete bölünmesiyle bağıl değer hesaplanmış olur.

Tablo 7 Teşhis İlişkili Gruplarının Ortalama Maliyetini Hesaplama Örnek Tablosu

TİG1	A Hastanesi	B Hastanesi	C Hastanesi	D Hastanesi	Z Hastanesi	
1. Hasta	620	600	605	595		620	
2. Hasta	640	615	610	615		605	
3. Hasta	650	630	620	620		635	
...							
Ortalama Maliyet	636.66	615	611.66	610		620	618.664
TİG2	A Hastanesi	B Hastanesi	C Hastanesi	D Hastanesi	Z Hastanesi	
1.Hasta	1315	1290	1190	1406		1366	
2. Hasta	1420	1330	1282	1294		1248	
3. Hasta	1280	1305	1320	1309		1217	
....							
Ortalama Maliyet	1338.38	1308.33	1264	1336.33		1277	1304.808

Şekilde de görüldüğü gibi TİG'lerle ilgili bağıl değer çalışması yapılırken maliyet çalışmalarına göre pilot olarak tespit edilen hastanelerin her birinde ilgili TİG'e giden hastaların toplam maliyetlerinin hastane ortalaması alınır. Sonra her hastane için üretilen ortalama maliyete göre, tüm pilot hastanelerin aritmetik ortalaması ile 669 TİG'in her biri için ortalama maliyet değerleri elde edilir. Aynı zamanda bu maliyet çalışmasına göre elde edilmiş olan tüm TİG'lerin ortalama maliyet değeri bulunur. Tüm grup içerisinde yer alan her bir TİG'in değerinin, tüm grup ortalama değerine bölünmesiyle TİG'lerin bağıl değer kat sayıları belirlenmiş olur.

Yukarıdaki şekilde tüm TİG'lerin ortalama maliyetinin, 1215 Türk Lirası olduğunu varsayarsak TİG₁ için bağıl değer: $618.664 / 1215 = 0.51$ olarak bulunacaktır. Aynı şekilde TİG₂ için bağıl değer ise: $1304.808 / 1215 = 1.07$ olarak bulunacaktır.

Tablo 8 Teşhis İlişkili Grupların Bağıl Değer Hesaplama Örnek Tablosu

TİG	Ortalama Maliyet	Bağıl Değer
TİG ₁	618.664	0.51
TİG ₂	1304.808	1.07
Genel Ortalama Maliyet	1215	1

Bir TİG için hesaplanan bağıl değer, diğer bir TİG'den daha fazla olması bu TİG içinde yer alan hasta gruplarının kaynak tüketiminin daha fazla olduğunu göstermektedir.

2.4.YURTDIŞINDA TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLAR UYGULAMASI

İlk kez 1973 yılında oluşturulduktan sonra başta hastanelerin performanslarının ölçümünde kullanılan TİG sistemi, 1983 yılında ABD'de başlatılan ödeme alanındaki çalışmalarda daha çok benimsemiştir. Gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkede bu tarihten sonra TİG sistemini daha da ilerleterek kullanılmaya başlamıştır.

Hastane yöneticileri, kuruluşlarının verdikleri hizmete olan talep ile kaynakların kısıtlılığını dengelemek; benzer biçimde, daha üst düzeyde politika üreten karar vericiler de kısıtlı bütçeler ile sistem ölçeğindeki sağlık bakım taleplerini karşılamak zorundadırlar (Aktulay, 2009 :9).

Avrupa'da 1984 yılında Fransa Sağlık Bakanlığı tarafından TİG sistemini geliştiren ekibin lideri olan Robert Fetter ve beş ülkenin (Belçika, Fransa, İrlanda, Hollanda ve Portekiz) katıldığı bir toplantı düzenlenmiştir. Bir başka uluslararası toplantı on bir Avrupa ülkesinin katılımıyla iki yıl sonra Dublin'de gerçekleştirilmiştir ve 1987'de Lizbon'da on beş ülkenin katıldığı bir toplantı düzenlenerek hastaların sınıflandırılması ile ilgili konularda çalışmak üzere bir ağ kurulması kararlaştırılmıştır (Buss, 2011 :3-4).

TİG konusunda çalışmalar dünyada 100'den fazla ülkede yapılmaktadır. Hatta konuya verilen önemi göstermek adına Avrupa Birliği'ne bağlı ülkelerde yapılan "Euro DRG" çalışmaları örnek verilebilir. Avrupa'da Fransa, İngiltere, Hollanda, Almanya, İsveç, Avusturya, Estonya, İspanya, Polonya, Finlandiya gibi ülkeler "Euro DRG" çatısı altında bir araya gelerek ortak çalışmalar yapmakta ayrıca kendi yapmış oldukları çalışmalarla ilgili paylaşımlarda bulunmaktadır (Ersoy, 2014 :44-50).

Dünyada TİG üzerine genel olarak bakıldığında başlıca üç farklı ekol olduğu görülmektedir. Bunlar; Avustralya, Kanada ve Norveç ekolleridir. Amerika Birleşik Devletleri her ne kadar TİG sisteminin ilk başlatılması ve ödeme uygulamaları alanında öncülük etmiş olsa da ABD'de TİG üzerindeki gelişmeler diğer ülkelere göre daha yavaş seyretmiştir. Tüm dünya geneline bakıldığı zaman TİG çalışmaları konusunda lokomotif olarak Avustralya gösterilebilir. Hem ekol olarak gösterilen Kanada ve Norveç hem de diğer ülkeler önce Avustralya'yı model almış, sonrasında kendi ülke ihtiyaçları ve beklentilerine göre farklı TİG modifikasyonları geliştirmiştir.

Bilimsel ve teknolojik gelişmelerin yansıması olarak, sağlık hizmetlerinin üretiminde gözle görülür artış meydana gelmiştir. Kaynakların sabit olması ile birlikte artan sağlık hizmeti talebine cevap verebilmek için, kısıtlı kaynakların verimli ve etkili kullanımı noktasında yeni yöntemlerin geliştirilmesi ihtiyacı doğmuştur. Sağlık harcamalarını kontrol etmek zorunluluğu bulunan ödeyiciler, aynı zamanda maliyet kontrolünü de sağlayarak verimliliği ve kaliteyi optimumda tutan sistemlerin geliştirilmesine ihtiyaç duymuşlardır. Söz konusu verimliliğin maksimumda tutması ve kaliteden ödün verilmemesi amacıyla özellikle gelişmiş ülkelerde TİG geri ödeme sistemi kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık kurumlarının performans ve verimliliğinin değerlendirilmesi, kısıtlı kaynakların adil olarak dağıtımının sağlanması ve kıyaslanmalarının sağlanması, sağlık istatistikleri ve analizlerinin yapılması başta olmak üzere sağlığın pek çok alanında TİG verileri faal olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Bazı ülkelerde TİG sistemi, vaka karmalarının performans değerlendirme ölçütü olarak kullanılırken (İsveç ve Finlandiya örneklerinde olduğu gibi), diğer çoğu ülkelerde ise esas olarak ödeme sistemi olarak kullanıldığı (Fransa ve Almanya örneklerinde olduğu gibi) yatan hasta sınıflandırma sistemidir (Geissler, 2011 :9).

Vaka karmaşı veya TİG sistemi farklı ülkelerde farklı amaçlar için kullanılmaktadır. Bu sistem (Burduja, 2007 :6);

- Kaynakların ulusal düzeyde ve/veya hastane düzeyinde etkin tahsisinin yapılması,
- Yeni ödeme sistemlerinin geliştirilmesi,
- Hastane bütçelerinin oluşturulması,
- Uluslararası sınırların veya yerel sınırların ötesindeki hesapların ödenmesi,
- Dolandırıcılık ve suiistimalin izlenmesinde şeffaflık düzeylerinin artırılması,
- Hastane yönetimi, kalite güvence ve hizmet kullanımının iyileştirilmesi,
- Kıyaslamaların yapılması; kaynak tüketimi, ortalama yatış süresi veya hastaların çeşitliliği gibi pek çok değişkenin bir hastanenin servisleri arasında, bir ülkedeki hastaneler arasında veya ülkeler arasında karşılaştırılması gibi amaçlar için kullanılmaktadır.

Ülkeler TİG sistemine geçişte genelde farklı yollar izlemişlerdir. Ancak genel olarak hastaların sınıflandırılması amacıyla TİG kullanılmış olup sonrasında geri ödeme amacıyla kullanıma geçilmiştir. İngiltere gibi bazı ülkeler ise hastaların sınıflandırılması ve sağlık hizmetindeki şeffaflığın artırılması amacıyla uzun yıllar bu sistemi kullanmıştır.

Teşhis İlişkili Gruplara sistemini kullanarak ödeme yapılmaya başladıktan sonra hasta bakımının TİG öncesi dönem ve TİG sonrası dönem olarak kıyaslandığı bir çalışma yapılmış. Bu çalışmaya 14012 hasta dâhil edilmiş. Belirlenen beş hastalık için yatan hastalar incelendiğinde; hasta yatış süresinin % 24 azaldığı, ölüm oranının % 16.1'den % 12.6'ya düştüğü görülmüş ($p < 0.05$). Evden doğrudan hastaneye kabul edilen hastaların taburculuk oranının TİG sonrası dönemde % 4 daha düşük olduğu görülmüş. Ayrıca evde bakım hizmetlerinde % 1 artış olduğu görülmüş. Yatırılan hastaların tıbbî olarak da takiplerinde herhangi bir olumsuzluk saptanmamış. Bu çalışmadan anlaşıldığı üzere; hastaların gereksiz yatışının azaldığı, daha zor hasta grubuna daha itinalı bakımın yapıldığı ama tüm bunlara rağmen tıbbî bakımda herhangi bir kötüleşme olmadığı görülmektedir (Katherina, 1991 :15).

Macaristan'da yapılan bir çalışmada TİG sisteminin ödeme yöntemi olarak kullanılmasından sonra ortalama yatış süresi, yatış oranı, vaka karmaşı ve doluluk oranı incelenmiş. Ortalama yatış süresinin azaldığı ama hasta yatış oranının arttığı görülmüş. Vaka karma indeksinin artmasına rağmen yatak doluluk oranının azaldığı görülmüş (Kroneman, 2001 :19-36).

2.4.1. Yurtdışında Hekim Performanslarının Ödemesi

Yurtdışında *pay for performance* yani performans kadar ödeme sisteminde; klinisyenler daha iyi hasta bakım sonuçları ile ek ödeme için teşvik edilmektedir. Yalnız ABD'de yapılan bir araştırmada (Carroll, 2014 :7) Amerika ve Birleşik Krallıkta performansa dayalı ödeme sisteminin hayalkırıklığı oluşturacak şekilde karmaşık sonuçları olduğuna varılmıştır. Bazen yüksek teşvik verilmesine rağmen hekimlerin uygulamasında değişiklik olmadığı görülmüştür. Bazen yüksek teşvik klinik uygulamayı değiştirse de klinik sonucu değiştirmedeği olmuştur. Eleştirilerde performansa dayalı ödeme sisteminin kamu yönetiminden örnek alındığı ancak kamu yönetiminde esas endişenin kâr olduğundan bahsedilmektedir. Hâlbuki tıpta birçok sonuç ve süreç –hasta ile zaman harcama- gibi nicelendirilememektedir.

Birleşik Krallıkta 2004 yılı itibariyle “Kalite ve Sonuçlar Çerçevesi” olarak isimlendirilen performans sistemi Ulusal Sağlık Hizmetleri tarafından uygulamaya sokulmuştur. Pratisyen hekimler için 146 kalite başlığıyla 10 kronik hastalığın ve sağlık bakım organizasyonunun performansına göre ödeme yapılmaktadır. Örneğin; aile hekimleri astım hastaların her 15 ayda bir ziyaret ettikçe puan almaktadır. Sistemin uygulamaya başlanmasından sonra birinci basamak sağlık hizmetlerinde % 20 iyileşme olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hekimlerin kayıtları daha iyi tutmak için elektronik kayıt tutmaya başladıkları görülmüştür. Bazı hekimlerin yüksek riskli hasta grubuna bakarak yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Sekiz bin aile hekimi üzerinde yapılan bir çalışmada; hekimlerin toplayabilecekleri puanların yaklaşık % 97'sini topladıkları ve gelirlerini 40.000 dolar artırdıkları görülmüştür (Doran, 2006 :375-384).

Amerika'daki performansa dayalı ödeme *Medicare* isimli sistem üzerinden yürümektedir. Sistemin amacı gereksiz harcamaları kısarken kaliteyi yüksek seviyede tutmaktır. Hekimin ceza veya ödül alması, meslektaşlarına oranla kaynak kullanım seviyesine

göre verimliliğinin değerlendirilmesi üzerine uygulanmaktadır (Richard, 1984 :22; Balas, 1996 :10; Jacques, 2004 :523-528). *Medicare* sisteminin muayenehaneler, hastaneler ve klinikler için farklı teşvik çeşitleri mevcuttur. Genel maksat sağlıkta kaliteyi artırmak ve gereksiz harcamaları azaltmaktır (www.cms.gov/Medicare/Medicare.html, 2016). Sağlık bakımının iyileştirilmesi için çeşitli teşvik projeleri vardır:

- Kronik hastalıklar için ev, hastane ve muayenehanede daha iyi hasta bakımı için ödemeler yapılır.
- Hastaneler için on adet kalite ölçümü belirlenmiştir. Bu standartlara uyan hastanelere ek ödeme yapılır. Belirlenen kalite eşikdeğerinin altında kalan hastanelerin ödemesi kesilir.
- Kronik hastalıkların takibinde sağlık bilgi teknolojilerini kullanarak bakımda iyileştirme yapan hekimler ek ödeme ile ödüllendirilir.

2.5.TÜRKİYE’DE TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLAR UYGULAMASI

Ülkemizde TİG ilk defa 2005 yılında gündeme gelmiştir. Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi-HÜAP projesi olarak başlayan ilk TİG çalışmaları, 2009 Kasım ayı itibari ile sonuçlanmıştır. (Akdağ, 2011 :9).

Türkiye 2005-2006 yıllarında TİG konusundaki ilk pilot uygulamalara “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi” projesi ile başlanmıştır. Bu projenin ana paydaşları olarak Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu ve Hacettepe Üniversitesi yer almıştır.

İki aşamada yürütülen projenin ilk aşaması 2 yıl sürmüş olup bu aşamada klinik veri havuzunun oluşturulması, oluşturulan verilerin kodlanması, TİG’lerin bağlı ağırlıklarının belirlenmesi klinik kodlamacı, maliyet eğitimleri ve yaygınlaştırma çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalar 7 hastane üzerinden yürütülmüştür (HÜ, 2006 :35).

İkinci aşamada, TİG kapsamındaki çalışmalara 41 hastane dahil edilmiştir. Projenin bu aşaması “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sağlık Hizmetleri Ödemeleri için Altyapı Geliştirilmesi” olarak yürütülmüştür. Bu aşamada ilk aşamada yapılan hazırlıkların doğrultusunda pilot çalışmalar yürütülmüştür (HÜ, 2007 :2).

Pilot çalışma kapsamında belirlenen hastanelerden sisteme veri gönderimin sağlanabilmesi için AR-DRG yapısına uygun “DRG Klinik Veri Giriş” yazılımı geliştirilmiş olup, bu ekran aracılığıyla verilerin merkezde toplanması sağlanmıştır.

Tam zamanlı kodlama çalışmalarına ICD 10-AM standartlarına uygun olarak kodlanması için yapılan hazırlıklar sonucunda, 1 Ocak 2006 itibariyle başlanmıştır. Çıktılar kodlama doğruluğu açısından belirli dönemler halinde analiz edilmiş ve sonuçlar kullanıcılarla paylaşılmıştır (HÜ, 2006 :35).

Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi çalışması 2009 Kasım ayı itibariyle sonuçlanmıştır. Bu proje döneminde elde edilen bilgi birikimi ve çıktılara göre Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “Teşhis İlişkili Gruplar” Şube Müdürlüğü kurulmuş ve bundan sonraki çalışmalar Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmiştir.

2.5.1. Sağlık Bakanlığı'nın Teşhis İlişkili Gruplar Çalışmaları

TİG çalışmaları konusunda ana yapı aynı olmak üzere ülkelerin geliştirmiş olduğu farklı modeller bulunmaktadır. Bunlar içerisinde dünya genelinde en yaygın olarak kullanılan ve genel kabul göreni Avustralya örneğidir. Ülkemizde ilk başlangıçtan günümüze kadar yapılan tüm TİG çalışmalarında ICD10-AM (*International Classification of Diseases 10th Revision, Australian Modification*: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10. Versiyon, Avustralya Modifikasyonu) 4. Versiyonu ile AR-DRG (*Australian Refined Diagnosis Related Groups*) 5.1 versiyonu kullanılmıştır (Akdağ, 2011 :9).

Bakanlık bünyesinde TİG sistemine ilişkin ilk çalışmalar, temel klinik kodlama eğitimleri, ICD 10-AM e-kitap yapısının güncellenmesi, ödeme çalışmaları, hastane verilerine göre sağlık istatistik ve analizleri olarak sıralanabilir.

Türkiye’de TİG üzerinden ödemeye ilişkin çalışmalar ilk olarak 1 Aralık 2010 tarihinden itibaren kamu hastaneleri için TİG sistemine gönderilen veriler üzerinden gerçekleştirilmiştir. Ödemelere ilişkin, yatan ve gününbirlik hastalar için TİG sistemi, ayakta hastalar için BBaG ve ayakta işlemler için İBaG sistemi verileri temelinde ödemeler gerçekleştirilmiştir. Bu dönem için ödeme kapsamına toplam 50 pilot hastane seçilmiştir. Aralık 2010 verilerine göre, o gün için faaliyet gösteren, tüm il merkezlerinde bulunan toplam 206 hastane için TİG sistemi üzerinden ödeme yapılmıştır. Ocak 2011 itibariyle tüm ilçe hastaneleri de ödeme kapsamında değerlendirilmiş olup, aylık taburcu sayısı yüz ve üzerinde olan toplam 555 kamu hastanesine TİG üzerinden ödeme gerçekleştirilmiştir. Teşhis ilişkili gruplara dayalı ödemeler için her hastanenin ilgili dönem içerisinde tahakkuk ettikleri toplam rakamın %10’u olarak belirlenmiş ve TİG’e göre ödemeler bu %10 üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Bu dönem içerisinde TİG’e dayalı ödemelerle ilgili olarak bir takım eleştiriler olmuştur, bunlardan en sık karşılaşılanı; Avustralya bağları üzerinden dağılımın çok doğru olmadığı ve Türkiye için maliyet çalışması yapılarak ona göre bağ değerlerinin düzenlenmesi gerektiği olmuştur.

Bu kapsamda 2011 yılı verilerine göre 2012 yılında TİG’e dayalı maliyet çalışması yapılmış ve ülkemizdeki maliyet verileri esas alınarak Türkiye bağ değerleri oluşturulmuştur. Söz konusu maliyet çalışmasına 81 pilot hastane ve 264 personel katılmıştır (Ünal, 2012 :8).

Bakanlık bünyesinde 663 sayılı kanun ile Kamu Hastaneleri Kurumundaki yeni yapılanma ile beraber, 2012 yılının haziran ayında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı kurulmuştur. Ancak bu dönem içerisinde ne Kuruma bağlı kamu hastanelerine ne de özel ve üniversite hastanelerine ilişkin ödeme yapılmamıştır. Bu durumda ülkemiz için çok yeni bir sistem olan TİG’in duraksamasına ve sahada motivasyon kaybına neden olmuştur.

2.5.2. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun Teşhis İlişkili Gruplar Çalışmaları

Ocak 2015 ayı itibariyle Kurum üst yönetimi tarafından alınan karar doğrultusunda TİG çalışmaları İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Başkan Yardımcılığı bünyesinde faaliyet göstermeye başlamıştır.

Kurum tarafından yayınlanan genel yazı ile TKHK'na bağlı faaliyet gösteren ve rollerine göre AI, AI dal, AII, AII dal, B, C, D, EI grubu olan tüm kamu hastaneleri TİG sistemine veri gönderimine mecbur hâle getirilmiştir.

Ayrıca 2015 yılı için genel bütçenin ilk altı ay için % 4'ü ikinci altı ayı için genel bütçenin % 6'sı toplamda yıllık %5'i TİG sistemine gönderilen veriler üzerinden dağıtımının sağlanması kararı alınmıştır. TİG üzerinden ödemeye başlanması, verilerin daha doğru, zamanında ve eksiksiz olarak gelmesini sağlamıştır.

Kurum tarafından, 2015 yılı itibariyle, ele alınan TİG çalışmaları kapsamında sahadan gelen verilerin doğruluğunu sağlamaya yönelik; klinik veri validasyon eğitimi ve her geçen gün ihtiyacı daha da artan klinik kodlamacı istihdamına yönelik temel klinik kodlama eğitimi de verilmeye başlanmıştır. Sisteme gönderilen verilerin doğruluğunu sağlamaya yönelik çalışmalar kapsamında ise elektronik değerlendirme ve sağlık tesisini yerinde değerlendirme çalışmaları başlatılmıştır. Değerlendirme sonuçlarına göre klinik kodlamacı ve sağlık tesislerine puan verilecek olup, başarı puanı 60'ın altında kalan klinik kodlamacılar görevinden alınırken, sağlık tesisi başarı puanı ise geri ödemelerinde katsayı olarak değerlendirilecektir.

Ek ödemede TİG'in kullanımı da önümüzdeki dönemler için kullanılması düşünülen bir çalışmadır. Buna yönelik verilerin toplanması çalışmaları başlatılmıştır. Teşhis ilişkili gruplar sisteminde daha önceden bulunmayan hekim tabanlı verilerin toplanması sonrasında, hekimlerin toplam ürettikleri bağıl değerler ve hekim VKİ hesaplanacak ve ek ödemede TİG sistemi hekim tabanlı olarak da kullanılabilir hâle gelecektir.

Sağlıkla ilgili ulusal ve uluslararası kıyaslama yapma imkânı veren TİG sistemi öncelikli olarak ulusal alanda Kuruma bağlı sağlık tesislerinin ürettikleri hizmetlerin değerlendirilmesinde ve verimliliklerinin ölçülerek, performanslarının takibini sağlar hâle

gelmiştir. Bu kapsamda 2015 yılı itibariyle TİG verilerine ilişkin bazı parametreler sağlık tesislerinin verimliliklerinin değerlendirilmesinde doğrudan kullanılan parametreler ve veri toplamayı sağlayan ek parametreler olarak kullanılmaya başlamıştır.

Buna göre verimlilik göstergesi olarak TİG'den doğrudan alınan üç kıstas şu şekilde sıralanabilir;

2.5.2.1.Acil Servis Vaka Karma Endeksi:

Verimlilik karnesinin, sağlık hizmetleri yönetimi boyutunun, acil servis hizmetleri bölümünde yer alan SHY-ASH-05 kodlu acil servis vaka karması göstergesidir. Aynı dönem içerisinde değerlendirilen sağlık tesisinin acil servisten yatan hasta düzeyi ile aynı grupta hizmet üreten diğer sağlık tesislerinin yatan hasta düzeylerinin mukayese yapılmasını sağlayan bir parametre olarak değerlendirilmektedir (TKHK, 2015 :37-69).

2.5.2.2.Yataklı Servis Vaka Karma Endeksi:

Verimlilik karnesinin, sağlık hizmetleri yönetimi boyutunun, yataklı servis hizmetleri bölümünde yer alan SHY-YSH-03 kodlu yataklı servis vaka karması göstergesidir. Değerlendirilen sağlık tesisinin yatırılan hastalarına ilişkin genel hasta düzeyini göstermek için kullanılmaktadır (TKHK, 2015 :37-69).

2.5.2.3.Yoğunbakım Vaka Karma Endeksi:

Verimlilik karnesinin, sağlık hizmetleri yönetimi boyutunun, yoğunbakım hizmetleri bölümünde yer alan SHY-YBH-06 kodlu yoğunbakım vaka karması göstergesidir. Yoğunbakımda yatan hasta düzeyini göstermek için kullanılmaktadır (TKHK, 2015 :37-69).

Yukarıda verilen üç vaka karması parametresi 2015 yılı için yapılan sağlık tesislerinin değerlendirilmesi çalışmalarında doğrudan TİG'e dayalı parametre olarak kullanılmıştır.

Ayrıca bu üç parametrenin dışında; acil etkinlik skoru, acil servis mortalite hızı, poliklinik etkinlik skoru, yataklı servis etkinlik skoru, yoğunbakım etkinlik skoru, anne ölüm sayısı, bebek ölüm sayısı, yatak başına üretilen tıbbî atık miktarı gibi toplam kırk dört gösterge kartında da TİG verileri veri kaynağı olarak kullanılmaktadır.

2.5.3. Türkiye'de Hekim Performansının Uygulanması

Tüm dünyada kamuda iş görenlerin performansı üzerinden ücretlendirme mevzusu yıllardır tartışılmasına rağmen ülkemizde 2005 yılında gerçekleştirilen yasal düzenlemeyle

uygulamalara başlanmıştır. Ancak kamu alanında verilen hizmet performansının ölçümünün zor olması, her bölümün üretmiş olduğu hizmete karşılık ücretini belirlemenin oldukça zor olması ve bu konuda hakkaniyetli davranılamaması bu konudaki tartışmaların da her zaman gündemde olmasına neden olmuştur (Öztürk, 2008 :54).

Hastane performansının değerlendirilmesi çok boyutlu bir yapıya sahip olduğu için hastanelerin performansını ayrıntılı gösterebilen tek bir kıstas hâlen bulunmamaktadır.

İşletmelerin tümünde olması gerektiği gibi sağlık alanında da üretilen performansın değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Ancak sağlık alanında üretilen hizmetler diğer işletmelerden çok daha fazla değişkene bağlı olarak yürüyen, kompleks bir mekanizmaya sahiptir. Sağlık tesislerinde üretilen hizmetin çıktılarına göre performans değerlendirmeleri yapılması için Kapsamlı Kalite Geliştirmek için Performans Değerlendirme aracı çalışması yapılmıştır.

Kişi ve tesis performans ölçümlerinde çok fazla ölçüt bulunmaktadır. Amerikan Sağlık Kurumları Akreditasyon Komitesi, sağlık tesisi değerlendirmeleri için; hasta bakımı, teşhis ve tedavi yöntemleri, hasta haklarının korunması, mahremiyete özen, hizmette devamlılığın sağlanması, performansın geliştirilmesi, komplikasyonların azaltılması, enfeksiyona karşı mücadele gibi kriterlerin kullanılabileceğini ifade etmektedir (Akpınar, 2012 :1).

Dünyada sağlıkla ilgili performans değerlendirmeleri için yapılan çalışmalar incelendiği zaman mali veriler, üretilen hizmete ilişkin veriler yanında daha pek çok mali ölçütün kullanıldığı görülmektedir (Gruca, 1994 :87).

Ülkemizde kamuya bağlı sağlık tesislerinde performans değerlendirmesi için kurumsal göstergeler belirlenmiştir. Bakanlık olarak üretilen hizmet kalitesinin ve klinik kalitenin artırılması adına performans değerlendirme çalışmalarına gün geçtikçe daha da ağırlık verilmektedir (Aydın, 2007 :252-365).

Ülkemizde performansa dayalı ödemenin gerçekleştirilebilmesi için gerekli olan mali kaynak döner sermayi gibi uygulamalar üzerinden sağlanmakta ve buna dayalı ek ödeme yapılmaktadır. Ancak bu çalışmalar sonucunda beklenen performans artışının gerçekleşip gerçekleşmediği ile ilgili tartışmalar vardır (Öztürk, 2008 :54). Sağlığa ilişkin ödeme

yöntemleri arasında vaka başına, gün başına, hizmet başına, vizite başına ödeme ayrıca kalem bazlı bütçeleme ve global bütçe şeklinde farklı ödeme yöntemleri kullanılmaktadır. Çoğu zamanda farklı yöntemlerin bir araya getirilmesi sonucu karma ödeme metodları kullanılmaktadır. Ancak hangisi ya da hangileri kullanılırsa kullanılsın sonuçta performans ölçüm yöntemleri için cevap bekleyen oldukça fazla soru bulunmaktadır (Aydın, 2007 :255).

Ülkemizde Bakanlık performansa bazlı ödeme için ilk yasal düzenlemeyi 15.11.2002 tarihli ve 12311 sayılı Bakan onayı ile yürürlüğe giren, 01.08.2002 tarihli, “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Döner Sermayeli Kurum Ve Kuruluşlarda Görevli Personele Döner Sermayeden Yapılacak Ek Ödeme Hakkında Yönerge” ile yapmıştır (Erşahan, 2011 :105). 2003 yılı itibariyle performansa dayalı ek ödeme sistemi bazı pilot illerde uygulanmaya başlamıştır. Bundan bir yıl sonrasında kişisel performans, iki yıl sonrasında da kurumsal performans değerlendirmeleri başlatılmıştır. 2006 yılında performansa dayalı ek ödeme sisteminin içerisine yönetim ve malî parametrelerde eklenerek sistem daha kapsamlı hâle getirilmiştir.

2013 yılı itibariyle “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” yeni yönetmelik yayınlanmıştır. Bu yönetmelikle TKHK’ya bağlı sağlık tesislerinde hizmet üreten çalışanların görevi, unvanı, hizmet süresi, eğitim ve araştırma faaliyetleri, gerçekleştirilen muayene, tetkikler, girişimsel işlemler ve özellikli birimlerde çalışma durumu gibi özellikler dikkate alınarak ek ödemeler belirlenmeye başlanmıştır. Bu yönetmelikle sağlık hizmetleri daha verimli, kaliteli, ulaşılabilir ve sürekli gelişen bir yapıya kavuşturulmak istenmiştir. Bu yönetmelikle yaptığı işle ilgili performans açısından başarı gösteren çalışanlara hastane puan ortalamasının % 20’si kadar ek puan verilebilir hale gelmiştir. Bu çalışana ödüllendirmek için hastane yöneticisinin teklifi olması gerekmektedir. Toplam çalışan sayısının % 5’ini geçmeyecek şekilde bu ödüllendirme hastane kapasitesine göre briden fazla kişiye de yapılabilmektedir.

Üniversite hastanelerinde 1981 yılından beri döner sermaye işletmeleri üzerinden ek ödeme gerçekleştirilmektedir. Burada çalışan akademik ve idarî personel için verilecek üst sınır kanunla belirlenmiştir. Bu üst sınıra bağlı kalmak üzere hastanenin mali durumuda göz önünde bulundurulmak şartı ile dağıtılacak olan ek ödeme oranlarını belirleme yetkisi kanunla üniversite yönetim kurullarına bırakılmıştır. 2011 yılına kadar üniversite hastanelerinde bu

şekilde uygulanan ek ödeme mevzuatı Bakanlığa bağlı hastanelerde uygulanan mevzuatla hemen hemen aynı hale getirilmiştir. 18.02.2011 tarihinde yayınlanan döner sermaye ek ödeme yönetmeliği ile üniversite hastanelerinde akademik ve idarî personel için performans dayalı ek ödeme sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Bu sisteme göre öğretim üyelerine eğitim ve araştırma faaliyetleri için de ayrıca ek ödeme yapılabilmektedir. Bu sistemle birlikte öğretim üyeleri hizmet verdikleri hastaların tanı ve tedavileri üzerinden ek ödeme alacakları için yapılan tüm işlemlerin detaylı olarak kayıt altına alınması ve hizmetlerin fatura edilmesi hususunda azamî ihtimam gösterir hâle gelmişlerdir (Akpınar, 2012 :1).

Üniversite hastanelerinde uygulanan eski ek ödeme mevzuatına göre tüm öğretim üyeleri sabit ek ödeme almaktayken, bu sistemle özel olarak tedavi yapan hekim göstermiş olduğu performansa göre daha fazla ek ödeme alabilir hâle gelmiştir. Öğretim üyeleri yaptıkları özel muayene (normalin 3 katı) ve ameliyatlara (normalin 10 katı) daha fazla ek ödeme alabilir hâle gelmiştir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile birlikte özel işlem yapan özellikle ameliyat yapan hekim grubu bu uygulamadan olumsuz etkilenirken, özel işlem yapmayan grup bu uygulamadan genel olarak olumlu yönde etkilenmiştir (Akpınar, 2012 :1).

2.5.3.1.Sistemin Kapsamı

Sağlık Bakanlığının 09.02.2004 tarih ve 417 sayılı makam oluru ile sağlık hizmetlerindeki verimlilik ve kalitenin artırılmasının teşviki amacıyla “görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair önerge”, yürürlüğe girmiştir.

Buna göre; hizmet üretmiş olan sağlık çalışanlarının katkısı ile elde edilen döner sermaye gelirlerinden elde edeceği üst sınırlar belirlenmiştir;

- Pratisyen tabiplerde bir ayda alabileceği toplam ücretin serbest çalışanlar için % 250'sini serbest çalışmayanlara %500'ünü
- Uzman tabip, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde belirtilen dallarda bu Tüzük hükümlerine göre uzman olanların serbest çalışanları için %350'sini, serbest çalışmayanlara %700'ünü,
- Serbest çalışmayan klinik şef ve şef yardımcılara %800'ünü,
- Diğer personele ise %150'sini

- Ayrıca acil servis, ameliyathane, yoğunbakım, doğumhane, yenidoğan, yanık, diyaliz ve kemikiliği nakil ünitesi gibi özellikli hizmet üretilen birimlerde çalışan personel için de %200'ü geçmeyecek şekilde ek ödeme yapılabilmesine ilişkin düzenleme yapılmıştır (Arslan, 2011 :450-480).

Bu özellikleri taşıyan çalışanlar için belirlenen üst sınır yanında, uygulama birinci basamak sağlık kuruluşları ile devlet hastaneleri yanısıra eğitim ve araştırma hastanelerine yönelik olmak üzere iki model üzerinden yürütülmüştür.

2.5.3.2.Sistemin Ana Unsuru

Sistemin ana unsuru sağlık tesislerinde yapılmakta olan 5.120 tıbbî işlemin puanlandırılmasıdır. Burada hekimlerce bizzat gerçekleştirilen ve sonuçlandırılan işlemlere yönelik puan oluşturulmaktadır. Hekim kontrolünde de olsa cihaz ve yardımcı sağlık personeli marifetiyle yapılan işlemlere yönelik puan oluşturulmamaktadır.

2.5.3.3.Bireysel Performans Puanı

Her bir hekimin vermiş olduğu hizmetler içinden puanlanabilir olan tüm işlemler için elde edilen toplam puandır.

2.5.3.4.Kurumsal Performans Puan Ortalaması

İlgili sağlık tesisinde yer alan tüm hekimlerin üretmiş olduğu kişisel performans puanlarının aritmetik ortalamasıdır.

2.5.3.5.Net Performans Puanı

Kişisel performans puanının (dolaylı ve dolaysız) katsayılarla çarpılması sonucu elde edilen nihai puandır.

$$\text{NPP: BPP} \times \text{KUK} \times \text{AÇGK} \times \text{SMK} + \text{Ek Puan}$$

2.5.3.6.Ek Ödemenin Hesaplanması

Sağlık tesisinde ek ödeme alacak olan kişiler için elde edilen puanlar, her ay belirlenen ek ödeme katsayısı ile çarpılarak, ödemeye esas ücret belirlenir. Ek ödeme katsayısı, ilgili sağlık

tesisi döner sermaye komisyonu tarafından, ödeme yapılacak olan dönemde, ödeme için belirlenmiş olan toplam ücretin hakeden tüm çalışanların net performans puanlarının toplamına oranı ile elde edilir.

2.5.3.7.Döner Sermaye Komisyonunun Dağıtılacak Toplam Miktarı Hesaplaması

Dağıtılacak üst sınır = Hastane gelirleri x 0,4

Dağıtılacak miktar = Dağıtılabilecek üst sınır x kurumsal performans puanı
(0-1 arasında)

2.5.3.8.Kurumsal Performans Puanı

Sonuçları 0 ile 1 arasında çıkan beş farklı ölçüm yönteminin sonuçlarının aritmetik ortalamasından elde edilen kat sayıya kurumsal performans puanını denir.

2.5.3.9.Kurumsal Performans Ölçüm Yöntemleri

- Muayeneye Erişim: Bu ölçüm yönteminde ilgili tesisde bulunan toplam hekim sayısı, hizmet verilebilecek toplam poliklinik sayısına oranlanarak elde edilir.
- Altyapı ve Süreç Değerlendirme: İllerde bulunan Performans ve Kalite Koordinatörlükleri tarafından kurum alt yapısının değerlendirilmesine ilişkin formun değerlendirilmesidir.
- Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Anketleri: İlgili tesis tarafından hizmet verilmiş olan sağlık tesisi ile ilgili görüş ve önerilerinin değerlendiriliği yatan ve ayaktan hastalar için geliştirilmiş olan memnuniyet anket sonuçlarına göre değerlendirme yapılır.
- Kurum Verimlilik Katsayısı: İlgili sağlık tesisinin finansal sürdürülebilirliğinin ve verimliliğinin değerlendirilmesi adına; yatak doluluğu, personel gideri, ortalama kalış gün sayısı, yatan hasta gibi oranlar kullanılarak yapılan değerlendirmedir.
- Kurum Hedef Katsayısı: Bakanlık tarafından belirlenmiş olan hedefleri dikkate alarak yapılan bir değerlendirmedir.

2.5.3.10.Mevcut Sistemin Olumsuz Tarafları

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanmakta olan ek ödeme sisteminde; tedavi edilen hastalığın zorluk derecesi, hekimi aldığı risk, hekimin harcadığı zaman değerlendirme dışında

kalmaktadır. Bundan dolayı hekimler zor ve riskli vakalardan kaçınmak ve bunu yerine sayıca çok ama basit vakalara yönelmek eğiliminde olabilmektedir. Bu hem zor ve riskli vakaların tedavisini yüklenen hekime adaletsiz ödemeye sebep olmaktadır hem de zor ve riskli tablodaki hastalar tedaviyi üstlenecek hekim bulamayabilmektedir.

2.5.4. Uygulanan Performansa Dayalı Ücretlendirme Yöntemleri

Performansa dayalı ücretlendirme ile ilgili yapılan literatür taramasında genel olarak kişisel ve grup performansına dayalı ücretlendirme olmak üzere iki tip performans ücretlendirmesi dikkati çekmektedir.

Kişisel performansa dayalı olan yöntem, kişinin göstermiş olduğu performansla korele olarak ücret artırılması yöntemidir. Bu yöntemle iş görenler performans değerlendirme analizleri sonucu ücretleri belirlenmekte ve yapılan bu yöntemle performans artışı beklenmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken husus, performansa bağlı verilecek olan ücret, insan kaynakları için önceden belirlenmiş olan temel ücrete uygun olarak düzenlenmesi gerekliliğidir (Ünal, 2000 :5).

Grup performansına dayalı yöntemde ise grubu oluşturan kişilerin tek tek performans değerlendirmesi yerine grubu bütün olarak değerlendiren buna göre performansı ölçen ve ücreti gruba göre belirleyen bir yöntemdir. Bu yöntem sayesinde grup içinde bireyler arasında rekabet yerine işbirliği, sorumluluk alma, yardımlaşma ve dayanışmanın özendiriciliğinin artırılması beklenmektedir. Ancak, bu ücretlendirme yönteminde bazen iş birliği artması yerine rekabetin artması gibi olumsuz sonuçlar da doğurabilmektedir (Ceylan, 2010 :74-75).

Çağdaş yönetim anlayışında kişisel performansa dayalı yöntemle, grup performansı üzerinden ücretlendirme yönteminin birlikte uygulanmasının daha doğru olduğu savunmaktadır. Dünyada performansa dayalı ödeme yöntemleri araştırıldığı zaman İngiltere, İspanya, Danimarka ve Kore gibi bazı ülkelerde her iki yöntemin bütünleşik olarak uygulandığı karma yöntem anlayışının giderek yaygınlaştığı görülmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. HEKİM PERFORMANSIN DEĞERLENDİRİLMESİNDE TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLARIN YERİ VE ÖNEMİ

3.1.ARAŞTIRMANIN KONUSU

Ocak 2015 itibariyle, Kurum bazında faal olarak kullanılmaya başlayan TİG verileri ile TKHK'na bağlı olarak faaliyet gösteren rollerine göre AI, AI dal, AII, AII dal, B, C, D ve EI grubu toplam 679 hastanede görev alan hekimlerin performanslarının değerlendirilmesinde ve hekimler için kullanılan ek ödeme sisteminde TİG verilerinin kullanılabilirliğinin gösterilmesidir. Böylece tüm dünyada sağlığın pek çok alanında, yaygın olarak kullanılan TİG'in, ülkemiz için sağlık tesislerinin ve hekimlerin verimlilik ve performanslarının değerlendirilmesinde, daha objektif ve yönetilebilir veriler sağlayan bir sistem olduğunu göstermek. Bu sayede başlangıç olarak verimlilik karnesinde yer alan VKİ parametresinin dışında diğer TİG verilerinin de hekim performans ve ek ödeme değerlendirmeleri için faydasını ortaya koymak.

3.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Karmaşık hizmet ve organizasyon yapısına sahip olan sağlık kurumlarının ve hekimlerin performanslarının değerlendirilmesinde ve ek ödeme ücretlendirmesinde sağlık hizmeti sunumu alanında hekimlerin ürettiği hizmetin puanlandırılmasına katkı sağlayan TİG sisteminin ülkemizde de kullanılabilirliğini göstermektir. Verilen hizmetin hem sağlık tesisleri hem de hekimler bazında nicelik yanında niteliğinin ölçülerek daha adil bir ödeme modelinin oluşturulabileceğini göstermektir. Bu alanda öncülük etmek üzere çeşitli değerlendirme ve önerilerde bulunma amacı doğrultusunda bu araştırma gerçekleştirilmiştir.

3.3.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Tüm dünyada sağlık yönetiminin pek çok alanında Teşhisle İlişkili Gruplar yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu sistem sayesinde hekimlerin performansları ve verimlilikleri daha objektif değerlendirilmekte ve bu değerlendirmeye göre de ek ödeme daha hakkaniyet içinde yapılmaktadır. Tüm dünyada sağlık harcamaları hızla artmaktadır. Buna rağmen kaynaklar kısıtlıdır. Mevcut kaynakların yönetimi için Teşhis İlişkili Grupların verileri tüm dünyada kullanılmaktadır. Hekimlerin performansları da vakaların karmaşıklık oranına göre düzenlenmektedir.

Ülkemizde de dünyadaki bu gelişmelere paralel olarak Teşhis İlişkili Gruplar sistemi oluşturulmuştur. Ocak 2015 itibariyle Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu bazında faal olarak kullanılmaya başlayan Teşhis İlişkili Gruplar verileri; 679 kamu hastanesinin performansının değerlendirilmesinde kullanılmaya başlamıştır.

Sağlık harcamaların hızla artmasından dolayı kısıtlı kaynakların doğru ve verimli kullanılması; hekimlerin performansının da en adil şekilde değerlendirilmesi için Teşhisle İlişkili Gruplar sistematiği büyük önem taşımaktadır.

3.4.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.4.1. Kurumsal Çerçeve

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığına bağlı Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanlığının izni ile aynı Başkanlık tarafından gerçekleştirilen Teşhis İlişkili Gruplar çalışma verileri kullanılmıştır. Buna göre sağlık tesislerinin 6 aylık Teşhis İlişkili Gruplar verilerinin karşılaştırılması, sonuçların değerlendirilmesi ve gözlem yöntemleri kullanılmıştır.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumundan 05.05.2016 tarih ve 44141763/622.03 sayılı Etik Kurul onayı alınmıştır.

Bu çalışmada Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı olarak faaliyet gösteren rollerine göre AI, AI-dal, AII, AII-dal, B, C, D ve EI grubu toplam 679 hastane içinden örneklem seçilerek hekimlerin branşlarına göre ek ödeme performans ücretlerinin karşılaştırılıp değerlendirilmesinde, vaka karma indeksi, bağıl değer gibi verilerin üzerinden hekimlerin branşlarına özgü kıyaslama yapılmıştır. İlk defa 2015 yılı itibari ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastanelerin performanslarının değerlendirilmesinde Teşhis İlişkili Gruplar verileri aktif olarak kullanılmaya başlandığı için bu çalışma, Türkiye de Teşhis İlişkili Gruplar verilerinin de hekim performanslarının değerlendirilmesi alanında yapılan ilk çalışma özelliği taşımaktadır.

Sisteme veri gönderen hastanelerden 2015 ve 2016 yılı dönem verileri incelenerek sonuçlar analiz edilmiştir. Bu çalışma kapsamında kullanılacak olan klinik verilerde hasta mahremiyetine uyulmaktadır. Hastaların kimlik tanımlama, kişiye özel tanı ve işlemler gibi mahremiyet alanına giren özel veriler kullanılmayacaktır.

3.5.ARAŞTIRMA PROBLEMİ

Hekim performanslarının Teşhis İlişkili Gruplara dayalı katsayılarla ödenmesi daha adil bir yöntem midir sorusu araştırmanın temel problemini oluşturmaktadır.

Hekim performansları teşhis ilişkili gruplar sisteminde üretilen katsayılarla daha iyi ölçülmektedir.

3.6.ARAŞTIRMA HİPOTEZİ

3.6.1.1.Ana hipotez

H1: Hekim performansının Teşhis İlişkili Gruplara dayalı ölçülmesi ve ödenmesi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.6.1.2.Alt hipotezler

H1: Hekim performansının Teşhis İlişkili Gruplara dayalı ödenmesinde branşlara göre farklılık göstermektedir.

H2: Hekim performansının Teşhis İlişkili Gruplara dayalı ödemesinde bağıl değer katsayısında anlamlı bir ilişkisi vardır.

H3: Hekim performansının Teşhis İlişkili Gruplara dayalı ödemesinde vaka karma indeksi katsayısında anlamlı bir ilişkisi vardır.

3.7.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Uygulama alan sınırlılığı: Çalışma, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastanelerin klinik verisi üzerinden yapılmıştır. Sonuçlar örneklem ile sınırlı olup tüm sağlık işletmelerine genellenemez. Ek ödemede kullanılan hekim performans puanları içerisinde hekimlerin yatan, günübirlik ve ayaktan hastalara vermiş olduğu tüm hizmetler puana yansırken, TİG sisteminde üretilen bağıl değer ve VKİ değerleri yatan ve günübirlik hastalar için üretilmiş olup ayaktan hastalara verilen hizmeti göstermemektedir. TİG sisteminin çıktıları olan bağıl değer ve VKİ parametreleri hali hazırda tek hekim için tanımlanıyor iken gerçekte bir hastaya birden fazla hekim hizmet verebilmektedir. Birden fazla hekimin hizmet verdiği hastalara ilişkin puanlama ilk yatıran hekime yazılmakta, şuan için tüm hekimler için aynı hasta için ayrı bağıl değer ve VKİ üretimi olmamaktadır.

Katılımcı sınırlılığı: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı sağlık tesislerinde aktif çalışan hekimler arasında uygulanmıştır.

3.8.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veriler retrospektif olarak toplanmıştır. Veriler Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumundan yazılı izinle alınmıştır. Kodlamalar TKHK'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde klinik kodlamacılar tarafından yapılmıştır.

3.9.VERİ ANALİZİ

Veriler Microsoft Office 2013 Excel programı ile kayıt altına alınmıştır. İstatistiksel analiz SPSS 15.0 for Windows ile yapılmıştır. Parametrik testlerden Pearson korelasyon testi kullanılmıştır

3.10.ZAMAN PLÂNI

Aralık 2015 tarihinde tezin konusu belirlenmiştir. Mayıs 2016 tarihinde Etik Kurul Onayı alınmıştır ve veriler analiz edilmiştir. Haziran 2016 tarihinde tez jüriye teslim edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

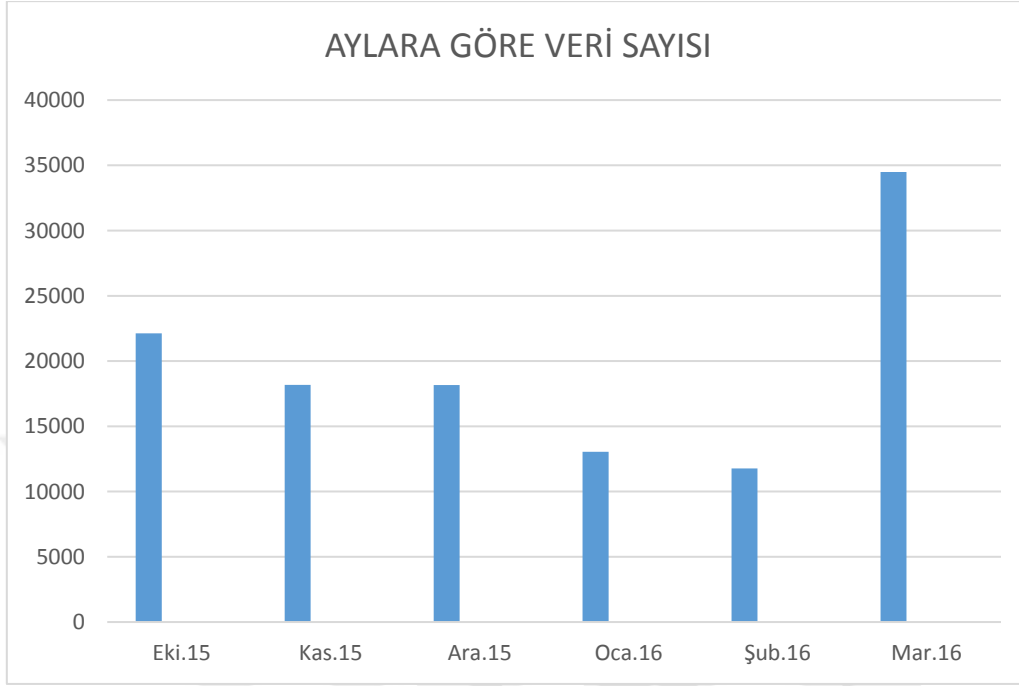
4. ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE YORUM

4.1.HEKİM PERFORMANS PUANLARINDA BAĞIL DEĞER VE VAKA KARMA İNDEKSİNİN ETKİSİ

Çalışmamızda kaynak olarak TKHK'ya bağlı olarak faaliyet gösteren sağlık tesislerinde bulunan hekim performans göstergeleri olarak kullanılan parametreler ele alınmıştır. Ekim, Kasım ve Aralık 2015 yılı ile Ocak, Şubat ve Mart 2016 yılında olmak üzere toplam altı aylık veriler değerlendirilmiştir. Hekimlerin performans puanları ve ek ödeme tutarları TKHK Ek Ödeme Daire Başkanlığından hekim branşı ve hastane rolü bazında alınırken, hekimlerin ürettiği hizmetlerin göstergesi bağıl değer ve yapılan işin zorluk göstergesi olan VKİ ise TKHK Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Daire Başkanlığından etik kurul onayı ile alınmıştır.

Veriler hekim branşı, hastane rolü, hekim performans puanı, ek ödeme tutarı, hekim VKİ değeri ve hekim toplam bağıl değerlerine göre toplanmıştır. Aylar itibariyle bakıldığında Ekim 2015 dönemi için 22.119; Kasım 2015 dönemi için 18.172; Aralık 2015 dönemi için 18.157; Ocak 2016 dönemi için 13.045; Şubat 2016 dönemi için 11.769; Mart 2016 dönemi için 34.483 veri olmak üzere toplamda 117.745 veri her iki daireden alınarak gruplar hâlinde listelenmiştir. Şekil 3'de grafik üzerinde gösterilmiştir.

Şekil 3 Aylara göre veri dağılımı



Alınan veriler için öncelikli olarak parametreler arası ilişki durumları incelenmiştir:

Toplam 6 aylık verinin 116.755'i ilişki durumlarının incelenmesi açısından SPSS programında değerlendirmeye tâbî tutulmuştur.

Buna göre;

Hekimlerin ek ödemesinde kullanılan performans puanlarının ek ödeme tutarı, o ayki vermiş oldukları yatan hasta hizmetin karşılığı olan bağıl değerleri ve verdikleri hizmetin ağırlıklı ortalamasını gösteren VKİ değerleriyle ilişki durumu incelendiğinde;

Performans puanı ile ek ödeme tutarı arasında pozitif yönlü orta dereceli bir korelasyon tespit edilmiştir ($p < 0.05$; $r = 0.54$).

Performans puanı ile bağıl değer arasında pozitif yönlü düşük dereceli bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$; $r = 0.27$).

Performans puanı ile VKİ arasında ise negatif yönlü ve çok düşük dereceli bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$; $r = -0.02$).

Hekimlerin ek ödeme tutarlarının, performans puanı, bağıl değer ve VKİ değerleriyle ilişki durumu incelendiğinde;

Ek ödeme tutarı ile VKİ arasında pozitif yönlü orta dereceli bir korelasyon tespit edilmiştir ($p < 0.05$; $r = 0.43$).

Ek ödeme tutarı ile bağıl değer arasında pozitif yönlü düşük dereceli bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$; $r = 0.23$).

Hekimlerin VKİ değerlerinin performans puanı, ek ödeme tutarı ve bağıl değerlerle ilişki durumu incelendiğinde;

Vaka karma indeksi ile bağıl değer arasında pozitif yönlü düşük dereceli bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$; $r = 0.12$).

Hekimlerin toplam bağıl değerlerinin performans puanı, ek ödeme tutarı ve VKİ değerleriyle ilişki durumu incelendiğinde;

Bağıl değerler toplamı ile diğer parametreler arasında yukarıda da yer aldığı gibi güçlü hatta orta dereceli ilişki olan parametrenin olmadığı tespit edilmiştir.

SPSS programında veriler yorumlanmadan önceki beklenti, performans puanı ile ek ödeme tutarı arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişkinin olması, toplam bağıl değer ile ek ödeme ve performans puanı arasında güçlü bir ilişki bulunması yönünde olmuştur. Vaka karma indeksi hizmetin niteliği hakkında bilgi verdiği için nicelik parametreleri olan performans puanı ve toplam bağıl değerle direk ilişki beklenmemiştir. Ayrıca nitelikli hizmetin daha fazla ücretlendirilmesi ve gerçek performans karşılığının ödenebilmesi için VKİ değerinin ek ödeme ile pozitif ilişkisinin olması arzu edilen bir husus olmuştur.

Yapılan bu çalışmaya göre hekimlerin performansının değerlendirmesinde hâlen kullanılmakta olan performans puanı ile ek ödeme tutarı arasında orta dereceli bir ilişki olması dikkat çekmektedir. Ek ödeme sisteminde hâlen kullanılmakta olan performans puanının TİG sistemindeki karşılığı genel olarak bakıldığında hekim bağıl değer toplam puanına denk gelmektedir. İki parametre arasındaki ilişki durumuna bakıldığında pozitif yönlü düşük dereceli bir ilişki olduğu dikkat çekmektedir. Yapılan bu çalışmaya göre ilişki durumu olarak güçlülüğü

ikinci sırada en yüksek olan parametreler, ek ödeme tutarı ile VKİ arasındaki ilişkidir. Ek ödeme ile VKİ arasında pozitif yönde böyle bir korelasyon bulunması tezimizin doğruluğu ve uygulanabilirliği açısından umut verici olarak görülmüştür.

Tablo 9 Performans Puanı, Ek Ödeme Tutarı, VKİ ve Bağlı Değer arasındaki korelasyon

		Performans Puanı	Ek Ödeme Tutarı	VKİ	Toplam Bağlı Değer
Performans Puanı	Pearson Correlation	1	,540**	-,020**	,272**
	Sig. (2-tailed)		0,000	,000	0,000
	N	116755	116755	116755	116755
Ek Ödeme Tutarı	Pearson Correlation	,540**	1	,043**	,239**
	Sig. (2-tailed)	0,000		,000	0,000
	N	116755	117742	117742	117742
VKİ	Pearson Correlation	-,020**	,043**	1	,123**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		0,000
	N	116755	117742	117742	117742
Bağlı	Pearson Correlation	,272**	,239**	,123**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	
	N	116755	117742	117742	117742

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Hekimlerin performanslarının ölçümünde yapılan hizmetin hem sayısal olarak niceliğinin ölçülmesi hem de verilen hizmetin niteliğinin ölçülmesi büyük önem arz etmektedir.

Mevcut hekim performans ölçüm sisteminde hekimlerin yapmış olduğu işin sadece niceliğinin ölçüldüğü görülmektedir.

Olay tıbbî açıdan değerlendirildiğinde bir hekim zor ve komplike bir işten yaparak alacağı puanı; daha basit, riski daha az, emek ve zamanı daha az harcayacağı başka işlemlerden daha çok yaparak elde edebilmekte hatta nitelikli iş yapan benzer hekimden çok daha fazla puan alabilmektedir. Örnek olarak genel cerrahi alanında uzmanlaşmış bir hekim bu günkü performans ölçümünde kullanılan girişimsel işlemler listesinde yer alan 610.130 kodlu C grubu apendektomi işlemi yaparak 420 puan almaktadır. Başka bir genel cerrah ise 609.460 kodlu A1 grubu Whipple ameliyatı sonucu 3150 puan almaktadır. Genel olarak komplike olmayan bir apendektomi ameliyatı ortalama 15-20 dk kadar sürmekte ve hastalar ortalama bir günde taburcu olmaktadır. Whipple ameliyatı ise 6 ilâ 8 saat civarında sürmekte ameliyat sırasında ve sonrasında riski çok fazla olabilmekte ve hastalar ameliyat sonrası komplikasyon gelişmediği varsayıldığında yaklaşık 10 günde taburcu edilmektedir.

Durum böyle olunca hekim performansı belirlemede yapılan işin niteliği göz önüne alınmadığı zaman hekimler çok daha zor, zaman ve emek isteyen nitelikli bir işlem yerine daha basit, komplike olmayan ve kısa sürede yapılabilen işlemlere yönelmektedir. Yukarıda da bahsedildiği gibi ödeme açısından bakıldığı zaman hekimlerin çok riskli vaka almadan yakın ücret almış olmaları hatta daha fazla ücret alabilmeleri sistemi bu açıdan sıkıntıya sokmaktadır. Örnekteki işlemlere bakıldığı zaman hekim bir Whipple ameliyatında 6-8 saat geçirip büyük risk almak yerine 15-20 dk kadar süren düşük riskli apendektomi ameliyatından 10-15 tane yapmayı tercih etmektedir. Bu durum hekimlerin zor, komplike vakalardan kaçmasına neden olmaktadır.

Hem hekim ek ödemelerinde hakkaniyetin sağlanması hem de sağlık tesisleri ve hekimlerin daha nitelikli işlere yönelimini sağlamak için hekimlerin verdiği hizmetin nitelik ve niceliğinin ölçülmesi gerekmektedir. Bunun içinde dünyada da kullanım örneği olan hekim performanslarının ölçülmesi ve ücretlendirilmesinde VKİ'lerinin kullanılması uygun olacaktır.

4.2.SAĞLIK TESİSLERİNİN ROLLERİNE GÖRE HEKİM PERFORMANS DEĞERLERİ İNCELEMESİ

Teşhis İlişkili Gruplar sistemine ve ek ödeme çalışmalarına veri gönderen sağlık tesisleri rollerine göre A1, A1-dal, A2, A2-dal, B, C, D ve E1 gruplarına ayrılmaktadır.

Bu tabloya göre sağlık tesislerinin rollerine göre performans puanı değerlendirmesinde toplam 116.371 veri değerlendirilmiştir. Toplamın ortalamasında hekimler aylık 30.180,13 performans puanı üretmektedirler. Yine tablodaki verilere göre A2-dal grubunda hizmet veren hekimlerin 41.962,96 ortalama ile en çok performans puanı ürettikleri görülmektedir. En az puan ortalaması ise 24.677,03 ile A1 rolünde yer alan sağlık tesislerinde hizmet veren hekimlerde olması dikkat çekmektedir. Mevcut ek ödemede kullanılan performans puanının yaklaşık olarak karşılığı gibi görülebilecek olan (her ikisi de verilen hizmetin niceliğini ölçen parametreler olarak değerlendirilmektedir) toplam bağıl değerleri de performans puanlarıyla benzer dağılım göstermektedir. Toplam bağıl değerlere göre de roller içerisinde en çok ortalama bağıl 55,74 ile A2 dal grubunda, en az ortalama bağıl ise 22,37 ile A1 rolünde hizmet veren hekimlerde olarak dikkat çekmektedir. Diğer gruplarda da benzer şekilde performans puanları ile toplam bağıl değerler arasında benzer dağılım olduğu görülmektedir.

Bilindiği gibi VKİ değerleri sağlık tesisleri ve/veya hekimlerin yaptığı işin zorluk derecesini gösteren bir katsayıdır. Rollerine göre gruplara ayrılmış olan sağlık tesisleri ve içerisinde hizmet veren hekimlerin verecekleri hizmetin nitelikleri değerlendirilmesi durumunda A1, A1-dal, A2 ve A2-dal grubunda verilen hizmetlerin, diğer gruplara göre daha nitelikli ve daha maliyetli olması beklenmektedir. Tablo 10'a bakıldığı zaman da VKİ ortalaması olarak en yüksek grubun 1,60 ile A1-dal da olması, daha sonra 1,43 ortalama ile A1 de ve 1.16 ortalama ile A2-dalda olması hizmetin niteliğiyle ilgili grup bazında beklentileri karşılamaktadır. Dahası VKİ sıralamasının grup düştükçe B de ortalama 1,15, C'de ortalama 0,95, D'de ortalama 0,86 ve E1 de ortalama 0,85 olarak çıkması grup bazında beklenen nitelikli hizmet değerleriyle tamamen uygun seyir göstermektedir.

Tablo 10'daki değerlerin yorumlanması sonucunda bile hekim ek ödemelerinde performans puanları ve/veya toplam bağıl değerlerinin yanında hekimlerin VKİ değerlerinin de

ödemeye bir katsayı olarak yansıtılmasının çok daha doğru bir ek ödeme modelinin geliştirilmesine katkı sağlayacağı sonucunu bize vermektedir.

Tablo 10 Rollere Göre Hastanelerdeki Ortalama Performans Puanı, Ek Ödeme Tutarı, VKİ ve Bağlı Değer

Rolü		Performans Puanı	Ek Ödeme Tutarı	VKİ	Toplam Bağlı Değer
A1	Mean	24677,03	5147,7255	1,4326889	22,3756
	N	24499	24916	24916	24916
	Std. Deviation	17910,906	2692,73574	1,58687870	30,84779
A1_Dal	Mean	25900,01	4534,7795	1,6000529	22,9890
	N	6143	6143	6143	6143
	Std. Deviation	18575,508	2263,96745	1,81662213	36,75589
A2	Mean	31889,16	5247,6000	1,3383931	31,0257
	N	39584	39673	39673	39673
	Std. Deviation	20531,100	2676,10184	1,33875400	32,73247
A2_Dal	Mean	41962,96	5225,6507	1,1603636	55,7427
	N	4999	5217	5217	5217
	Std. Deviation	84220,492	2874,40906	1,08546750	57,46646
B	Mean	32064,70	5212,2578	1,1585829	28,8147
	N	26357	26479	26479	26479
	Std. Deviation	20183,692	2816,71796	1,03493104	31,82416
C	Mean	30202,84	4505,7846	,9503390	27,1420
	N	11337	11411	11411	11411
	Std. Deviation	19499,818	2803,70146	,72428820	30,41873
D	Mean	25864,57	3795,1531	,8697105	27,0719
	N	2889	2950	2950	2950
	Std. Deviation	21139,518	2951,61664	,70060576	27,29938
E1	Mean	25028,93	3893,3109	,8569057	26,7648
	N	563	568	568	568
	Std. Deviation	18454,811	3201,48702	,62789845	24,85158
Total	Mean	30180,13	5064,9396	1,2717817	28,8708
	N	116371	117357	117357	117357
	Std. Deviation	26296,518	2744,01450	1,30518174	34,15712

4.3.BRANŞLARA GÖRE HEKİM PERFORMANS DEĞERLERİ İNCELEMESİ

Bu bölümdeki çalışma hekim branşları bazında değişikliklerin neler olduğunu tespit etmeye yönelik olmuştur. Tablo 11’de toplamda 92 farklı uzmanlık branşında 117.742 veri değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonuçlarına göre;

Performans puanları ile ilgili; en çok performans puanı üreten uzmanlık olanı olarak ortalama 58.783 puanla radyodiagnostik branşı ilk sırada, sonrasında sırayla Hava ve Uzay hekimliği ortalama 50.339 puan ile ikinci, ortalama 50.104 puanla da çocuk kardiyolojisi branşı üçüncü sırada yer almıştır.

Ek ödeme tutarlarına göre; çocuk romatolojisi branşı ortalama 11.440 TL ile ilk sırada, radyodiagnostik 8.621 TL ile ikinci, tıbbî onkoloji ise 7.583 TL ile üçüncü sırada yer almıştır.

Vaka karma indeksi değerlerine göre; yoğunbakım branşı ortalama 5,36 ile ilk sırada, çocuk kalp ve damar cerrahisi ortalama 3,89 ile ikinci, anesteziyoloji ve reanimasyon ise ortalama 3,49 VKİ puanı ile üçüncü sırada yer almıştır.

Toplam bağıl değerlere göre; neonatoloji branşı ortalama 100,51 puan ile ilk sırada, ağız, diş ve çene cerrahisi ortalama 79,76 ile ikinci, göğüs hastalıkları ve tüberküloz ise ortalama 72,76 ile toplam bağıl değer sıralamasında üçüncü sırada yer almıştır.

Bu tabloda en çok ek ödeme tutarı alan çocuk romatolojisi branşında VKİ ortalaması 0,90, ikinci sıradaki en çok ödeme alan radyodiagnostik branşında ise VKİ ortalaması 0,69 olarak dikkat çekmektedir. Tablo detaylarıyla incelendiği zaman da performans puanı ve toplam bağıl değerle VKİ arasında ilişki olmadığı görülmektedir.

Tablo 11 Branşlara Göre Performans Puanı, Ek Ödeme Tutarı, VKİ ve Bağlı Değerler

Hekim Branşı		Performans Puanı	Ek Ödeme Tutarı	VKİ	Toplam Bağlı Değer
?	Mean	15762,15	3911,0293	1,2230	19,2482
	N	87	110	110	110
	Std. Deviation	20617,734	3447,45770	1,11839	23,23130
Acil Tıp	Mean	32749,63	5209,6949	1,0553	11,7965
	N	883	1127	1127	1127
	Std. Deviation	24324,157	2701,65445	1,07863	25,35057
Ağlî Tıp	Mean	22985,00	3360,5391	1,5128	13,0836
	N	11	11	11	11
	Std. Deviation	14385,732	2293,28645	,89795	14,53154
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	Mean	30352,80	4470,5660	,9390	79,7620
	N	5	5	5	5
	Std. Deviation	6035,422	437,13434	,18579	15,81529
Algoloji	Mean	25686,48	5739,7937	1,3107	40,0402
	N	42	44	44	44
	Std. Deviation	22074,873	3357,85434	1,34223	48,55241
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Mean	27387,02	5456,3689	3,4996	18,3475
	N	4504	6186	6186	6186
	Std. Deviation	22438,520	2712,49994	3,12087	28,94028
Beyin ve Sinir Cerrahisi	Mean	27011,71	4965,9786	2,0439	38,6616
	N	2362	3483	3483	3483
	Std. Deviation	19780,010	2732,43022	1,10725	36,67094
Çocuk Acil	Mean	46397,83	4603,1718	,8031	8,6075
	N	6	8	8	8
	Std. Deviation	9586,951	1739,17298	,55166	10,90195
Çocuk Cerrahisi	Mean	26609,10	4495,2031	,6680	27,2239
	N	1043	1568	1568	1568
	Std. Deviation	36120,893	2606,71645	,34117	23,02038
Çocuk Endokrinolojisi	Mean	29076,35	5649,1251	,8684	12,9459
	N	168	231	231	231
	Std. Deviation	21050,642	2738,11077	,23644	16,15662
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları	Mean	20669,73	4608,3503	,9378	16,7526
	N	75	100	100	100
	Std. Deviation	21664,960	2929,25915	,53670	24,64104
Çocuk Gastroenterolojisi	Mean	25842,36	5170,4889	,6156	9,6411
	N	87	125	125	125

<i>(Tablo 11'in devamı)</i>					
	Std. Deviation	13501,712	2089,31965	,22586	8,12735
Çocuk Göğüs Hastalıkları	Mean	33359,32	3502,1447	1,0374	23,9889
	N	62	62	62	62
	Std. Deviation	24889,184	2802,13446	1,23691	24,82760
Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları	Mean	31470,08	5810,7809	,8486	6,2931
	N	122	175	175	175
	Std. Deviation	21844,465	2630,97277	1,00031	8,02398
Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi	Mean	22942,36	5626,0892	3,8952	57,9135
	N	14	17	17	17
	Std. Deviation	20670,953	3710,36434	3,30211	83,73595
Çocuk Kardiyolojisi	Mean	50104,86	7134,0618	1,0467	6,0035
	N	81	84	84	84
	Std. Deviation	30813,974	3753,79645	,52303	8,99569
Çocuk Metabolizma Hastalıkları	Mean	18597,28	4424,8620	1,7315	6,2322
	N	18	27	27	27
	Std. Deviation	12188,519	1890,68908	4,64468	8,15486
Çocuk Nefrolojisi	Mean	22541,01	4916,4413	1,0751	15,7327
	N	184	255	255	255
	Std. Deviation	20055,706	3323,12798	,54062	21,54377
Çocuk Nörolojisi	Mean	36156,13	5935,4757	,9947	13,2520
	N	71	108	108	108
	Std. Deviation	24275,482	3396,09674	,59087	21,43413
Çocuk Romatolojisi	Mean	36120,00	11440,4000	,9000	2,7000
	N	1	1	1	1
	Std. Deviation				
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Mean	32739,09	5135,8059	,8147	32,6544
	N	3556	6147	6147	6147
	Std. Deviation	45952,565	2629,54524	1,04584	33,51294
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Mean	20500,46	3538,2318	1,1871	10,6904
	N	97	104	104	104
	Std. Deviation	17626,787	2993,26788	,34994	9,75423
Çocuk Yoğunbakımı	Mean	27563,55	5444,5798	2,5048	37,2967
	N	33	46	46	46
	Std. Deviation	19947,346	2519,49342	2,33695	36,22159
Deri ve Zührevî Hastalıkları	Mean	30859,25	5313,5464	,8383	6,5530
	N	804	1271	1271	1271
	Std. Deviation	15040,854	2367,48276	,49321	11,56390
El Cerrahisi	Mean	18947,75	5222,0799	,8429	32,5255
	N	12	20	20	20
	Std. Deviation	20867,358	3526,39499	,21667	22,29893

(Tablo 11'in Devamı)					
	Mean	35730,83	6427,9806	,9211	17,2221
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	N	374	552	552	552
	Std. Deviation	16944,403	2455,18662	,16910	20,25649
Fizyoloji	Mean	18557,50	4223,9362	,2720	15,5200
	N	6	8	8	8
	Std. Deviation	4092,798	353,55457	,02709	1,83347
Gastroenteroloji	Mean	36173,17	6757,1432	,7386	41,3453
	N	667	981	981	981
	Std. Deviation	22920,625	2943,42815	,61763	39,65145
Gastroenteroloji Cerrahisi	Mean	24771,53	5572,9998	1,2384	30,7037
	N	133	177	177	177
	Std. Deviation	23250,474	3400,83401	,88852	26,32185
Genel Cerrahi	Mean	27600,78	5076,6493	,8597	30,5988
	N	4142	7474	7474	7474
	Std. Deviation	17819,077	2450,73194	,79495	25,01266
Geriatri	Mean	26693,13	4773,7759	1,6664	20,1279
	N	15	24	24	24
	Std. Deviation	14822,287	1634,47520	,88196	25,68039
Göğüs Hastalıkları	Mean	26601,53	4797,4236	1,4167	34,5905
	N	2030	3556	3556	3556
	Std. Deviation	17314,914	2226,08666	1,10508	32,12413
Halk Sağlığı	Mean	4531,40	2776,8961	,9783	54,4914
	N	5	7	7	7
	Std. Deviation	4221,434	1977,16735	,14541	9,69081
Hava ve Uzay Hekimliği	Mean	50339,00	4387,9288	2,6682	33,8263
	N	8	8	8	8
	Std. Deviation	8836,272	3043,23784	,47976	12,04836
Hematoloji	Mean	28421,43	6114,1806	1,8611	41,7940
	N	261	358	358	358
	Std. Deviation	18844,539	2585,98734	2,31570	39,38893
İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları	Mean	26504,44	6458,7668	1,0621	5,8373
	N	43	56	56	56
	Std. Deviation	24516,727	3732,50115	1,34785	7,61767
Kadın Hastalıkları ve Doğum	Mean	37819,08	5165,7438	,6864	52,1631
	N	6215	9152	9152	9152
	Std. Deviation	57611,255	2908,10121	,23896	48,21628
Kalp ve Damar Cerrahisi	Mean	21966,57	4841,9048	2,0802	28,5086
	N	1818	2706	2706	2706
	Std. Deviation	18266,186	2621,91156	2,20695	38,46559
	Mean	41424,50	6289,5401	1,5558	3,7075

(Tablo 11'in devamı)	N	6	8	8	8
Klinik Nörofizyoloji	Std. Deviation	10616,038	1393,28666	,86977	4,88764
Kulak Burun	Mean	32749,02	5472,1054	,6417	15,5318
Boğaz Hastalıkları	N	2500	4391	4391	4391
	Std. Deviation	17230,104	2436,79505	,29875	19,31896
Nefroloji	Mean	24272,47	5579,2263	1,5190	28,2067
	N	539	787	787	787
	Std. Deviation	18608,583	2864,82957	,63316	27,59472
	Mean	33368,93	6482,2505	2,6632	100,5196
Neonatoloji	N	175	178	178	178
	Std. Deviation	26230,911	3055,48180	1,91266	105,81349
Nöroloji	Mean	30094,59	5203,9211	1,8527	24,4367
	N	1859	3216	3216	3216
	Std. Deviation	18813,975	2485,93943	,99166	22,69237
Nükleer Tıp	Mean	20966,05	4975,2401	,7660	16,1899
	N	164	205	205	205
	Std. Deviation	16889,995	2614,72383	,09756	43,38596
Ortodonti	Mean	0,00	1131,0500	,8952	57,2900
	N	1	1	1	1
	Std. Deviation				
Ortopedi ve Travmatoloji	Mean	34197,46	5808,3931	1,9861	47,3350
	N	2771	4950	4950	4950
	Std. Deviation	16904,469	2486,40198	1,01549	42,25665
Perinatoloji	Mean	33579,71	6303,9868	,6370	26,1781
	N	24	36	36	36
	Std. Deviation	21159,363	2904,10865	,31463	30,87653
Radyasyon Onkolojisi	Mean	25790,00	5281,6130	2,2089	15,7513
	N	718	943	943	943
	Std. Deviation	17803,977	2570,45156	1,91376	19,46451
Radyoloji	Mean	31892,36	5934,9500	1,2066	27,5376
	N	240	323	323	323
	Std. Deviation	23481,706	3021,22610	1,18458	46,60380
Romatoloji	Mean	23451,86	5328,4509	1,1258	8,4618
	N	147	217	217	217
	Std. Deviation	11533,092	2305,51576	,36633	12,38873
Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	Mean	16896,63	5479,2572	1,0982	14,0595
	N	16	22	22	22
	Std. Deviation	8895,645	2384,90420	,56457	20,71358
Tıbbî Biyokimya	Mean	10464,82	4216,1985	1,0450	10,5076
		39	59	59	59

<i>(Tablo 11'in devamı)</i>		N				
	Std. Deviation	18651,773	2067,55998	,55189	11,97777	
Tıbbî Ekoloji ve Hidroklimatoloji	Mean	29014,18	6396,8303	1,4980	50,5907	
	N	11	14	14	14	
	Std. Deviation	24507,419	2758,40267	,44861	44,37691	
Tıbbî Mikoloji	Mean	0,00	5341,5267	1,4367	1,4367	
	N	3	3	3	3	
	Std. Deviation	0,000	622,08914	,02309	,02309	
Tıbbî Mikrobiyoloji	Mean	2,08	3574,0351	1,3079	1,5717	
	N	24	24	24	24	
	Std. Deviation	4,149	1410,45550	1,30954	1,25532	
Tıbbî Onkoloji	Mean	44903,06	7583,5681	1,4359	27,4080	
	N	193	327	327	327	
	Std. Deviation	31649,453	2736,89592	,63466	33,72604	
Tıbbî Patoloji	Mean	28520,40	4415,5088	,9442	3,1716	
	N	84	104	104	104	
	Std. Deviation	15249,790	2237,80130	1,38309	7,01463	
Üroloji	Mean	27175,09	4938,4109	,7711	18,4764	
	N	2239	3989	3989	3989	
	Std. Deviation	16647,012	2402,15865	,28824	16,79256	
Yoğunbakım	Mean	26801,53	5598,6147	5,3640	42,3447	
	N	45	58	58	58	
	Std. Deviation	23356,507	3266,81304	3,16187	49,11906	
Aile Hekimliği	Mean	24314,91	4075,1098	,9043	18,6723	
	N	410	551	551	551	
	Std. Deviation	16875,439	2978,45695	,63329	21,29256	
Algoloji	Mean	0,00	4000,8838	1,2480	12,2260	
	N	2	5	5	5	
	Std. Deviation	0,000	2412,20260	,41971	14,92790	
Anesteziyoloji Ve Reanimasyon	Mean	50000,00	7280,9800	2,2948	10,5850	
	N	4	4	4	4	
	Std. Deviation	0,000	0,00000	,59727	4,01258	
Cerrahi Onkoloji	Mean	35386,60	7028,9160	1,7738	45,6680	
	N	20	20	20	20	
	Std. Deviation	20686,918	696,02778	,54291	29,59166	
Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi	Mean	20200,42	4950,4032	1,3277	19,9740	
	N	171	250	250	250	
	Std. Deviation	17226,012	2809,39336	1,50417	27,25766	
Çocuk Kardiyolojisi	Mean	39435,64	6686,4709	1,1823	7,6824	
	N	90	160	160	160	

<i>(Tablo 11'in devamı)</i>					
	Std. Deviation	23233,393	2590,57114	1,20554	12,36568
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Mean	33915,43	4078,7569	,8554	37,1601
	N	2500	2655	2655	2655
	Std. Deviation	65159,706	3036,13247	,97406	39,88950
Deri ve Zührevî Hastalıkları	Mean	29512,57	4156,9204	,7701	9,0028
	N	508	517	517	517
	Std. Deviation	22837,442	3086,63122	,51183	15,34822
	Mean	7613,09	3911,4046	1,1053	9,5262
	N	2280	3240	3240	3240
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Std. Deviation	8067,271	2009,93677	,62953	10,86292
	Mean	29207,28	5011,4897	1,6069	27,6143
	N	2424	3479	3479	3479
Genel Cerrahi	Std. Deviation	19827,603	2620,25821	,52170	28,92029
	Mean	26060,23	4186,1412	,8359	37,0593
	N	2998	3040	3040	3040
Göğüs Cerrahisi	Std. Deviation	22391,986	3086,22921	,64829	29,08171
	Mean	14030,83	4171,6579	1,6332	17,8954
	N	1059	1561	1561	1561
Göğüs Hastalıkları	Std. Deviation	14908,631	2349,77542	,99292	19,62532
	Mean	23533,37	3675,1599	1,4289	40,3841
	N	1351	1369	1369	1369
Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz	Std. Deviation	21706,165	2981,18042	1,02916	36,88961
	Mean	42990,56	6585,9234	1,4663	72,8113
	N	39	39	39	39
Göz Hastalıkları	Std. Deviation	19976,802	2767,70953	1,43771	38,79535
	Mean	34950,06	5436,0926	,4744	12,5237
	N	4557	6615	6615	6615
İç Hastalıkları	Std. Deviation	20945,059	2774,23321	,26971	13,30310
	Mean	28256,65	4860,0367	1,0604	24,9378
	N	7342	10268	10268	10268
İlk ve Acil Yardım	Std. Deviation	20430,582	2692,72113	,63871	26,78603
	Mean	35300,53	5782,1660	,6032	5,0215
	N	19	26	26	26
Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi	Std. Deviation	29145,603	2803,97923	,45713	9,38729
	Mean	22429,51	5790,3180	1,1029	30,7663
	N	37	62	62	62
	Std. Deviation	20222,368	2935,20441	,75011	44,15653
	Mean	26761,43	3016,4971	,7247	35,2386

(Tablo 11'in devamı)	N	7	7	7	7
Kadın Hastalıkları ve Doğum	Std. Deviation	21151,168	2781,23158	,08505	9,07732
Kadın Hastalıkları Ve Doğum	Mean	30976,48	3196,4700	,6398	27,6100
Kardiyoloji	N	27	27	27	27
	Std. Deviation	16622,040	2139,58447	,42904	15,91842
	Mean	32982,66	5653,5040	1,3738	35,7730
	N	3523	5155	5155	5155
	Std. Deviation	22247,116	2955,69970	,78001	43,49748
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Mean	31212,33	4493,6303	,6433	19,0742
	N	1865	1908	1908	1908
	Std. Deviation	23539,406	3221,41221	,26330	22,86980
Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji	Mean	0,00	1563,8808	1,1329	6,2500
	N	2	2	2	2
	Std. Deviation	0,000	3,87386	,01818	2,50316
Neonatoloji	Mean	36759,49	7043,4755	2,1772	90,9881
	N	144	294	294	294
	Std. Deviation	25883,791	2525,71121	1,86646	90,55138
Nöroloji	Mean	29872,49	4398,9333	1,8702	29,3140
	N	1301	1321	1321	1321
	Std. Deviation	23982,110	3097,65935	,73009	23,44416
Onkolojik Cerrahi	Mean	18205,67	6420,5035	1,4098	21,8656
	N	12	27	27	27
	Std. Deviation	21185,612	2039,70637	,78377	23,86302
Ortopedi ve Travmatoloji	Mean	33519,38	4845,5669	2,0980	56,1111
	N	2116	2142	2142	2142
	Std. Deviation	22923,399	3157,61105	1,06754	47,87964
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	Mean	29284,81	5045,8198	,8257	29,1567
	N	1077	1595	1595	1595
	Std. Deviation	18570,191	2451,19914	,80012	23,84877
Radyodiagnostik	Mean	58783,00	8621,6282	,6971	12,3944
	N	8	9	9	9
	Std. Deviation	3303,932	609,20566	,02779	7,95752
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Mean	31487,25	5263,1536	1,5188	18,9599
	N	2348	3390	3390	3390
	Std. Deviation	18258,811	2403,68432	,36541	21,49064
Spor Hekimliği	Mean	4917,00	4183,8000	,7308	48,2300
	N	1	1	1	1
	Std. Deviation				
Tıbbî Farmakoloji	Mean	5848,00	5699,6500	,3100	,3100
	N	1	1	1	1

<i>(Tablo 11'in devamı)</i>		N			
	Std. Deviation				
Tıbbi Genetik	Mean	28783,00	5070,2180	,9760	,9760
	N	5	5	5	5
	Std. Deviation	24392,826	2783,72606	,65259	,65259
Tıbbi Mikoloji	Mean	0,00	5587,8300	1,4800	1,4800
	N	1	1	1	1
	Std. Deviation				
Tıbbi Onkoloji	Mean	44241,75	6757,4457	1,4580	31,1796
	N	125	134	134	134
	Std. Deviation	36345,834	3585,37945	,42122	34,65576
	Mean	20142,00	3077,2000	,4500	,4500
Tıbbi Patoloji	N	1	1	1	1
	Std. Deviation				
Üroloji	Mean	25226,81	4055,0287	,7728	21,8059
	N	1598	1632	1632	1632
	Std. Deviation	20773,201	3048,52567	,29360	18,57728
Total	Mean	29503,73	5061,2329	1,2711	28,8723
	N	81816	117742	117742	117742
	Std. Deviation	29294,068	2746,09129	1,30399	34,13631

Sonuç olarak her iki daire başkanlıklarından alınan veriler hekim bazlı eşleştirilip yorumlanmıştır. Buna göre hekimlerin performanslarının değerlendirmesinde sadece verilen hizmetin niceliğinin ölçülmesi tek başına yeterli olmamaktadır. Hizmetin hem niceliği hem de niteliğinin birlikte ölçüldüğü bir model çok daha adil bir ek ödeme modeli olacaktır. Buna göre hekim performansının belirlenmesinde hekim performans puanı yanında hekim VKİ değerinin katsayılandırılarak birlikte puanlanması ve buna göre ek ödeme dağıtımının daha uygun olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmanın sonucunu görmek için aynı ay için hekim performans puanına göre alınan ek ödeme ücreti ile hekim performans puanı ve VKİ kullanılarak oluşturulan ödeme formüllerinin kıyaslanması uygun olacaktır.

4.4.EK ÖDEME SİMÜLASYON ÇALIŞMALARI

Aylara göre sağlık tesislerinden gelen veriler TİG ve ek ödeme verileri eşleştirilerek hata ve eksiklikleri olan veriler ayıklandıktan sonra Ekim 2015 dönemi için 576 sağlık

tesisinden 23.245 veri, Kasım 2015 için 562 sağlık tesisinden 17.611 veri, Aralık 2015 için 566 sağlık tesisinden 19.062 veri, Ocak 2016 için 351 sağlık tesisinden 12.694 veri, Şubat 2016 için 352 sağlık tesisinden 11.418 veri, Mart 2016 için 353 sağlık tesisinden 11.836 veri eşleştirilmiştir.

Ödeme simülasyonlarında ilk olarak tüm branşların yer aldığı Mart 2016 verileri üzerinden simülasyon çalışması yapılmıştır.

Hekim performans puan hesaplaması Ek Ödeme Daire Başkanlığı tarafından hazırlanmakta olup, söz konusu çalışma için hekim bazlı toplam puanlar verilmiştir. Hâlen yürürlükte olan ek ödeme yönetmeliğine göre hekim performans puanlarının belirlenmesinde;

Bir kliniğe bağlı olarak çalışanlar: Eğitim sorumlusu, eğitim görevlisi, başasistan ve uzman tabipler, acil kliniklerde ise pratisyen tabipler; asistanlar; yan dal asistanları; enfeksiyon hastalıkları kliniklerinde çalışan eğitim sorumlusu, eğitim görevlisi, başasistanlar ve uzman tabipler; tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunmayan, biyokimya ve mikrobiyoloji kliniklerinde çalışan eğitim sorumlusu, eğitim görevlisi, başasistan, uzman tabipler ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ile ÜYTE merkezlerinde çalışan tıbbî histoloji ve embriyoloji uzmanları; asistanlar (enfeksiyon hastalıkları kliniklerinde ve laboratuvar hizmetlerinde çalışanlar) gruplarına ayrılmaktadır.

Bu çalışmada tüm hekimler için Mart 2016 dönemi için hekim puanı, ek ödeme tutarı ve her ikisi olmayan veriler ayıklandıktan sonra toplam 290 sağlık tesisinden toplam 8.302 veri içerisinde tüm branşların dâhil edildiği bir ek ödeme simülasyon çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada tüm sağlık tesislerinden üretilen toplam performans puanı 306.966.629,6; hekimlere ödenen toplam ek ödeme tutarı ise 47.434.453,6 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen ham verilere göre tüm sağlık tesislerinin, tüm branşlarında üretilen bir performans puanı 6,47 olmaktadır. Bu performans içerisinde üretilen hekim ortalama VKİ 1,27 iken üretilen toplam bağıl değer puanı ise 286.241 olarak tespit edilmiştir.

Yapılan simülasyon çalışmasında yer alan VKİ değerlerinin en büyük değeri 18,02 iken en küçük değeri 0,16 olarak görülmüştür. Uluslararası yapılan TİG çalışmalarında da VKİ ortalamalarının yaklaşık 1 civarında olması beklenmektedir. Buna göre Mart 2016 dönemi

içerisinde yer alan VKİ, bağıl değer ve performans puanları değerleri üzerinden doğru bir çalışma yapılabilmesi için veriler SPSS 15.0 programında aykırı değer analizi yapılmıştır. Çıkan sonuca göre yanlış veri girişi yapıldığı düşünülen aykırı değerler veri setinden çıkarılmıştır. Buna göre veri setinde bulunana VKİ değeri 2,74 ve üzerinde olan, bağıl değer 104, 94 ve üzerinde olan, performans puanı 97.980 ve üzerinde olan değerler veri setinden çıkarılmıştır. Sonuçta 6.896 değer üzerinden simülasyon çalışması yorumlanmıştır. Buna göre;

4.4.1. Bağıl Değer Üzerinden Ödeme Simülasyonu:

Verilerin ayıklanmasından sonra hekimlerin üretmiş olduğu bağıl değer toplam bağıl değere oranlanmıştır. Çıkan bu değer hekimlerden elde edilen toplam ek ödeme miktarı ile çarpılarak her hekimin bağıl değere göre ek ödeme simülasyon miktarı belirlenmiştir.

Bu simülasyon çalışmasına göre en yüksek ücreti alan hekim 20.850,71 lira, en düşük ücret 31,83 lira olarak tespit edilmiştir. En yüksek alan hekim ücretinin 5.081,71 liradan 20.850,71 liraya; en düşük alan hekim ise 2.374,62 liradan 31,83 liraya değiştiği görülmüştür. Ancak 31,83 lira için bağıl değer 0,16 olması ilgili hekimin verisinin TİG sistemindeki hekim bölümüne doğru olarak girilmemiş olma ihtimalini göstermektedir.

Branşlara göre alınan toplam rakamlar arasındaki değişime bakıldığı zaman;

En fazla değişim klinik nörofizyoloji branşında iken en az değişimin ise iç hastalıkları branşında olduğu görülmüştür. Branşlar bazında genel olarak bakıldığı zaman % 11,47'lik ödeme artışı dikkat çekmektedir.

Performans puanı yerine yalnızca hekim bağıl değerlerinin kullanılarak ek ödeme ücretlerinin belirlenmesi çok sağlıklı olmamaktadır. Bunun birkaç farklı nedeni olmakla birlikte en önemlileri, hekimlerin verilerinin eksik veya yanlış kaydedilmesi ile birden fazla hekim tarafından tedavi edilen ve cerrahi işlemlerde ekip çalışması yapılan vakalarda bağıl değer ve VKİ değerinin tek hekime atanması olarak görülmüştür.

Tablo 12 Bağıl Değer Üzerinden Ödeme Simülasyonu

Hekim Branşları	Mevcut Ek Ödemeye Göre Aldıkları Toplam Tutarlar	Bağıl Değer Simülasyonuna Göre Aldıkları Toplam Tutarlar	Değişim
Acil Tıp	166.931,04 ₺	326.733,67 ₺	95,73%
Adli Tıp	7.765,30 ₺	4.332,66 ₺	-44,20%
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	17.500,27 ₺	4.226,56 ₺	-75,85%
Aile Hekimliği	167.261,31 ₺	206.692,09 ₺	23,57%
Algoloji	28.596,11 ₺	28.135,63 ₺	-1,61%
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	288.573,46 ₺	1.225.573,11 ₺	324,70%
Beyin ve Sinir Cerrahisi	1.137.314,83 ₺	835.225,15 ₺	-26,56%
Cerrahi Onkoloji	38.034,64 ₺	20.119,82 ₺	-47,10%
Çocuk Acil	401,89 ₺	2.836,97 ₺	605,90%
Çocuk Cerrahisi	589.947,82 ₺	472.255,95 ₺	-19,95%
Çocuk Endokrinolojisi	84.411,56 ₺	119.212,12 ₺	41,23%
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları	27.539,65 ₺	36.078,03 ₺	31,00%
Çocuk Gastroenterolojisi	20.220,02 ₺	59.987,86 ₺	196,68%
Çocuk Göğüs Hastalıkları	46.120,26 ₺	25.604,92 ₺	-44,48%
Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi	71.562,91 ₺	61.144,16 ₺	-14,56%
Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları	15.735,52 ₺	53.572,94 ₺	240,46%
Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi	4.711,31 ₺	5.740,82 ₺	21,85%
Çocuk Kardiyolojisi	14.239,37 ₺	113.078,04 ₺	694,12%
Çocuk Metabolizma Hastalıkları	851,54 ₺	4.658,57 ₺	447,08%
Çocuk Nefrolojisi	73.371,43 ₺	70.589,87 ₺	-3,79%
Çocuk Nörolojisi	10.761,59 ₺	38.277,49 ₺	255,69%
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	7.807,08 ₺	30.060,95 ₺	285,05%

<i>(Tablo 12'nin devamı)</i>			
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3.163.528,54 ₺	2.599.728,97 ₺	-17,82%
Çocuk Yoğunbakımı	7.807,08 ₺	7.198,28 ₺	-7,80%
Deri ve Zührevî Hastalıkları	151.197,51 ₺	605.377,78 ₺	300,39%
El Cerrahisi	10.435,30 ₺	8.768,65 ₺	-15,97%
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	135.939,48 ₺	287.726,95 ₺	111,66%
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	425.903,65 ₺	954.936,55 ₺	124,21%
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	1.359.128,20 ₺	1.316.765,47 ₺	-3,12%
Fizyoloji	3.418,08 ₺	4.579,78 ₺	33,99%
Gastroenteroloji	484.960,11 ₺	408.009,65 ₺	-15,87%
Gastroenteroloji Cerrahisi	72.531,83 ₺	62.030,16 ₺	-14,48%
Genel Cerrahi	4.905.796,53 ₺	3.437.966,31 ₺	-29,92%
Geriatri	12.426,87 ₺	16.427,90 ₺	32,20%
Göğüs Cerrahisi	330.241,06 ₺	368.109,28 ₺	11,47%
Göğüs Hastalıkları	1.984.689,36 ₺	1.239.100,38 ₺	-37,57%
Göz Hastalıkları	1.391.440,84 ₺	2.882.053,21 ₺	107,13%
Hematoloji	187.592,74 ₺	138.802,55 ₺	-26,01%
İç Hastalıkları	3.632.009,02 ₺	3.654.345,77 ₺	0,61%
İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları	2.172,61 ₺	4.680,00 ₺	115,41%
Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi	3.231,06 ₺	11.819,08 ₺	265,80%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	3.825.658,02 ₺	2.421.933,40 ₺	-36,69%
Kalp ve Damar Cerrahisi	643.063,42 ₺	664.852,87 ₺	3,39%
Kardiyoloji	2.120.847,69 ₺	1.852.979,25 ₺	-12,63%
Klinik Nörofizyoloji	254,67 ₺	5.002,16 ₺	1864,21%
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	1.443.967,52 ₺	2.461.928,39 ₺	70,50%
Nefroloji	260.066,87 ₺	261.726,98 ₺	0,64%
Neonatoloji	140.644,82 ₺	114.332,27 ₺	-18,71%
Nöroloji	1.454.070,57 ₺	1.412.068,79 ₺	-2,89%
Nükleer Tıp	24.887,55 ₺	59.095,54 ₺	137,45%
Ortopedi ve Travmatoloji	2.834.379,75 ₺	2.110.970,97 ₺	-25,52%
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	743.753,66 ₺	573.917,25 ₺	-22,84%
Perinatoloji	20.424,94 ₺	17.272,82 ₺	-15,43%

<i>(Tablo 12'nin devamı)</i>			
Radyasyon Onkolojisi	206.328,54 ₺	384.125,45 ₺	86,17%
Radyoloji	77.732,57 ₺	92.721,71 ₺	19,28%
Romatoloji	24.358,33 ₺	92.474,31 ₺	279,64%
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	845.609,78 ₺	1.256.802,72 ₺	48,63%
Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	6.587,47 ₺	11.958,50 ₺	81,53%
Tıbbî Ekoloji ve Hidroklimatoloji	14.627,33 ₺	15.480,14 ₺	5,83%
Tıbbî Onkoloji	126.552,68 ₺	206.821,43 ₺	63,43%
Tıbbî Patoloji	3.467,82 ₺	38.413,05 ₺	1007,70%
Üroloji	1.781.721,20 ₺	1.898.362,62 ₺	6,55%
Yoğunbakım	9.756,86 ₺	5.334,41 ₺	-45,33%
Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz	47.711,92 ₺	27.866,63 ₺	-41,59%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	39.550,70 ₺	25.149,53 ₺	-36,41%
Radyodiagnostik	2.246,23 ₺	8.148,13 ₺	262,75%
Diğer	6.209,45 ₺	16.285,74 ₺	162,27%
Genel Toplam	37.788.589,14 ₺	37.788.589,14 ₺	0,00%

4.4.2. Bağlı Değer ve Vaka Karma İndeksi Üzerinden Ödeme Simülasyonu

Verilerin ayıklanmasından sonra hekimlerin üretmiş olduğu bağlı değerler ve VKİ üzerinden ödemeye esas oluşturacak katsayı belirlenmesi gerekmektedir. Bunun içinde daha önceden TİG ödeme çalışmaları kapsamında kullanılmış olan formüllerden yola çıkılarak hekim bağlı değerinin % 95'i ile VKİ değerinin %5'i alınarak ödemeye esas katsayı oluşturulmaktadır. Bu iki değer toplamından oluşan değer her bir hekimin ödemeye esas katsayısını oluşturur. Her hekim için elde edilen bu katsayı tüm hekimlerden elde edilen toplam değere oranlanır ve çıkan sonuç toplam ek ödeme ücreti ile çarpılır.

Bu simülasyon çalışmasına göre en yüksek ücreti alan hekim 20.835,5 lira, en düşük ücret 33,44 lira olarak tespit edilmiştir. Bu simülasyona göre en yüksek alan hekim ücreti 5.081,71 liradan 20.835,5 liraya yükselirken, 2.374,62 liradan 33,44 liraya düştüğü görülmüştür. Ancak 33,44 lira için bağlı değer 0,16 olması ilgili hekimin verisinin TİG sistemindeki hekim bölümüne doğru olarak girilmemiş olma ihtimalini göstermektedir. En düşük olan hekimin ücretindeki düşüşün sebebine bakıldığı zaman iki durum dikkat

çekmektedir. Birincisi sadece 6 yatan hastasının olduğu, tüm hastalarının sisteme kendi adına kaydedilmemiş olma ihtimali, ikincisi ise hekimin yaptığı hizmetin niteliğini gösteren VKİ değerinin ortalamasının çok altında (0,26) olmasıdır.

Branşlara göre alınan toplam rakamlar arasındaki değişime Tablo 13’te bakıldığı zaman; en fazla değişim ağız, diş ve çene cerrahisi branşında iken, en az değişim nefroloji branşında olmuştur. Branşlar bazında genel olarak bakıldığı zaman yaklaşık % 10,12’lik ödeme azalması dikkat çekmektedir.

Performans puanı yerine hekim bağıl değerleri ile VKİ’leri üzerinden simülasyon çalışması sonuçları incelendiğinde; yukarıda bağıl değer simülasyon bölümünden bağıl değerle ilgili olan kaygılar burada da devam etmekte olduğu için bu ödeme simülasyonunun da çok sağlıklı olduğu söylenemez.

Tablo 13 Bağıl değer ve Vaka Karma İndeksi Simülasyonu İle Ödeme

Hekim Branşları	Mevcut Ek Ödemeye Göre Aldıkları Toplam Tutarlar	Bağıl Değer ve VKİ Simülasyonuna Göre Aldıkları Toplam Tutarlar	Değişim
Acil Tıp	326.733,67	167.231,86	-48,82%
Adli Tıp	4.332,66	7.775,86	79,47%
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	4.226,56	17.477,82	313,52%
Aile Hekimliği	206.692,09	167.327,45	-19,05%
Algoloji	28.135,63	28.579,79	1,58%
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	1.225.573,11	290.690,83	-76,28%
Beyin ve Sinir Cerrahisi	835.225,15	1.138.071,55	36,26%
Cerrahi Onkoloji	20.119,82	38.025,30	88,99%
Çocuk Acil	2.836,97	404,64	-85,74%
Çocuk Cerrahisi	472.255,95	589.474,18	24,82%
Çocuk Endokrinolojisi	119.212,12	84.421,47	-29,18%
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları	36.078,03	27.550,87	-23,64%
Çocuk Gastroenterolojisi	59.987,86	20.241,14	-66,26%

<i>(Tablo 13'ün devamı)</i>			
Çocuk Göğüs Hastalıkları	25.604,92	46.092,91	80,02%
Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi	61.144,16	71.585,91	17,08%
Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları	53.572,94	15.782,02	-70,54%
Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi	5.740,82	4.708,93	-17,97%
Çocuk Kardiyolojisi	113.078,04	14.338,72	-87,32%
Çocuk Metabolizma Hastalıkları	4.658,57	864,81	-81,44%
Çocuk Nefrolojisi	70.589,87	73.349,99	3,91%
Çocuk Nörolojisi	38.277,49	10.811,79	-71,75%
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	2.599.728,97	3.161.150,20	21,60%
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	30.060,95	7.870,97	-73,82%
Çocuk Yoğunbakımı	7.198,28	7.808,41	8,48%
Deri ve Zührevî Hastalıkları	605.377,78	151.783,82	-74,93%
El Cerrahisi	8.768,65	10.422,64	18,86%
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	287.726,95	136.073,89	-52,71%
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	954.936,55	427.312,05	-55,25%
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	1.316.765,47	1.360.247,35	3,30%
Fizyoloji	4.579,78	3.414,19	-25,45%
Gastroenteroloji	408.009,65	484.410,53	18,73%
Gastroenteroloji Cerrahisi	62.030,16	72.471,10	16,83%
Genel Cerrahi	3.437.966,31	4.901.732,72	42,58%
Geriatri	16.427,90	12.459,40	-24,16%
Göğüs Cerrahisi	368.109,28	330.843,53	-10,12%
Göğüs Hastalıkları	1.239.100,38	1.984.070,33	60,12%
Göz Hastalıkları	2.882.053,21	1.390.992,34	-51,74%
Hematoloji	138.802,55	187.527,78	35,10%
İç Hastalıkları	3.654.345,77	3.632.238,90	-0,60%
İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları	4.680,00	2.179,85	-53,42%
Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi	11.819,08	3.239,90	-72,59%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	2.421.933,40	3.821.356,36	57,78%
Kalp ve Damar Cerrahisi	664.852,87	643.786,09	-3,17%

<i>(Tablo 13'ün devamı)</i>			
Kardiyoloji	1.852.979,25	2.120.779,72	14,45%
Klinik Nörofizyoloji	5.002,16	267,55	-94,65%
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	2.461.928,39	1.443.924,18	-41,35%
Nefroloji	261.726,98	260.216,33	-0,58%
Neonatoloji	114.332,27	140.632,36	23,00%
Nöroloji	1.412.068,79	1.455.641,66	3,09%
Nükleer Tıp	59.095,54	24.937,07	-57,80%
Ortopedi ve Travmatoloji	2.110.970,97	2.835.310,62	34,31%
Perinatoloji	17.272,82	20.403,16	18,12%
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	573.917,25	743.194,73	29,50%
Radyasyon Onkolojisi	384.125,45	207.071,12	-46,09%
Radyoloji	92.721,71	77.692,37	-16,21%
Romatoloji	92.474,31	24.495,48	-73,51%
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	1.256.802,72	847.667,34	-32,55%
Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	11.958,50	6.606,79	-44,75%
Tıbbî Ekoloji ve Hidroklimatoloji	15.480,14	14.631,50	-5,48%
Tıbbî Onkoloji	206.821,43	126.734,73	-38,72%
Tıbbî Patoloji	38.413,05	3.522,14	-90,83%
Üroloji	1.898.362,62	1.781.244,03	-6,17%
Yoğunbakım	5.334,41	9.765,07	83,06%
Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz	27.866,63	47.669,98	71,06%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	25.149,53	39.510,44	57,10%
Radyodiagnostik	8.148,13	2.249,28	-72,40%
Diğer	16.285,74	6.221,31	-61,80%
Genel Toplam	37.788.589,14	37.788.589,14	0,00%

4.4.3. Hekim Performans Puanı ve Vaka Karma İndeksi Üzerinden Ödeme Simülasyonu

Verilerin ayıklanmasından sonra hekim performans puanları ve VKİ üzerinden ödemeye esas oluşturacak katsayı belirlenmesi gerekmektedir. Ancak performans puanları 30 ile 94.000

arasında değişirken, VKİ en büyüğü 2.74 olduğu için her ikisi arasındaki dağılımı daha etkin hâle getirmek için önce etkin performans puan katsayıları üretilmelidir. Bunun içinde her hekimin almış olduğu performans puanını o dönemde en yüksek üretilen performans puanına oranlanarak etkin performans puanı hesaplanmış olur. Formül oluşturulurken daha önceden TİG ödeme çalışmaları kapsamında kullanılmış olan formüllerden yola çıkılarak hekim etkin performans puanlarının % 95'i ile VKİ değerinin %5'i alınarak ödemeye esas katsayı oluşturulmaktadır. Bu iki değerin toplamından oluşan değer her bir hekimin ödemeye esas katsayısını oluşturur. Her hekim için elde edilen bu katsayı tüm hekimlerden elde edilen toplam değere oranlanır ve çıkan sonuç toplam ek ödeme ücreti ile çarpılır.

Bu simülasyon çalışması Tablo 14'de incelendiğinde en yüksek ücreti alan hekim 13.393,73 lira, en düşük ücret 213,36 lira olarak tespit edilmiştir. Bu simülasyona göre en yüksek alan hekim ücreti 7.885,69 liradan 13.393,73 liraya yükselirken, 3.245,59 liradan 213,36 liraya düştüğü görülmüştür. Bu simülasyon çalışmalarında hekim performans katsayısı % 95; VKİ değeri % 5 olarak değerlendirilmiştir. Ancak hastane grupları ve bölge özellikleri dikkate alınarak oranlarda değişiklikler yapılması mümkün olacaktır.

Tablo 14 incelendiğinde; branşlara göre alınan toplam rakamlar arasındaki değişime bakıldığında zaman; en fazla değişim çocuk acil branşında iken, en az değişim kulak burun ve boğaz hastalıkları branşında olmuştur. Branşlar bazında genel olarak bakıldığında zaman yaklaşık % 2,37'lik ödeme azalması dikkat çekmektedir. Branşlar bazında VKİ yüksek olan branşlar çocuk acil, çocuk yoğunbakım, normal yoğunbakım, nöroloji, ruh sağlığı ve hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, beyin ve sinir cerrahisi gibi nitelikli hizmetlerin üretildiği branşlarda ödemelerin bu simülasyonda artması tezimizin doğruluğu açısından önem arz etmektedir.

Performans puanı ile VKİ'leri üzerinden simülasyon çalışması sonuçları incelendiğinde; Sadece bağıl değerle yapılan, bağıl değer ve VKİ oranlamasından yapılan ve sadece performans puanı üzerinden yapılan ücretlendirmeye göre en doğru ödeme metodu olduğu düşünölmektedir.

Tablo 14 Performans Puan ve Vaka Karma İndeksi İle Simülasyonla Ödeme

Hekim Branşları	Mevcut Ek Ödemeye Göre Aldıkları Toplam Tutarlar	Performans Puanı ve VKİ Simülasyonuna Göre Aldıkları Toplam Tutarlar	Değişim
Acil Tıp	326.733,67 ₺	347.073,65 ₺	6,23%
Adli Tıp	4.332,66 ₺	6.229,51 ₺	43,78%
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	4.226,56 ₺	4.326,20 ₺	2,36%
Aile Hekimliği	206.692,09 ₺	193.041,38 ₺	-6,60%
Algoloji	28.135,63 ₺	26.827,02 ₺	-4,65%
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	1.225.573,11 ₺	1.107.137,58 ₺	-9,66%
Beyin ve Sinir Cerrahisi	835.225,15 ₺	878.495,38 ₺	5,18%
Cerrahi Onkoloji	20.119,82 ₺	19.818,32 ₺	-1,50%
Çocuk Acil	2.836,97 ₺	5.730,21 ₺	101,98%
Çocuk Cerrahisi	472.255,95 ₺	461.058,52 ₺	-2,37%
Çocuk Endokrinolojisi	119.212,12 ₺	104.291,18 ₺	-12,52%
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları	36.078,03 ₺	22.548,57 ₺	-37,50%
Çocuk Gastroenterolojisi	59.987,86 ₺	48.637,52 ₺	-18,92%
Çocuk Göğüs Hastalıkları	25.604,92 ₺	46.715,46 ₺	82,45%
Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi	61.144,16 ₺	59.275,47 ₺	-3,06%
Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları	53.572,94 ₺	52.628,77 ₺	-1,76%
Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi	5.740,82 ₺	2.920,32 ₺	-49,13%
Çocuk Kardiyolojisi	113.078,04 ₺	120.741,62 ₺	6,78%
Çocuk Metabolizma Hastalıkları	4.658,57 ₺	3.642,02 ₺	-21,82%
Çocuk Nefrolojisi	70.589,87 ₺	65.398,43 ₺	-7,35%
Çocuk Nörolojisi	38.277,49 ₺	42.411,35 ₺	10,80%
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	2.599.728,97 ₺	2.708.953,69 ₺	4,20%
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	30.060,95 ₺	31.086,28 ₺	3,41%
Çocuk Yoğunbakımı	7.198,28 ₺	9.670,94 ₺	34,35%
Deri ve Zührevî Hastalıkları	605.377,78 ₺	620.282,56 ₺	2,46%
El Cerrahisi	8.768,65 ₺	6.540,03 ₺	-25,42%

<i>(Tablo 14'ün devamı)</i>			
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	287.726,95 ₺	252.823,27 ₺	-12,13%
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	954.936,55 ₺	387.366,71 ₺	-59,44%
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	1.316.765,47 ₺	1.392.745,41 ₺	5,77%
Fizyoloji	4.579,78 ₺	2.969,19 ₺	-35,17%
Gastroenteroloji	408.009,65 ₺	352.847,40 ₺	-13,52%
Gastroenteroloji Cerrahisi	62.030,16 ₺	55.625,66 ₺	-10,32%
Genel Cerrahi	3.437.966,31 ₺	3.332.361,86 ₺	-3,07%
Geriatri	16.427,90 ₺	16.846,35 ₺	2,55%
Göğüs Cerrahisi	368.109,28 ₺	259.416,34 ₺	-29,53%
Göğüs Hastalıkları	1.239.100,38 ₺	1.351.299,16 ₺	9,05%
Göz Hastalıkları	2.882.053,21 ₺	2.842.032,83 ₺	-1,39%
Hematoloji	138.802,55 ₺	116.382,42 ₺	-16,15%
İç Hastalıkları	3.654.345,77 ₺	3.718.503,88 ₺	1,76%
İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları	4.680,00 ₺	3.595,73 ₺	-23,17%
Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi	11.819,08 ₺	6.404,63 ₺	-45,81%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	2.421.933,40 ₺	2.644.111,45 ₺	9,17%
Kalp ve Damar Cerrahisi	664.852,87 ₺	586.831,01 ₺	-11,74%
Kardiyoloji	1.852.979,25 ₺	1.894.667,24 ₺	2,25%
Klinik Nörofizyoloji	5.002,16 ₺	6.543,31 ₺	30,81%
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	2.461.928,39 ₺	2.482.812,19 ₺	0,85%
Nefroloji	261.726,98 ₺	206.805,72 ₺	-20,98%
Neonatoloji	114.332,27 ₺	92.788,09 ₺	-18,84%
Nöroloji	1.412.068,79 ₺	1.640.067,05 ₺	16,15%
Nükleer Tıp	59.095,54 ₺	42.201,28 ₺	-28,59%
Ortopedi ve Travmatoloji	2.110.970,97 ₺	2.366.629,68 ₺	12,11%
Perinatoloji	17.272,82 ₺	13.193,79 ₺	-23,62%
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	573.917,25 ₺	598.396,69 ₺	4,27%
Radyasyon Onkolojisi	384.125,45 ₺	339.505,46 ₺	-11,62%
Radyoloji	92.721,71 ₺	87.196,71 ₺	-5,96%
Romatoloji	92.474,31 ₺	76.115,01 ₺	-17,69%
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	1.256.802,72 ₺	1.432.978,50 ₺	14,02%
Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	11.958,50 ₺	8.614,04 ₺	-27,97%

<i>(Tablo 14'ün devamı)</i>			
Tıbbî Ekoloji ve Hidroklimatoloji	15.480,14 ₺	11.472,92 ₺	-25,89%
Tıbbî Onkoloji	206.821,43 ₺	168.003,67 ₺	-18,77%
Tıbbî Patoloji	38.413,05 ₺	42.107,05 ₺	9,62%
Üroloji	1.898.362,62 ₺	1.868.063,05 ₺	-1,60%
Yoğunbakım	5.334,41 ₺	6.273,00 ₺	17,59%
Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz	27.866,63 ₺	29.392,00 ₺	5,47%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	25.149,53 ₺	34.219,69 ₺	36,06%
Radyodiagnostik	8.148,13 ₺	7.995,97 ₺	-1,87%
Diğer	16.285,74 ₺	14.901,76 ₺	-8,50%
Genel Toplam	37.788.589,14 ₺	37.788.589,14 ₺	0,00%

Simülasyon çalışmalarının buraya kadar olan kısmında ek ödemeye esas olacak olan parametreler açısından hangilerinin kullanımının daha uygun olduğuna yönelik çalışmalardı. Bu çalışmalar sonucunda yukarıda da belirtildiği üzere hekim performans puanlarına VKİ değerlerinin belirli oranlarda katsayı olarak kullanılmasının en uygun olduğu ve hem hekimler hem de branş bazında yapılan analizlerle doğruluğu teyit edilmiştir.

Çalışmanın bu bölümünde de yukarıdaki gibi tüm branşların birlikte değil her branşın kendi içinde değerlendirilerek ek ödeme yapılmasının daha uygun olacağı tezine yönelik simülasyon çalışması yapılacaktır. Buna göre örneklem branş olarak genel cerrahi branşı alınmıştır.

4.4.4. Hekim Performans Puanı ve Vaka Karma İndeksi Üzerinden Branş Bazlı Ödeme Simülasyonu

Üç numaralı simülasyon çalışmasında yapılan veriler aynen geçerli olmak üzere tüm branş verileri yerine sadece tek branş üzerinden ödeme simülasyonu yapılmıştır.

Örnek olarak genel cerrahi branşı alınmıştır. Buna göre Mart 2015 dönemi içinde verisi bulunan 742 genel cerrah üzerinden performans puanı, bağıl değer ve VKİ değerlerinin uygunsuzluğu nedeniyle evreni bozduğu için veri setinden çıkarılan verilerden sonra 666 veri üzerinden çalışma yapılmıştır. Simülasyonda dağıtılacak olan toplam para olarak tüm cerrahi branşı için ödenen 3.437.966,307 lira simülasyonda kullanılmıştır. Hekim branş bazlı yapılan

simülasyona göre 666 verinin 366'sında ek ödemede verilen ücretten daha fazla ödeme alınırken, 300'ünde ek ödemede verilen ücretten daha düşük ödeme simüle edilmiştir. Branş bazlı yapılan simülasyona göre mevcut ek ödeme verilerinden yaklaşık % 4,29'luk ödeme artışı görülmektedir. Bu simülasyona göre genel cerrahi branşı VKİ ortalaması 0,77 olarak tespit edilmiştir. Vaka karma indeksi değeri 0,77 ve üzeri olan 277 verinin 145'inde ödemede artış görülürken, VKİ değeri 0,77 altında olan 389 verinin 221'inde ödemede artış görülmüştür.

Veriler tek tek incelendiği zaman en çok artış gösteren verilerin puanına göre ek ödeme ücreti çok daha düşük olduğu düşünülen verilerden oluşmaktadır. Bu verilerin VKİ değerleri de beklenilenin aksine ortalamanın üzerinde değildir. Pozitif değişimde ilk sırada yer alan 14.287 performans puanı olan veriye ek ödeme olarak 31,88 lira ödendiği, simülasyona göre hak edişinin ise 2.355,86 lira olması gerektiği görülmektedir. Ek ödeme ücreti açısından verinin doğruluğu hakkında fikir sahibi olmak için puanı 11.000 ile 17.000 arasında olan 42 veri incelendiğinde VKİ ortalamalarının 0,74 ve ek ödeme ortalamalarının ise 2.658,57 lira olduğu görülmektedir. Bu veriler altında ek ödeme rakamında hata olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde ödeme için en fazla artış görülen verilerin ek ödeme rakamlarının ortalamalarının altında olduğu tespit edilmiştir. Tablo 15'te bahsedilen verilere ilişkin detaylar yer almaktadır.

Tablo 15 Hekim Performans Puanı ve Vaka Karma İndeksinin Branş Bazlı Simülasyonu

Hekim	Performans Puanı	Ek Ödeme Tutarı	VKi	Bağlı	Rolü	Grup	Branş Bazında Alınan Ücret	Değişim
Hekim 1	14287	31,88 ₺	0,75	10,56	A2	5.Grup	2.355,86 ₺	7389,79
Hekim 2	11967	209,54 ₺	0,64	18,02	A2	4.Grup	1.980,92 ₺	945,37
Hekim 3	12622	263,83 ₺	0,62	12,34	D	21.Grup	2.049,36 ₺	776,77
Hekim 4	13759	587,31 ₺	0,93	3,73	D	20.Grup	2.402,14 ₺	409,01
Hekim 5	14709	629,17 ₺	0,41	16,5	D	21.Grup	2.189,90 ₺	348,06
Hekim 6	15529	728,50 ₺	0,67	19,34	A2	1.Grup	2.461,70 ₺	337,91
Hekim 7	16898	1.159,91 ₺	0,57	18,85	A2	1.Grup	2.578,77 ₺	222,32
Hekim 8	11529	917,34 ₺	0,73	13,06	A2	1.Grup	1.976,70 ₺	215,48
Hekim 9	16511	1.313,21 ₺	0,75	7,48	A2	3.Grup	2.642,56 ₺	201,23
Hekim 10	15729	1.234,65 ₺	0,34	9,49	B	5.Grup	2.275,65 ₺	184,32
Hekim 11	16515	1.672,77 ₺	0,60	15,7	A2	1.Grup	2.549,81 ₺	152,43
Hekim 12	14812	1.900,64 ₺	0,94	9,37	A2	5.Grup	2.542,72 ₺	133,78
Hekim 13	15768	1.975,57 ₺	0,69	0,69	B	8.Grup	2.507,89 ₺	126,95
Hekim 14	16419	2.112,39 ₺	0,68	10,16	C	16.Grup	2.584,81 ₺	122,36
Hekim 15	13486	1.868,77 ₺	0,77	17,62	A2	2.Grup	2.258,78 ₺	120,87

Performans puanı en yüksek olan ilk 15 veri Tablo 16’da incelendiğinde;

Tablo 16 Performans Puanı En Yüksek İlk On Beş Verinin İncelenmesi

Hekim	Performans Puanı	Ek Ödeme Tutarı	Vki	Bağlı	Rolü	Grup	Branş Bazında Alınan Ücret	Değişim
Hekim 1	91512	12.238,08 ₺	0,88	46,82	B	6.Grup	12.535,54 ₺	102,43%
Hekim 2	78403	7.175,21 ₺	0,72	87,82	B	8.Grup	10.715,89 ₺	149,35%
Hekim 3	77606	10.129,49 ₺	0,66	80,28	A2	2.Grup	10.571,70 ₺	104,37%
Hekim 4	77423	8.277,33 ₺	0,67	52,43	C	12.Grup	10.556,93 ₺	127,54%
Hekim 5	77194	10.129,49 ₺	0,76	43,8	B	5.Grup	10.580,69 ₺	104,45%
Hekim 6	76458	8.341,92 ₺	0,65	83,49	B	8.Grup	10.414,61 ₺	124,85%
Hekim 7	75000	9.407,83 ₺	0,45	92,64	A2	1.Grup	10.099,07 ₺	107,35%
Hekim 8	73644	8.011,51 ₺	0,44	81,41	B	9.Grup	9.914,24 ₺	123,75%
Hekim 9	73390	8.647,29 ₺	0,62	44,49	A2	1.Grup-A	9.994,56 ₺	115,58%
Hekim 10	71614	7.943,44 ₺	0,75	23,15	A2	5.Grup	9.845,74 ₺	123,95%
Hekim 11	71535	14.163,04 ₺	0,63	78,94	C	22.Grup	9.760,84 ₺	68,92%
Hekim 12	71313	8.069,62 ₺	0,67	52	A2	3.Grup	9.754,56 ₺	120,88%
Hekim 13	70934	8.228,59 ₺	0,70	76,31	A2	3.Grup	9.726,64 ₺	118,21%
Hekim 14	70496	9.150,23 ₺	0,62	87,01	C	11.Grup	9.618,53 ₺	105,12%
Hekim 15	70299	10.917,43 ₺	0,73	87,85	B	5.Grup	9.660,41 ₺	88,49%

On beş verinin on üçünde ödemede artış olduğu görülmektedir. Aynı zamanda genel olarak üretilen bu verilerin orta-küçük ölçekli sağlık tesislerinde üretildiği dikkat çekmektedir. On beş verinin VKİ ortalaması da 0,66 olarak ortalamanın altında olması söz konusu verilerin oluşmasında daha çok niteliksiz işlemler üzerinden puanlar üretilme ihtimalini kuvvetlendirmektedir.

Bu simülasyon çalışmasında son olarak aynı sağlık tesisinde aynı branşta hizmet üreten hekimlerin performanslarının incelenmesi için yapılan çalışmada;

Aynı sağlık tesisinde, aynı branşta en fazla ne kadar hekim var diye araştırdığımızda örneklemimiz içerisinde bir sağlık tesisi içinde kadın hastalıkları ve doğum branşında 28 hekim olduğu tespit edilmiştir. Bu hekimler içerisinde uyguladığımız simülasyon sonucunun değerlendirilmesi için Tablo 17’de hazırlanmıştır. Buna göre;

Tablo 17 Aynı Klinik İçinde Yapılan Simülasyon Çalışması

Kadın Hastalıkları Doğum Branşı	Toplam Performans Puanı	Toplam VKİ	Toplam Ek Ödeme Tutarı	Toplam Branş Bazında Alınan Ücret
Hekim 1	62.973	0,68	7.865,06 ₺	7.701,17 ₺
Hekim 2	57.307	0,73	7.795,88 ₺	7.071,22 ₺
Hekim 3	59.697	0,62	6.778,30 ₺	7.284,14 ₺
Hekim 4	50.913	0,62	5.978,58 ₺	6.263,94 ₺
Hekim 5	52.108	0,73	5.657,02 ₺	6.467,66 ₺
Hekim 6	50.526	0,68	5.569,46 ₺	6.256,72 ₺
Hekim 7	51.398	0,68	5.552,13 ₺	6.354,89 ₺
Hekim 8	49.555	0,59	5.363,75 ₺	6.089,82 ₺
Hekim 9	46.861	0,48	5.106,95 ₺	5.713,26 ₺
Hekim 10	43.233	0,62	5.066,18 ₺	5.372,22 ₺
Hekim 11	41.717	0,41	4.986,15 ₺	5.075,24 ₺
Hekim 12	42.869	0,66	4.941,09 ₺	5.354,70 ₺
Hekim 13	41.795	0,64	4.888,83 ₺	5.221,70 ₺
Hekim 14	47.820	0,55	4.846,84 ₺	5.867,89 ₺

<i>(Tablo 17'nin devamı)</i>				
Hekim 15	46.225	0,65	4.811,44 ₺	5.741,33 ₺
Hekim 16	42.280	0,65	4.793,76 ₺	5.283,60 ₺
Hekim 17	43.027	0,53	4.315,31 ₺	5.298,88 ₺
Hekim 18	42.920	0,56	4.160,43 ₺	5.304,43 ₺
Hekim 19	35.523	0,52	4.015,46 ₺	4.424,52 ₺
Hekim 20	38.667	0,68	3.954,01 ₺	4.880,74 ₺
Hekim 21	37.031	0,61	3.911,57 ₺	4.646,46 ₺
Hekim 22	40.385	0,68	3.875,04 ₺	5.079,89 ₺
Hekim 23	33.661	0,67	2.998,45 ₺	4.294,14 ₺
Hekim 24	30.209	0,54	2.411,28 ₺	3.815,33 ₺
Hekim 25	29.137	0,49	2.364,28 ₺	3.661,54 ₺
Hekim 26	24.521	0,50	1.734,23 ₺	3.132,92 ₺
Hekim 27	21.421	0,38	1.058,23 ₺	2.702,15 ₺
Hekim 28	17.189	0,26	561,89 ₺	2.144,53 ₺
Genel Toplam	1.180.968	16,41	125.361,60 ₺	146.505,00 ₺

Ödeme simülasyonumuzda kullanmış olduğumuz formül performans puanının %95'i ile VKİ'inin %5'ini aldığı için hekimlerin aldıkları ücretler bakımından sıralama performans puanı ve VKİ büyüklüğüyle uyumlu olarak sıralanmış olduğu görülmektedir.

4.4.5. Hekim Performans Puanı ve VKİ Üzerinden Branş ve Tesis Rolü Bazlı Ödeme Simülasyonu

Aynı branş içerisinde hizmet üreten hekimlerin vermiş oldukları hizmetin tesis rolü bazında değişimlerini değerlendirmek için bu simülasyon çalışması yapılmıştır. Bunun için yine bir önceki simülasyon grubunda olduğu gibi genel cerrahi branşı örneklem olarak alınmıştır.

Aynı branş içerisinde hizmet üreten hekimlerin vermiş oldukları hizmetin tesis rolü bazında değişimlerini değerlendirmek için bu simülasyon çalışması yapılmıştır. Buna göre öncelikle aynı branşta olan hekimler aynı tesis rolünde değerlendirilmektedir. Hekimlerin yer aldığı rollerin ortalama VKİ değerleri ile hekimlerin VKİ değerleri oranlanır. Hekim VKİ değerinin rolündeki ortalama VKİ değerine oranı 0,5'in altındaysa VKİ katsayısı olarak 0,05 ile çarpılmaktadır. Bu kapsamda rollerin VKİ katsayıları Tablo 18'de belirlenmiştir.

Tablo 18 Simülasyon İçin Belirlenen Vaka Karma İndeksi Katsayıları

VKİ Grup Değeri	VKİ Ödeme Katsayısı	Etkin PP Ödeme Katsayısı
0,6 altında ise	0,05	0,95
0,6 – 0,8 ise	0,075	0,925
0,8 – 1 ise	0,1	0,9
1 – 1,25 ise	0,125	0,875
1,25 – 1,5 ise	0,15	0,85
1,5 – 1,75 ise	0,175	0,825
1,75 üzeri ise	0,2	0,8

Buna göre rollerdeki ortalamaları belirlenmiş olan hekimler yer aldıkları grubun % 50 altına kadar uyumlu olarak hizmet üretmiş ise yukarıda tabloda verilen değerler üzerinden ödeme katsayısı oluşturulur.

Ödeme katsayısı bu şekilde belirlenmiş olan hekimlerin katsayıları aynı branş ve aynı rolde yer alan hekimler için ödenmiş olan ücretlerin toplamı ile çarpılarak ödeme oluşturulur. Bu ödeme simülasyonunda hekimlerin tesislerinin bulunduğu aynı rolde yer alan hekimlerle kıyası yapılmasını mümkün kılmaktadır.

Mevcut ek ödeme sisteminde hekimlerin en çok yakındığı durum; hem branşlarına göre değerlendirme yapılmaması hem de hizmet verdikleri hasta gruplarının ve coğrafi özelliklerin farklılığı dolayısıyla eşit şartlarda hizmet veremedikleri yönünde olmaktadır. Söz konusu eşitsizlikleri en aza indirmek için hem hekimleri aynı branşta hem de aynı rollere sahip gruplarda değerlendirmenin daha adil olabileceği tezinden yola çıkarak bu ödeme simülasyon çalışması yapılmıştır. Yine bu çalışmada aynı role sahip tesislerde aynı branşlardaki hekimlerin

ortalamaları dikkate alınmış ve grubunun ortalamasının %50 daha azı hizmet üreten hekimlere ceza uygulaması olarak katsayı düşürme formülü uygulanmıştır.

Bu çalışmaya göre tüm evren içerisinde veriler ayıklandıktan sonra genel cerrahi branşında, A1 rolünde toplam 112 hekim değerlendirmeye alınmıştır. Bu rol içerisinde simülasyon sonucuna göre en fazla ücret alan ilk 15 hekime ilişkin sonuçlar Tablo 19'deki gibidir:

Tablo 19 Vaka Karma İndeksine Katsayı Veriler Yapılan Simülasyon

Hekim	Toplam Performans Puanı	Toplam VKİ	Toplam Ek Ödeme Tutarı	Toplam Ödeme	Değişim
Hekim 83	67.072	1,76	7.154,10 ₺	11.733,09 ₺	164,01%
Hekim 97	69.511	0,72	9.999,05 ₺	11.313,91 ₺	113,15%
Hekim 68	66.724	0,56	8.358,77 ₺	10.762,11 ₺	128,75%
Hekim 37	63.252	0,77	7.233,91 ₺	10.384,43 ₺	143,55%
Hekim 32	61.744	0,82	7.180,82 ₺	10.188,67 ₺	141,89%
Hekim 78	61.699	0,78	7.831,44 ₺	10.149,21 ₺	129,60%
Hekim 45	60.881	0,55	6.483,76 ₺	9.852,92 ₺	151,96%
Hekim 47	59.442	0,59	6.781,68 ₺	9.660,94 ₺	142,46%
Hekim 89	54.129	1,52	7.161,78 ₺	9.544,36 ₺	133,27%
Hekim 43	55.275	0,70	7.291,86 ₺	9.096,72 ₺	124,75%
Hekim 100	52.883	1,11	5.936,50 ₺	9.041,09 ₺	152,30%
Hekim 50	52.144	0,76	6.842,91 ₺	8.658,54 ₺	126,53%
Hekim 79	47.442	0,79	6.677,38 ₺	7.952,28 ₺	119,09%
Hekim 55	45.539	0,98	5.677,82 ₺	7.804,36 ₺	137,45%

Bu ödeme simülasyonunda 83 numaralı hekim VKİ değeri olarak bu grup içerisinde 4. en yüksek veriyi üretmiş olmasına rağmen, performans puanı üretiminde 2. sırayı aldığı için formül sonucu nihaî ödemede ilk sırayı almıştır. Bu hekimin TİG sistemine gönderilen verileri

incelendiği zaman VKİ değerini yükselten operasyonlar yaptığı görülmektedir. Abdominal adezyonların ayrılması, total kolektomi, mastektomi, kansere bağlı paratiroidektomi, hepatikoenterostomi ve enteroenterostomi gibi nitelikli hizmetler verdiği görülmektedir. Aynı ay içerisinde 14 farklı ameliyat çeşidi yaptığı tespit edilmiş olan bu hekimin genel olarak zorluk derecesi yüksek olan nitelikli hizmetler ürettiği ve bu yüzden VKİ değerinin ortalamanın çok üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Vaka Karma İndeksi 2,01 ile grubun en yüksek değerine sahip olan 26 numaralı hekim, performans puanı olarak 38.408 puan ürettiği için en yüksek ödeme alan ilk 15 hekim içerisinde yer almamaktadır. Aynı şekilde performans puanı 69.511 ile grubu içerisinde en yüksek performans puanı üreten 97 numaralı hekim ise grubunun altında (grup VKİ 0,92) 0,72 VKİ ürettiği için simülasyonda en fazla ücreti alamamıştır. Yine bu grup içerisinde mevcut ödemeye göre 10.193,84 lira ile en fazla ücreti alan hekimin performans olarak 38.408 puan aldığı, 10.079,01 ile ikinci en yüksek ücreti alan 67 numaralı hekimin ise 26.664 puan aldığı görülmektedir. Bu verilerin analizine göre mevcut ek ödeme sistemine gönderilen verilerin doğru olduğu varsayılırsa hekim performans puanlarının aldıkları ücretle güçlü korelasyona sahip olmadığı görülmektedir.

Bu simülasyon içerisinde ayrıca aynı branş içerisinde mevcut ödeme ve bu yaptığımız simülasyon ödemesine göre rollerin ücretlerindeki farklılıklarda değerlendirilmiştir ve Tablo 20'de gösterilmiştir:

Tablo 20 Mevcut Ödeme ve Simülasyon Ödemesi Arasındaki Rollere Göre Toplam Ücret Farkı

Genel Cerrahi	Toplam Performans Puanı	Rol İçindeki Ortalama Cerrah Performans Puanı	Ortalama VKİ	Toplam Ek Ödeme Tutarı	Toplam Branş Bazında Alınan Ücret
A1	3.423.364	31.121	0,92	607.711,70 ₺	513.025,10 ₺
A1_Dal	624.484	24.019	1,24	99.193,36 ₺	102.515,85 ₺
A2	9.215.363	37.461	0,75	1.251.545,61 ₺	1.323.553,05 ₺
A2_Dal	431.697	43.170	0,89	83.661,25 ₺	62.174,21 ₺
B	6.043.388	39.499	0,69	814.690,77 ₺	858.066,45 ₺
C	3.030.235	34.048	0,69	443.109,72 ₺	435.816,36 ₺
D	922.385	30.746	0,68	128.305,43 ₺	133.812,24 ₺
E1	62.196	31.098	0,67	9.748,47 ₺	9.003,04 ₺
Genel Toplam	23.753.112	35.665	0,77	3.437.966,31 ₺	3.437.966,31 ₺

Buna göre tüm genel cerrahi branşında ortalama VKİ değeri 0,77 iken A1, A1-dal ve A2 dal rollerinde yer alan tesislerde hizmet üreten hekimlerin VKİ değerlerinin genel ortalamanın üzerinde olduğu görülmektedir. Bu ödeme simülasyonumuzda VKİ değerleri de ödemeye katsayı olarak yansıdığı için A1 rolü haricindeki gruplarda ek ödemeye göre daha fazla ücret alınmış olması beklenen ve daha adil bir ek ödeme açısından anlamlı çıkmaktadır. Ancak bu grup içinde yer alan ve VKİ değeri ortalamanın üzerinde olan A1 rolündeki hekimlerin toplamda aldıkları ücretin düşme nedeninin araştırılması sonucu; tüm genel cerrahi hekimlerinin ortalama puanı 35.665 iken A1 rolündekilerin grubun altında 31.121 performans puanı üretmesine bağlı olarak ödemesinde azalma olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca yine bu grupta sağlık tesislerinin aynı branş için hekim sayısının diğer rollerdeki tesislerde çalışan hekimlerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

B rolünde yer alan grup içinde VKİ ortalaması 0,69 ile genel ortalamanın altında olmasına rağmen, hekim performans puanı ortalamanın üzerinde olduğu için ödeme miktarında artış olmuştur. C, D ve E1 grubunda yer alan hekimlerde ise hem performans puanları hem de VKİ değerleri ortalamanın altında olduğu için ödemede beklendiği gibi azalma olmuştur.

4.4.6. Hekim Performans Puanı ve Vaka Karma İndeksi Üzerinden Branş ve Tesis Grup Bazlı Ödeme Simülasyonu:

Aynı branş içerisinde hizmet üreten hekimlerin vermiş oldukları hizmetin tesis grubu bazında değişimlerini değerlendirmek için bu simülasyon çalışması yapılmıştır. Buna göre öncelikle aynı branşta olan hekimler aynı tesis gruplarında değerlendirilmektedir. Bu simülasyon çalışmasında tüm formülasyon ve cezai uygulama aynen bir önceki simülasyon grubundaki gibi yapılmış olup, sadece tesis rolü yerine tesislerin gruplarına göre ödemenin yansımaları değerlendirilmiştir. Tesislerin rolleri yerine hekimlerin yer aldığı grupların ortalama VKİ değerleri ile hekimlerin VKİ değerleri oranlanır. Hekim VKİ değerinin grubunun VKİ değerine oranı 0,5'in altındaysa VKİ katsayısı olarak 0,05 ile çarpılmaktadır. Bu kapsamda grupların VKİ katsayıları Tablo 21'deki gibi belirlenmiştir;

Tablo 21 Aynı Branştaki Hekimler İçin Simülasyon İçin Belirlenen Vaka Karma İndeksi Katsayıları

VKİ Grup Değeri	VKİ Ödeme Katsayısı	Etkin PP Ödeme Katsayısı
0,6 altında ise	0,05	0,95
0,6 – 0,8 ise	0,075	0,925
0,8 – 1 ise	0,1	0,9
1 – 1,25 ise	0,125	0,875
1,25 – 1,5 ise	0,15	0,85
1,5 – 1,75 ise	0,175	0,825
1,75 üzeri ise	0,2	0,8

Buna göre grup ortalamaları belirlenmiş olan hekimler gruplarının % 50 altına kadar uyumlu olarak hizmet üretmiş ise yukarıda tabloda verilen değerler üzerinden ödeme katsayısı oluşturulur. Ödeme katsayısı bu şekilde belirlenmiş olan hekimlerin katsayıları aynı branş ve aynı grupta yer alan hekimler için ödenmiş olan ücretlerin toplamı ile çarpılarak ödeme oluşturulur. Bu çalışmaya göre tüm evren içerisinde veriler ayıklandıktan sonra genel cerrahi branşında, 8 grupta hekim verilerinin olduğu görülmüştür. Tablo 22'de ayrıntılar incelendiğinde;

Tablo 22 Vaka Karma İndeksi Katsayısı Belirlendikten Sonra Hekimlerin Gruplara Ayrılması

Genel Cerrahi	Toplam Performans Puanı	Rol içindeki Ortalama Cerrah Performans Puanı	Ortalama VKİ	Toplam Ek Ödeme Tutarı	Toplam Grup Bazında Alınan Ücret
1.Grup	2.079.262	34.654	0,63	281.284,14 ₺	284.290,19 ₺
1.Grup-A	487.141	54.127	0,96	52.268,97 ₺	65.787,40 ₺
2.Grup	1.952.749	35.505	0,77	301.852,39 ₺	306.394,66 ₺
28-Grup-KÇH-1	1.844	1.844	0,35	2.177,44 ₺	380,20 ₺
3.Grup	1.046.421	38.756	0,77	124.597,78 ₺	145.927,94 ₺
4.Grup	1.562.783	37.209	0,78	209.697,55 ₺	212.716,23 ₺
5.Grup	1.900.148	39.586	0,79	253.751,85 ₺	281.707,57 ₺
8.Grup	185.015	46.254	0,66	25.915,50 ₺	22.549,63 ₺
Genel Toplam	9.215.363	37.461	0,75	1.251.545,61 ₺	1.319.753,82 ₺

Gruplar bazında genel cerrahi branşında en fazla performans puanı 2.079.262; 1. grupta yer alan hekimler tarafından üretilmiştir. Vaka karma indeksi değeri olarak en yüksek 0,96 ile 1.Grup-A grubunda üretilmiştir. En nitelikli hizmetin bu grupta üretilmiş olması beklentileri karşılamaktadır. En gelişmiş teknik altyapı ve en komplike, en nitelikli vakalar bu sağlık tesislerinin oluşturduğu grupta üretilmektedir. Ancak genel cerrahi VKİ ortalamasının çok altında 0,35 VKİ üreten 28-Grup-KÇH-1 grubu dikkat çekmiştir. Bu grupta tek hekim 0,35 VKİ değeri ve toplamda 1.844 performans puanı ürettiği görülmektedir. Bu hekimin yapmış olduğu işlemlerle ilgili veriler aşağıda Tablo 23'te belirtilmiştir:

Tablo 23 KÇH-1 Grubu Hekimin Verileri

İşlem Adı	İşlem Sayısı
İnguinal herni onarımı, tek taraflı	23
Yumuşak doku eksizyonu, başka yerde sınıflandırılmamış	18
Pilonidal sinüs veya kist eksizyonu	14
Lokal deri flepi revizyonu	12
Erkeklerde sünnet	6
Ete gömülerek büyüyen tırnağın kama rezeksiyonu	5
Umbilikal herni onarımı	4
Erkeklerde sünneti takiben kanama kontrolü	4
Hemoroidektomi	3
Perianal trombus insizyonu	2
İnguinal herni laparoskopik onarımı, tek taraflı	2
Diğer bölge basit ve küçük lokal deri flepi	2
Apendisektomi	1
Epigastrik herni onarımı	1
Üreterin endoskopik dilatasyonu	1
Spermatik kord veya epididim lezyonunun eksizyonu	1
Deri veya subkutan dokudan insizyon ile yabancı cisim çıkarılması	1
Genitallerde deri ve subkutan doku lezyonunun eksizyonu	1
Deri ve yumuşak dokunun diğer insizyon ve direnaji	1
Pilonidal sinüs veya kist insizyonu	1
İnkarsere, tıkalı veya strangüle herni onarımı	1
Eksternal arteriyovenöz şant trombektomisi	1
İnsizyon olmadan bağırsaktan yabancı cisim çıkarılması	1

Tablo 23 de görüldüğü gibi bu hekimin yapmış olduğu cerrahi işlemler detaylı olarak incelendiği zaman genel cerrahi branşı için daha basit ve komplike olmayan vakalar üzerinden

puan aldığı, genel olarak nitelikli hizmet üretilmediği bu yüzden VKİ değeri grup ortalamasının çok altında kaldığı görülmüştür. Tablo 22’de görüldüğü gibi grup VKİ ortalamaları, genel cerrahi branş ortalamasından daha fazla olan 1.Grup-A ile hemen hemen aynı VKİ’ye sahip olan 2, 3, 4 ve 5 gruplarda ücretlerde artış olduğu görülmüştür. 28-Grup-KÇH-1 gibi VKİ değeri düşen 8. grupta da ücretlerde azalma olmuştur. Ancak sadece VKİ değeri ortalamasının altında kalan 1. grupta ücret nispeten artmıştır, bundaki artış da performans puanının çok yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Bu grubun VKİ değeri ortalama değerde ya da üzerinde olsaydı alacakları ücret çok daha fazla artmış olacaktı.

Bu simülasyonda ayrıca genel cerrahi branşında, 1.grup içerisinde yer alan 60 hekimin değerleri de incelenmiştir. Buna göre VKİ değeri en yüksek olan ilk 10 hekim sıralaması yapıldığında;

Tablo 24 Vaka Karma İndeksi En Yüksek İlk On Hekim

Genel Cerrahi 1. Grup	Toplam Performans Puanı	Hekim VKİ	Toplam Ek Ödeme Tutarı	Toplam Grup Bazında Alınan Ücret	Değişim
Hekim 1	65.238	0,95	8.109,72 ₺	8.774,19 ₺	108,19%
Hekim 2	67.787	0,90	8.568,33 ₺	9.062,95 ₺	105,77%
Hekim 3	50.578	0,86	6.771,84 ₺	6.874,69 ₺	101,52%
Hekim 4	26.550	0,85	2.199,66 ₺	3.855,24 ₺	175,27%
Hekim 5	30.223	0,84	3.537,22 ₺	4.311,61 ₺	121,89%
Hekim 6	46.855	0,84	8.528,61 ₺	6.396,50 ₺	75,00%
Hekim 7	44.229	0,83	4.021,53 ₺	6.061,91 ₺	150,74%
Hekim 8	27.734	0,80	3.061,46 ₺	3.975,29 ₺	129,85%
Hekim 9	61.551	0,79	7.619,44 ₺	8.210,27 ₺	107,75%
Hekim 10	25.263	0,78	3.106,39 ₺	3.654,33 ₺	117,64%

Vaka Karma İndeksi değeri artışı ile birlikte 6 numaralı hekim haricinde diğer hepsinin ücretinde artış görülmüştür. Ücreti azalan hekimin nedenine yönelik araştırma yapmak için 6 numaralı hekimin aldığı performans puanı açısından değerlendirmesi yapılmıştır. Buna göre; genel cerrahi branşı içerisinde 45.000 ile 47.000 arasında puan üreten 18 hekim yer almakta

olup mevcut ödemeye göre ortalama aldıkları para 6.470 lira iken bu hekim 8.528 lira olarak ortalamanın üzerinde ücret almış olduğu için bizim simülasyonumuza göre azalış gibi bir yanlış algıya yönlendirmiştir. Yine bu vaka üzerinden çıkarabileceğimiz tespitlerden biriside hekim ek ödeme ücretlerinin tesis bazında aynı puan üretmelerine rağmen farklılıklar gösteriyor olmasıdır. Hekimlerin üretmiş oldukları puanlar tesislerin borçluluk ve yatırım gibi mali özelliklerinden etkilenmekte olup bazı hekimlerde olumlu bazı hekimlerde ise olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.

Yapmış olduğumuz 6 farklı simülasyon çalışması sonucunda ortaya çıkan ücret değerlerinin kıyaslanabilmesi için ücretler arası karşılaştırma tablosu oluşturulmuştur.

Hekimler; branşları, performans puanları, VKİ, bağıl değerleri, mevcut ek ödeme tutarları ve 6 farklı ödeme simülasyonlarına göre elde edilen veriler tablo hâline getirilmiştir. Bu tablo içerisinde yapmış olduğumuz 6 farklı simülasyonun performans puanı, VKİ ve mevcut ek ödeme ücretleriyle arasındaki ilişki durumu incelenmiştir.

4.4.7. Ödeme Parametreleri İle Simülasyonlar Arası İlişkiler

Toplam 6 aylık verinin 116.755'i ilişki durumlarının incelenmesi açısından SPSS programında değerlendirmeye tâbî tutulmuştur.

Buna göre;

Hekimlerin ek ödemesinde kullanılan performans puanlarının ek ödeme tutarı ve yapmış olduğumuz simülasyonlar arasındaki ilişki durumu incelendiğinde;

- Performans puanı ile simülasyon 3 arasında %95 güvenilirlikle pozitif yönlü yüksek dereceli bir korelasyon tespit edilmiştir ($p < 0.05$; $r = 0.99$).
- Performans puanı ile simülasyon 4 arasında %95 güvenilirlikle pozitif yönlü yüksek dereceli bir korelasyon tespit edilmiştir ($p < 0.05$; $r = 0.93$).
- Performans puanı ile simülasyon 5 arasında %95 güvenilirlikle pozitif yönlü yüksek dereceli bir korelasyon tespit edilmiştir ($p < 0.05$; $r = 0.85$).
- Performans puanı ile simülasyon 6 arasında %95 güvenilirlikle pozitif yönlü yüksek dereceli bir korelasyon tespit edilmiştir ($p < 0.05$; $r = 0.87$).

- Performans puanı ile ek ödeme tutarı arasında %95 güvenilirlikle pozitif yönlü orta dereceli bir korelasyon tespit edilmiştir ($p < 0.05$; $r = 0.68$).

Hekimlerin yaptığı hizmetin niteliğini göstermek için kullanılan VKİ değerlerinin, ek ödeme tutarı ve yapmış olduğumuz simülasyonlar arasındaki ilişki durumu incelendiğinde;

Vaka Karma İndeksi ile simülasyonlar arasında pozitif yönlü düşük dereceli korelasyonlar tespit edilmiştir.

Hekimlerin ek ödeme tutarlarının diğer ödeme parametreleri ve simülasyonlar arasındaki ilişki durumu incelendiğinde;

- Ek ödeme tutarı ile simülasyon 5 arasında %95 güvenilirlikle pozitif yönlü orta-yüksek dereceli bir korelasyon tespit edilmiştir ($p < 0.05$; $r = 0.74$).
- Ek ödeme tutarı ile simülasyon 4 arasında %95 güvenilirlikle pozitif yönlü orta-yüksek dereceli bir korelasyon tespit edilmiştir ($p < 0.05$; $r = 0.69$).
- Ek ödeme tutarı ile simülasyon 6 arasında %95 güvenilirlikle pozitif yönlü orta-yüksek dereceli bir korelasyon tespit edilmiştir ($p < 0.05$; $r = 0.69$).
- Ek ödeme tutarı ile simülasyon 3 arasında %95 güvenilirlikle pozitif yönlü orta-yüksek dereceli bir korelasyon tespit edilmiştir ($p < 0.05$; $r = 0.68$).

Son olarak her bir simülasyonun diğer simülasyonlarla olan ilişki durumlarına bakıldığı zaman da;

- Simülasyon 1 diğer simülasyonlarla orta-düşük korelasyon göstermektedir.
- Simülasyon 2 diğer simülasyonlarla orta-düşük korelasyon göstermektedir.
- Simülasyon 3, simülasyon 4 ile yüksek dereceli korelasyon göstermektedir.
- Simülasyon 4, simülasyon 3, 5 ve 6 ile yüksek dereceli korelasyon göstermektedir.
- Simülasyon 5, simülasyon 4 ve 6 ile yüksek dereceli korelasyon göstermektedir.
- Simülasyon 6, simülasyon 4 ve 5 ile yüksek dereceli korelasyon göstermektedir.

Tablo 25'in devamı)											
Simülasyon 2	Pearson Correlation	,423**	,166*	1,000**	,318*	1,000**	1	,445**	,407**	,396**	,407**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	0,000	,000	0,000		0,000	,000	,000	,000
	N	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896
Simülasyon 3	Pearson Correlation	,990**	,102*	,445**	,684*	,445**	,445**	1	,945**	,865**	,891**
	Sig. (2-tailed)	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000
	N	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896
Simülasyon 4	Pearson Correlation	,939**	,072*	,407**	,697*	,407**	,407**	,945**	1	,909**	,942**
	Sig. (2-tailed)	0,000	,000	,000	0,000	,000	,000	0,000		0,000	0,000
	N	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896
Simülasyon 5	Pearson Correlation	,850**	,136*	,396**	,740*	,396**	,396**	,865**	,909**	1	,928**
	Sig. (2-tailed)	0,000	,000	,000	0,000	,000	,000	0,000	0,000		0,000
	N	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896
Simülasyon 6	Pearson Correlation	,873**	,155*	,407**	,696*	,407**	,407**	,891**	,942**	,928**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	,000	,000	0,000	,000	,000	0,000	0,000	0,000	
	N	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896	6896

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Yapılan tüm simülasyon ve analiz çalışmaları sonucunda mevcut performans puanlarına göre ek ödeme ücretlerinin hesaplanmasının tek başına yeterli olmadığı görülmektedir. Aynı zamanda verilen hizmetin hem niteliği hem de niceliğini göstermek adına performans puanlarının tek başına kıstas olarak kullanılması yine yetersiz görülmektedir. SPSS programından çıkan korelasyon değerlerini de dikkate aldığımız zaman simülasyon 3 ve simülasyon 4 başta olmak üzere son dört simülasyon çalışmalarının ek ödeme için uygun olacağı görülmüştür. Bu çalışma ve simülasyonların sonucunda hekimlerin performanslarının ölçülmesinde kullanılan parametrelerden birisinin mutlaka verilen hizmetin niteliğini gösteren katsayı olan VKİ değerinin kullanılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Verilen hizmetin

niteliği için VKİ değerinin mutlaka ve ivedi olarak hekim performans ölçümlerine yansıtılması ile birlikte nicelik ölçümü olarak mevcut performans puanı ya da bağıl değer parametrelerinden hangisinin kullanılması gerektiğine Bakanlık yetkililerinin karar vermesi uygun olacaktır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Performansa dayalı ücretlendirmede kişisel performans ve grup performansına dayalı ücretlendirme olmak üzere iki tip performans ücretlendirmesi bulunmaktadır.

1. Kişisel performansa dayalı olan yöntem, kişinin göstermiş olduğu performansla ilişkili olarak ücret artırılması yöntemidir. Bu yöntemle işgörenlerin performans değerlendirme analizleri sonucu ücretleri belirlenmekte ve yapılan bu yöntemle performans artışı beklenmektedir.
2. Grup performansına dayalı yöntemde ise grubu oluşturan kişilerin tek tek performans değerlendirmesi yerine grubu bütün olarak değerlendiren buna göre performansı ölçen ve ücreti gruba göre belirleyen yöntemdir. Bu yöntem sayesinde grup içinde bireyler arasında rekabet yerine işbirliği, sorumluluk alma, yardımlaşma ve dayanışmanın özendiriciliğinin artırılması hedeflenmektedir.

Çağdaş yönetim anlayışında kişisel performansa dayalı yöntemle, grup performansı üzerinden ücretlendirme yönteminin birlikte uygulanmasının daha doğru olduğu savunulmaktadır. Bazı ülkelerde uygulanmaya başlayan her iki yöntemi de içeren karma yöntem anlayışının günümüzde giderek yaygınlaştığı görülmektedir.

Bireysel performansın sağlıktaki yansıması olarak hekim performans ölçümlerine bakıldığı zaman yurtdışında *pay for performance* yani performans kadar ödeme sisteminde:

1. Klinisyenler daha iyi hasta bakım sonuçları ile ek ödeme için teşvik edildiği tespit edilmiştir. Bazen yüksek teşvik verilmesine rağmen hekimlerin uygulamasında değişiklik olmadığı bazen de yüksek teşvikin klinik uygulamayı değiştirmesine rağmen klinik sonucu değiştirmedeği de tespit edilmiştir.
2. Genel olarak eleştiriler performansa dayalı ödeme sisteminin kamu yönetiminden esinlenilmiş bir yöntem olması ve bunun sağlık için çok doğru bir

yöntem olmamasından kaynaklanmaktadır. Zira işletme yönetimlerinde asıl kaygı kâr elde etmek iken, sağlık tesisleri ve hekimlerde asıl hedef kâr elde etmek olmamalıdır. Burada öncelik hastalara verilecek hizmet, zaman ve harcamaların en ideal şekilde planlanması gerekliliği olmalıdır. Ancak sonuçta bazı ülkelerde sağlık alanında bireysel performans ölçümü ve sonuçlarına göre ücretlendirme çalışmaları yapılmış ve olumlu sonuçların elde edildiği durumlarda görülmüştür.

Tüm dünyada kamuda işgörenlerin performansı üzerinden ücretlendirme mevzusu yıllardır tartışılmasına rağmen ülkemizde 2005 yılında yapılan yasal düzenlemeyle uygulamalar gerçekleştirilmiştir. Ancak kamu alanında verilen hizmetlerin performansının ölçümünün zor olması, her bölümün üretmiş olduğu hizmete karşılık ücretini belirlemenin oldukça zor olması ve bu konuda adil davranılamaması, tartışmaların da her zaman gündemde olmasına neden olmuştur.

Sağlıkta performans değerlendirmesinin zorluğu şu şekilde sıralanabilir:

1. Hastane performansının değerlendirilmesi çok boyutlu bir yapıya sahip olduğu için hastanelerin performansını ayrıntılı gösterebilen tek bir kıstas hâlen bulunmamaktadır.
2. İşletmelerin tümünde olması gerektiği gibi sağlık sektöründe de üretilen performansın değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Ancak sağlık sektöründe üretilen hizmetler diğer işletmelerden çok daha fazla değişkene bağlı olarak yürüyen, kompleks bir mekanizmaya sahiptir.
3. Kişi ve tesis performans ölçümlerinde çok fazla ölçüt bulunmaktadır. Bunlar içinde hasta bakımı, teşhis ve tedavi yöntemleri, hasta haklarının korunması, mahremiyete özen, hizmette devamlılığın sağlanması, performansın geliştirilmesi, komplikasyonların azaltılması, enfeksiyona karşı mücadele gibi kriterlerin kullanılabileceği ifade edilmektedir.

Ülkemizde kamuya bağlı sağlık tesislerinde performans değerlendirmesi için kurumsal göstergeler belirlenerek, hizmet kalitesinin ve klinik kalitenin artırılması adına performans değerlendirme çalışmalarına gün geçtikçe daha çok ağırlık verilmektedir.

2013 yılı itibariyle “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” yeni yönetmeliğinin yayınlanması ile TKHK’ya bağlı sağlık tesislerinde hizmet üreten çalışanların görevi, unvanı, hizmet süresi, eğitim ve araştırma faaliyetleri, gerçekleştirdikleri muayene, tetkikler, girişimsel işlemler ve özellikli birimlerde çalışma durumu gibi kriterler dikkate alınarak ek ödemeler belirlenmeye başlanmıştır. Bu yönetmelikle sağlık hizmetleri daha verimli, kaliteli, ulaşılabilir ve sürekli gelişen bir yapıya kavuşturulmak istenmiştir. Adı geçen yönetmelik sonucu ile yaptığı işte yüksek performans gösteren çalışanlara hastane puan ortalamasının % 20’si kadar ek puan verebilme imkânı sağlanmıştır.

Üniversite hastanelerinde ise eski ek ödeme mevzuatına göre öğretim üyeleri sabit ek ödeme almaktayken, yapılan değişikliklerle öğretim üyeleri özel muayene ve ameliyatlara için daha fazla ek ödeme alabilir hâle gelmiştir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile birlikte özel işlem yapan özellikle ameliyat yapan hekim grubunda olumsuz etkilenme görülürken, özel işlem yapmayan grupta ise olumlu yönde etkilenmenin olduğu gözlenmiştir.

Mevcut yönetmelikle Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanmakta olan güncel ek ödeme sisteminde; tedavi edilen hastalığın zorluk derecesi, hekimin aldığı risk ve hekimin harcadığı zaman değerlendirme dışında kalmaktadır. Bundan dolayı hekimler zor ve riskli vakalardan kaçınmak ve bunu yerine sayıca çok ama basit vakalara yönelmek eğiliminde olabilmektedir. Bu hem zor ve riskli vakaların tedavisini yüklenen hekime adaletsiz ödemeye sebep olmaktadır hem de zor ve riskli tablodaki hastalar tedaviyi üstlenecek hekim bulamayabilmektedir.

Aslında ülkemiz için yapılmış olan hekim bazlı performans ödeme yöntemi eksikliklerinin bulunması ile birlikte dikkat çeken ve bazı eleştirilerle birlikte dünya çapında örnek olarak gösterilen bir model hâline gelmiştir.

Yapmış olduğumuz bu çalışma ile;

1. Mevcut ödeme sistemimizin daha doğru çalışmasını sağlamak
2. Hekimlerin zor vakalardan kaçıp, niteliksiz, düşük riskli ve az vakit harcayacakları işlere yönelimlerini azaltmak
3. Performans ölçümünde ve ek ödemede daha adil bir yöntem üretmek adına katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Tüm çalışma değerlendirildiğinde;

1. Teşhis İlişkili Gruplar veri giriş programının servisler arası değişimde birden fazla hekim girilmesine imkân verilmesinin
2. Birden fazla branşın hizmet verdiği hekimlerin puanlarının ayrı ayrı hesaplandığı bir yapıya sahip olmasının
3. Teşhis İlişkili Gruplar sisteminde cerrahî işlemlerde; cerrah sayısı ve operasyon boyunca eşlik etme süresi gibi veriler olup katsayı paylaşımının
4. Laboratuvar ve endirekt hizmet veren hekim ve branşların da TİG bazlı puanlaması yapılmasının
5. Mevcut performans sisteminde yer alan girişimsel işlem puanında yer alan işlemlerin TİG'e göre yeniden gözden geçirilmesinin
6. Üniversite hastanelerinde olduğu gibi eğitim ve araştırma hastanelerinde de asistan hekimlerin verdiği hizmetin puana dâhil edilmesinin daha uygun olacağı düşünülmektedir.

Hekim performansının Teşhis İlişkili Gruplara dayalı katsayılarla ödenmesi daha adil bir yöntem midir?

Yapılan tüm simülasyon ve analiz çalışmaları sonucunda mevcut performans puanlarına göre ek ödeme ücretlerinin hesaplanmasının tek başına yeterli olmadığı görülmektedir. Aynı zamanda verilen hizmetin hem niteliği hem de niceliğini göstermek adına performans puanlarının tek başına kıstas olarak kullanılması yine yetersiz görülmektedir. Bu sebeplerden dolayı ülke genelinde daha adil bir ek ödeme modelinin geliştirilmesi gerekmektedir. Tüm dünyada verilen hizmetin hem niteliğini hem de niceliğini ölçen VKİ parametresinin sağlık tesisi geri ödeme modellerinin yanında hekim bazlı ek ödeme modelinde de kullanılmasının

daha uygun olduğu düşünölmektedir. Bu kapsamda ölkemizde yaygın olarak kullanılmaya başlayan ve veri kalitesi diğer sağlık verilerine göre çok daha sağlıklı olduğu bu çalışmada da görölen TİG sistemine ait verilerin kullanımının uygun olacağı düşünölmektedir. Daha zor ve riskli branşlara daha adil bir ödeme sistemi uygulanırsa uzun dönemde tablonun tıbbî eğitime dahi yansıması olabilir; zor olan branşlara yönelim artabilir. Yukarıda detayları verilen simölasyon çalışmaları içerisinde ödemeye en adil olanların hekim performans puanları ve VKİ değerlerinden oluşturulan katsayılarla mümkün olduğu görölmektedir.

SPSS programından çıkan korelasyon değerlerini de dikkate aldığımız zaman

1. Simölasyon 3 ve simölasyon 4 başta olmak üzere son dört simölasyon çalışmalarının ek ödeme için uygun olacağı görölmüştür.
2. Bunlar içerisinde hangi simölasyonun kullanılacağı ise Kurum ve Bakanlık üst yönetiminin takdirlerine sunularak netleştirilebilecektir.
3. Performans ve VKİ değerlerinin mutlaka kullanılması gerekliliği ile birlikte hangi oranda katsayılandırılması gerektiği ayrıca hekim branş bazlı ya da rol ve grup bazlı ödeme gruplarının oluşturulması konusunda nihaî karar ödeyiciler tarafından verilebilecektir.

EKLER

Ek- 1 Sayılı Cetvel: Sağlık Tesisi, ADSM ve ADSH Boyutları, Karne Göstergeleri ve Gösterge Puanları (TKHK, 2014)

Boyut	Bölüm	Gösterge Kodu	Gösterge Adı	Gösterge Puanı
1. Sağlık Hizmetleri Yönetimi (SHY)	Acil Servis Hizmetleri (ASH)	SHY-ASH-01	Acil servis müracaat yoğunluğu	60
		SHY-ASH-02	Acilden sevk edilen hasta oranı	50
		SHY-ASH-03	Acilden yatışı verilen hasta bekleme süresi	60
		SHY-ASH-04	Acil etkinlik skoru	60
		SHY-ASH-05	Acil servis vaka karması	60
		SHY-ASH-06	Acil servisin almış olduğu sevk oranı	+60
		SHY-ASH-07	Acil servis mortalite hızı	-50
		SHY-ASH-08	Acil servis hasta memnuniyet oranı	60
		SHY-ASH-09	Acil servise 24 saat içinde tekrar başvuran hasta oranı	50
	Poliklinik Hizmetleri (PH)	SHY-PH-01	Merkezi hastane randevu sistemi (MHRS) kullanımı	30
		SHY-PH-02	Poliklinik etkinlik skoru	40
		SHY-PH-03	Klinisyen Hekim başına düşen günlük hasta sayısı	50
		SHY-PH-04	Hasta yatışları	50
		SHY-PH-05	Ayaktan hasta memnuniyet oranı	40
		SHY-PH-06	Hastaların ortalama muayene bekleme süresi	40
	Yataklı Servis Hizmetleri (YSH)	SHY-YSH-01	Acilden Yatan Hasta Oranı	60
		SHY-YSH-02	Yatak kullanımı	70
		SHY-YSH-03	Yataklı servis Vaka Karması	70
SHY-YSH-04		Yataklı servis mortalite hızı	-50	
SHY-YSH-05		Diz ve kalça protezinde re-operasyon hızı	60	
SHY-YSH-06		Yataklı servis etkinlik skoru	70	

		SHY-YSH-07	Yatan hasta memnuniyet oranı	70
	Yoğunbakım Hizmetleri (YBH)	SBH-YBH-01	Beyin Ölümü Bildirim Oranı	+60
		SBH-YBH-02	Yoğunbakım yatak kullanımı	90
		SBH-YBH-03	Yoğunbakım enfeksiyon puanı	90
		SBH-YBH-04	Yoğunbakım etkinlik Skoru	90
		SBH-YBH-05	Yoğunbakım kaba mortalite hızı	-50
		SBH-YBH-06	Yoğunbakım vaka karması	80
1. Sağlık Hizmetleri Yönetimi (SHY)		Ameliyathane ve Doğum Hizmetleri (ADH)	SBH-ADH-01	Ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı
	SBH-ADH-02		Ameliyat etkinlik skoru	75
	SBH-ADH-03		Sezaryen Oranı	75
	SBH-ADH-04		Ameliyat sonrası ortalama kalış gün sayısı	75
	SBH-ADH-05		Anne ölüm sayısı	-50
	SBH-ADH-06		Bebek ölüm sayısı	-50
	Lâboratuvar ve Görüntüleme Hizmetleri (LGH)	SHY-LGH-01	Laboratuvar bekleme süresi	65
		SHY-LGH-02	Görüntüleme bekleme ve sonuç verme süreleri	70
		SHY-LGH-03	Görüntüleme tetkiki istem oranı	65
	Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	SHY-ADSHĠ-01	Kanal tedavisi oranı (sağlık tesisleri diş poliklinikleri)	20
		SHY-ADSĠH-02	Diş çekim oranı (sağlık tesisleri diş poliklinikleri)	20
		SHY-ADSHĠ-03	Flor uygulama oranı (sağlık tesisleri diş poliklinikleri)	20
		SHY-ADSHĠ-04	Fissur ve pit örtücü oranı (sağlık tesisleri diş poliklinikleri)	20
		SHY-ADSHĠ-05	Aktif diş hekimine diş ünitesi temin oranı (sağlık tesisleri diş poliklinikleri)	20
	I. SAĞLIK Hizmetleri Yönetimi (SHY)	SHY-01	Sevk edilen hasta oranı	90
SHY-02		Genel anestezi altında tedavi edilen hasta oranı	90	

(ADSM VE ADSH İçin)	SHY-03	Aktif çalışan dış hekim başına günlük poliklinik sayısı	90	
	SHY-04	Kanal tedavisi oranı	90	
	SHY-05	Aktif çalışan hekim başına yapılan sabit protez üye sayısı	50	
	SHY-06	Aktif çalışan hekim başına yapılan hareketli protez parça sayısı	50	
	SHY-07	Yer tutucu yapılan hasta sayısı	60	
	SHY-08	Dış Hekimi Nöbet hizmetleri	40	
	SHY-09	Merkezî Hastane Randevu Sistemi (MHRS) kullanım oranı	40	
	SHY-10	Bağlı birimlerde hizmet	90	
	SHY-11	Poliklinik odası başına düşen ünitesi sayısı	50	
	SHY-12	Aktif dış hekimine dış ünitesi temin oranı	90	
	SHY-13	Hemşire nöbet hizmetleri	40	
	SHY-14	Aktif dış hekimine endodontik döner alet temin oranı	90	
	SHY-15	Nitelikli ünite sayısı	40	
	II. Malî Hizmetler Yönetimi (MHY)	MHY-01	Toplam tahakkuk geliri / Toplam gider	100
		MHY-02	Net borç / Net hizmet tahakkuk tutarı	150
MHY-03		Gelir bütçesi gerçekleşme oranı	150	
MHY-04		Gider bütçesi gerçekleşme oranı	100	
MHY-05		Borçluluk süresi	100	
MHY-06		Tahakkukların muhasebeleştirilme süresi	150	
MHY-07		Mevcut stok tutarı / Aylık ortalama tüketim tutarı	100	
MHY-08		TDMS-MKYS stok, amortisman hesapları uyumu	50	
MHY-09		Global bütçe dış diğer tahsilât / Global bütçe dışı diğer tahakkuk	+100	
MHY-10		Finansal Sürdürülebilirlik	+50	
III. İdarî Hizmetler Yönetimi (İHY)	İHY-01	Hizmet içi Eğitimler	100	
	İHY-02	Sertifikalı çalışan durumu	100	

	İHY-03	Uzmanlık Eğitim Faaliyetlerine Katkı puanı	100
	İHY-04	Sertifikalı Eğitim Merkezi Olma Durumu	100
	İHY-05	Klinikte bakım hizmetinde çalışan yardımcı sağlık personeli oranı	100
	İHY-06	Çalışan memnuniyeti oranı	100
	İHY-07	Aktif çalışan dış hekimi başına klinikte çalışan yardımcı personel oranı	100
	İHY-08	Sağlık-Net' e veri gönderimi	100
	İHY-09	Yatak Başına Üretilen Tıbbi Atık Miktarı	100
	İHY-10	Ek ödeme dağıtım oranı	100
IV. Verimlilik Yerinde Değerlendirme	VYD-01	Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Soru Listesine göre gözlemciler tarafından yapılan değerlendirme	900
	VYD-02	Malî Gözlemciler tarafından yapılan yerinde değerlendirme (Ek -3)	100

Ek- 2 Sayılı Cetvel: Birlik Hedefleri (TKHK, 2014)

Boyut	Gösterge Kodu	Gösterge Adı	Gösterge Puanı
Birlik Hedefleri (BH)	BH-01	Yoğunbakım Planlaması	50
	BH-02	Diyaliz Hizmetleri Plânlaması	50
	BH-03	Yanık Tedavi Hizmetleri Plânlaması	50
	BH-04	KVC Plânlaması	50
	BH-05	Robotik Cerrahî Planlaması	50
	BH-06	Onkoloji Tanı ve Tedavi Plânlaması	50
	BH-07	Kapsamlı Onkoloji Merkezi Plânlaması	50
	BH-08	Kemoterapi Plânlaması	50
	BH-09	Radyoterapi Plânlaması	50
	BH-10	Nükleer Tıp Plânlaması	50
	BH-11	Perinatal Merkez Plânlaması	50
	BH-12	Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezi Plânlaması	50
	BH-13	Robotik Yürüme Plânlaması	50
	BH-14	Rop Tanı Tedavi Merkezi Plânlaması	50
	BH-15	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Plânlaması	50
	BH-16	Evde Sağlık Hizmetleri Plânlaması	50
	BH-17	AMATEM ve ÇEMATEM Plânlaması	50
	BH-18	Çocuk İzlem Merkezi Plânlaması	50
	BH-19	Ruh Sağlığı Yatak Plânlaması	50
	BH-20	Palyatif Bakım Hizmetleri Plânlaması	50

Ek- 3 Mali Gözlemciler tarafından yapılan yerinde değerlendirme

S.N	BÖLÜM	KOD	SORU
1	BANKA İŞLEMLERİ	B.1	Banka Hesap Ekstresi ile Banka Hesabı Uyumlu mu?
		B.1.1	Banka Hesap Özeti Cetveli Banka yetkilileri tarafından onaylanmış mı?
		B.1.2	Banka Hesap Ekstresindeki hareketler (giriş-çıkış) muhasebe kayıtlarına yansıtılmış mı?
		B.1.3	Gönderme Emirlerini Bankaya Zimmetle teslim eden kişinin adı soyadı ve imza örneği bankaya bildirilmiş mi?
		B.1.4	Bankalar hesabında gün sonunda bekleyen tutar vadeli mevduat hesabında değerlendiriliyor mu?
		B.1.5	Banka tarafından, vadeli
2	KASA İŞLEMLERİ	K.1	Kasa defteri kayıtları fiili durumu yansıtıyor mu?
		K.1.1	Kasa defteri günlük tutuluyor mu?
		K.1.2	Kasada günlük tutulması gereken miktarın üzerindeki nakit tutarlar bankaya yatırılıyor mu?
3	TEMİNAT MEKTUBU İŞLEMLERİ	TM.1	Teminat Mektubu Defteri Fiili durumu yansıtıyor mu?
		TM.1.1	Banka teminat mektupları teyit yazıları var mı?
		TM.1.2	Geçerlilik süresi sona ermiş olan teminat mektuplarının iade işlemleri yapıldı mı?
		TM.1.3	Muhasebe kayıtları düzenli tutuluyor mu?
4	MUHASEBE YETKİLİSİ MUTEMEDİ	MYM.1	Muhasebe yetkilisi mutemetleri usulüne uygun olarak görevlendirilmiş mi?
		MYM.1.1	Muhasebe Yetkilisi mutemetleri usulüne uygun olarak görevlendirilmiş mi?

		MYM.1.2	Muhasebe Yetkilisi mutemedi alındıları ile tahsil edilen paralar süresinde bankaya yatırılmış mı?
		MYM.1.3	Muhasebe yetkilisi mutemetleri ilgili mevzuatında belirtilen defteri usulüne uygun olarak tutuyor mu?
		MYM.1.4	Muhasebe Yetkilisi
S.N	BÖLÜM	KOD	SORU
5	HAKEDİŞ ÖDEMELERİ	HÖ.1	Hakediş ödemeleri yapılırken SGK ve vergi borcu yoktur belgesinin olup olmadığına bakılıyor mu?
		HÖ.1.1	Yapılan Ödemelerde, Damga Vergisi Matrahına KDV'nin dâhil edilerek fazla damga vergisi Hesaplanmasına sebebiyet verilmiş mi?
		HÖ.1.2	Hizmet alımlarına ilişkin yapılacak olan ödemelerde KDV tevkifatı oranları doğru hesaplanmış mı?
		HÖ.1.3	Hizmet alımlarına ilişkin ödemelerde, Maliye Bakanlığınca belirlenen sınırların altındaki tutarlara KDV tevkifatı uygulanıyor mu?
		HÖ.1.4	Ödeme Emri Belgelerine eklenen kanıtlayıcı belgeler Merkezî Yönetim Harcama Belgeleri Yönetmeliğinde belirtildiği gibi, tam ve eksiksiz olarak düzenleniyor mu?
		HÖ.1.5	Harcama birimleri tarafından, ödeme belgeleri üzerine ilgililerin hesap numaraları doğru yazılıyor mu?
		HÖ.1.6	Harcırah ödemelerinde memurun kadro derecesine karşılık gelen yevmiye miktarı doğru hesaplanıyor mu?

6	KİŞİ BORÇLARI	KB.1	Kişi borçlarının takip ve tahsilâtı mevzuata uygun olarak yapılıyor mu?
		KB.1.1	Kişi borçlarına faiz tahakkuk ettirilmiş mi? kişi borcu ve faizi muhasebe kayıtlarında farklı alt hesaplara kaydedilmiş mi?
		KB.1.2	Alacakların muhasebeleştirilmesi doğru yapılıyor mu?
7	AVANS İŞLEMLERİ	A.1	Hasta tedavi avansları tam ve doğru olarak zamanında kapatılıyor mu?
		A.1.1	Verilen sipariş avansları (159) hesabına maddî duran varlıkların muhasebe kayıtları yapılıyor mu?
		A.1.2	Önödeme usûl ve esasları hakkındaki yönetmelik kapsamında, nakit verilen sipariş avansları bir ay içerisinde kapatılıyor mu?
		A.1.3	Önödeme usul ve esasları hakkındaki yönetmeliğe göre kredi olarak açılan sipariş avansları üç ay içerisinde kapatılıyor mu?
		A.1.4	Verilen avans kapatılmadan aynı iş için tekrar avans veriliyor mu?
		A.1.5	Önödeme işlemlerinde, Parasal Sınırlar ve Oranlar Hakkında Genel Tebliğinde yer alan esas ve usûller uygulanıyor mu?
		A.1.6	Süresinde mahsup veya iade edilmeyen avanslar kişi borçlarına alınıyor mu?
		A.1.7	Harcama belgelerinde, avansın verildiği tarihten önceki bir tarih bulunuyor mu?
		A.1.8	Personel avansları 196- Personel Avansları Hesabı yerine, 195-İş Avansları Hesabında mı takip ediliyor?

8	EMANET İŞLEMLERİ	E.1	Emanet hesaplar zamanında kapatılıyor mu?
		E.1.1	İcra kesintisi ve SGK katılım payları emanet hesaplara alınıyor mu?
		E.1.2	Ticari alanlara ilişkin kira tahsilatları tam ve zamanında yapılıyor mu?
		E.1.3	Ticari alanlara ait elektrik, su ve yakıt giderleri kiracıdan zamanında ve tam olarak tahsil ediliyor mu?
9	MUHASEBE İŞLEMLERİ	M.1	İlgili mevzuatları gereği tahakkuk evrakları zamanında muhasebe kayıtlarına alınıyor mu?
		M.1.1	İlk madde ve malzemelerin giriş ve çıkış işlemlerinin zamanında muhasebeleştiriliyor mu?
		M.1.2	Aynı nitelikteki bağış ve yardımlar muhasebeleştiriliyor mu?
		M.1.3	Ekonomik ömrü bitmiş hurdaya ayrılan demirbaşlar 294 hesabına alınıyor mu?
		M.1.4	Maddi olmayan duran varlıklara %100 amortisman ayrılıyor mu?
		M.1.5	Ödemelerde, öncelik sırasına riayet ediliyor mu?
		M.1.6	Maddi duran varlıklar hesaplarında herhangi bir kayıt olmamasına rağmen amortisman ayrılıyor mu?
		M.1.7	Maddi duran varlıklar hesaplarında bulunan kayıtlarından daha fazla amortisman ayrılıyor mu?
		M.1.8	Muhasebeleştirme belgelerinin ikinci nüshaları düzenli olarak muhafaza ediliyor mu?
10	BİRLİK MUHASEBE BİRİMİ	BMB.1	Birlik muhasebe biriminde, istenilen nitelikte ve asgari sayıda personel istihdamı yapılıyor mu?
		BMB.1.1	Birlik muhasebe biriminde, ilgili

			mevzuatlarında belirtilen servisler kurulmuş mu?
		BMB.1.2	Birlik muhasebe birimindeki servislerde ilgili mevzuatında belirtilen asgarî sayıda ve nitelikte personel görevlendirilmiş mi?
		BMB.1.3	Birlik muhasebe birimine, ilgili mevzuatı gereği yeterli fizikî mekân tahsisi yapılmış mı?
		BMB.1.4	Muhasebe yetkilisi, usulüne uygun olarak görevlendirilmiş mi?
		BMB.1.5	Muhasebe yetkilisi ilgili mevzuatında belirtilen kriterleri taşıyor mu?
		BMB.1.6	Muhasebe yetkilisi yardımcıları, ilgili mevzuatı gereği yeterli sayıda usulüne uygun olarak görevlendirilmiş mi?
		BMB.1.7	Muhasebe yetkilisi yardımcıları, ilgili mevzuatında belirtilen kriterleri taşıyor mu?
		BMB.1.8	Muhasebe yetkisinin görevinin başında olmadığı hâllerde geçici olarak yerine görevlendirilen kişi ilgili mevzuatında belirtilen kriterlere haiz mi?
11	TDMS-HBYS EŞİTLİĞİ	THE.1	TDMS deki kurum alacakları ile HBYS deki kurum alacakları arasında farklılık var mı?
		THE.1.2	Faturalandırılmayan ancak, HBYS sisteminde görülen tedavi bedelleri, TDMS sistemindeki 994, 995 nazım hesaplarda takip ediliyor mu?
		THE.1.3	HBYS sistemindeki gelirler toplamı ile TDMS sistemindeki gelirler toplamı arasında farklılık olduğunda, ek ödeme matrahı TDMS sistemindeki gelirler dikkate alınarak tespit ediliyor mu?

12	SAYIM FAZLALIKLARI VE NOKSANLIKLARI	SFN.1	Sayım fazlalıkları ve sayım noksanlarının takip ve tahsilâtı yapılıyor mu?
		SFN.1.1	197-Sayım ve Tesellüm Noksanları Hesabına ve 397-Sayım ve Tesellüm Fazlalıkları Hesabına yapılan kayıtların nedeni tespit edilerek bu hesaplar kapatılıyor mu?
13	KURUMLAR ARASI MAL VE HİZMET ALIMI	KMHA.1	Kurumlar arası bedelli satılan mal ve malzemelerin tahsilâtı zamanında yapılıyor mu?
		KMHA.1.1	Yapılan tahsilâtların doğru hesaplara muhasebe kayıtları yapılıyor mu?
		KMHA.1.2	Tahsilat yapıldığında 182.01 hesap 612.09 hesapla kapatılıyor mu?
		KMHA.1.3	Kurumların birbirilerinden aldıkları hizmet alımlarına ait gelir tahakkuklarının mükerrer muhasebe kayıtları yapılıyor mu?
14	ALACAKLAR	A.1	Kurum alacakları ve diğer alacaklar, 5 (beş) yıllık zamanaşımı süresinden önce tahsil ediliyor mu?

ÖZET

Karmaşık hizmet ve organizasyon yapısına sahip olan sağlık kurumlarının performanslarının değerlendirilmesinde, sağlık hizmeti sunumu alanında hastanelerin ürettiği hizmetin puanlandırılmasına katkı sağlayan Teşhis İlişkili Gruplar sisteminin ülkemizde de kullanılabilirliğini göstermek ve bu alanda öncülük etmek üzere bu çalışma hazırlanmıştır.

Çalışmanın ilk bölümünde sağlık tesislerinin performans değerlendirmesi ve verimliliklerinin ölçülmesi konusunda dünyada ve ülkemizde uygulanan örnekler ve uygulama yöntemleri ele alınmıştır. İkinci bölümde ise TİG'in tarihçesi, dünyada kullanım alanları ve genel değerlendirilmesi yapılmıştır. Çalışmanın son bölümünde ise ülkemizdeki TİG'in tarihçesi, TKHK'da TİG uygulamaları ve performans değerlendirme çalışmalarında TİG'in kullanılabilirliği ve deneysel simülasyonlarla ek ödeme önerileri ele alınmıştır.

Bu kapsamda Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı faaliyet gösteren sağlık tesislerinin, Ekim 2015 – Mart 2016 arasında altı aylık döneme ilişkin yatan hasta verileri analiz edilerek sağlık tesislerinde fiilen çalışan 117.742 hekimin ek performans ücretlerinin; vaka karma indeksi, bağıl değer gibi TİG ödeme parametrelerine göre ödenmesi konusu ele alınmıştır.

Daha adil bir ödeme tablosu oluşturabilmek için ek ödeme sisteminde sadece performans puanı yerine; performans puanı ve vaka karma indeksi kombine bir şekilde kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Teşhis İlişkili Gruplar, Performans Değerlendirme, Vaka Karma İndeksi, Bağıl Değer

ABSTRACT


This study is prepared to lead in this branch and to show the availability of using Diagnosis Related Groups (DRG) system in our country which contributes to evaluate the performance of health institutions that have complex services and organizational structures.

In the first part of the study, examples in the world and in our country and examples of application about performance assessment and measurement of efficiency of health facilities were discussed. In second part; history, usage areas in the world of DRG were discussed and DRG's general evaluation was conducted. And in the final part of the study; the history of DRG in our country, DRG applications in TKHK and the availability of DRG in performance evolution studies were discussed. Perk payment systems was suggested by experimental simulation studies.

In this context, hospitalized patients data were analyzed in the period of six months of 2015 and 2106 in the health facilities operating depends on Turkey Public Hospitals Authority. Pay-for-performance perks of the 117.742 physician were studied with the DRG's payment parameters as case-mix index, relative value.

It is concluded that using not only performance points but also with case mix index ensures a fair payment system.

Keywords: diagnosis- related groups, DRG, performance evaluation, case mix index, relative value



KAYNAKÇA

10-AM ICD Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması, 10. Sürüm, Avustralya Modifikasyonu / Sağlık Bilimleri Fakültesi ; Sidney Üniversitesi. - 2004. - s. 18-20.

Akdağ Recep ve diğerleri TİG Uygulama Rehberi / Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ; Sağlık Bakanlığı. - Ankara : Pozitif Matbaa, 2011. - s. 9.

Akpınar AT. ve Taş Y. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin etkileri üzerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde bir araştırma. - 2012. - s. 1.

Aksoy B. "Hastanelerde hekim performansının değerlendirilmesi" Yüksek Lisans Tezi / Başkent Üniversitesi. - Ankara : 2001. - s. 4.

Aktulay G. Sağlık bakımı yönetiminde vaka karmaşı ve tanı ilişkili gruplar (Diagnosis Related Groups) Yöntemi // Makro Bakış. - 2009. - 9.

Arslan E. Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması // Maliye Dergisi. - 2011. - 160. - s. 450-480.

Aydın S. ve diğerleri Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları - Ankara : Lazer Ofset Matbaa Tesisleri, 2009. - s. 16.

Aydın S. Sağlık sektöründe performans yönetimi Türkiye Örneği; Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Performans Yönetimi. - Ankara , 2007. - s. 252-365.

Balas A., Boren S. ve G. Brown B. Ewingman Effect of physician profiling on utilization: meta-analysis of randomized clinical trials // Journal of General Internal Medicine. - 1996. - 10.

- Barutçüğü İ.** Performans Yönetimi. - İstanbul : Kariyer Yayınları, 2002. - s. 125.
- Bayram A.** "Hastane işletmelerinde finansal verilere dayalı performans ölçümü" Yüksek Lisans Tezi / Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. - Ankara : 2006.
- Bircan İ.** "Performans değerlendirme performans yönetimi" Yüksek Lisans Dersi / Sağlık Kurumları Yöneticiliği ; Atılım Üniversitesi. - Ankara : 2015 - s. 48.
- Burduja D.** "Uluslararası TİG Çalışmaları" Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirme Projesi - Tanı İlişkili Gruplar E-Bülten . - 2007. - s. 6. - Sayı 1.
- Buss R. ve diğerleri** Diagnosis-Related Groups in Europe. - Berkshire : Open University Press, 2011. - s. 3-4.
- Carroll A.** The new health care: the problem with pay for performance in medicine // New York Times. - 2014 s.7
- Cesur C.** "TİG'de Temel Kavramlar", TİG Klinik Veri Validasyon Eğitimi Ders Notu. - Ankara : , 2015. - s. 3.
- Cesur C.** "TİG'e dayalı ödeme" TKHK TİG Klinik Kodlama Sempozyumu. - Nevşehir, 2015. - s. 23.
- Cesur C.** "TKHK Teşhis İlişkili Gruplar Uygulamaları" 2. Yönetici Çalıştayı Ders Sunumu [Rapor]. - Antalya : , 2015.
- Ceylan Z.** Performansa dayalı ücretlendirme modelleri ve Türkiye açısından bir değerlendirme // Sayıştay Dergisi. - 2010. - 74-75.
- Coşkun A.** Stratejik Performans Yönetimi ve Performans Karnesi - İstanbul : Literatür Yayınları, 2007. - s. 2.
- Doran T. ve diğerleri** Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom // The New England Journal of Medicine. - 2006. - 355. - s. 375-384.

Elliot Robert Public Management Occasional Papers No: 10 / Pay Reform in the Public Service ; OECD. - 1993. - s. 8.

Ersoy Z. "Geri ödeme modeli olan Teşhis İlişkili Gruplar ve bu model üzerinde sağlık yöneticilerinin görüşlerinin değerlendirilmesi" Yüksek Lisans Tezi. - Ankara : Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimlere Enstitüsü, 2014. - s. 44-50.

Erşahan B., Bakan İ. ve Eyitmiş A. Performansa göre ücretlendirme sisteminin doktorlar tarafından algılanan negatif yöneleri / Selçuk Üniversitesi. - : Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2011. - s. 105.

Erzurumlu S. "Hastanelerde dengeli performans karnesine dayalı strateji haritalarının geliştirilmesi: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi için bir model önerisi" Yüksek Lisans Tezi / Sosyal Bilimler Enstitüsü ; Akdeniz Üniversitesi. - Antalya : 2012. - s. 17.

Geissler A. ve diğerleri Introduction to DRG in Europe: Common objectives across different hospital systems, Diagnosis-Related Groups in Europe - Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. / European Observatory on Health Systems and Policies Series. - New York, USA : 2011. - s. 9.

Gerard M., Forgia L. ve Couttelenc F. Hospital Performance in Brazil . - Washington DC : The World Bank Yayınları, 2008. - s. 159.

Gruca T. ve Nath D. The impact of marketing on hospital performance // Journal of Hospital Marketing. - 1994. - 2. - s. 87.

Güler ve diğerleri Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları : Pozitif Matbaa, 2013. - s. 1.

Gürüz D. ve Yaylacı Ö. İletişimci Gözüyle İnsan Kaynakları Yönetimi - İstanbul : MediCat Kitapları, 2005. - s. 211.

Health and Social Care Information Centre [Çevrimiçi]. - 2015. - 2016. - www.hscic.gov.uk/services/qof/.

Helvacı M. Performans yönetimi sürecinde performans değerlendirmenin önemi //Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. - Ankara : 35, 2002. - Cilt 1-2. - s. 155-169.

HÜ "Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi Projesi" Raporu (E.1.6): Sağlık Hizmetlerinin Yönetilmesi ve Ödemelerinden Sorumlu Kamu Kurumlarında DRG Uygulamaları ile İlgili Politikalar / Hacettepe Üniversitesi. - Ankara, 2007. - s. 2.

HÜ "Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi Projesi" Raporu (D.B.3.1): DRG Uygulamaları için Pilot Hastanelerde Yapılan Hazırlık Çalışmaları / Hacettepe Üniversitesi. - Ankara, 2006. - s. 3-17.

HÜ Sağlık hizmetlerin finansman yapısının güçlendirilmesi ve yeniden yapılandırılması için altyapı geliştirilmesi projesi = Ulusal DRGs geliştirilmesi çalışmalarının sonuçları : Rapor (D.B.3.2) / Hacettepe Üniversitesi. - Ankara, 2006. - s. 35.

Jacques P., Patel N. ve Higgins M. Improving anesthesiologist performance through profiling and incentives // Journal of Clinical Anesthesia. - 2004. - 16. - s. 523-528.

Katherina L. ve diğerleri Comparing outcomes of care before and after implemetation of the DRG-Based prospective payment system // JAMA. - 1991. - 265. - s. 15.

Kroneman M. ve Nagy J. Introducing DRG-based financing in Hungary: a study into the relationship between supply of hospital beds and use of these beds under changing institutional circumstances // Healt Policy. - 2001. - 55. - s. 19-36.

Nas T. "Sağlık örgütlerinde ödüllendirme sistemlerinin performans üzerine etkisi ve bir uygulama" Yüksek Lisans Tezi / Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. - Ankara : 2006 s. 27.

Öztürk NK. Kamu kesimin ücret sistemleri ve Türkiye'de durum : Türk İdare Dergisi 428. Sayı, 2008 s.54

Özyörük M "Hizmet sektöründe performans değerlendirme" Yüksek Lisans Tezi / Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. - Konya : 2009. - s. 38.

Pongpirul K. "Hospital coding practice data quality and DRG-Based reimbursement under the Thai Universal Coverage Scheme" PhD Thesis / Johns Hopkins Universit. - Baltimore, Maryland :, 2011. - s. 10.

Richard W., C. Kathy M. Morgan ve Robert B Improving physician performanca through peer comparison feedback // Medical Care. - 1984. - 6. - s. 22.

S. Aydın M. Demir Performansa dayalı ek ödeme sistemi [Kitap Bölümü] // Sağlıkta Performans Yönetimi. - Ankara : Onur Matbaacılık, 2011.

Sarsenova K. "Sağlık sektöründe performans yönetimi: Kamu - Özel Hastanelerinin değerlendirilmesi üzerine bir uygulama" Yüksek Lisans Tezi / Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. - Konya : 2010. - s. 46.

Street A., O'Reilly J. ve Ward P. DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence, and challenges // Diagnosis-Related Groups in Europe / kitap yaz. Busse R. ve Geissler A.. - Berkshire : Open University Press, 2011 s. 85.

Şencan İrfan, Koç Orhan, Bayraktar Gültekin. Hastane Rollerini: Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinin Rollerinin Yeniden Belirlenmesi ve Gruplandırılmasına İlişkin Kriterler. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2009. s. 1-6

Tengilimoğlu Dilaver Sağlık İşletmeleri Yönetimi / kitap yaz. Tengilimoğlu D, Işık O ve Akbolat M. - Ankara : Nobel Yayınları, 2014. - 6 -10.

Tjidendero Mose Introduction to work study (Geneva: International Labor Office) / ILO. - 1982. - s. 44.

TKHK Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği; Madde 1 - 9 / Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. - 2014 -s. 2.

TKHK Verimlilik Karne Gösterge Kartları RV -05 / Verimlilik ve Kalite Yönetimi Daire Başkanlığı ; Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. - Ankara : 2015. - s. 37-69.

Ünal A. İnsan Kaynakları Yönetimi Sisteminde Ödüllendirme: Ücret ve performans ilişkisi [Dergi] // KAMU-İŞ, İş Hukuku ve İktisat Dergisi. - 2000. - 5. - s. 5.

Ünal D, Güler H, Öztürk A, Doluküp İ Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi / Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. - Ankara : , 2014. - s. 9-19.

Ünal N. "Teşhis İlişkili Gruplar Maliyet ve Bağlı Değer Çalışmaları" Bakan Sunumu - Ankara 2012. - s. 8.

Veillard J. ve diğerleri A performance assesment framework for hospitals: the WHO regional Office for Europa PATH Project // International Journal for Quality in Health Care. - 2005. - 17. - s. 487-496.

www.cms.gov/Medicare/Medicare.html Centers for Medicare and Medicaid Services [Çevrimiçi]. - 2016. - 2016. - www.cms.gov/Medicare/Medicare.html.

Zerenler M. "Kriz dönemlerinde işletmelerin üretim süreci esnekliğinin şirketlerin performans ve yaşam sürelerine etkileri üzerine bir araştırma" Doktora Tezi / Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. - Konya : 2003. - s. 194.

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: Özlem BULUT

Doğum Yeri ve Tarihi: Kırşehir 28.06.1985

Eğitim Bilgileri

Okul	Seviye	Yıl
İzmir Küçükçığı İlköğretim Okulu	İlkokul ve ortaokul	1991-1999
İzmir Teğmen Ali Rıza Akıncı Süper Lisesi	Lise	1999-2004
Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik – Lisans	2005-2009

İş Tecrübesi

Kurum	Konum	Yıl
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	Hemşire	2009-2009
S. B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire	2009-2015
S. B. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı, Klinik Tanı ve Maliyet Yönetimi Dairesi Başkanlığı	Klinik Kodlama ve Değerlendirme Birimi Sorumlusu	2015-hâlen

Yabancı dil: İngilizce

E-posta: ozlem.bulut3@saglik.gov.tr

Telefon: 05073651321

İNTİHAL RAPORU

Turnitin Orijinallik Raporu
Tez Özlem Bulut tarafından
ÖDEV 2 (SBE TEZ 1) den

- 22-Ağu-2016 16:35 EEST' de işleme konu
- NUMARA: 697253976
- Kelime Sayısı: 27488

Benzerlik Endeksi

%14

Kaynağa göre Benzerlik

Internet Sources:

%13

Yayınlar:

%2

Öğrenci Ödevleri:

%6