



T.C
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TÜRKİYE’DE HASTANELERİN TEMEL
GÖSTERGELERİNİN İNCELENMESİ**

İlknur FİL

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANISMAN

Yrd. Doç. Dr. Pakize YİĞİT

İSTANBUL - 2017

TEŞEKKÜR/İTHAF

Bu tez çalışmasının gerçekleştirilmesi sürecinde akademik çalışmalarındaki yoğun temposuna rağmen her zaman yanımda olan ve desteklerini hiç esirgemeyen kıymetli hocam ve tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr.; Pakize YİĞİT'e; bu aşamaya gelmemde ve bende emeği çok olan Değerli Hocam Sayın Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK'e; yardımlarından ve desteklerinden dolayı İstanbul Üniversitesi Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Abdulbari BENER'e; ve İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünün değerli öğretim üyelerine; teşekkür ediyorum. Bu vesileyle öncelikle herhangi bir eğitim almamalarına rağmen her türlü özveriyle okumamı sağlayan annem Aliye CELEP ve babam Mustafa CELEP'e; tez çalışmam esnasında bana sabır ve anlayış gösteren eşim İsrafil FİL ve çocuklarım Alp Eren FİL, Ebrar FİL'e sevgilerimi sunuyor ve tezimi onlara ithaf ediyorum.

İlknur FİL

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	Avrupa Birliği
AEP	Acil Eylem Planı
AK PARTİ	Adalet ve Kalkınma Partisi
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
GSS	Genel Sağlık Sigortası
KEH	Kaba Enfeksiyon Hızı
KHB	Kamu Hastane Birlikleri
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KÖH	Kaba Ölüm Hızı
KÖO	Kamu Özel Ortaklığı
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
OHKG	Ortalama Hasta Kalış Günü
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
UHESA	Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
YDH	Yatak Devir Hızı
YDO	Yatak Doluluk Oranı
YHO	Yatan Hasta Oranı

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR/İTHAF	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	iv
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ.....	viii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	4
4.1. Sağlık Kavramı	4
4.2. Sağlık Hizmetleri	5
4.2.1.Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri.....	6
4.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	6
4.2.1.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
4.2.1.1.1.Kişiye Yönelik Koruyucu Hizmetler.....	7
4.2.1.1.2.Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler.....	7
4.2.1.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	8
4.2.1.2.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	8
4.2.1.2.2.İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	8
4.2.1.2.3.Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	8
4.2.1.3. Rehabilite Edici Hizmetler	9
4.2.1.3.1.Tıbbi Rehabilitasyon	9
4.2.1.3.2.Sosyal Rehabilitasyon	9
4.3.Sağlık Politikaları	9
4.4.Türkiye Sağlık Politikaları Tarihçesi	10
4.4.1. 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları	10
4.4.2.1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları	11
4.4.3.1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları	12
4.4.4. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları	12
4.4.5.2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı	12
4.4.6.Sağlıkta Dönüşümün Temel Amaçları.....	14
4.4.6.1.Etkililik.....	16
4.4.6.2.Türkiye: Artan Kalite ve Verimlilik.....	16
4.4.6.3. Hakkaniyet	16
4.4.7.Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri	17

4.4.8.Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri.....	18
4.4.8.1.Etkili Yönetim İçin Bakanlığın Düzenlenmesi.....	18
4.4.8.2.Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı.....	18
4.4.8.3.Ulusal İlaç Kurumu	19
4.4.8.4.Tıbbi Cihaz Kurumu	19
4.4.8.5.Sağlık Kurumlarının Kalite Güvenliği ve Akreditasyonu.....	19
4.4.8.6.Sağlık Sektöründe Araştırma/Geliştirme Çalışmaları	19
4.4.8.7. İzleme ve Değerlendirme	20
4.4.8.8.Sağlık İnsan Kaynakları.....	20
4.4.8.9.Sürekli, Ulaşımı Basit, Sağlık Hizmeti Sistemi.....	20
4.5.Sdp'nin Hizmet Sunumuna Yönelik Uygulamaları	21
4.5.1.Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği	21
4.5.2.Etkili, Kademeli Sevk Zinciri	23
4.5.3. Kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması	23
4.5.4. Şehir Hastaneleri: Kamu-Özel Ortaklığı.....	24
4.5.5. Tıbbî Ürün ve Hizmetlerin Üretimini Teşvik Edilmesi	25
4.5.6. Sağlık Serbest Bölgeleri	25
4.5.7. Sağlık Turizmi	26
4.5.8 Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi.....	26
4.6.Sağlık Sistemleri	28
4.6.1.Sağlık Sisteminin Önemli Bir Parçası: Hastaneler	28
4.6.2.Kamu Hastaneleri	29
4.6.3. Kar Amacı Gütmeyen Hastaneler	29
4.6.4. Kar Amaçlı Özel Hastaneler	30
4.7. Hastane Yönetimin Tanımı.....	30
4.7.1.Ekonomiklik.....	31
4.7.2.Verimlilik.....	31
4.7.3.Etkililik	32
4.8.Hastane Organizasyonu	33
4.8.1.Türkiye de Hastane Organizasyonu.....	34
4.8.2. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Organizasyonu	34
4.8.3.Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu.....	35
4.8.4.Üniversite Hastanelerinin Organizasyonu	35
4.8.5.Özel Hastanelerde Organizasyon.....	36
4.9.Klinik Çalışmalarla İlgili Kavramlar	36
4.9.1.Hasta Yatağı, Yatan ve Taburcu Olan Hasta Sayısı ve Hasta Günü.....	36
4.9.2. Ortalama Hasta Kalış Günü (OHKG).....	37
4.9.3.Yatan Hasta Oranı (YHO)	37
4.9.4.Yatak Devir Hızı (YDH).....	37
4.9.5.Yatak Doluluk Oranı (YDO)	38

4.9.6.Kaba Ölüm Hızı (KÖH).....	38
4.9.7.Kaba Enfeksiyon Hızı (KEH)	39
4.9.8.Ameliyat Sayısı.....	39
4.9.9. Ambulans Sayısı	39
4.9.10. Kişi Başına Hekime Müracaat Sayısı	40
5. METOT VE MATERYAL	41
6. BULGULAR.....	42
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
9. KAYNAKLAR	65
10. ÖZGEÇMİŞ.....	69



ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Şekil 4.3.1.: Sağlıkta Politika Çemberi (18).	10
Şekil 4.4.7.1. Sağlıkta Dönüşümün Temel İlkeleri (27).	17
Şekil 4.6. SDP nin Hizmet Sunumu (44).	21
Şekil 4.8.1. : Hastane Yönetim Organizasyon Şeması (47)	33
Şekil 6.1. :Türkiye Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hastane Sayısı (43).	42
Şekil 6.2: OECD Ülkelerinde Genel Hastane Sayısı (33).	43
Şekil 6.3: OECD Ülkelerinde Genel Hastane Sayısı (33).	43
Şekil 6.4. : OECD Ülkelerinde Özel Hastane Sayısı (33).	44
Şekil 6.5.: OECD Ülkelerinde Özel Hastane Sayısı (33).	44
Şekil 6.6.: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı (43).	45
Şekil 6.7: OECD Hastane Yatakları Sayısı (33).	46
Şekil 6.8: OECD Hastane Yatakları Sayısı (33).	46
Şekil 6.9.: OECD Ülkelerinin Kamu Hastane Yatak Sayısı (33).	47
Şekil 6.10.: OECD Ülkelerinin Kamu Hastanelerinde Yatak Sayısı (33).	48
Şekil 6.11: OECD Ülkelerinin Tedavi Edici (Akut) Bakım Yatak Sayısı (33).	48
Şekil 6.12.: OECD Ülkelerinin Tedavi Edici (Akut) Bakım Yatak Sayısı (33).	49
Şekil 6.13: OECD Ülkelerinin Hemşire Yatak Oranı (33).	49
Şekil 6.14.: OECD Ülkelerinin Hemşire Yatak Oranı (33).	50
Şekil 6.15. : Türkiye’de Yıllara Ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatan Hasta Sayısı (43).	51
Şekil 6.16.: Türkiye’de Yıllara Ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı (43).	52
Şekil 6.17: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Ortalama Kalış Süresi (43).	53
Şekil 6.18: OECD Ülkelerinin Ortalama Kalış Günü(33).	54
Şekil 6.19. OECD Ülkelerinin Ortalama Kalış Günü(33).	54
Şekil 6.20: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Devir Hızı (43).	55
Şekil 6.21. : Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Ameliyat Sayısı (43).	56
Şekil 6.22: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Kaba Ölüm Hızları (43).	57
Şekil 6.23.: 1995-2008 OECD Sağlık Hizmeti ile İlgili İnfeksiyon Prevelansı (36).	58

Şekil 6.24.: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ambulans Sayısı(43)...	59
Şekil 6.25.: Türkiye’de Yıllara Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı (43).....	60
Şekil 6.26.: OECD Ülkelerinin 2011 Yılı Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı (33).	61
Tablo 4.4.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel Amaç ve Göstergeleri (32).....	15
Tablo 4.8.1.1.: Hastane Verileri (48)	34
Tablo 4.9.1.2: Hastane Verileri (48)	34
Tablo 6.1.: Türkiye de Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hastane Sayıları (43)	42
Tablo 6.2. Türkiye de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı (43).....	45
Tablo 6.3.Türkiye de Yıllara Ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı (43).....	50
Tablo 6.4. Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı (43).....	51
Tablo 6.5.: Türkiye’de Yıllara Göre Ortalama Kalış Süresi (43).	52
Tablo 6.6.: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Devir Hızı..	55
Tablo 6.7.: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Ameliyat Sayısı (43).....	56
Tablo 6.8: Türkiye’de Yıllara Göre Kaba Ölüm Hızları (43).	57
Tablo 6.9.: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ambulans Sayısı(43).....	58
Tablo 6.10.: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı (43).	59

1. ÖZET

TÜRKİYE'DE HASTANELERİN TEMEL GÖSTERGELERİNİN İNCELENMESİ

Bireylerin yaşamlarını mutlu olarak sürdürebilmelerindeki en önemli etken "sağlıklı olma"dır. Sağlığın bozulması durumunda tedavi olmak amacıyla sağlık hizmetlerinden yararlanılır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri sağlık göstergelerine bakılarak analiz edilir. Sağlık göstergelerin en önemli bileşeni ise hastanelerdir.

Bu çalışmada Türkiye'nin sağlık sistemi hakkında bilgi verilmiş, 2002-2015 yılları arasında Türkiye'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile temel hastane göstergelerindeki değişimi incelenmiştir. Ülkemiz SDP ile temel hastane göstergelerinde yıllar içinde gelişim göstermiştir, fakat bu gelişme OECD ülkeleri içerisinde çok büyük bir ilerleme anlamına gelmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlıkta Dönüşüm, Hastaneler, Sağlık İstatistikleri

2. ABSTRACT

INVESTIGATION OF FUNDAMENTAL INDICATORS AT HOSPITALS IN TURKEY

The most important factor for an individual to lead a happy life is to be healthy. Individuals use the health care services for treatment in case of impairment of their health. Government's development level is analysed with the help of health indicators. Moreover, the most significant element of the health indicators is the hospitals.

This study reports about the health delivery system in Turkey. Furthermore, the present study investigates the changes in Health Transformation Programme in Turkey and fundamental indicators at hospitals between the years 2002 and 2015. Health Transformation Programme in Turkey and fundamental indicators at hospitals made progress within the years, however the progress did not meet target of the most OECD countries.

Key words: Health, Health System Reforms , Government and Private Hospitals, Vital Health Statistics

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Her ülkenin sağlık sistemlerinin birincil amacı toplumun sağlık düzeyini iyileştirmek ve geliştirmektir. Bu amaca ulaşabilmek için devlet sağlığı tüm bireylere erişilebilir, hakkaniyetli, kaliteli ve sürdürülebilir olarak hizmet sunmakla görevlidir. Ayrıca, hizmet alanları mali risklerden koruma, hizmet alımının kesintiye uğratılmaması ve kaynakların verimli ve etkin kullanımını sağlamak da devletin temel hedef ve görevleridir.

Dünya Sağlık Örgütüne göre bir ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde olmalıdır. Bu hizmet etkili, karşılanabilir maliyette ve toplumca kabul gören tarzda olmalıdır. Her ülkenin bu faktörleri göz önünde tutarak kendi özgün sağlık sistemlerini geliştirmesi önerilmektedir.

Sağlık sisteminin performansının yükseltilmesi, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en önemli politika sorunu haline gelmiştir. Hastaneler sağlık sisteminin en önemli bileşenidir. Sağlık yöneticileri ve politika belirleyen otoriteler, sağlık sisteminin verimliliğine daha fazla önem vermeye başlamıştır. Verimlilik konusu, sağlık reformlarının merkezinde yer almaktadır

Türkiye, 2003 yılından bu güne Sağlıkta Dönüşüm Programı ile memnuniyet düzeylerinin yükseltilmesi, hizmet verimliliğinin artırılması ve sağlık sunucularının finansal sürdürülebilirliği gibi pek çok alanda gelişmeler kaydederek, sağlık performansının artırılması yönünde çok büyük mesafe kat etmiştir.

Bu çalışmada da, sağlıkta dönüşüm programı ile Türkiye'nin aile hekimliği, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde sağlık istatistiklerindeki değişimi incelenecektir. Bu çalışmanın amacı, öncelikle sağlık sistemi ve ülkemizdeki sağlıkta dönüşüm programı ve politikaları hakkında bilgi vererek, Türkiye'de hastanelerin temel göstergelerinin incelenmesi amaç edinilmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlık Kavramı

Sağlık'ın sözlük anlamı “*vücudun ve ruhun iyi ya da kötü olması*” durumudur. Kişilere göre sağlık, hastalık durumunun olmamasıdır. Hekimlere göre ise en basit şeyler bile hastalık olarak görülebilir (23).

Sağlık'ın tanımı tüm dünyada birçok farklı şekilde yapılmıştır. Sağlık kavramı, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Anayasası'nda, şu şekilde tanımlanarak genel kabul görmüştür. “*Sağlık sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan da bir bütün olarak, tam anlamıyla iyilik halidir*” (1).

Yapılan tanımda sağlıklı olmak her açıdan iyilik hali kabul edilerek sağlığın sosyal yönüne de vurgu yapıp, sosyal anlamdaki iyilik durumunun kapsam açısından daha geniş şekilde algılanması önemli bir gelişmedir (2). Bu tanımla sağlığın insanların bireysel sorumluluğunun çok devletlerin sosyal sorumluluğu olduğu anlaşılmaktadır. Sağlığın bir durum olarak ifade edilmesi de bireylerin sorumluluklarını azaltmıştır. Devletin sağlık hizmeti olarak görevleri sadece hastalıkları tedavi etmek, sakatlıkları önlemek değil, her açıdan iyilik halini gerçekleştirmeyi hedeflemektir. Diğer taraftan iyilik kavramının açıklanmasının zorluğu ve “tam” ifadesinin ölçümünün nasıl belirleneceği konusu net olarak açık değildir.

Sağlık hizmetleri belirleyen faktörler; genetik faktörler, çevresel faktörler ve bireyin yaşam tarzı olarak sınıflandırılır. Aştı'ya (2012) göre, “*DSÖ'nün sağlık tanımını subjektif ve objektif olarak ikiye ayırdığını*” belirtmektedir.

Subjektif Sağlık: Kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal olarak kendini nasıl algıladığını dikkate alır. Kişi hasta olmasa bile kendini hasta hissedebilir aynı şekilde hasta olduğunda kendisini sağlıklı hissedebilir. Bireyin kendini sağlıklı hissetmesi durumu yaşadığı çevreye, eğitim durumuna, beslenme şekline vb. göre değişiklik gösterebilir.

Objektif Sağlık: Kişinin muayene, teşhis, tahlil sonuçları vb. ile belirlenen sağlıklı olma halini belirtmektedir (24).

4.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık kurumları, herşeyden önce hizmet sunan kurumlardır. Sağlık hizmetleri soyut olduğundan diğer mal ve ürün üreten diğer sektörlerdeki gibi hizmet sunulmadan kontrol edilmesi ve hatalı olanların geri çekilmesi mümkün değildir. Bu nedenle hizmetler sunulmadan önce gerekli tüm önlemler alınmalı, olabilecek hatalar en baştan sıfır hata ile organize edilmelidir (19).

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerini şu şekilde tanımlamıştır: *“Kişilerin sağlıklı olmalarını sağlamak, korumak, hastalandıkların da onları iyileştirebilmek için yapılan hizmetlerin tamamı olarak ifade edilmektedir.”* Sağlık hizmetleri kısaca sağlık kuruluşları içerisinde verilen, sağlık çalışanları tarafından sunulan hizmetler olarak tanımlanabilir (3).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan Alma Ata Bildirge'sine göre; toplum sağlığının geliştirilmesi için sağlık ve diğer sektörler arasındaki uyumluluğun faydalı olacağı ifade edilmiştir. Bildirge'ye göre; *“bir ülkenin sağlık sistemi o ülkenin sosyal ve ekonomik gelişmesinin yer aldığı bütünüün bir parçası olarak görülmektedir”*(4).

Sağlık sektörü, kendine özgü özellikler nedeniyle hizmet alanlarının memnun edilmesinin diğer sektörlere göre çok daha zordur. Bunun en baştaki sebebi ise, hizmeti alan kişilerin beklentileri, algıları, psikolojileri diğer sektördeki müşterilerden çok farklıdır. Bu kişiler genellikle fiziksel ya da ruhsal açıdan zayıf düşmüş, hassas kişilerdir. Bu nedenle de sağlık hizmetlerinde kalite ve kalite yönetimi kavramları daha fazla önem arz etmektedir. Kalite kavramının tanımı çok zor ve kişiden kişiye, zamandan zamana değişebilmektedir. Çok kısa bir şekilde kaliteyi üreticiler açısından tanımlayacak olursak; *“önceden belirlenmiş standartlara uygunluk”* ve *“sıfır hata”* ile özetleyebiliriz. Tüketiciler açısından *“beklentilere uygunluk”* olarak ifade edilebilir (19).

Sağlık hizmetlerinin etkin ve kaliteli sunumu ülkenin sosyo-ekonomik yapısıyla doğrudan ilişkili olarak yürütülmektedir. Sağlık hizmetlerinde eşitlik ve hakkaniyet en önemli öğelerdendir. Bireylerin bu hizmetlerden yararlanabilmesi kolay, eşit ve ihtiyaçları dâhilinde ücretsiz olarak sağlanmalıdır. Toplumun tüm bireyleri sağlıklı bir çevrede yaşamlarını sürdürme hakkına sahiptirler. Temiz bir çevrede yaşamak yaşanan bu çevreyi koruyup geliştirmek, sağlıklı bir yaşam için çevre kirliliğini önleyerek çevre sağlığını korumak devletin yanında bireylerin de temel görevidir. Bireylerin yaşamlarını, bedensel ve ruhsal açıdan sağlıklı bir şekilde sürdürmelerini sağlamak; insani ve madde gücünde tasarruf sağlamak ve verimi yükseltmek için, sağlık kuruluşlarıyla işbirliği sağlamak ve onları tek elden planlayıp hizmet sunmalarını sağlamak devletin en önemli görevleri arasındadır Devlet bu görevini, Anayasanın 56. kanun maddesine göre yerine getirir ve belirli zamanlarda hizmet sunan bu kurumları denetler (5).

4.2.1.Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

Sağlık Hizmetleri “hizmet” olması nedeniyle soyut yani gözle görülemeyen, ölçülemeyen, depolanamayan, üretildiği anda tüketilen özelliklere sahiptir. Bu özellikler sağlık hizmetlerinin bütünlük içinde sunulması, toplumsal olması, talebinin önceden belirlenmemesi, fiyat değişikliğinin talebi etkilememesi, homojenlik sağlanamaması, ikamesinin olmaması, sağlık hizmetlerinde fiyatlarla ve gerçek maliyetler arasındaki etkileşimin zayıf olması, kişinin talebini hekimin belirlemesi ve sosyal olması gibi vb. özelliklerdir (6).

Sağlık hizmetlerinde herhangi bir aşamada yapılacak hatanın bedeli kötü bir ürün değil yaşam kalitesinde bozulmadır. Sağlık hizmetleri, yerine başka hizmetin konulması mümkün olmayan, çoğu zaman ertelenemeyen, bazı hallerde zamanında sunulmadığı takdirde insan hayatının kaybedilmesiyle sonuçlanan türde hizmetlerdir.

4.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üçe ayrılır.

4.2.1.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bu hizmet türü, bireyin ve tüm toplumun tamamının sağlığının korunup geliştirilmesi için alınan tedbirler ve çalışmalar olarak ifade edilebilir. Burada iki şekilde hizmet sunumu sağlanmaktadır. Birincisi her bir bireyi korumak için hastalık riskine karşı beslenme, aşılama ve bağışıklama gibi çalışmaların yapılması, ikincisi ise insan sağlığını olumsuz etkileyecek olumsuz etkenlerin önlenerek sağlıklı bir çevrenin oluşturulması için alınacak önlemlerin tümünü kapsamaktadır. Burada asıl amaç sağlığın bozulmasını engelleyecek temeller oluşturmaktır. Bu hizmetin kullanılmasıyla elde edilen fayda sadece, onu tüketene değil aynı zamanda toplumun tamamına da sağlanmış olmaktadır. Bu hizmet türünde elde edilen fayda diğer hizmetlere göre çok daha yüksektir (7).

En az finansmanla en yüksek kalitede fayda sağlayan bir hizmet türüdür. Sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulması, sosyal devlet anlayışı ilkesine dayandırıldığında devlet açısından bir zorunluluk arz etmektedir. Bu özelliği nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu devlet tarafından sağlanmaktadır.

4.2.1.1.1.Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Bağışıklama, erken tanı, beslenmeyi düzenleme, aile planlaması, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, ana çocuk sağlığı hizmetleri, aşırı doğurganlığın denetimi, ilaçla koruma, kişisel hijyen, sağlık eğitimi gibi birçok hizmeti kapsar (1).

4.2.1.1.2.Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Zararlı canlılarla (haşere) mücadele edilmesi, radyolojik zararlıların denetimi, iş sağlığı, katı atıkların denetimi, gıda kontrolü ve çevre, hava ve gürültü kirliliğinin önlenmesi gibi çevreyi hedefleyen hizmetleri kapsar (1).

4.2.1.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastaların tedavisi için yapılan sağlık hizmetleridir. Hastalıklar bir kaza sonucu ya da birden olabilir. Üniversite hastanelerinde verilen ileri düzeydeki sağlık hizmetleri de tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır (8).

4.2.1.2.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hastaların evde, muayenehanede ya da polinikte, yatırılmadan ayakta teşhis ve tedavi için düzenlenen hizmetlerdir. Genellikle pratisten hekimleri, aile hekimleri tarafından verilen hizmetlerdir. Bu hizmetlerde yatış işlemi yapılmaz. Sağlık ocakları, özel muayenehaneler, Aile sağlığı merkezleri, tüberküloz dispanserleri, anne-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri gibi kurumlar birinci basamak tedavi edici sağlık kuruluşlarına örnektir (1).

4.2.1.2.2.İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastaların hastalıklarının teşhisi ya da tedavisi için yatmalarını gerektiren ve genellikle uzman hekimler tarafından verilen hizmetlerdir. Tam teşekküllü devlet hastaneleri, vakıf hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet sunan sağlık kuruluşlarına örnektir (1).

4.2.1.2.3.Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

İleri tetkik ve özel tedavi olması durumların tedavisinde hizmet sunan birimlerdir. Ülkemizde meslek hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, sanatoryumlar, üniversite hastaneleri gibi kuruluşlar bu tür hizmet veren sağlık kuruluşlarına örnektir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları aynı zamanda eğitim ve araştırma faaliyetlerinin de yapıldığı kuruluşlardır (1).

4.2.1.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, engelli ve işgücünü kaybeden kişilere yönelik, işgücü ve çalışma imkânı sağlayan hizmetlerdir. Bu hizmetler tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılır.

4.2.1.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Tıbbi Rehabilitasyon hizmetleri kişinin kimseye muhtaç kalmadan kendi başına yaşayabilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, fiziksel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların iyileştirilmesi ya da mümkün olduğu kadar en aza indirgenmesinin sağlanmasıdır. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitelere protezlerinin kullanılması, işitme, görme vb. kusurların en aza indirgenmesi gibi çalışmalardır (1).

4.2.1.3.2. Sosyal Rehabilitasyon

Sosyal rehabilitasyon, sakatlık veya özürlü bireylerin, sosyal olarak aktifleştirmelerini, birilerine bağlı olmayacak şekilde yaşayabilmesi amacıyla uygulanan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsar (1).

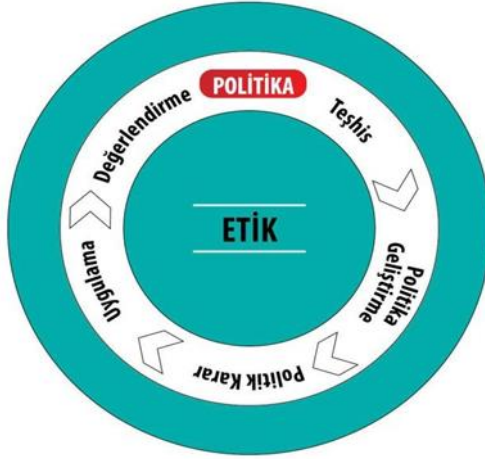
4.3. Sağlık Politikaları

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığına göre; *“Sağlık ihtiyaçları, mevcut kaynaklar ve diğer politik baskılara yanıt olarak eyleme yönelik öncelikleri ve parametreleri tanımlayan, kurumlar (bilhassa hükümet) içindeki resmi bildiri veya prosedür”* olarak tanımlanmaktadır (11). Tanımdan da anlaşıldığı üzere alınan kararlar yasal dayanaklara göre belirlenir. Sağlık Politika kararları toplumun sosyal, ekonomik, demografik yapılarına göre değişiklik gösterir.

Sağlık politikası, Sağlık Bakanlığı’nda *“sağlık hizmetleri ve programlarının sunulmasını ve bunlara erişimi sağlayan yönetmelik ve teşvikleri tanımlayan mevzuat veya diğer kural koyma şekilleri ile yürürlüğe konur.”* (11)

Bir ülkenin devamlılığını sağlayabilmesi için öncelikli hedeflerinden biri sağlıklı bir topluma sahip olabilmektir. Tüm dünyada ülkelerin gelişmişlik düzeyi sağlık açısından belirli kriterlere göre ölçülmektedir. Sağlıklı toplumlar yetiştiremeyen

ülke finansman açısından hem gerileyecek, hem de üretmeyen sağlıksız toplumun tedavisi için finansal zorluklar yaşayacaktır. Bu nedenle, ülkelerin en temel öğeleri finansman, örgütlenme ve insan gücünden en iyi biçimde yararlanarak kişi sağlığını korumak, hastalıktan önce genel tedbirler olarak istikrarlı, uzun soluklu sağlık politikalarının yapılmasına olanak sağlamaktır.



Şekil 4.3.1.: Sağlıkta Politika Çemberi (18).

4.4. Türkiye Sağlık Politikaları Tarihçesi

4.4.1. 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Sağlık hizmeti ile ilgili her şeyin sıfırdan oluşturulması ve alt yapının kurulması çalışmaları bu dönemde başlamıştır. Bu dönemin sağlık istatistikleri incelendiğinde kişi başına düşen sağlık personeli sayısının oldukça az olduğu görülmektedir.

Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam'ın başkanlığı sırasında, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde önemli katkılar sağlanmış ve mevcut halk sağlığı sisteminin temelleri atılmıştır. “Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin 1920 yılında onayladığı 3 sayılı yasa ile Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti'ni kurarak, sağlık hizmetleri ayrı bir Bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi haline getirilmiştir” (12).

Bu dönemde yeterli bir yasal düzenleme bulunmamaktaydı. Bu nedenle sağlık hizmeti ile ilgili her şeyin sıfırdan oluşturulması ve alt yapının kurulması

çalışmaları bu dönemde başlamıştır. Bu itibarla sağlık alt yapısının bu dönemde oluştuğunu söylemek mümkündür (20).

Bu dönemin sağlık istatistikleri incelendiğinde kişi başına düşen sağlık personeli sayısının oldukça az olduğu görülmektedir. Bunun sonucu Refik Saydam döneminde birinci basamak ile koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilerek hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmıştır (20).

4.4.2.1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Bu dönemde, önemli bir girişim olarak belirtilen “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı 1946 yılında Yüksek Sağlık Şurası” tarafından onaylanmıştır. Bu planın devamında ikinci bir adım olarak 1954 yılında Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan “*Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler*” programı hayata geçirilerek sağlık yönetiminde önemli bir adım atılmıştır (13).

Behçet Uz tarafından açıklanan planda ülke yedi sağlık bölgesine ayrılmış, her bölgeye bir tıp fakültesi açılması planlanarak yeterli hekim ve sağlık personelinin yetiştirilmesi hedeflenmiştir(13).

Dünya Sağlık Teşkilatı ve UNİCEF ile işbirliğine ve bu kurumlardan yardım alınması hususunun üzerinde durulmuştur (39). 1950-1960 yılları arasında koruyucu hizmetler arka plana atılmış ve hastanecilik hizmetlerini önemli görülmüştür. Dışarıdan borçlanarak büyük devlet hastaneleri inşa edilmiştir (40).

Ayrıca bu dönemde, Verem Savaş Dernekleri ve “Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü” kurulmuş olup Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri açılmıştır. Refik Saydam döneminde yerel yönetimlerce yürütülen hizmetleri, Sağlık Bakanlığınca üstlenilmiş, belediye hastaneleri kamulaştırılmıştır. Hastanecilik hizmetleri alanında büyük gelişmelerin yaşanması koruyucu sağlık hizmetlerinin gerilemesine yol açmış olup hekim dışı sağlık personelinin yetiştirilmesine gereken önem verilememiştir (14).

Konusu eleştirilse de bu dönemin çok partili demokrasinin yaşanmaya başladığı yıllar olduğu dikkate alındığında mevcut iktidarların halkın talepleri doğrultusunda davranmış olabileceği, bu talepler arasında da koruyucu hizmetlerden

çok tedavi edici hizmetlerin yer almış olabileceğini, iktidarlarında buna uygun davranmış olabileceğini normal karşılamak gerekir.

4.4.3.1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

“1961 yılında 224 sayılı, Türkiye’de ulusal sağlık hizmetlerinin kurulmasına zemin hazırlayan, "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" hakkındaki kanun çıkarılmıştır.” Bu Kanun’la, sağlık hizmetlerinin devamlılığın sağlanması ve toplumun ihtiyaçlarına göre belirlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinin alt yapısını geliştirerek sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilip, herkesin kolayca erişmesini sağlamaktır. Toplumun sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kısmen ücretsiz yararlanmaları sağlamak amaç edinilmiştir (15).

4.4.4. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1982 Anayasası ile toplumun sosyal güvenlik hakkına sahip olabilmelerini ve tüm vatandaşlarına sosyal sigorta sağlamak için gereken bütün adımları atması öngörülmüştür. Devlet tarafından özel sağlık sektörü desteklenmiştir. Bu dönemde Türkiye’de sağlık sistemiyle ilgili birçok yenilikler yapılmaya çalışılmış, bu konu uzun bir süre tartışılmış, ancak hayata geçirilememiştir (16).

4.4.5.2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

2003 yılında hazırlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” tüm sağlık sistemini kapsayacak şekilde “Adalet ve Kalkınma Partisi Hükümeti” tarafından hazırlanmıştır. Sağlıkta dönüşüm programı geçmiş deneyim, bilgi birikimlerinden ve dünyadaki başarılı sağlık reformlarından yararlanarak hazırlanmıştır.

Türkiye sağlık sisteminde, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile köklü bir değişim göstererek sağlık sisteminin kalitesi ve verimliliğini artırarak sağlık kurumlarına ulaşımı daha kolay hale getirmiş, toplumun her sağlık hizmetlerinden hakkaniyetli bir şekilde yararlanabilmelerini sağlamak, daha etkili ve finansal açıdan sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturmayı amaçlamıştır (13).

Bu durumda Sağlıkta Dönüşüm Programının temelinde insanın odaklı ve etik bir anlayış biçiminin var olduğunu söyleyebiliriz (27).

Türkiye Raporunda SDP öncesi sağlık durumu şu şekilde özetlenmiştir; “Sağlık hizmetlerinin kullanımında bölgesel ve kırsal kent ayrımından kaynaklanan eşitsizlikler söz konusuydu. Kırsal alanlarda sağlık hizmetlerine erişim daha zor ve daha pahalıydı. Sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetleri yerine daha maliyetli olan yatan hasta tedavisi ve ayakta tedaviye yönelik hastane bazlı hizmetlere tahsis edildiği için sağlık hizmetlerinin tahsis verimliliği çok azdı. Kısmen birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve genel olarak kamu sektöründe, hizmet kalitesinin yönündeki algı nedeniyle nüfusun koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik talebi çok düşüktü. Bu yüzden ayakta tedavi başvurularının çoğu, hastane ortamında gerçekleşiyordu. Dört basamaklı entegre bir sağlık hizmetleri sunum sistemi oluşturulmasına rağmen, sevk sistemi çalışmıyordu. Hastalar çoğu kez daha üst basamaklardan hizmet alabilmek için birinci basamağı atlıyordu”(18)

Hükümet açıkladığı acil eylem planında sağlık için; “sağlık sisteminin, kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı ile gereksinime yanıt veremeyecek durumda olduğunu belirtmiş bu nedenle hükümetin köklü değişiklikler yaparak herkesin ulaşabileceği nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemini oluşturularak, bireylerin yaşam kalitesi yükseltilmesi, sağlığı güvence altına alınması ve eldeki tüm kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasının sağlanması hedeflenmiştir” (22).

Bu program ilk olarak 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlamıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin birey/aile odaklı olarak sunulmasını ön gören aile hekimliği (AH) modeli Aralık 2010 itibariyle tüm Türkiye’de, uygulanmaya başlanmıştır (21).

Hükümet temel hedeflerini şu şekilde belirlemiştir:

- Sağlık sonuçlarına ulaşımı kolaylaştırma
- Sağlıkla ilgili maliyetlerin düşürülmesi

- Beklenmeyen katastrofik sağlık harcamalarına karşı mali koruma sağlanması ve sağlık hizmetlerine erişim açısından hakkaniyetin gözetilmesi (13).
- Sağlık Bakanlığı'nın her yönden düzenlenmesi
- Toplumun hepsinin genel sağlık sigortası hizmetini kullanabilmeleri
- Tüm sağlık kuruluşlarının tek birimde toplanması,
- Hastanelerin zerkleştirilmesinin sağlanması
- Anne ve ocuk sağlığının nemi
- Koruyucu hekimlik uygulamasının geliştirilmesi
- Özel sektörün sağlık alanında yatırım yapma konusunda teşvik edilmesinin sağlanması (17).

4.4.6.Sağlıkta Dönüşümün Temel Amaçları

Aşağıdaki tablo 4.4.6.1.'de sağlıkta dönüşüm programı temel amaç ve hedefler gösterilmiştir:

Tablo 4.4.6.1.Sağlıkta Dönüşüm Programı Temel Amaç ve Göstergeleri (32)

Temel Amaçlar	Hedefler
<p>Birinci Basamak</p> <ul style="list-style-type: none">Sağlıkta dönüşüm programı uygulamaya konulabilmesi için gerekli ortamın sunulması, ekonomi kaynakların güçlendirilmesi, hizmet kalitesinin artırılması, sürekliliğin sağlanabilmesi ve sigorta kapsamının topluma yayılması <p>İkinci Basamak</p> <ul style="list-style-type: none">Aile hekimliği hizmeti ve genel sağlık sigortasının uygulanmasında gerekli bütün işlemlerin hazırlanmasını içerir.	<ul style="list-style-type: none">2015 yılı sonuna kadar anne ölüm hızının düşürülmesi2015 yılı sonuna kadar bebek ölüm hızının düşürülmesiSağlık hizmetlerinden toplumun maddi engel çıkarılmadan yararlanabilmesinin sağlanabilmesiVatandaşa Avrupa Birliği standartlarında Sağlık hizmeti sunulabilmesiSağlıktaki giderlerin ülke ekonomisiyle eş değer olabilmesiSigorta hizmetinde vergi gelirinin azaltılması

Bu amaca ulaşmak için belirlenen stratejiler şu şekilde sıralanabilir:

- Hizmet sunucuları ile hizmeti satın alanların birbirinden ayrılma ve sağlanmasını. Hizmet sunucu olan hastanelerin ve hizmeti satın alan sigorta kurumlarının ayrılmasıyla bütün hastaneler tek çatı altında toplanmıştır. Böylelikle finansmanın sağlanması da Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmıştır.
- Hizmet sunuculara yönelik rekabetin teşvik edilerek birbirleriyle rekabet edebilmeleri için ortamının yaratılması
- Teknolojiyi doğru bir şekilde kullanımın sağlanarak etkinliğinin yükseltilmesi
- Sağlık hizmetlerinde diğer kurum kuruluş ve sektörler arası işbirliğinin sağlanabilmesi
- Sağlık kurumlarında yönetime önem verilerek kapasitesinin yükseltilmesi eksiklerin giderilmesi
- İnsan kaynaklarının etkili verimli kullanımı (29).

Sağlık Dönüşümün Programı, sağlık hizmetlerini etkili, verimli ve hakkaniyetle sunulmasını hedeflemiştir. Bu kavramlara aşağıda kısaca değinilmiştir.

4.4.6.1.Etkililik

Uygulanmaya konulacak sağlık politikalarında tüm toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi amaçlanmıştır. Sağlık hizmetinin sunulmasındaki birincil hedefi, kişileri hastalandıktan sonra tedavilerini gerçekleştirmek değil, kişileri hastalanmadan hastalıklardan koruyabilmektir. Buda koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini bize gösterir. Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesiyle toplumun daha sağlıklı bireylerden oluşması, önemli bir sağlık göstergesi olan anne ve çocuk ölümlerinde azalma ve beklenen yaşam süresinde artma sağlamıştır. Bunların sonucunda sağlık sisteminin etkili olarak gerçekleştiğini söyleyebiliriz (13).

4.4.6.2.Türkiye: Artan Kalite ve Verimlilik

Mevcut kaynakları en etkili bir şekilde kullanılarak daha fazla üretimin sağlanması ve maliyeti en aza indirilerek üretimin gerçekleşmesini sağlamaktır. İnsan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas çerçevesinde değerlendirilmelidir. Ülkenin tüm sektörel kaynaklarının sistem içine alınması ve entegrasyonunun sağlanması verimliliği arttıracaktır (13).

4.4.6.3. Hakkaniyet

Hakkaniyet sağlık hizmetlerinden her bireyin kolayca erişimi, hiçbir şekilde ayırım yapılmadan ihtiyacı söz konusu olduğunda sağlık hizmetlerinde yararlanabilmesi anlamına gelmektedir (28).

4.4.7.Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri

Temelinde insan odaklı olan, ülkenin bütün bireylerinin hakkaniyetli bir şekilde her yönden devamlı ve etkin bir sağlık hizmeti programı ifade eder (13).



Şekil 4.4.7.1. Sağlıkta Dönüşümün Temel İlkeleri (27).

Sağlıkta Dönüşüm Programının dayandığı temel ilkeler aşağıda belirtilmiştir:

- **İnsan merkezilik:** Önceliğin insan talep ve isteklerine verilmesi
- **Sürdürülebilirlik:** Sistemin devamlılığın sağlanabilmesi
- **Sürekli kalite gelişimi:** Sistemin kendi eksiklerini görerek kendini geliştirebilmesi
- **Katılımcılık:** İlgili tüm kişilerin görüş ve önerileri alınması
- **Uzlaşmacılık:** Sektörün farklı birimlerinde ortak çıkar noktalarında anlaşabilmesi
- **Gönüllülük:** Sistemde hizmet üreten ve alanların, teşvik edilerek kendi arzularıyla sistemin bir parçaları olmayı kabul edebilmeleri
- **Güçler ayrılığı:** Sağlık hizmetlerinin finansmanı, denetimi, planlanması, hizmeti üretenlerin birbirinden ayrılması
- **Desantralizasyon:** Eski düzenin yerine bugünün şartlarına uygun olan yönetimin uygulanması

- **Hizmette rekabet:** Sağlık hizmet sunucularının artırılıp rekabet ortamının sağlanması (13).

4.4.8.Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri

4.4.8.1.Etkili Yönetim İçin Bakanlığın Düzenlenmesi

Bu konu, temel halk sağlığı kapsamındaki tüm hizmetlerini korurken, kurumsal yapının düzenlenmesini sağlamaktır. Hükümetin asıl sorumluluğu olan koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin verilmesiyle beraber uygulanacak olan sağlık politikalarının işleyişiyle ilgili planlanma, uygulama ve denetiminin devlet tarafından yapılması ön görülmektedir.(30).

4.4.8.2.Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

Sağlıkta Dönüşümle Bakanlık, merkezi olarak yürüttüğü işleri yerel yönetimlere devretmiştir. Böylelikle Sağlık yönetiminde yeni bir yapının oluşturulması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinde hedeflerin belirlenmesi, amaçların ortaya konulması, uyum ve düzen sağlama, süreci değerlendirme ve denetimini sağlayabilme gibi görevlerin ortaya çıkmıştır (31).

Yeniden yapılandırma bileşenlerini aşağıdaki gibi özetlenebilmektedir.

- Toplum sağlığı hakkında bilgilerin toplanması, incelenmesi ve yayınlanmasını sağlamak
- Sağlıkın gelişimi için maliyet etkililiğinin sağlanabilmesi ve teşvikini desteklemek
- Sağlık organizasyonlarındaki yönetimi izleyerek ve gerekli durumlarda müdahale etmek
- Sağlık kaynak kullanımının nasıl yapıldığını analiz etmek
- Sağlık kurumlarındaki insan kaynaklarının gelişimini sağlamak
- Sağlık politikalarını düzenlemek ve bu politikaların etkin bir şekilde uygulanmasını sağlamak (31).

4.4.8.3.Ulusal İlaç Kurumu

Ulusal İlaç Kurumunun Kurulmasıyla ilaç tüketiminin sistematik olarak takibini izleme olanağı sunmuştur. Sağlıkta Dönüşüm programı ile toplumun ilaç tüketiminin düşürülerek, akıllı ilaç tüketimi konusunda halkın bilinçlendirilmesi ön görülmüştür. Kare kod uygulamasıyla ilaç kullanımında kontroller sağlanmış ve kaçak ilaç üretimi ve satışının önüne geçilebilmesi sağlanmıştır. Aynı zamanda ilaçların doz ve kullanma sürelerinin sistem üzerinden kontrol altına alınması fazla ilaç tüketimi konusunda kısıtlama koymuştur (32).

4.4.8.4.Tıbbi Cihaz Kurumu

Sağlık hizmetlerinin birincil girdisi tıbbi cihazlardır. Sağlık teknolojilerin gelişimiyle sağlık hizmetlerinden toplumun her bireyi eşit olarak erişimleri sağlabilecektir. Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısı “663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 2011 yılında yeniden şekillendirilerek, bu yeni yapılanma kapsamında tıbbi cihazlarla ilgili düzenlemeler Sağlık Bakanlığı’ın kapsamında olan Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna devredilmiştir.” Bakanlık nezdinde bu Kurumun görevleri sektörün gereksinimlerine göre yasal mevzuatları uygulamak, sektörün ihtiyaçlar, gereklerini belirlemek ve özel sektörün gelişimine destek olmak amacıyla gerekli çalışmaları yürütür (28).

4.4.8.5.Sağlık Kurumlarının Kalite Güvenliği ve Akreditasyonu

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinde önemli bir yeri olan kalite güvenliği ve akreditasyona önem verilmiştir. Belgelendirme ile kurumları değerlendirmeyi ve hizmet kalitesini ölçmemizi amaçlamaktadır. Bu durumda kurumların performansları kapsayan veri tabanlarının oluşturulması gerekmektedir.

4.4.8.6.Sağlık Sektöründe Araştırma/Geliştirme Çalışmaları

Türkiye’de Ar-Ge konusu planlı kalkınma dönemine geçildikten sonra, 1960’lı yıllarda, gerçek anlamda gündeme gelmiştir. Ar-Ge çalışmaları ülkelerin gelişmişlik göstergesini olmasından büyük önem arz etmektedir. Ar-Ge giderlerinin en yüksek olduğu kurum sağlık sektörüdür.

4.4.8.7. İzleme ve Değerlendirme

Sağlıkta Dönüşümle Programı çerçevesinde 2005 tarihinde “İzleme ve Değerlendirme Birimi” kurulmuş ve uygulamaya geçilmiştir. Gerçekleştirilen bu uygulama sayesinde sorunlarının anında gözlenmesi ve değerlendirilmesi sağlanıp, çözümlerin oluşması amaçlanmıştır. (32)

4.4.8.8. Sağlık İnsan Kaynakları

Bilgi, beceri sahibi, motivasyonu yüksek insan kaynaklarının sağlanması önem arz etmektedir. Bu bağlamda, sağlık insan gücünün görev ve yetkileri de tanımlanmalıdır (29).

4.4.8.9. Sürekli, Ulaşımı Basit, Sağlık Hizmeti Sistemi

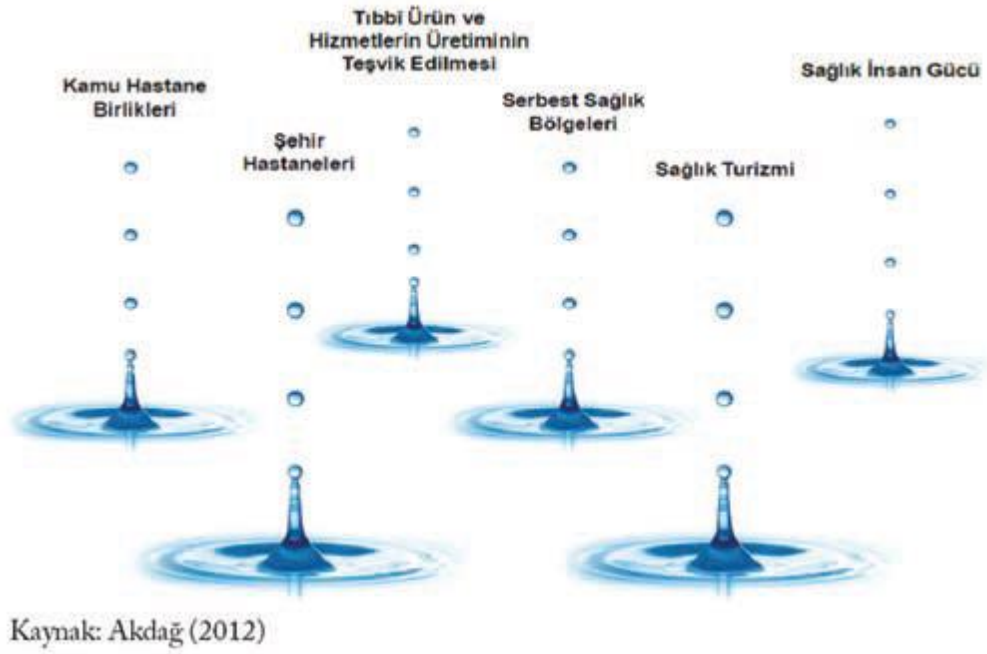
Gelişmiş ve daha az gelişmiş şehirlerimizde sağlık hizmeti her yönden farklılık gösterebilmektedir. Bu farklılıklar; iklim koşulları, yerleşim alanlarının durumu vb. olabilir. Bu nedenle her bir yerleşim alanında kendine özgü çözüm yolları bulunması gerekmektedir (12).

Hasta bireyler için en önemli şey bir an önce bekledikleri sağlık hizmetine erişebilmektir. Bu nedenle devlet sürekli , ulaşımı basit sağlık hizmetini sunmak zorundadır. (28)

Hekime müracaat ve ameliyat sayılarında gözlenen artış; SDP'nin sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir hale getirilmesi amacına ulaşmada kat ettiği yolu göstermesi açısından önemlidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile performans kaygısıyla gereksiz ameliyatların yapıldığına dair endişeler dile getiriliyor olsa da, özel sektörde yapılan ameliyat sayılarında gözlenen artışın Kamudan çok daha fazla olması hizmete erişimin kolaylaşmasının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Ayrıca operasyon sayısının ve sağlık harcamalarının artması, sadece sağlık durumunun kötüleşmesi değil, eskiden yalnızca hayati tehdit eden durumlarda ameliyat olunup, yaşam konforunu artırmaya yönelik ameliyatlara erişilemiyor olmasına rağmen, getirilen yeniliklerle yaşam kalitelerini artırmaya yönelik ameliyatlara erişiminde mümkün olması şeklinde yorumlanabilir.

4.5.Sdp'nin Hizmet Sunumuna Yönelik Uygulamaları

Bilindiği üzere 2009 yılından beri SDP'nin ikinci aşaması uygulamaya konulmaktadır. Bu bağlamda ön plana çıkan konuları eski Sağlık Bakanı Sayın Recep Akdağ (2012) 2013 yılı bütçe sunumunda; kamu hastane birlikleri (KHB), şehir hastaneleri, tıbbi ürün ve hizmetlerin üretiminin teşvik edilmesi, serbest sağlık bölgeleri, sağlık turizmi ve sağlık insan gücü olarak ortaya koymuştur.



Şekil 4.5. SDP nin Hizmet Sunumu (44).

4.5.1.Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

“25 Ocak 2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan Aile Hekimliği uygulama yönetmeliğine göre “aile hekimi, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü, tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya kurumun öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri ifade etmektedir.”(34)

İlk önce Düzce ilinde uygulamaya konmuş, sonraları da diğer iller de dahil edilmiştir. Yasaya göre, aile hekimleri birinci basamak tedavi edici hizmetlerden sorumludur. Aynı zamanda birinci basamak sağlık kuruluşlarının sorumlu oldukları

koruyucu hekimlik hizmetleri “topluma yönelik” ve “kişiyeye yönelik” olarak ikiye ayrılmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinden bireye yönelik olanlar aile hekimlerine çevreye ve topluma yönelik olanlar ise toplum sağlığı merkezlerine devredilmiştir (37).

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birey sağlığı, birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmeti en başta uygulanmaya çalışılmış olmasına rağmen bazı nedenlerden dolayı uygulanamamıştır. Bu nedenlerin en başında sistemin temelini oluşturan sevk zincirinin uygulanamamasıdır. Sevk zincirinin uygulanamamasıyla hizmet alanların direkt ikinci basamak sağlık kurumlarına rahatlıkla ulaşımı sağlamış ve bunun sonucunda sağlık kurumlarında gereksiz yığılmaların önüne geçilememiştir. Aile hekimlerini asıl görevini aile sağlığı elemanı ile beraber poliklinik hizmeti ve yerinde koruyucu sağlık hizmeti sunmaya vermiştir. Bu durum ise saha görevinin aksamasına neden olmuştur. Sahada gebe/bebek izlemleri eksik yapılmış bunun sonucuyla aşılama yüzde oranları düşmüştür. Sağlık Bakanlığı bu durumu çeşitli tedbirler alarak önlemeye çalışmıştır. İlk iş olarak gebe ve bebekler tespit edilip, hastaneler aracılığıyla aile hekimlerine elektronik ortamda bildirilmeleri ve takibe alınmaları sağlanmıştır. Ancak bu noktada aile hekimlerine tanımlanmış bir iş süreci yine farklı bir iş gücü kanalıyla sürdürülmesi gerekliliğini göstermiştir. Bu durum da sağlık ocağı sistemine göre bir işi iki grubun yapmasına neden olarak ek iş gücü harcanmasına neden olmuştur.

Aile hekimliği’nde sözleşmeli personeller tanımlanıp, görev almaları sağlanmıştır. Sözleşmeli personelin maaşının yüksek olması aynı zamanda nöbet durumunun olmaması avantajları nedeniyle hekimler ve sağlık personelleri aile hekimliğini tercih etmişlerdir. Bu nedenle özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında belli bir zaman sonra aile hekimliği sistemi içinde yer alan hekimlere de nöbet tutma zorunluluğu getirilmiştir. Bu zorunlulukla beraber aile hekimleri gönüllü olarak sözleşmeli çalıştıkları hatta yarı özerk gibi bulunan konumlarından yine geriye dönüş yaparak kamu hastanelerinde nöbet tutmaya başlamışlardır. Aile hekimliği sistemindeki hekimi yaşadığı bu durum, hekimin pozisyonu konusunda ikilem yaratmış ve sistemin kendi içerisinde çatışmasına neden olmuştur (28).

4.5.2.Etkili, Kademeli Sevk Zinciri

Bu durum kişinin kendi iradesiyle talep ettiği doktordan sağlık hizmetinden yararlanabilmesi olarak açıklanabilir. Sistemin uygulanmasıyla hastanelerdeki gereksiz yığılmalar azalarak, sağlık maliyetinde önemli derecede düşüş gözlenmesi hedeflenmiştir. Bu suretle düşük maliyetli hizmet verilmesi gerçekleşecektir (28).

Sağlıkta Dönüşüm programında hedeflenen etkili ve kademeli sevk zincirinin uygulanmadığı görülmüştür. Aile hekimliğinde sevk zinciri zorunlu tutulmasıyla aile hekimleri polikliniklerinde aşırı derece de yığılmalar söz konusu olmuş ve aile hekimleri sevk işlemleri nedeniyle asıl görevi olan koruyucu sağlık hizmetleri ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması çalışmalarını aksatmışlardır. İkinci basamak tedavi hizmetlerine sevk edilen hastaların tedavi süreçleri hakkında aile hekimlerine geri bildirim yapılmadığı için aile hekimi hastasına ait bilgileri bilmemektedir. Aynı şekilde aile hekimine gitmeden özel ve diğer kamu hastanelerine giden anne ve bebeklerin takip süreci aile hekimine bildirilmediği için de aile hekiminin asıl görevi olan aşılama, takip ve koruyucu hekimlik zinciri sapmaya uğramaktadır. Bunların sonucunda sevk zincirinin başarısız olduğunu bireyin birinci basamağa yönlendirilip sağlık giderlerinde azalma beklentisinin gerçekleşmediği söylenebilir (28).

4.5.3. Kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması

06 Mart 2007 tarihinde “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” TBMM Başkanlığına sunulmuştur. Bu yasa tasarısı ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi amaçlanmıştır. Türkiye ‘de SDP öncesinde sağlık hizmetleri bir bütünlük göstermiyordu. Bu nedenle devlet hastanelerinin çoğu tek çatı altında birleşti. Böylece her vatandaşın tüm kamu kurumlarından hizmet alabilmeliri sağlandı.

Tasarının 1. maddesinde “kanunun amacını kaynakları etkin ve verimli kullanarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini katılımcı, hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli, kolay erişilebilir şekilde sunulmasını sağlamak üzere kamu hastane birlikleri kurulması ve çalıştırılması ile ilgili esasları belirlemek olarak tanımlamaktadır.”(41)

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin hastaneler açısından ilk uygulaması SSK ve diğer kamu kurumlarına ait olan kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesiyle gerçekleşmiştir. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığındaki diğer hastanelerinde standart birliği sağlanması hedeflenmiştir. Bu konudaki yasal düzenleme 6.1.2005 tarih ve 5283 sayılı “*Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanunla*” gerçekleştirilmiştir. Sadece üç büyük şehirdeki üç tane belediye hastanesi, üniversite hastaneleri ve MSB hastaneleri dışında diğer hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilmiştir(12).

Maliye Bakanlığının hazırladığı Sağlık Uygulama Tebliği ile bireylere diledikleri kamu hastanelerini gidebilmeleri sağlanmıştır. Hastanelere gidişte ilk önce emeklilerin sevk zorunluluğu, daha sonrasında çalışan diğer kesimin ve diğer kamu sağlık sigortalıların sevk zorunluluğu ortadan kaldırılmıştır. Sadece yeşil kartlı hastaların sevk sistemi dahilinde sağlık kurumları arasında sevk edilmesi esası korunmuştur. Böylece hastane seçme hakkı uygulaması büyük ölçüde sağlanmıştır. Ayrıca Genel Sağlık Sigortasının uygulanmasıyla kamu sağlık sigortalıların katılım payı ödeyerek özel hastanelere gitmelerine olanak tanınmıştır. Bunun sonucu olarak hastaların hastane seçme hakkı kamu hastaneleriyle sınırlandırılmayarak, SGK ile sözleşmesi olan özel hastanelerinden de hizmet alabilme imkanı sunulmuştur (12).

4.5.4. Şehir Hastaneleri: Kamu-Özel Ortaklığı

Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair 5683 sayılı Kanunun 09 Haziran 2007 tarih ve 26547 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmesi ile; 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 17/C Maddesinin (k) bendine göre Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı adı altında müstakil Daire Başkanlığı olarak kurulmuştur.

Sağlık sektöründe Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) finansman yönteminin uygulanması ile; a) özel sektör finansman kaynaklarının kamu yatırımlarında kullanılması, b) özel sektörün hızlı karar alma ve bu kararları uygulamaya koyma becerisi ile yaratıcılığının proje sürecine entegrasyonu, riskin paylaşılması, c) her kesimin en iyi bildiği ve uzman olduğu ana işini yapabileceği bir altyapının oluşturulması, d)

sağlık tesisi faaliyete geçirilinceye kadar kamu adına herhangi bir maliyet üstlenilmemesi, e) ödenek yetersizliği nedeni ile kamuda ortalama 8-10 yılı bulan bina yapım sürelerinin kısaltılması, f) kısıtlı kamu kaynakları üzerindeki yatırım yükünün kira bedeli ödeme düzeyinde uzun yıllara yayılması, g) tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların işletilmesinin özel sektöre yaptırılması gibi temel unsurları ve avantajları hedeflenmektedir. Bu anlamda ilk etapta 20 şehir hastanesi kurulması öngörülmektedir (44).

4.5.5. Tıbbî Ürün ve Hizmetlerin Üretimini Teşvik Edilmesi

663 sayılı KHK ile tıbbi ürün ve hizmetlerin üretimini teşvik edilmesi kayıt altına alınmıştır. Bu anlamda; (1) Bakanlık, ileri teknoloji gerektirenler başta olmak üzere, ülkenin sağlık sektöründeki tıbbî cihaz, ürün, hizmet ve ilaç sanayisinin geliştirilmesine ve desteklenmesine yönelik politikaları belirler ve uygular. Bu amaçla girişimcileri yönlendirir, yerli sanayiye malî ve diğer teşvikleri uygulayabilir, yerli sanayinin teknolojik altyapı ve yeteneklerini araştırır, bunların geliştirilmesine yönelik önlemleri alır, gerektiğinde yurtdışından yerli sanayiye teknoloji transferi yapılmasını sağlar. (2) Bakanlık ve bağlı kuruluşları, sağlık hizmeti sunumunda ihtiyaç duyulan tıbbî cihaz, ilaç ve diğer ürün ve hizmetlerin alımında mümkün olduğunca yurtiçi sanayi imkanlarından faydalanır, bu amaçla yurtiçi firmalara araştırma, geliştirme, prototip ve seri üretim faaliyetlerini yaptırır. İhtiyaç halinde yerli ve yabancı gerçek ve tüzel kişilerle alım garantili sözleşmeler yapılabilir ve yedi yıla kadar gelecek yıllara yaygın yüklenmeye girişilebilir. (3) Sağlık hizmeti sunumunda ihtiyaç duyulan tıbbî cihaz, ilaç ve diğer ürün ve hizmetlerin yurtdışından alınması ya da bu yönde yurtdışı kaynaklı yatırım yapılması durumunda, karşılığında satıcı firmadan yerli sanayi katılımı, Ar-Ge, teknolojik işbirliği ve off-set yükümlülüğü istenmesine ilişkin hususlar Bakanlıkça düzenlenir (35).

4.5.6. Sağlık Serbest Bölgeleri

663 sayılı KHK ile (Resmi Gazete 2011) “ülkenin sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve yüksek tıbbî teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla, 6/6/1985 tarihli ve 3218 sayılı Serbest Bölgeler Kanunu

hükümleri çerçevesinde, sağlık serbest bölgelerinin kurulması ve yönetilmesine ilişkin usûl ve esasların Bakanlar Kurulunca belirleneceği” hüküm altına alınmıştır (35).

4.5.7. Sağlık Turizmi

Sağlık hizmetlerinin uluslararası düzeyde üretimi, tüketimi ve bu bağlamda hastaların uluslararası düzeyde dolaşımı tarih boyunca her zaman var olan bir olgu olmuştur. Ancak özellikle son yıllarda ağırlıklı olarak bilgi ve iletişim teknolojisinin kaynaklık ettiği küreselleşme süreci ile birlikte bu dolaşım daha da artmış ve sağlık turizmi etiketi odaklı olarak ciddi bir pazar yaratılmıştır. Türkiye'nin de içinde bulunduğu bazı ülkeler bu artan uluslararası hasta dolaşımı pastasından pay almak için son 15-20 yıldır ciddi girişimlerde bulunmaktadır.

Türkiye 2003 yılından bu yana gerçekleştirmiş olduğu SDP ile sağlık hizmetlerinin tüm bileşenlerinde önemli gelişmeler ve iyileştirmeler kaydetmiş, toplumun sağlığını geliştirmiş ve gelinen noktada da sadece ulusal hastalara değil aynı zamanda uluslararası hastalara da kaliteli ve maliyet-etkili hizmet verecek kurumsal kapasiteye ulaşmıştır. Bu bağlamda Türkiye son yıllarda uluslararası hasta dolaşımından önemli ölçüde pay alan bir destinasyon ülkesi konumuna gelmiştir. (45).

4.5.8 Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi

Tıp alanındaki iyileşmelere rağmen en önemli sorunlardan biride hastane enfeksiyonudur. Hastane enfeksiyonları başta hasta güvenliği olmak üzere sağlık personeli, ziyaretçiler, sağlık dışı personel ve hâlk sağlığı için önemli bir tehdittir. Hastaların hastanede yatış süreleri uzadığında ülke ekonomisine de mâli yük getiren durum söz konusu olmakta olup, bunu en aza indirebilmek içinde önlemler almak gerekmektedir.

SDP ile, 2004 yılında Hastane Enfeksiyonları Bilimsel Danışma Kurulu kurularak bu alanda eksikliklerin giderilmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır. Yataklı tedavi kurumlarında sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü alanında çalışmaları yürüten enfeksiyon kontrol komitelerinin görev yetki ve sorumluluklarına ilişkin usul ve esasları düzenleyen “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği”nin 11.08.2005 tarihli ve 25903 sayılı Resmî

Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bugün tüm yataklı tedavi kurumlarımızda enfeksiyon kontrol komiteleri Yönetmeliğe uygun olarak faaliyetlerini sürdürmektedir.

İlgili Yönetmelik gereği tüm yataklı tedavi kurumları; bin yatak için (tercihen ulusal/uluslararası sertifikaya sahip) bir enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanını enfeksiyon kontrol hekimi, her iki yüz elli yatak için Bakanlıkça sertifikalandırılmış enfeksiyon kontrol hemşireliği sertifikasına sahip bir hemşiresini enfeksiyon kontrol hemşiresi olarak görevlendirmekle yükümlüdür. 2007 yılından bu yana verilen enfeksiyon kontrol eğitimleri sayesinde 2011 yılı sonu itibarıyla 527 enfeksiyon kontrol hekimine ve 1.063 enfeksiyon kontrol hemşiresine ulusal sertifika verildi. Bilimsel Danışma Kurulu çalışmaları ile “Hastanelerde Havalandırma ve Kontrolü Kılavuzu” hazırlandı. Hastane enfeksiyonları alanında yürütülen bu ciddi çalışmalar sonucunda 2006 yılından bu yana ulusal verilere ulaşıp ulusal politikalar geliştirebilmemiz sağlandı.

İlgili Yönetmeliğe göre hastane yönetimleri, her yılın en geç şubat ayının sonuna kadar hastane enfeksiyon hızları ve sürveyans sonuçlarını içeren yıllık faaliyet raporlarını Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür. Hastane enfeksiyonu verilerinin tek merkezde toplanıp analiz edilmesi, analizlerin değerlendirilerek geri bildirimlerin yapılması, hastane enfeksiyonlarının kontrolüne ve önlenmesine yönelik politikaların geliştirilmesi amacıyla “Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Sistemi”ni geliştirildi. Bu şekilde Bilimsel Danışma Kurulunun desteğiyle “Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Standartları” belirlenerek ve tüm hastanelere duyuruldu. Ayrıca hastanelerimizdeki mevcut ve yeni açılacak parenteral nütrisyon ünitelerini standardize ederek hastane enfeksiyonlarının azaltılmasına yardımcı olmak ve kurumun hizmet kalitesini artırmak amacıyla “Total Parenteral Nütrisyon İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi” yayımlandı. Bakanlığın bünyesinde geliştirip Ağustos 2007 tarihinde ulusal kullanıma açılan web tabanlı Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (UHESA) ile uluslararası standartlarda güncel hastane enfeksiyonu verilerini toplayıp analiz edilebilmektedir. Hastaneler, UHESA’ ya Bakanlığımız tarafından verilen şifrelerle erişerek hastane enfeksiyonu sürveyans verilerini girmekte, kendi hastane enfeksiyonu bilgilerine ulaşabilmektedir. Sağlık Bakanlığı’na

bağlı yataklı tedavi kurumlarının UHESA'ya katılımını Mayıs 2008'de zorunlu hâle getirildi. Bugün UHESA üzerinden gün hastaneleri haricinde 1.019 yataklı tedavi kurumunun hastane enfeksiyonu hızlarına ve dirençli mikroorganizma sıklıklarına erişilebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte yürüttüğümüz "Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi" çalışmaları kapsamında veri kalitesine göre seçilen 42 göstergeden biri cerrahi alan enfeksiyon hızlarıdır. Bugün Avrupa Birliği ülkeleri içerisinde en gelişmiş sürveyans sistemlerinden birine sahibiz. Son on yılda katettiğimiz yolla, gelişmiş ülkelerin yaklaşık elli yılda geldiği noktaya ulaşıldı (13).

4.6.Sağlık Sistemleri

Ülkelerin kendi sosyodemografik, sosyoekonomik ve kültürel özelliklerine uygun olarak vatandaşlarına her türlü sağlık hizmetini sunma çabaları ile sağlık sistemi ortaya çıkar (1). Dünya Sağlık Raporu 2000 "*sağlık sisteminin temel amacı sağlığı geliştirmek, iyileştirmek ya da korumak olan her türlü faaliyet*" olarak tanımlamıştır.

Sağlık hizmetleri, "devlet" veya "özel sektör" tarafından sunulur. Sağlık hizmetlerini sunan özel sektör kâr amacıyla faaliyette bulunan kurumlardır. Sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunumu ise, sağlık ocakları, poliklinikler ve hastaneler tarafından sunulması demektir. Bu durumda sağlık hizmetlerinin finansmanı vergilerle veya kamu kaynakları ile karşılanır. Sağlık sisteminde beklentilerin aksamamadan sürdürülebilmesi için Sağlık Bakanlığı'nın kontrolü gerekmektedir.

4.6.1.Sağlık Sisteminin Önemli Bir Parçası: Hastaneler

Hastaneler, sağlık sisteminin en önemli kuruluşlarıdır. Hastanelerde tedavi hizmetlerinin yanı sıra eğitim, araştırma ve tüm sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Literatürde bir çok hastane tanımı yapılmıştır. En basit anlamda hastane "*hastalara hekimler ve sağlık personeli tarafından tedavilerin uygulandığı, bakım hizmetlerinin verildiği, yemekli, yataklı kurumlar*" şeklinde tanımlanır (1).

Hastaneler;

- tedavi faaliyet ve hizmetleri sunan bir sağlık kurumu,
- amacı tıbbi personel yetiştiren akademik eğitim yeri,

- adil bir şekilde tüm vatandaşı kapsayan bir sosyal organizasyon,
- faaliyet ve hizmetleri devlet denetiminde olduğu için bir kamu kuruluşu,
- hastalara ev sahibi olduğu için bir mesken,
- hizmet verdiği için bir çeşit hayır birimi olarak da ifade edilebilir.

Hastaneler özelliklerine göre özel sektöre mi yoksa kamuya mı ait olduğuna, yatak sayısına, genel ya da özel dal hastanesi oluşuna, eğitim ve araştırma hizmeti verip vermemesine, akredite olup olmamasına göre çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir (1).

Hastaneler sahiplerine göre üç gruba ayrılmaktadır:

- a. Kamu hastaneleri
- b. Kar amacı gütmeyen hastaneler
- c. Kar amaçlı özel hastaneler

4.6.2.Kamu Hastaneleri

Ülkemizdeki devlet hastaneleri, askeri hastaneler, bu gruba girmektedir. Kamu bütçesinden ayrılan paralarla yapılan ve işletilen bu kurumların sahibi devlet veya yerel yönetimlerdir. Kamu adına hizmet verirler ve amaçları kar etmek değil topluma kaliteli hizmet sunmaktır (1).

4.6.3. Kar Amacı Gütmeyen Hastaneler

Bu hastanelerin sahibi devlet ya da yatırımcı şahıslar değil, kamu adına hizmet üreten ancak devlet kuruluşu niteliğinde olmayan, genellikle gönüllülük temelinde işleyen tüzel kuruluşlardır. Üniversite Hastaneleri ve Vakıf Hastaneleri örnek olarak verilebilir (1).

4.6.4. Kar Amaçlı Özel Hastaneler

Yatırımcı özel kişiler tarafından kurulan ve kar etmek amacıyla işletilen kurumlardır. Sahibi tek bir şahıs, bir aile ya da şahıslardan oluşan bir şirket olabilmektedir. (1).

4.7. Hastane Yönetimin Tanımı

“Yönetim” kavramı, her sektörü kapsayan önemli bir kavramdır. Yönetim için birçok tanım yapılmıştır. Kısaca “*Yönetim insanlarınla işlerin yapılması sağlamaktır*” diyebiliriz. Sağlık hizmetlerinin yönetimi ise: “*Bireylere, toplumlara ya da kurumlara, sağlık ve tıbbi bakım ile iyi bir ortamda yaşamalarını sağlamak için, yapılacak işleri ve kullanılacak kaynakları ihtiyaçlar ve talepler doğrultusunda, planlamak, örgütlemek, yönlendirmek, denetlemek ve koordine etmektir*” (19).

Sağlık işletmeleri, geniş bir şekilde hizmet sunmak ve birçok meslek gruplarının bir arada olması zorunluluğuyla yönetimi çok zor olan kurumlardır. İnsan yaşamını doğrudan ilgilendirmesi nedeniyle yönetim açısından farklı özellikleri barındıran bir alandır. Bu sebeple çok karmaşık insan gücü içeren sağlık kuruluşlarının yönetilmesi sorununun ortaya çıkması, yönetim çabaların da beraberinde getirmiştir. (24).

Hastane kurumları insan yaşamını doğrudan ilgilendirmesi nedeniyle yönetim açısından farklı özellikleri barındıran bir alandır. Bu sebeple çok karmaşık insan gücü içeren sağlık kuruluşlarının yönetilmesi sorununun ortaya çıkması, yönetim çabaların da beraberinde getirmiştir (9).

Hastaneler önceleri kuran ve çalışan hekimler tarafından yönetilmiştir. Ancak, hekimlerin bilgi düzey ve yeterlilikleri yeterli olmayınca işletmecilere görev devredilmiş, ama bu şekilde de yeterli olamayınca hem sağlıktan anlayıp hemde güncel yönetim bilgi ve becerilerine sahip olan hastane yöneticileri yetiştirilmeye başlanmıştır (19).

Hastane yönetimini; hastanelerin hedeflerine ekonomik, verimli ve etkili olarak ulaşabilmesi için, yönetim fonksiyonlarını uygulayabilmesidir. Hastane yöneticisinin

çok geniş alanlarda bilgi düzey ve yeterliliğe sahip olması gerekmektedir. Örneğin; sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi, sağlık hukuku, hastane muhasebesi, tıbbi terminoloji, hastane bilgi sistemleri, tıbbi hizmetler vb konularda kendini geliştirmiş olmalıdır (10).

Hastane yönetimi; ekonomiklik, verimlilik ve etkililik olmak üzere üç önemli kavramı içermektedir. Hastanelerin amaçlarına ulaşmasında anahtar rol niteliğinde olan bu kavramlar aşağıda açıklanmıştır (10).

4.7.1.Ekonomiklik

Ekonomiklik, girdiler ve bunların temini ile ilgili bir kavramdır. Hastaneler çok pahalı ve farklı girdiler kullanmaktadır. Hastanelerin çıktılarını kalitelerini dikkate alarak girdileri en uygun fiyat ile temin etmeleri ekonomiklik kavramı ile açıklanmaktadır. Hastanenin çıktısı, muayene, teşhis ve tedavi sonucunda hastaların sağlık durumlarında meydana gelen değişikliklerdir. Girdileri olması gerekenden daha yüksek fiyat ile satın alınması hastaneyi olumsuz olarak etkileyecek ve bu olumsuz etki hizmet sunumunun diğer aşamalarında da kendini gösterecektir (10).

4.7.2.Verimlilik

Verimliliğin çoğunlukla; “en az girdi ile en çok çıktıyı elde etmektir” veya “en çok çıktıyı en az girdi ile temin etmektir” olarak tanımlanır. Şüphesiz bu tanımlar doğrudur ama bizim açımızdan önemli olan bu tanımların hastane yönetimi açısından ne ifade ettiği. Örneğin, MRG cihazının verimliliği, ameliyathane verimliliği ya da klinik verimliliğin ne ifade ettiği önem arz etmektedir (10).

Hastane yöneticileri sınırlı kaynaklarla düşük maliyetli ve kaliteli sağlık hizmeti sunmayı öğrenmek zorudur. Hastanenin sahip olduğu tüm kaynakların etkin kullanımını içeren verimlilik bir öğrenme sürecinin temel bileşenlerinden biridir. Dolayısıyla verimlilik hastanenin iç işleyişi ile ilgili bir kavramdır (10).

Hastanenin girdilerinden yaralanma becerisinin de göstergesi olan verimlilik, kaliteden ödün vermeden sağlık hizmetinin en düşük maliyet ile üretilmesini de içermektedir. Hastaneler verimsiz kullanım ile hem daha az hastaya hizmet sunmuş

olmakta hem de gelir yaratma fırsatlarını da kaybetmiş olmakta hem de sabit giderler nedeniyle ürettikleri hizmetin maliyeti artmaktadır (10).

Verimlilik ile ilgili çalışmaların hem hastane genelinde hem de her bir poliklinik, klinik, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım vb birimler bazında bu birimlerin özellikleri dikkate alınarak ayrı olarak yapılmasında yarar bulunmaktadır. Bu çalışmalar sırasında; çıktının kalitesinden asla ödün verilmemesi gerektiği, verimliliğin de bir sınırının olduğu ve az kaynak ile çok iş yapmanın her zaman mümkün olmadığı unutulmamalıdır (10).

4.7.3.Etkililik

Etkililik, amaçlara ulaşma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlama kaynakların temini ve kullanımını dikkate almamaktadır. Bu nedenle hastaneler açısından etkililiği, kullanılan girdiler ile hastanenin hedeflerine sağlayabilme düzeyi olarak ifade etmek daha uygun bir yaklaşımdır (10).

Hastanelerin ortak amacı; çeşitli şikayetler ile başvuran tüm hastaların muayene, teşhis ve tedavilerinin yapılarak şifa ile taburcu edilmesidir. Burada ki başarı hastanenin etkililik derecesini ortaya koymaktadır. Açıklamalardan anlaşılabilceği gibi etkililik, hastanenin çıktıları ile ilgili bir kavramdır. Etkililik ile ilgili değerlendirilmelerinin de hem hastanenin genelinde hem de poliklinik, klinik, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım vb birimler bazında ayrı olarak yapılmasında yarar bulunmaktadır. Diğer taraftan sağlık hizmetleri; almaya karar vermeden önce test edilecek ya da dokunabilecek bir ürün olmadığı için çıktıların ölçülmesi ve değerlendirilmesi de zor olduğu unutulmamalıdır (10).

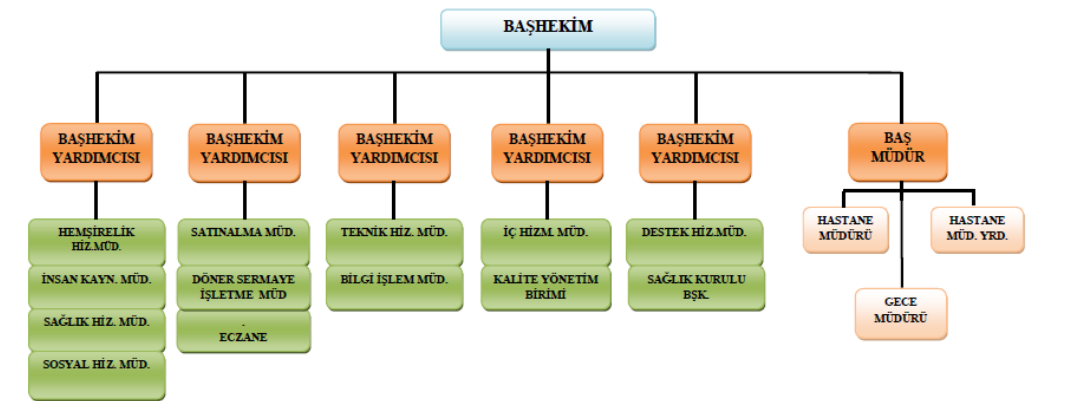
Hastane işletme matrisi hem işletme fonksiyonlarını hemde yönetim fonksiyonlarını kapsar. Buna göre üretim yönetimini hem hastane geneli için hem de Genel Cerrahi, ameliyathane vb birimler için de oluşmak yararlı olacaktır. Örneğin ameliyathane hizmetlerinin planlanması kapsamında hangi uzmanlık alanının ameliyathaneyi ne zaman kullanacağı, ameliyathane genel temizliğin ne zaman yapılacağı, mesai saatleri dışında ve tatil günlerinde ameliyathanenin nasıl kullanılacağına vb kararlar verilir. Ameliyathane örgütlemesi aşamasında;

ameliyathane yöneticinin kim olduğu, yönetici dahil ameliyathanede çalışan personelin görev, yetki ve sorumlulukları ile ameliyathanenin iç organizasyon şeması oluşturulur. Yürütme aşaması ise ameliyathanelerin fiilen yapıldığı aşamadır. Bu aşamada ameliyathanelerin sorunsuz yapılması için herkesin görevlerini tam yapması için gerekli önlemler alınır. Koordinasyon sürecinde sorun yaşanmaması için ameliyathaneleri kullanan birimler, eczane, tıbbi malzeme ünitesi, merkezi sterilizasyon, çamaşırhane vb birimler ile koordinasyon sağlanır. Denetim aşamasında ise ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve ameliyat sonrası süreçler izlenir ve değerlendirilir (10).

4.8.Hastane Organizasyonu

Organizasyon; ortak amaçlara ulaşmak için insanlardan oluşan sistematik bir yapıdır. Tarihin en eski organizasyonlarından olan hastaneler geleneksel olarak sağlık hizmetlerinin odak noktasını oluşturmaktadır. En son yayımlanan 2014 yılı istatistiklerine göre Türkiye’de 206.836 yatak kapasiteli 1.528 hastane bulunmaktadır. Bu hastanelerde 13.034.273 yatan hastaya hizmet verilmiştir. Hastanelerini büyüklüğünü ve kapasitesini ifade etmek için kullanılan temel ölçüt yatak sayısı olmaya devam etmektedir. Benzer şekilde yatan hasta sayısı da hastanelerin ana ürünü ve çıktısı olmaya devam etmektedir (10).

İyi bir hastane organizasyon yapısını oluşturabilmesi için hastane faaliyetlerini içerecek şekil 3. deki gibi organizasyon şemasını oluşturmalıdır.



Şekil 4.8.1. : Hastane Yönetim Organizasyon Şeması (47)

4.8.1. Türkiye de Hastane Organizasyonu

Türkiye de başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı, Belediyeler ve özel sektör hastane hizmeti sunmaktadır. En son yayımlanmış olan 2015 yılı istatistiklerine göre hastanelere ait bazı veriler aşağıda tablo 4.9.1.1. ve 4.9.1.2 de yer almaktadır.

Tablo 4.8.1.1.: Hastane Verileri (48)

Mülkiyet	Toplam Hastane Sayısı	Hastane Yatağı Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Toplam Ameliyat Sayısı
Sağlık Bakanlığı	865	122.331	7.404.570	2.364.595
Üniversite	70	38.361	1.891.094	801.424
Özel	562	43.645	4.237.453	1.604.126
Toplam	1497	204.337	13.533.117	4.770.145

Tablo 4.8.1.2: Hastane Verileri (48)

Mülkiyet	Yatak Kullanım Oranı(%)	Ortalama Yatış Süresi	Yatak Devir Hızı	Kaba Ölüm Hızı (%0)
Sağlık Bakanlığı	71,7	4,3	60,5	16,6
Üniversite	75,5	5,6	49,3	22
Özel	59,6	2,5	86,6	17,5
Toplam	206,8	12,4	196,4	56,1

Türkiye’de Hastane Organizasyon yapıları; Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerde kendi ihtiyaçlarına göre değişiklik göstermektedir. Kısaca aşağıda bu kurumların organizasyonları hakkında bilgi verilmiştir.

4.8.2. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Organizasyonu

Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin organizasyon yapısı; “663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun” ile belirlenmiştir. “Kanun Hükmünde Kararname ile bakanlık hastaneleri ile ilgili olarak bütün işlemleri yapmak üzere bakanlığın bağlı kuruluşu olarak Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu kurulmuştur” (35).

4.8.3. Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu

663 sayılı Sağlık Bakanlığı Kanun Hükmünde Kararname ile “2. ve 3. Basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesini sağlamak üzere, bakanlığın bağlı kuruluşu olarak Türkiye Hastaneler Kurumu” kurulmuştur (35).

- Kurumun yetki, görev ve sorumlulukları şunlardır:
- kendine bağlı hastaneleri kurmak, işletmek, kapatmak vb.
- her türlü sağlık hizmetinin işleyişini sağlamak
- faaliyetlerin izlemek ve değerlendirmek
- eksik veya geri kalınmış hizmetlerde iyileştirmeler yapmak
- kurum personelin ücret, emeklilik, iş istihdamı gibi işlerini yürütmek
- kurum hizmetlerinin gerektirdiği satın alma, bakım, idari ve mali işleri yürütmek (10).
- Görüldüğü gibi Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Sağlık Bakanlığı hastaneleri için üst kurum olup hastaneler üzerinde her türlü yetkiye sahiptir.

4.8.4. Üniversite Hastanelerin Organizasyonu

Sağlık sisteminin son noktası olarak üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumlardır. “*Üniversite Hastaneleri 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa göre sağlık araştırma ve uygulama merkezi*” olarak kurulmaktadır (38) Dolayısıyla Üniversite hastanelerinin eğitim-öğretim, araştırma ve topluma sağlık hizmeti sunmak gibi üç temel işlevi ortaya çıkar.

Her üniversite ayrı bir tüzel kişilik olduğu için üniversite hastanelerinin tek tip organizasyon yapıları yoktur.

Üniversitelerin genel özellikleri:

- Üniversitede rektörlüğe doğrudan sağlık araştırma merkezi olarak kurulurlar.
- Ayrı yönetmelik veya yönergesi bulunur.
- Rektörün atadığı başhekim tarafından yürütülür.
- İdari, mali ve teknik hizmetler başhekime bağlı başmüdür tarafından organize edilir.
- Hastane olarak tescili bulunmamaktadır.
- Sağlık Bakanlığı denetimine bağlı değildir(10).

4.8.5.Özel Hastanelerde Organizasyon

Özel Hastaneler Organizasyonu; Özel hastaneler Kanunu, Özel Hastaneler Tüzüğü ve Özel Hastaneler Yönetmeliği ile ticari kuruluş biçimine göre Türk ticaret Kanunu'na uygun olarak gerçekleşir. Özel hastaneler genel olarak anonim şirketi olarak kuruldukları için, organizasyon yapılarında genel kurul, yönetim kurulu ve denetim kurulu bulunmaktadır. Bu genel yapı dışında özel hastane organizasyon yapıları hastanelerin türü ve büyüklüğüne göre farklılık gösterir (10).

4.9.Klinik Çalışmalarla İlgili Kavramlar

Hastanelerde verimlilik, kalite ve performans değerlendirmeleri için klinik göstergelerden yararlanılmaktadır. Bu yüzden bu kavramların neler olduğu ve nasıl hesaplandığının bilinmesi gerekmektedir. Aşağıda bu kavramlara kısaca değinilmiştir (10).

4.9.1.Hasta Yatağı, Yatan ve Taburcu Olan Hasta Sayısı ve Hasta Günü

Hastanelerin esas amacı yataklı tedavi hizmeti vermektir. Bu hizmet hastanede bulunan hasta yatakları aracılığı ile hastalara verilmektedir. “*Hastaların en az 24 saat olacak şekilde bakım ve tedavilerinin yapılması için, konulan yataklara hasta yatağı*”adı verilir (Ağırbaş,2016)(10).

4.9.2. Ortalama Hasta Kalış Günü (OHKG)

Bir hastanın hastanede ortalama olarak kaç gün kaldığını ifade eder. Toplam hasta günlerinin sayısı çıkan ve taburcu edilen (çıkarılan ve ölen) hasta sayısına bölünerek ulaşılır. Genel hastanelerde ortalama bir hafta, kronik hastalıkların daha fazla tedavi gördüğü hastanelerinde ortalama 30 gün, doğum hastanelerinde ortalama 3 gündür. Bir yatağın ne kadar verimlilikle kullanıldığını açıklar.

$$\text{Ortalama Hasta Kalış Günü} = \frac{\text{Toplam Hasta Günü}}{\text{Çıkan hasta sayısı (taburcu+ölen)}}$$

Kaliteli hasta bakımını ortalama hastanede kalma gün sayısı simgeler. Ayrıca ortalama hasta kalış gün sayısı azaldıkça daha çok sayıda yatan hastaya hizmet verme mümkün olmaktadır (10).

4.9.3. Yatan Hasta Oranı (YHO)

Belli bir zamanda (bir ay, üç ay veya bir yıl gibi) hastane polikliniklerine başvuran hastaların ne kadarının yatırılarak tedavi edildiğini gösteren orandır. Bu oran hastanenin türüne göre değişmekte olup yatan hasta oranının hem hastane genelinde hem poliklinik / kliniklerde hem de hastalık düzeyinde ayrı olarak hesaplanması gerekmektedir.

$$\text{Yatan Hasta Oranı} = \frac{\text{Yatan Hasta Sayısı}}{\text{Poliklinik Sayısı}} * 100$$

Yatan hasta oranının sevk sisteminin iyi işlediği bir sağlık sisteminde yüksek çıkması umulur. Fakat sevk sisteminin iyi işlemediği Türkiye’de bu oran genellikle düşüktür (10).

4.9.4. Yatak Devir Hızı (YDH)

Bir hasta yatağının belli bir zamanda (bir ay, üç ay veya bir yıl gibi) kaç hasta tarafından kullanıldığını gösteren ölçüte yatak devir hızı denir ve aşağıdaki formül ile bulunur.

$$\text{Yatak Devir Hızı} = \frac{\text{Yatan Hasta Sayısı}}{\text{Hasta Yatak Sayısı}}$$

Yatak Devir Hızı hasta bakım kalitesinin ve hasta yataklarının verimli kullanımını gösteren göstergelerden biri olup hasta bakım kalitesi düşürmeden yatak devir hızının yüksek olması istenir. Yatak devir hızının yüksek olması hasta bakım kalitesinin iyi olduğu ve hasta yataklarının verimli kullanıldığı şeklinde değerlendirilir.

Yatak devir hızı ortalama yatış süresinden etkilenir. Ortalama yatış süresi kısa olan hastane ve servislerde yatak devir hızı yüksek çıkacaktır. Benzer şekilde ortalama yatış süresi uzun olan hastane ve servislerde devir hızı düşük olacaktır (10).

4.9.5.Yatak Doluluk Oranı (YDO)

Hasta yataklarının ne ölçüde kullanıldığını belirtir. Kapasitesinin altında veya üstünde hizmet veren hastanelerde hasta yatak sayısının azaltılmasına ya da artırılmasına karar verilmesinde gözönüne alınması gereken bir orandır. Yatak doluluk oranı aşağıdaki formülle bulunur.

$$\text{Yatak Doluluk Oranı} = \frac{\text{Fiili Kapasite (Toplam Hasta Günü)}}{\text{Maksimum Kapasite}} * 100$$

Yatak doluluk oranı, ortalama hasta kalış günü ve yatak devir hızının birbirini tamamlayan göstergeler olduğu ve birlikte değerlendirmeleri gerektiği unutulmamalıdır (10).

4.9.6.Kaba Ölüm Hızı (KÖH)

Belli bir zamanda kliniklerde ölen toplam hasta sayısının aynı süre içinde taburcu edilen (ölen dahil) hasta sayısına bölünmesi ile hesaplanan hıza kaba ölüm hızı denir. Kaba ölüm hızı aşağıda verilen formülle hesaplanır (10).

$$\text{Kaba Ölüm Hızı} = \frac{\text{Klinikte Ölen Toplam Hasta Sayısı}}{\text{Taburcu edilen + Ölen Toplamı}}$$

Hastanelerde ölen tüm kişileri dahil ettiğinden doğru bir gösterge değildir.

4.9.7.Kaba Enfeksiyon Hızı (KEH)

Hastane Enfeksiyonları, dünyada hiçbir ülke veya hastanenin tam olarak çözemediği önemli bir sağlık sorunudur. Hastane enfeksiyonları; hastanede hasta kalış gününü artırmakta, uzun süreli iş gücü kaybı yaratmakta, mikroorganizmaların antimikrobiyal ajanlara dirençlerinin artmasına neden olmakta, sağlık sistemine ciddi bir ilave maliyet getirmekte, hasta ve ailesi için ciddi bir maliyete sebep olmakta, hatta ölümlerle sonuçlanabilmekte; bu nedenlerle de hasta güvenliği konularının başında yer almaktadır.

Hastaneye ait olup olmadığına bakılmaksızın belirli bir sürede bir hastanede görülen toplam enfeksiyon sayısı hakkında bilgi veren hız, kaba enfeksiyon hız olarak adlandırılmaktadır. Toplam enfeksiyon sayısı taburcu edilen (ölenler dahil) hasta sayısına bölünmesiyle elde edilir ve aşağıdaki formül ile hesaplanır (10).

$$KEH = \frac{\text{Hastanede Görülen Toplam Enfeksiyon Sayısı}}{\text{Taburcu edilen ve Ölen Toplam Hasta Sayısı}} * 100$$

4.9.8.Ameliyat Sayısı

Sağlıkla Dönüşümle ameliyat sayıları yedi kat artmıştır. Ameliyat sayılarındaki büyük artış, devlet hastaneleri ile sınırlı değildir. Türkiye’de 2002 yılında 2 milyonun biraz üzerinde olan toplam ameliyat sayısı (2.053.651), yedi kattan fazla artış göstererek 2014 yılında 14.741.948’e yükselmiştir ve toplam ameliyatların %67,4’ünü A, B ve C grubu ameliyatlar dışında kalan D, E ve gününbirlik ameliyatlar oluşturmaktadır.

4.9.9. Ambulans Sayısı

Hasta nakli ve/veya acil yardım amacıyla kullanılan ve mevzuatta öngörülen teknik ve tıbbi malzemelerle özel olarak donatılmış kara, hava ve deniz ulaşım araçlarına ambulans denir (10).

4.9.10. Kişi Başına Hekime Müracaat Sayısı

Sağlık Bakanlığı verilerine göre hastanelerde 2015 yılında 660 milyon 99 bin 447 muayene yapıldı. Türkiye’de bir kişinin bir yılda hekime müracaat sayısı 8.4 olarak belirlendi.



5. METOT VE MATERYAL

Bu çalışma da 2002-2015 yıllarında ülkemizde sağlıkta dönüşüm programı ile hastane göstergeleri incelenecektir.

Veri kaynağı olarak OECD, Türkiye Sağlık Bakanlığı ve WHO (Dünya Sağlık Örgütü) veri kaynaklarından yararlanılmıştır. Temel hastane göstergeleri olarak; hastane yatağı sayısı, toplam hastane sayısı, yatan hasta sayısı, hastanelerde yatak doluluk oranı, hastanelerde yatan hasta ortalama kalış günü, yatak devir hızı, ameliyat sayısı, kaba ölüm hızları, enfeksiyon hızları, toplam ambulans sayısı ve hekime müracaat kişi sayısı analiz edilmiştir. Tüm bu verilerin ışığında, Türkiye’de yıllara göre hastane göstergelerinin diğer ülkelere kıyasla nasıl bir değişim gösterdiği, değişim var ise bunun hastane göstergeleri ile ne ölçüde bağlantılı olabileceği tartışılmıştır.

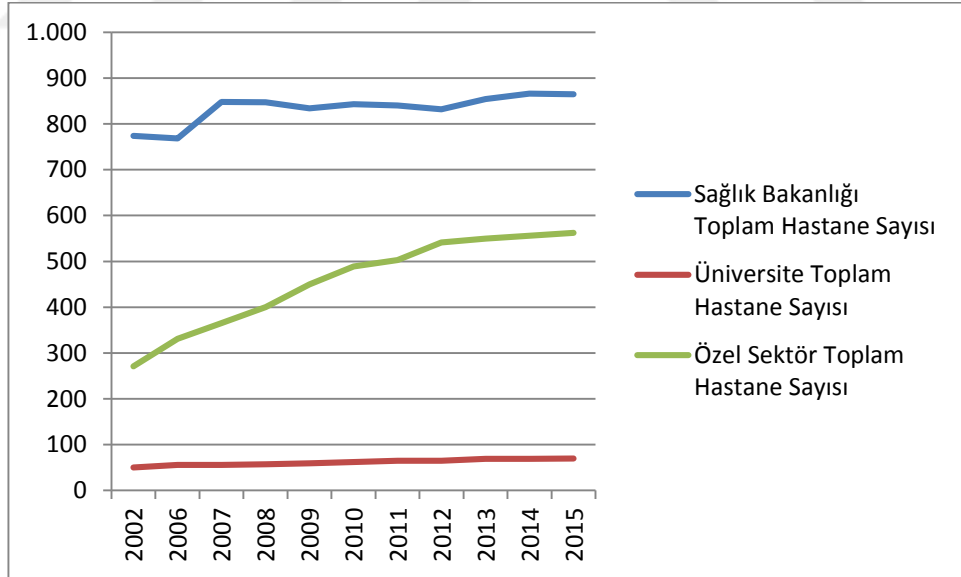
Bazı yıllara ait sağlık istatistiklerinin bulunamaması, enfeksiyon hızı ile ilgili istatistiklerin tek bir dönemle sınırlı kalması ve veri kaynaklarından alınan bilgilerin doğru olduğunun varsayılması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

6. BULGULAR

Temel hastane göstergeleri olarak; hastane yatağı sayısı, toplam hastane sayısı, yatan hasta sayısı, hastanelerde yatak doluluk oranı, hastanelerde yatan hasta ortalama kalış günü, yatak devir hızı, ameliyat sayısı, kaba ölüm hızları, enfeksiyon hızları, ambulans sayıları ve kişi başı hekime müracaat sayısı incelenektir.

Tablo 6.1.: Türkiye de Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hastane Sayıları (43)

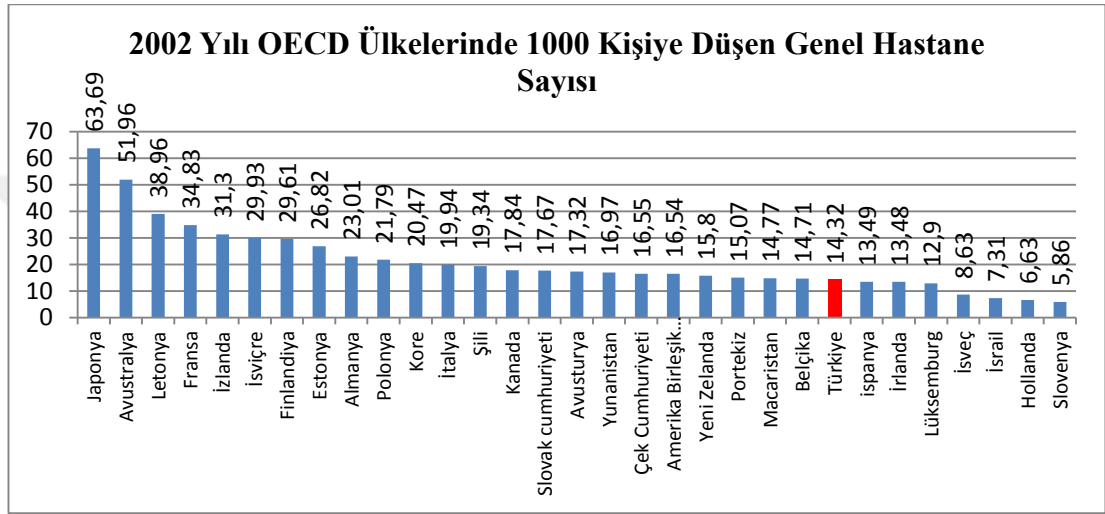
Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör
2002	774	50	271
2006	768	56	331
2007	848	56	365
2008	847	57	400
2009	834	59	450
2010	843	62	489
2011	840	65	503
2012	832	65	541
2013	854	69	550
2014	866	69	556
2015	865	70	562



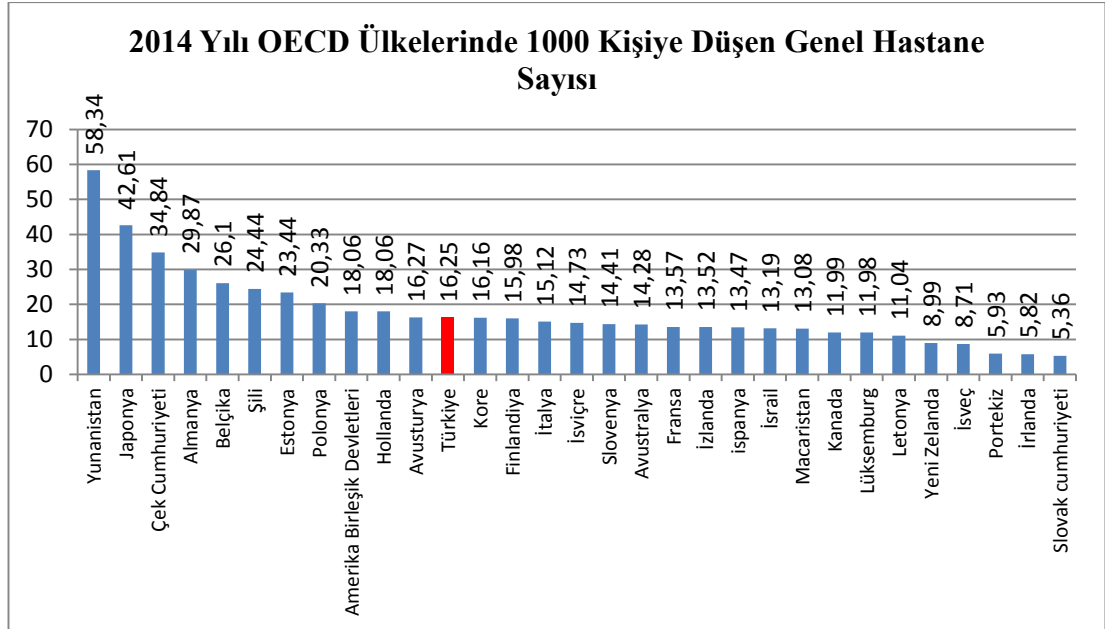
Şekil 6.1. :Türkiye Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hastane Sayısı (43).

Şekil 6.1. Türkiye de yıllara ve sektörlere göre toplam hastane sayıları verilmiştir. 2015 yılında hastane sayısı toplam 1.533 oldu. 2014 yılında Sağlık Bakanlığı hastane sayısı 866 iken 2015 yılında 865 oldu. 2014 yılında 69 olan

üniversite hastane sayısı 2015 yılında 70'e, 556 olan özel hastane sayısı 562'ye ulaştı. 2015 yılının 2002 yılına göre; Sağlık bakanlığı hastaneleri sayısı % 11,6 artış, üniversite hastane yatağı % 40 artış, özel sektör hastane sayısı % 107 artış göstermiştir. Genel olarak 2006 yılından sonra artış gerçekleştiği görülmektedir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alan kurum ve kuruluşların mülkiyetine göre bakıldığında, yıllar itibariyle özellikle özel sektör hastanelerinde ciddi bir artış olduğu gözlenmektedir

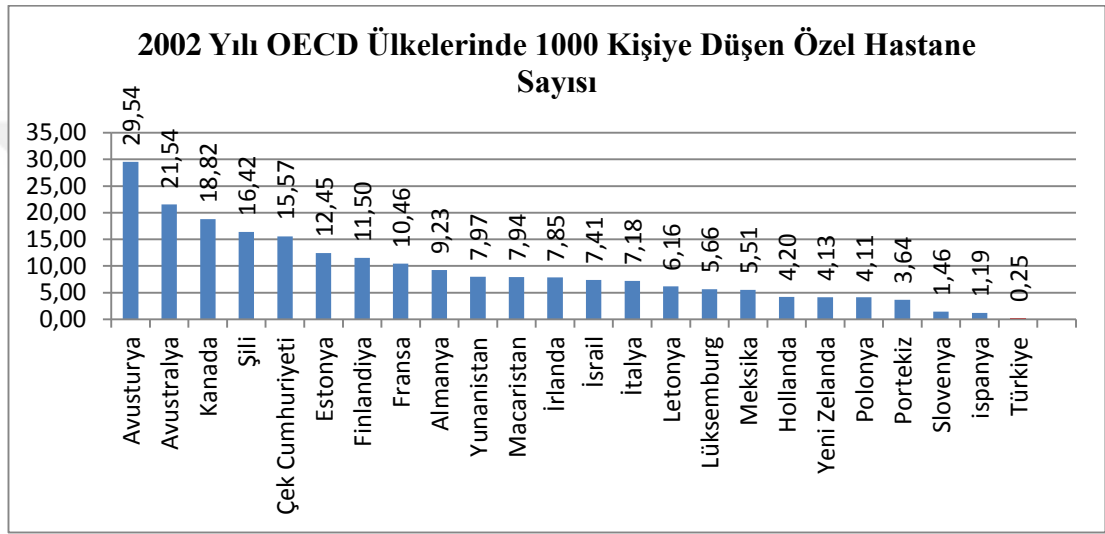


Şekil 6.2: OECD Ülkelerinde Genel Hastane Sayısı (33).

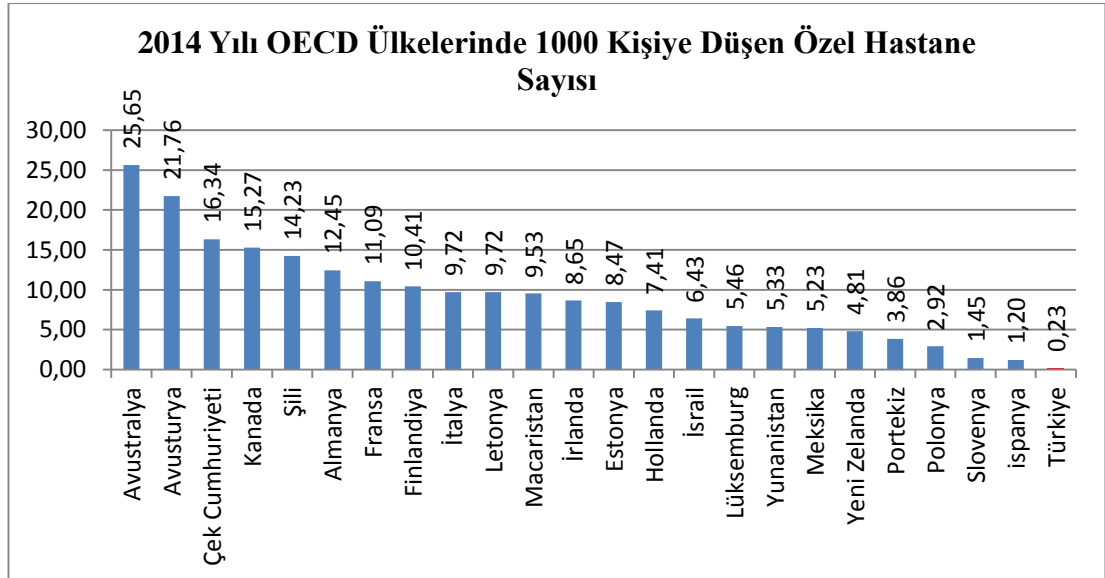


Şekil 6.3: OECD Ülkelerinde Genel Hastane Sayısı (33).

Şekil 6.2. ve Şekil 6.3. de 2002 ve 2014 OECD ülkelerinin 1000 kişiye düşen genel hastane sayısı sunulmuştur. Bu veriler ışığında Türkiye'nin genel hastane sayısı bakımından OECD ülkelerine göre 2002 yılında daha düşük veriler göstermesine rağmen 2014 yılında OECD ülkelerine yaklaştığı görülmüştür. 2002 yılı 63.69 ve 2014 yılı 58.34 ile Japonya birinci olmuştur. Türkiye 2002 yılında 14.32 ile baştan yirmi dördüncü; 2014 yılında 16.25 ile baştan on ikinci olmuştur. 2014'e gelindiğinde Türkiye'de 1000 kişiye düşen genel hastane sayısında OECD ülkeleri içerisinde ilerleme gözlenmiştir.



Şekil 6.4. : OECD Ülkelerinde Özel Hastane Sayısı (33).

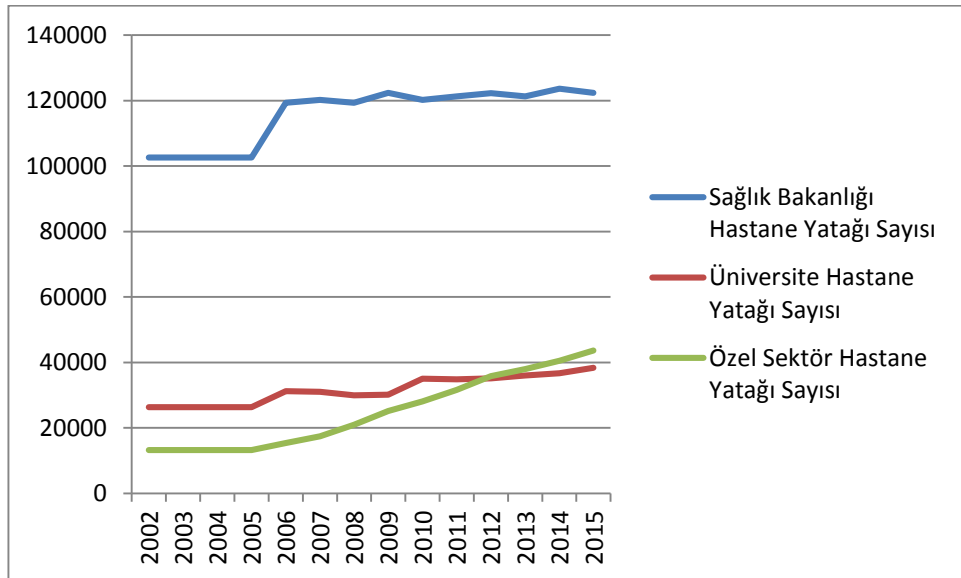


Şekil 6.5.: OECD Ülkelerinde Özel Hastane Sayısı (33).

Şekil 6.4. ve Şekil 6.5. de 2002 ve 2014 OECD ülkelerinin 1000 kişiye düşen özel hastane sayısı sunulmuştur. Bu veriler ışığında Türkiye'nin OECD ülkelerine göre daha düşük veriler gösterdiği görülmüştür. 2002 yılı 29.54 ile Avusturya birinci iken 2014 yılında 25.65 ile Avustralya yine birinci olmuştur. Türkiye 2002 yılında 0.25 ve 2014 yılında 0.23 e düşerek OECD ülkeleri içerisinde yine sonuncu olmuştur.

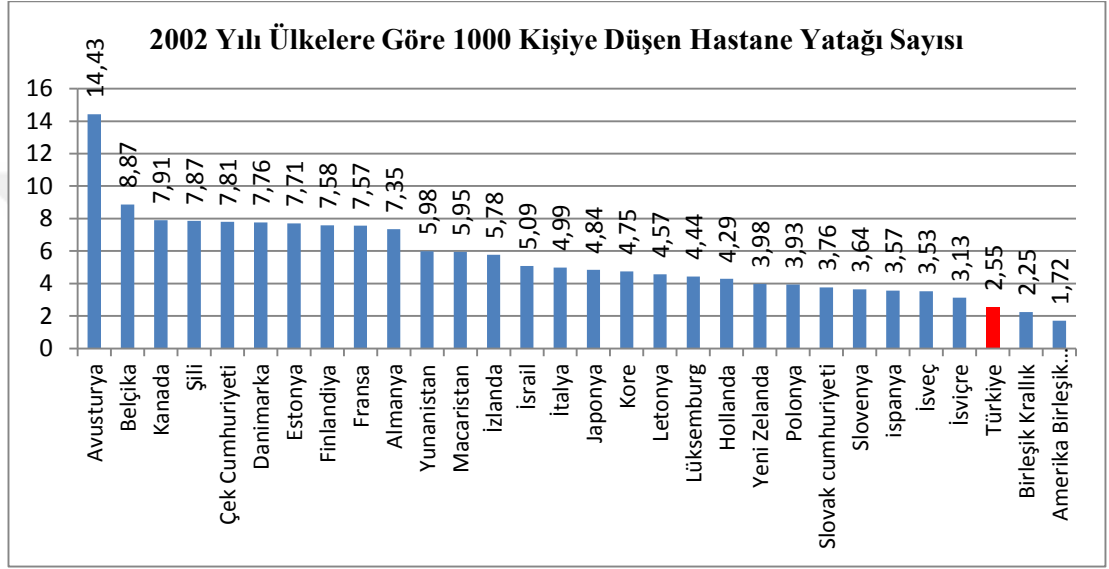
Tablo 6.2. Türkiye de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı (43)

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel
2002	102.589	26.341	13.192
2003	102.589	26.341	13.192
2004	102.589	26.341	13.192
2005	102.589	26.341	13.192
2006	119.328	31.193	15.416
2007	120.228	30.978	17.397
2008	119.310	29.912	20.938
2009	122.354	30.112	25.178
2010	120.180	35.001	28.053
2011	121.297	34.802	31.648
2012	122.322	35.150	35.767
2013	121.269	36.056	37.983
2014	123.690	36.670	40.509
2015	122.331	38.361	43.645

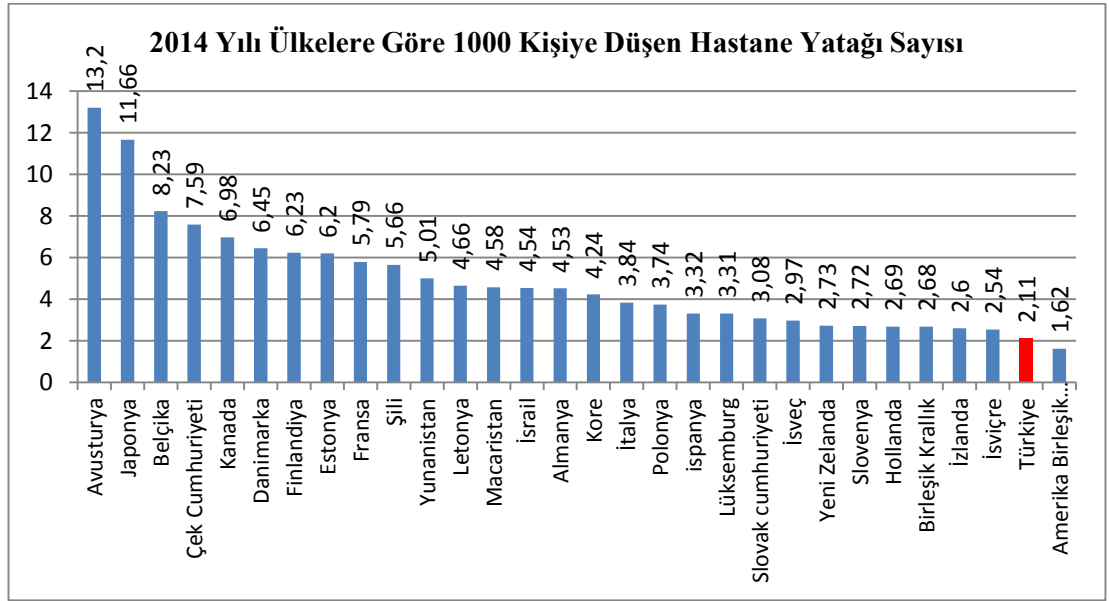


Şekil 6.6.: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı (43).

Şekil 6.6. da Türkiye’de yıllara ve sektörlere göre hastane yatağı sayısı verilmektedir. 2015 yılında toplam hastane yatağı sayısı 209.648 oldu. Sağlık Bakanlığı hastane yatağı sayısı 2014 yılında 123.690 iken 2015 yılında 122.331 oldu. Üniversite ve özel sektörün hastane yatağı sayıları 2014 yılında sırasıyla 36.670 ve 40.509 iken 2015 yılında 38.361 ve 43.645’e ulaştı. Hastane yatağı sayısı 2015 yılında 2002 ye göre; Sağlık Bakanlığı %19.24, özel Sektör %230.84 ve üniversite % 45.63 olarak artmıştır. En fazla artış özel sekdörde yaşanmıştır.

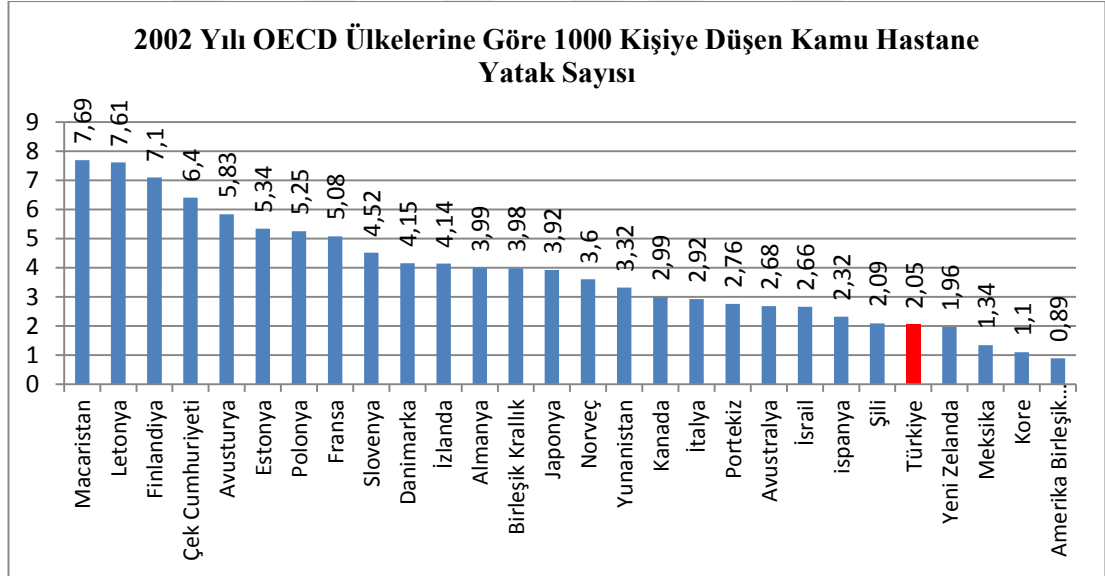


Şekil 6.7: OECD Hastane Yatakları Sayısı (33).

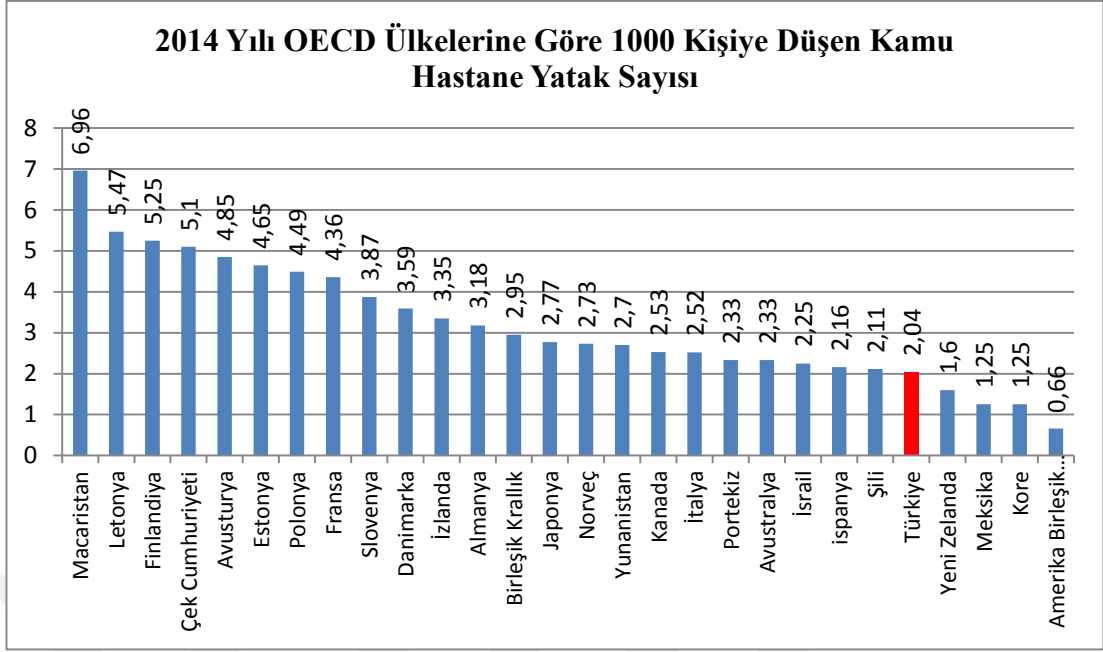


Şekil 6.8: OECD Hastane Yatakları Sayısı (33).

Şekil 6.7. ve Şekil 6.8. de 2002 ve 2014 OECD ülkelerinin 1000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı sunulmuştur. Bu veriler ışığında Türkiye'nin OECD ülkelerine göre daha düşük hastane yatağına sahip olduğu görülmektedir. 2002 yılı 14.43 ve 2014 yılı 13.20 ile Avusturya birinci olmuştur. Türkiye 2002 yılında 2,25 ile baştan yirmi sekizinci; 2014 yılı 2.11 ile baştan yirmi dokuzuncu olmuştur. Genel olarak 2002 yılı ve 2014 yılı hastane yatağı sayına baktığımızda bir azalma görülmektedir. Bu durumun üç ana nedeni belirtilebilir. Birincisi, hükümetlerin maliyet sınırlama stratejileri çerçevesinde hastane yataklarını azaltma cihetine gitmeleri. İkincisi ise, hızla gelişen tıbbi teknoloji ile birlikte hastanelerde yatış süresinin giderek azalması ve hatta bazı vakalarda veya işlemlerde yatışın artık gereklilik olmaktan çıkması. Üçüncüsü ise, nüfusun yaşlanması ile birlikte evde bakım ve yaşlı bakım hizmetlerinin giderek yaygınlaşması. Türkiye'de 2002 yılından 2014 yılına doğru önemli miktarda artış gerçekleştiği ve bu ise Türkiye'de de özel sektörün göreceli rolünün arttığı anlamına gelmektedir.

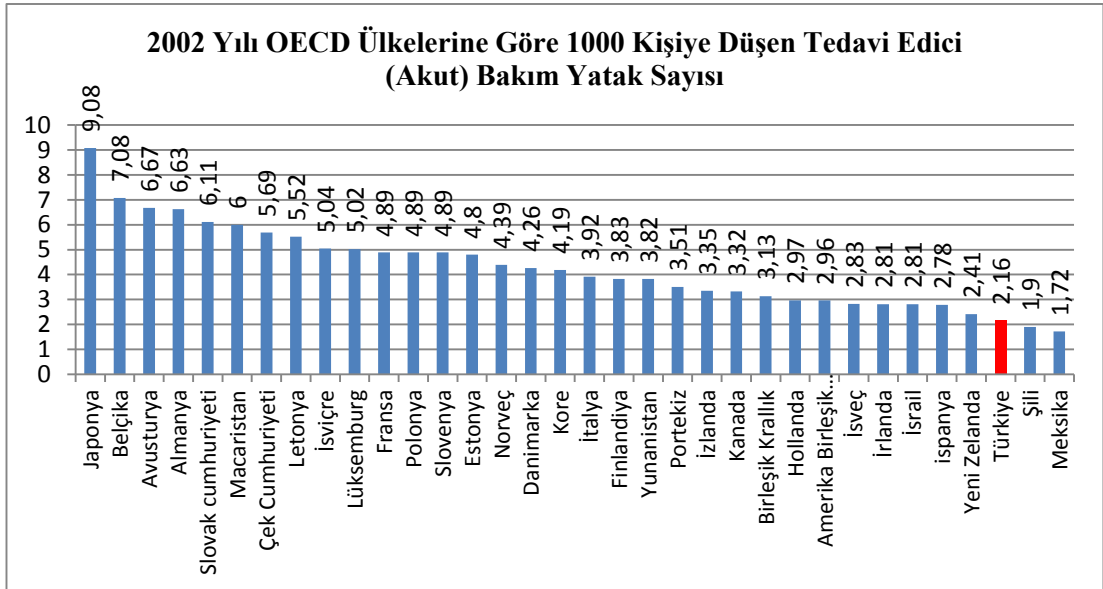


Şekil 6.9.: OECD Ülkelerinin Kamu Hastane Yatak Sayısı (33).

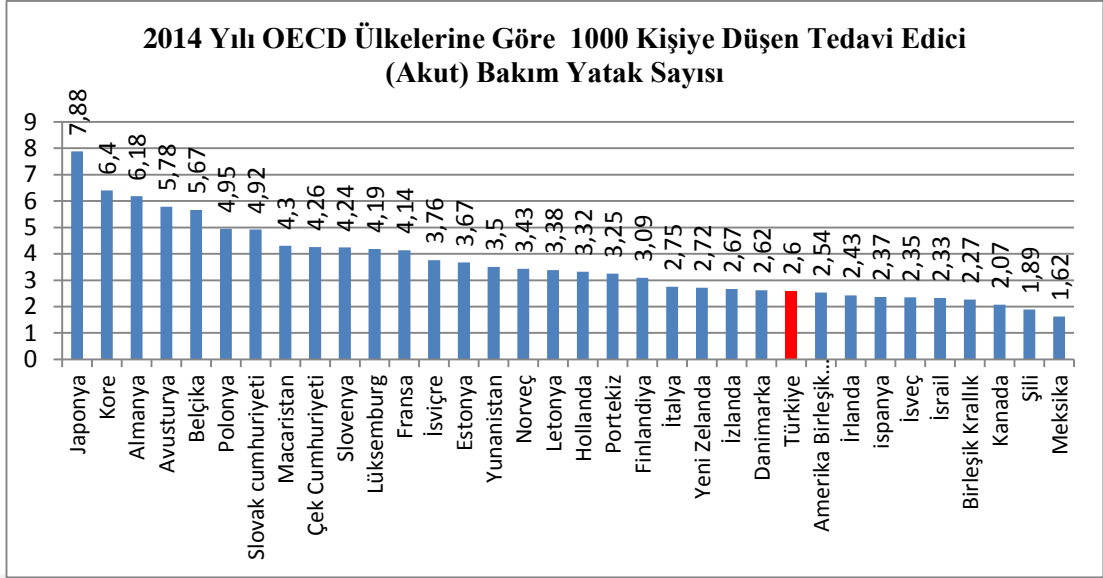


Şekil 6.10.: OECD Ülkelerinin Kamu Hastanelerinde Yatak Sayısı (33).

Şekil 6.9. ve Şekil 6.10. da 2002 ve 2014 OECD ülkelerinin 1000 kişiyeye düşen kamu hastanelerinde yatak sayısı sunulmuştur. Bu veriler ışığında Türkiye'nin OECD ülkelerine göre daha düşük veriler gösterdiği görülmüştür. 2002 yılı 7.69 ve 2014 yılı 6.96 ile Macaristan birinci olmuştur. Türkiye 2002 yılında 2.05 ile baştan yirmi dördüncü; 2014 yılı 2.04 ile aynı şekilde baştan yirmi dördüncü olmuştur.

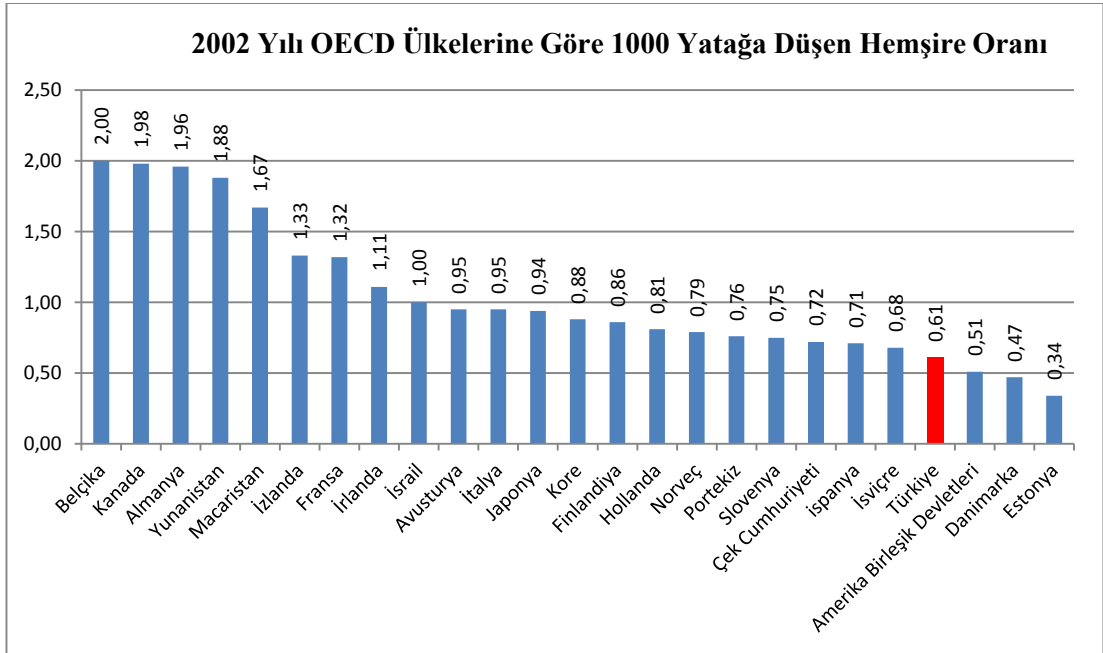


Şekil 6.11: OECD Ülkelerinin Tedavi Edici (Akut) Bakım Yatak Sayısı (33).

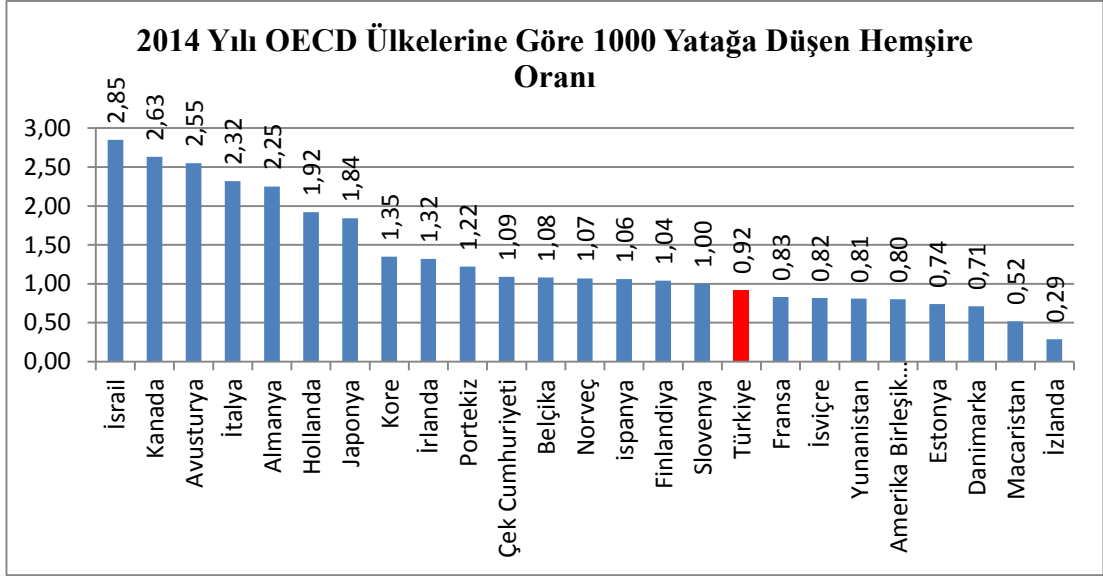


Şekil 6.12.: OECD Ülkelerinin Tedavi Edici (Akut) Bakım Yatak Sayısı (33).

Şekil 6.11. ve Şekil 6.12. de 2002 ve 2014 OECD ülkelerinin tedavi edici (akut) bakım yatakları sayısı sunulmuştur. Bu veriler ışığında Türkiye'nin OECD ülkelerine göre daha düşük veriler gösterdiği görülmüştür. Japonya'nın tedavi edici bakım yatak sayısında 2002 yılında 9.08 ve 2014 yılında 7.88 ile birinci olduğu görülmüştür. Türkiye 2002 yılında 2.16 ile baştan otuz birinci sıradayken; 2014 yılına gelindiğinde 2.6 ile baştan yirmi beşinci olmuştur.



Şekil 6.13: OECD Ülkelerinin Hemşire Yatak Oranı (33).

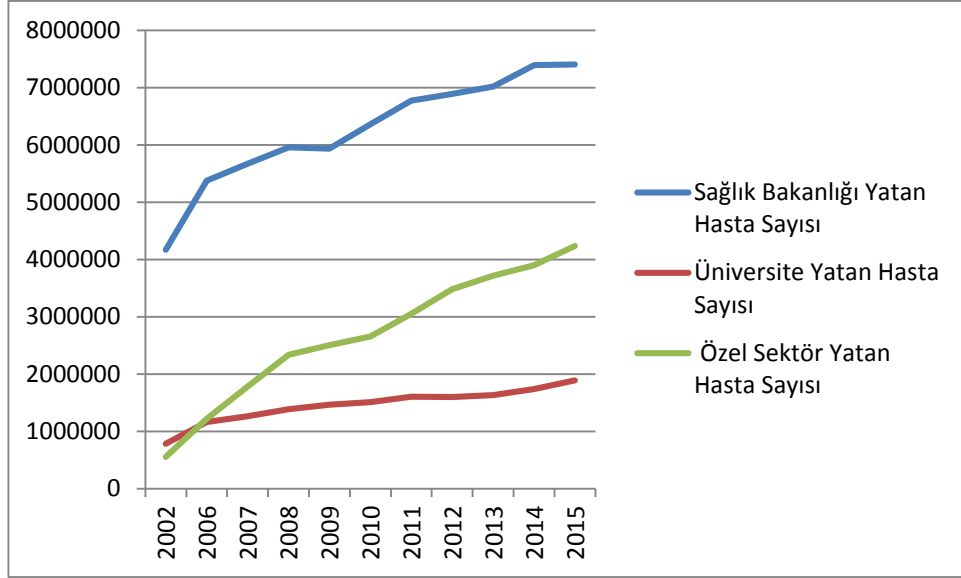


Şekil 6.14.: OECD Ülkelerinin Hemşire Yatak Oranı (33).

Şekil 6.13. ve Şekil 6.14. de 2002 ve 2014 OECD ülkelerinin 1000 kişiye düşen hemşire yatak oranı sunulmuştur. Bu veriler ışığında Türkiye'nin OECD ülkelerine göre daha düşük veriler gösterdiği görülmüştür. 2002 yılında 1000 kişiye düşen yatak oranı olarak Belçika 2.00 ile birinci sırada olmuştur. Türkiye 0.61 ile baştan yirmi ikinci olmuştur. 2014 yılında 2.85 ile birinci İsrail olup, Türkiye 0.92 ile baştan on yedinci olmuştur.

Tablo 6.3. Türkiye de Yıllara Ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı (43).

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör
2002	4.169.779	781.990	556.494
2006	5.379.198	1.165.277	1.220.176
2007	5.674.935	1.262.973	1.782.381
2008	5.959.585	1.386.449	2.338.211
2009	5.934.978	1.462.690	2.503.992
2010	6.361.116	1.509.484	2.657.573
2011	6.775.154	1.607.462	3.054.165
2012	6.891.857	1.601.878	3.485.092
2013	7.023.313	1.630.464	3.719.780
2014	7.396.239	1.737.627	3.900.407
2015	7.404.570	1.891.094	4.237.453

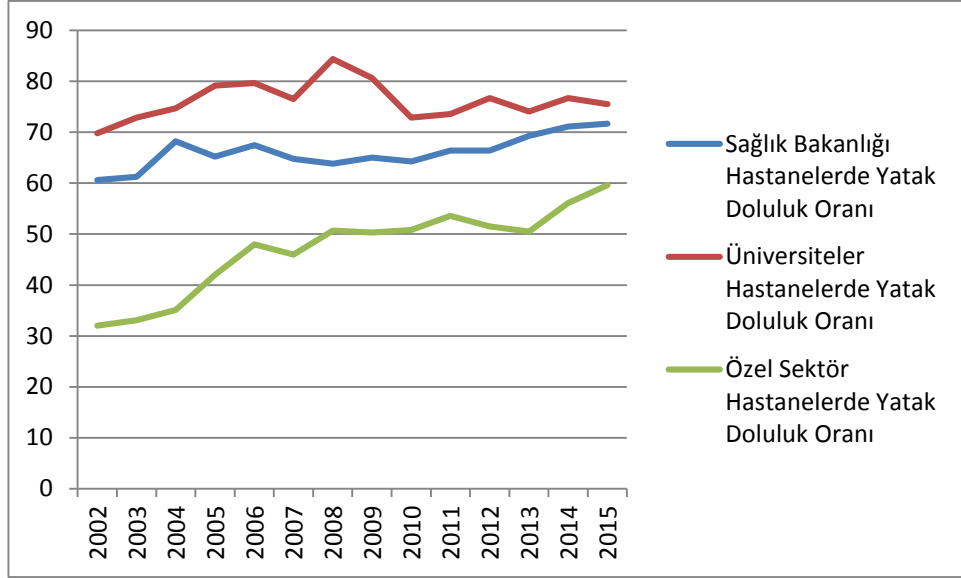


Şekil 6.15. : Türkiye’de Yıllara Ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatan Hasta Sayısı (43).

Şekil 6.15. de Türkiye’de yıllara ve sektörlere göre hastanelerde yatan hasta sayısı verilmektedir. Hastanelerde yatan hasta sayısı 2015 yılında 2002 ye göre; sağlık bakanlığı % 77.57, Üniversitelerde % 141.83 ve Özel Sektör % 661.45 olarak artmıştır. Buna göre 2002 yılından 2015’ye kadar toplamda yatan hasta sayılarında iki kattan fazla bir artış yaşanmıştır. En fazla artış ise özel sektörde gerçekleşen yaklaşık yedi katlık bir artışla olmuştur.

Tablo 6.4. Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı (43).

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör
2002	60,6	69,8	32
2003	61,24	72,9	33,1
2004	68,2	74,7	35,1
2005	65,2	79,2	42
2006	67,5	79,7	48
2007	64,8	76,5	46
2008	63,8	84,4	50,7
2009	65	80,7	50,3
2010	64,3	72,9	50,8
2011	66,4	73,6	53,6
2012	66,4	76,7	51,5
2013	69,3	74,1	50,5
2014	71,1	76,7	56,1
2015	71,7	75,5	59,6

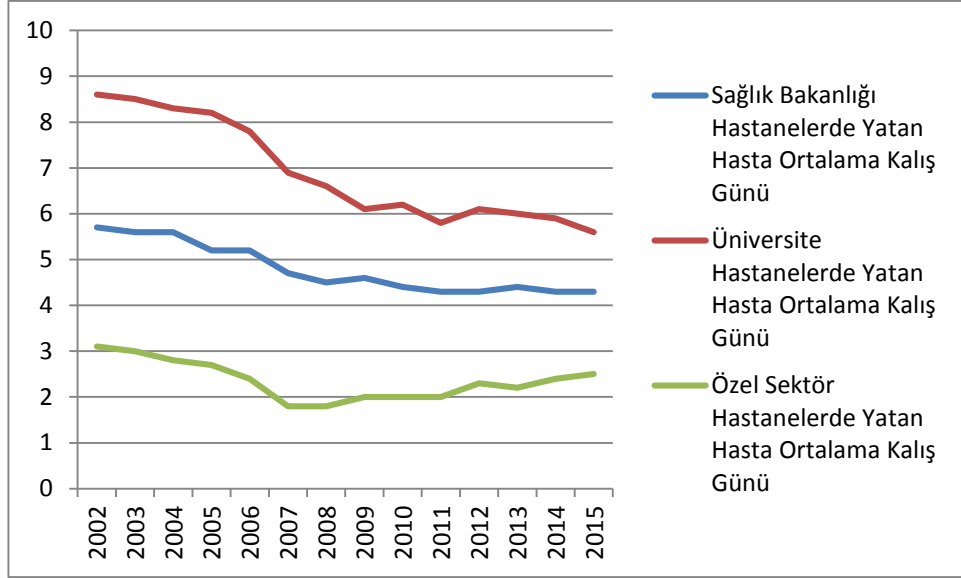


Şekil 6.16.: Türkiye’de Yıllara Ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı (43).

Şekil 6.16 da Türkiye’de yıllara ve sektörlere göre hastanelerde yatak doluluk oranı Sağlık Bakanlığı, Üniversite, Özel Sektör olarak ayrılarak sunulmuştur. Hastanelerde yatak doluluk oranı 2015 yılında 2002 ye göre; hastanelede yatak doluluk oranında en fazla artış özel sektörde yaşanmıştır.

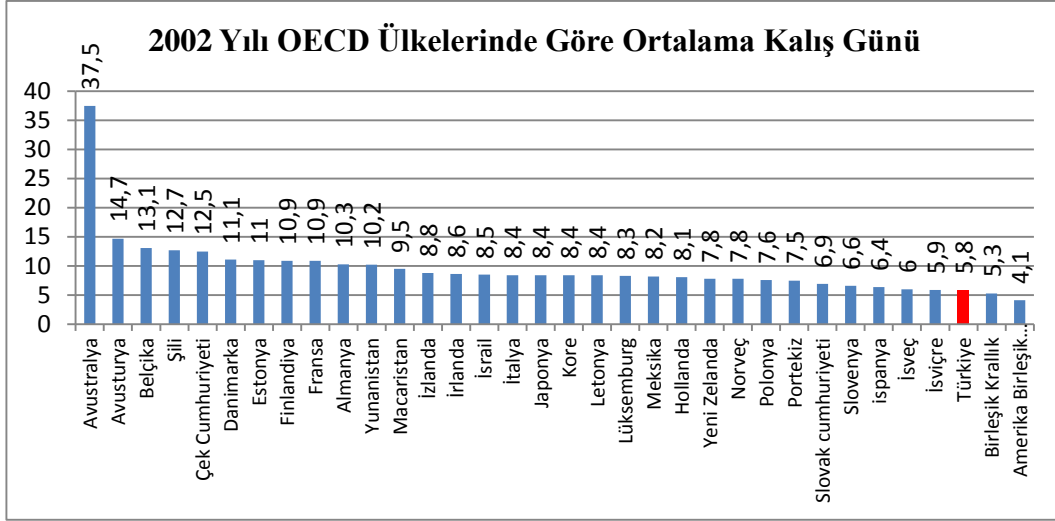
Tablo 6.5.: Türkiye’de Yıllara Göre Ortalama Kalış Süresi (43).

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör
2002	5,7	8,6	3,1
2003	5,6	8,5	3
2004	5,6	8,3	2,8
2005	5,2	8,2	2,7
2006	5,2	7,8	2,4
2007	4,7	6,9	1,8
2008	4,5	6,6	1,8
2009	4,6	6,1	2
2010	4,4	6,2	2
2011	4,3	5,8	2
2012	4,3	6,1	2,3
2013	4,4	6	2,2
2014	4,3	5,9	2,4
2015	4,3	5,6	2,5

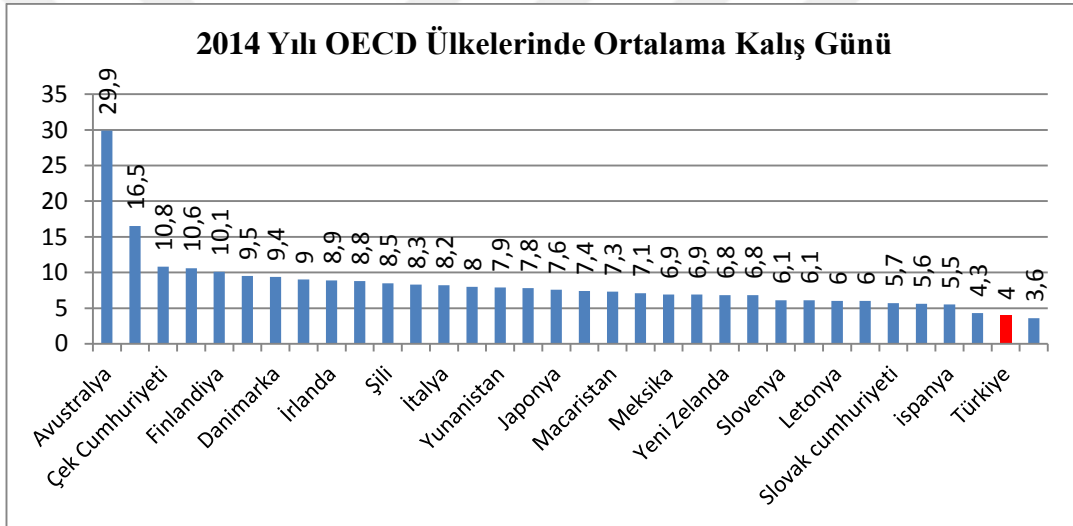


Şekil 6.17: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Ortalama Kalış Süresi (43).

Şekil 6.17. de Türkiye’de yıllara ve sektörlere göre yatan hasta ortalama kalış günü görülmektedir. Yatan hasta ortalama kalış günü 2015 yılında 2002 ye göre; Sağlık Bakanlığı % -24.56, Üniversite % -34.88 ve Özel Sektör % -19.35 olarak azalmıştır. En fazla azalış hastanelerde yatan hasta ortalama kalış gününde Sağlık Bakanlığında yaşanmıştır. Çok genel olarak belirtmek gerekirse yıllar itibariyle SB hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde yatan hasta ortalama kalış günü giderek azalmaktadır. Özel sektör hastanelerinde de 2007’ye kadar bir düşüş gözlenmiş, ancak daha sonra artış gözlenmiştir. Hastanelerde yatan hasta ortalama kalış gününde yıllar itibariyle bir azalma görülmesi temelde tıbbi teknolojideki gelişmelere ve buna paralel olarak evde bakım hizmetlerinin gelişmesine ve yaygınlaşmasına bağlanabilir. Üniversite hastanelerinde ortalama kalış gün sayısının hem devlet hem de özel hastanelerden fazla olmasıdır. Bu beklenen bir durumdur. Çünkü üniversite hastaneleri teorik olarak misyonları gereği üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği ve bu bağlamda ağırlıklı olarak ağır vakaların yatırıldığı tesislerdir.



Şekil 6.18: OECD Ülkelerinin Ortalama Kalış Günü(33).

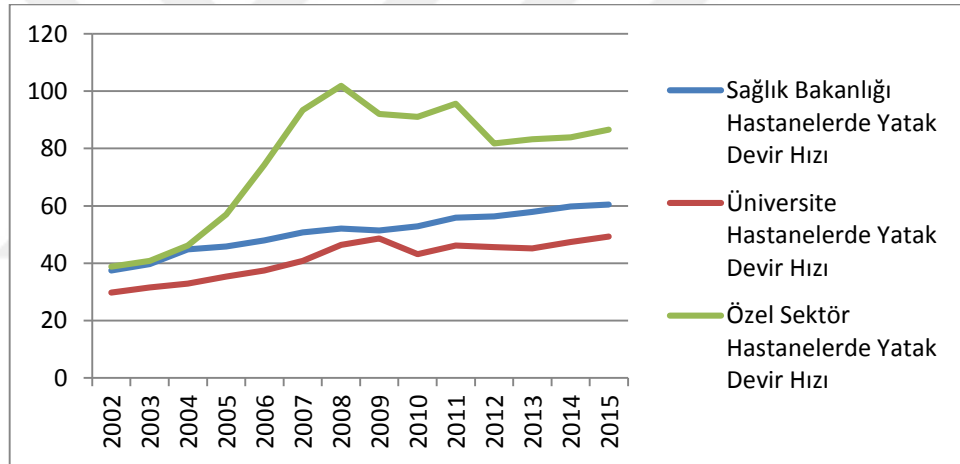


Şekil 6.19. OECD Ülkelerinin Ortalama Kalış Günü(33).

Şekil 6.18 ve Şekil 6.19 de 2002 ve 2014 OECD ülkelerinin 1000 kişiye düşen Ortalama Kalış Gününe sayısı sunulmuştur. Bu veriler ışığında Türkiye'nin OECD ülkelerine göre daha düşük veriler gösterdiği görülmüştür. 2002 yılı 37.75 ve 2014 yılı 29.9 ile Avustralya birinci olmuştur. Türkiye 2002 yılında 5.8 ile baştan otuz ikinci; 2014 yılı 4 ile baştan otuz üçüncü olmuştur. Türkiye'deki tüm hastaneler açısından ortalama kalış süreleri değerlendirildiğinde ise OECD ülkesiyle birlikte yıllar itibariyle bir azalma göze çarpmaktadır. Bu gelişmenin altında; diğerlerine ek olarak, sağlık teknolojisinde ve yöntemlerindeki ilerlemelerin, maliyet sınırlamaya dönük politikaların ve evde bakım hizmetlerinin giderek yaygınlaşmasının etkili olduğu belirtilebilir.

Tablo 6.6.: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Devir Hızı

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör
2002	37,5	29,7	38,8
2003	39,7	31,5	40,8
2004	44,8	32,9	46,2
2005	45,8	35,3	57
2006	47,9	37,4	74,3
2007	50,7	40,8	93,4
2008	52,1	46,4	101,9
2009	51,4	48,6	92,1
2010	52,9	43,1	91,1
2011	55,9	46,2	95,6
2012	56,3	45,6	81,8
2013	57,9	45,2	83,2
2014	59,8	47,4	83,9
2015	60,5	49,3	86,6

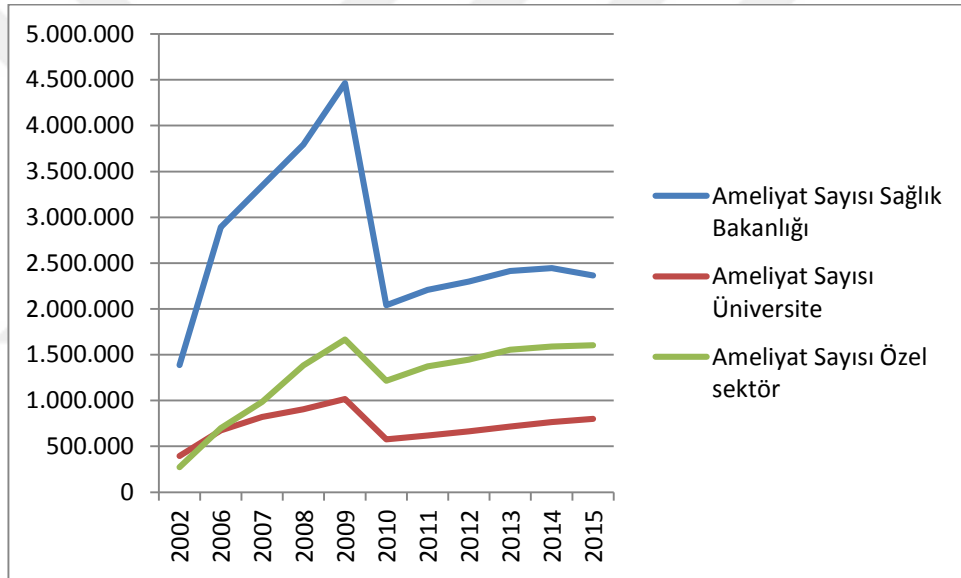


Şekil 6.20: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Devir Hızı (43).

Şekil 6.20 de Türkiye’de yıllara ve sektörlere göre yatak devir hızı verilmektedir. 2015 yılında 2012 yılına göre; yatak devir hızı Sağlık Bakanlığı % 61.33, Üniversite % 65.99 ve Özel Sektör % 123.19 olarak artmıştır. Buna göre yıllar itibariyle her üç sektörde de yatak devir hızında bir artış görülmektedir. Ancak bu artışın en fazla olduğu sektör yaklaşık iki katlık bir artışla özel sektör olmuştur. Bu da yıllar itibariyle özel sektörün Türkiye sağlık sistemi içindeki rolünün arttığını göstermektedir. Ek olarak belirtmek gerekirse, genel olarak yatak devir hızı oranları düşük düzeydedir. Bu da Türkiye hastanelerinin atıl kapasite ile çalıştığını göstermektedir ki kaynak israfına işaret eder.

Tablo 6.7.: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Ameliyat Sayısı (43).

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör
2002	1.387.336	396.126	272.543
2006	2.892.910	673.282	698.211
2007	3.343.460	820.792	986.224
2008	3.792.953	904.847	1.383.671
2009	4.465.326	1.018.306	1.665.984
2010	2.039.021	576.547	1.215.159
2011	2.209.326	617.477	1.373.774
2012	2.298.893	664.695	1.446.630
2013	2.414.538	715.889	1.553.810
2014	2.445.424	765.549	1.587.973
2015	2.364.595	801.424	1.604.126

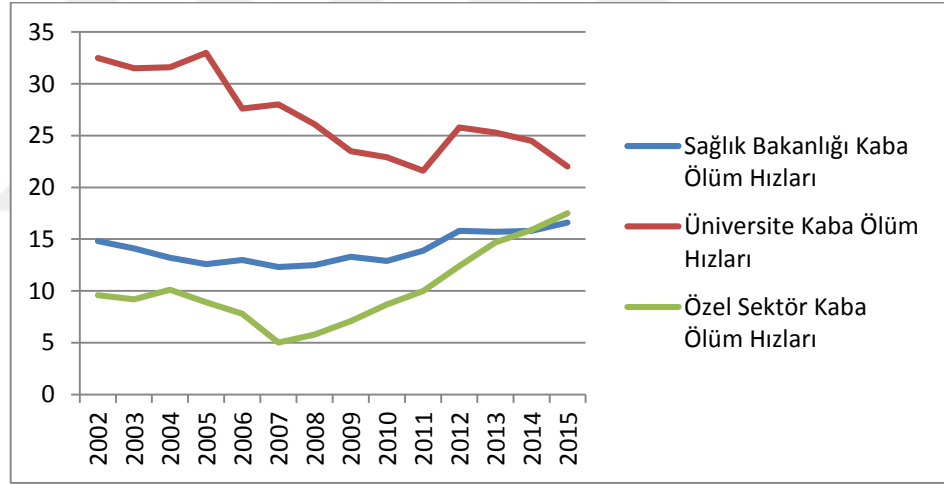


Şekil 6.21. : Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Ameliyat Sayısı (43).

Şekil 6. 21. de Türkiye’de yıllara ve sektörlere göre ameliyat sayıları Sağlık Bakanlığı, Üniversite, Özel sektör ayrımları yapılarak sunulmuştur. Bu veriler ışığında Sağlık Bakanlığı ve Özel Sektörde ameliyat sayılarının 2009 yılında hızlı bir şekilde düşüp tekrar yükseldiği görünmektedir. Üniversite hastanelerindeki ameliyat sayısındaki değişim ise, çok değişken değildir. Ameliyat sayıları Sağlık Bakanlığı % 70.44, Üniversite % 102.31 ve Özel Sektör %488.57 olarak artmıştır. Türkiye’de 2002-2015 yılları arasında yıllara göre ameliyat sayıları en fazla özel sektörde yaşanmıştır.

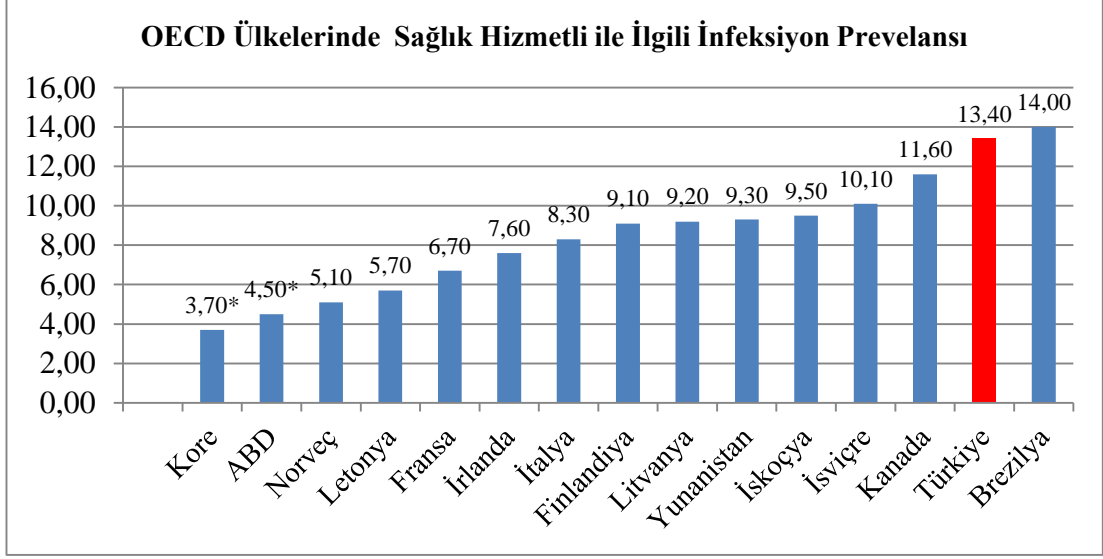
Tablo 6.8: Türkiye’de Yıllara Göre Kaba Ölüm Hızları (43).

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör
2002	14,8	32,5	9,6
2003	14,1	31,5	9,2
2004	13,2	31,6	10,1
2005	12,6	33	8,9
2006	13	27,6	7,8
2007	12,3	28	5
2008	12,5	26,1	5,8
2009	13,3	23,5	7,1
2010	12,9	22,9	8,7
2011	13,9	21,6	10
2012	15,8	25,8	12,4
2013	15,7	25,3	14,7
2014	15,8	24,5	15,9
2015	16,6	22	17,5



Şekil 6.22: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Kaba Ölüm Hızları (43).

Şekil 6.22 de Türkiye’de yıllara ve sektörlere göre kaba ölüm hızları Sağlık Bakanlığı, Üniversite, Özel sektör ayrı ayrı yapılarak sunulmuştur. Bu veriler ışığında 2015 yında 2002 ye göre; Sağlık Bakanlığı’ nın çok değişim göstermediği görülmüştür. Üniversite kaba ölüm hızı yıllara göre artış ve azalışlar halinde seyretmiştir. Özel sektördeki değişimi ise, 2007 yılında düşerek daha sonraları hızlı bir şekilde yükselme görülmüştür. Kaba ölüm hızları Sağlık Bakanlığında %1 yıllık hız değişimi, Üniversite % -3 ve Özel Sektör % 5 yıllık hız değişimi olarak gerçekleşmiştir.

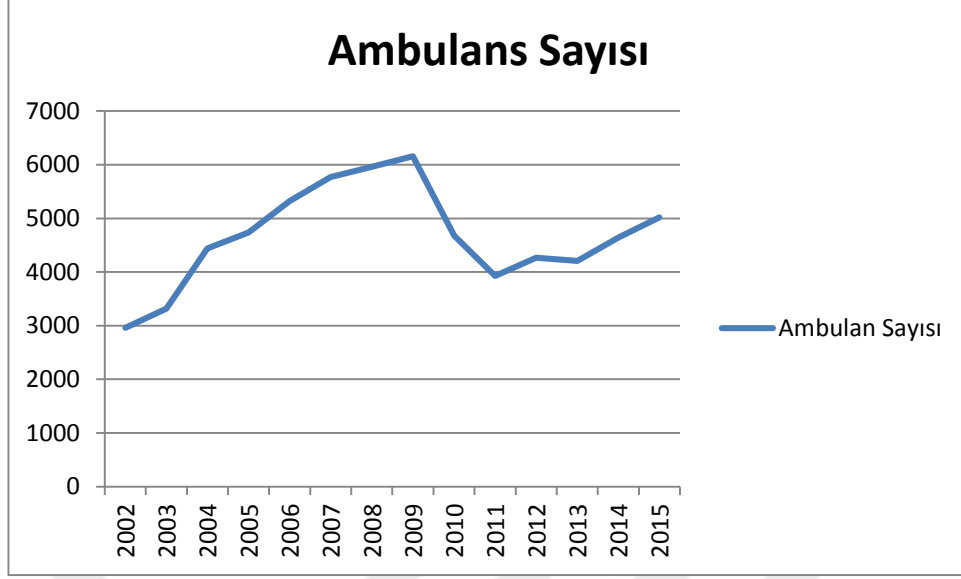


Şekil 6.23.: 1995-2008 OECD Sağlık Hizmeti ile İlgili İnfeksiyon Prevelansı (36).

Şekil 6.23.'de DSÖ veri kaynağından elde edilen 15 OECD ülkesinin sağlık hizmeti ile ilgili infeksiyon prevelansı sunulmuştur (Bu oranlar içerisinde Kore ve ABD'nin oranı insidansdır). Türkiye' nin 13.40 ile sağlık hizmetine bağlı infeksiyon prevelansının Brezilya dışındaki diğer OECD ülkelerinden daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 6.9.: Türkiye'de Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ambulas Sayısı(43).

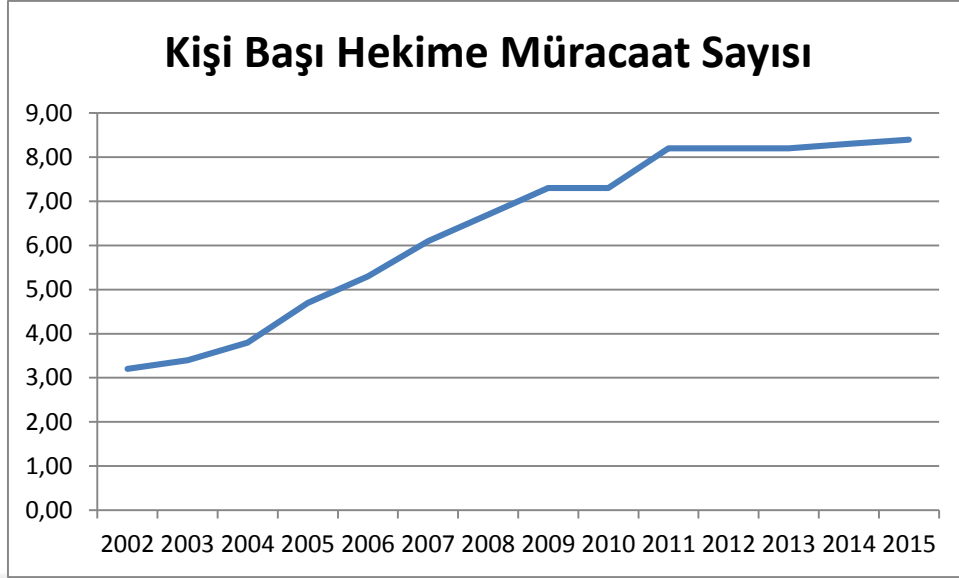
Yıllar	Ambulans Sayısı
2002	2963
2003	3319
2004	4438
2005	4736
2006	5322
2007	5769
2008	5960
2009	6159
2010	4677
2011	3925
2012	4269
2013	4208
2014	5018
2015	5018



Şekil 6.24.: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ambulans Sayısı(43).
 Şekil 6.24 de Türkiye’de yıllara göre toplam ambulans sayısı sunulmuştur. Bu veriler ışığında 2015 yılında 5018 ile 2002 yılına göre %69.35 olarak ambulans sayısında artış olduğu görülmüştür. 2002 yılı ile kıyaslandığında özellikle de 2008, 2009 ve 2010 yıllarında ambulans sayısında yaklaşık olarak 1,5 kat kadar bir artış olmuştur.

Tablo 6.10.: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı (43).

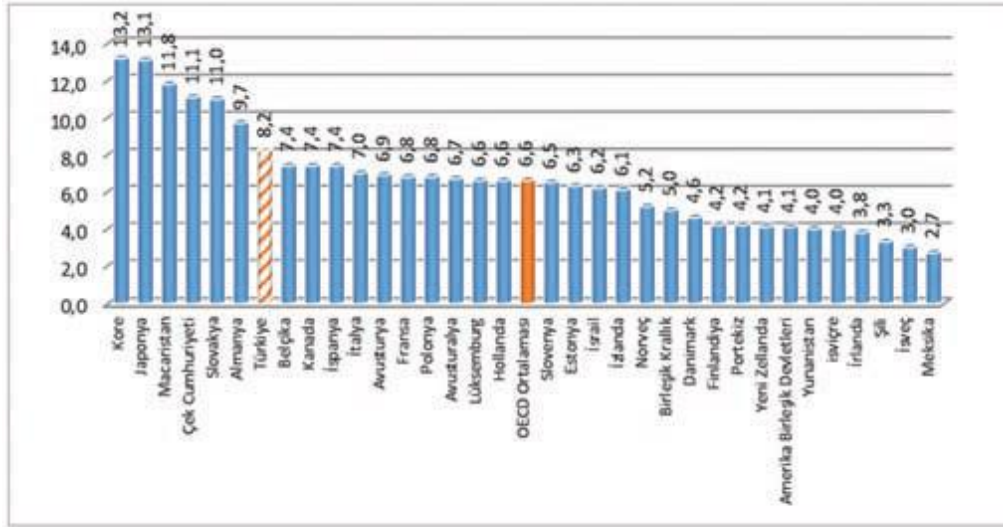
Yıllar	Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı
2002	3,20
2003	3,40
2004	3,80
2005	4,70
2006	5,30
2007	6,10
2008	6,70
2009	7,30
2010	7,30
2011	8,20
2012	8,20
2013	8,20
2014	8,30
2015	8,40



Şekil 6.25.: Türkiye’de Yıllara Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı (43).

Şekil 6.25 de Türkiye’de yıllara göre kişi başı hekime müracaat sayısı sunulmuştur.

Grafikte görülebildiği üzere, yıllar itibariyle kişi başı hekime müracaat sayılarında Türkiye’de ciddi artışlar yaşandığı görülmektedir. 2002 yılında Türkiye’de her birey ortalama 3,2 kez hekime müracaat ederken, 2015 yılında bu 8,4 kez olmuştur. Bu veriler ışığında 2015 yılında 8,40 ile 2002 yılına göre % 162.5 artış göstermiştir. Kişi başı hekime müracaat sayısındaki bu artış hem sağlık ocağı/ aile hekimliği hem de hastaneler bazında gerçekleştiği görülmektedir. Bu artış aynı zamanda hem birinci basamak hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında da gerçekleşmiştir. Bu müracaat artışının bir kısmının SDP kapsamında sağlık hizmetlerinin kapsamının ve erişiminin artması gibi nedenlerle gerçekleştiği ve de kaçınılmaz olduğu değerlendirilmektedir. Ancak her ne kadar bir araştırmaya dayanmamakla birlikte, gözlemlere dayalı olarak belirtilebilir ki, kişi başı hekime müracaat sayılarındaki bu hızlı artışın bir kısmının gereksiz olduğu düşünülmektedir. Bu gereksizliğin altında kısmen de performansa dayalı ödeme sisteminin olduğu belirtilebilir. Çünkü Türkiye’deki performansa dayalı ödeme sistemi ağırlıklı olarak “hizmet başı ödeme biçimi”ne dayanmaktadır. Hizmet başı ödeme biçimi ise, ödeme yöntemleri arasında en fazla “arzın talep yaratmasına” yol açan bir yöntemdir.



Kaynak: OECD (2013)

Şekil 6.26.: OECD Ülkelerinin 2011 Yılı Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı (33).

Uluslararası karşılaştırma açısından hekime müracaat sayısına bakıldığında Kore 13,2 ile ilk sırada yer almaktadır. Türkiye ise 8,2 ile OECD ortalamasının oldukça üstüne çıkmıştır.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkelerin hastane göstergeleri, dolaylı olarak gelişmişlik düzeyleri hakkında da bilgi vermektedir. Herhangi bir sayısal analiz uygulanmadan bile ekonomik gelişmişlik göstergeleri açısından benzer durumda olan ülkelerin, hastane göstergelerinin de birbirine yakın olduğu görülebilir. Hastane göstergelerinin tüm ülkeler için ortak bir ölçüt olması ülkelerarası karşılaştırmalarda sayısal yöntemleri objektif bir değerlendirme için kullanılabilir hale getirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu hizmeti etkili, karşılanabilir maliyette ve toplumca kabul gören tarzda olmalıdır. Her ülkenin bu faktörleri göz önünde tutarak kendi özgün sağlık sistemini geliştirmesi önerilmektedir. 2003 yılında ülkemizde sağlık sisteminde köklü değişiklik yapıldı ve buna Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı verildi. Bu çalışmada Türkiye'nin SDP ile Hastane hizmetlerinde geldiği nokta incelendi.

Ülkemizin bu süre zarfında hastane sayılarında artış göstermiş, özellikle 2003-2014 yıllarında özel hastanecilikte çok büyük ivme kaydettiği gözlenmiştir. Fakat OECD ülkeleri içerisinde özel hastanecilikte en son sırada olduğu gözlenmektedir. Genel hastaneler açısından ise OECD ülkeleri içerisinde ilerlediği gözlenmiş fakat İsviçre, Finlandiya gibi gelişmiş devletlerin 1000 kişiye düşen hastane sayılarının 2014 yılına geldiğinde azaldığı görülmektedir. Bu da dünyada koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin arttığını göstermekte, ülkemizde bu konuda bir takım düzenlemelerde bulunulması gerektiğini göstermektedir.

Hastane yatağı sayıları incelendiğinde yıllar içerisinde ülkemizin yine özel hastanelerde çok büyük gelişme kaydettiği görülmektedir. OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında ise 1000 kişiye düşen hasta yatağı sayısında bir değişme gözlenmemektedir. Sadece Akut hasta yatağı sayısında bir artış söz konusudur. Ayrıca 1000 kişiye düşen hastane yatak oranında da OECD ülkelerine göre bir artış söz konusudur.

Yatan hasta sayıları incelendiğinde ise 2003 yılından 2014'e kadar yatan hasta sayılarında iki kattan fazla bir artış yaşanmıştır. Yine en fazla artış yine özel hastanecilikte gözlenmiştir. Yatak doluluk oranında da yine en büyük artış özel hastaneciliktedir ve hastanelerin yatak doluluk oranlarının düşük olduğu gözlenmektedir. Bu da kaynakların verimli kullanılmadığını göstermektedir.

Yıllar itibariyle sağlık bakanlığı hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde yatan hasta ortalama kalış günü giderek azalmaktadır. Özel hastanelerde ise arttığı gözlenmektedir. En fazla kalış süresi beklendiği gibi üniversite hastanelerindedir. Hastanelerde kalış süresinin azalması, sağlık teknolojilerinin gelişmesine ve ülkemizde evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşmasına bağlanabilir. Ülkemiz OECD ülkeleri içerisinde ise ortalama kalış süresi azalmasına rağmen sıralamada bir sıra yükselebilmektedir. Ama gözlendiği gibi bütün OECD ülkelerinde ortalama kalış süreleri düşmektedir.

Ameliyat sayılarına bakıldığında yine en fazla artış özel hastanelerde gerçekleşmektedir.

Yıllar içerisinde kaba ölüm hızlarının değişimi incelendiğinde en fazla ölüm oranlarının da özel hastanelerde olduğu görülmektedir, üniversite hastanelerindeki ölüm oranlarında ise düşüş gözlenmektedir.

Sağlık Hizmeti ile ilgili enfeksiyon oranları ile ilgili kapsamlı bir veri bulunamamış DSÖ'nün sistematik kaynak taraması ile elde ettiği veriler kullanılmıştır. Ülkemizin, sağlık hizmetlerine dayalı enfeksiyon prevalansının 13 OECD ülkesi içerisinde göre Brezilya'dan sonra en yüksek olduğu gözlenmiştir. 2004 yılından beri SDP kapsamında hastanelerde enfeksiyonların azaltılması üzerine çalışılmaktadır, veri toplanmaya başlamıştır. Fakat ayrıntılı istatistiklere ulaşamamaktadır.

Sağlık göstergelerinde son 10 yılda ülke olarak kat edilen mesafe programın başarısının bir göstergesidir. Ancak yapılması gereken reformlar henüz bitmiş değildir. Çünkü değişim durmayacaktır, Sağlık hizmetlerinde hizmetin konusunun bizzat insan olması, bu hizmetlerin en alt basamakta hizmet sunumundan en üstte politika oluşturmaya kadar hiçbir aşamasında hataya tahammül bırakmamaktadır. Her ne kadar

bugüne kadar yapılan çalışmalar sağlık göstergelerinde iyileşmelerle sonuçlanmış olsa da bundan sonra yapılacak reformlarda yol haritaları belirlenirken geçmişte yapılan reformların sonuçları iyi analiz edilmelidir.

Türkiye'nin 2012 ve 2015 yılları arasında hastane göstergelerini incelediğimizde özellikle 2003 Sağlıkla Dönüşüm programıyla iyileşme gösterip kendini geliştirdiği söylenebilir ancak OECD ülkeleriyle karşılaştırma yaptığımız zaman son sıralarda yer aldığımız görülmüştür. Ek olarak, Tatar ve diğerlerinin de belirttiği gibi, bu iyileşmelere rağmen halen Türkiye'nin kırsal kesimleri ile kentsel kesimleri ve bölgeleri arasında dengesizliklerin ve açıkların olduğu da bir gerçektir (46). Politikalar bu şekilde devam ederse OECD ülkelerine iyileşme gösterebiliriz. Bu çalışmada hastane göstergeleri tek değişkenli olarak analiz edilmiştir. Türkiye'nin sağlıkta dönüşüm programı ile geldiği noktayı daha ayrıntılı bir şekilde açıklayabilmek için çok değişkenli analizler yapılmalıdır.

9. KAYNAKLAR

1. Hayran O, Sağlık Yönetimi Yazıları, SAGEYA Yayınları, ISBN:978-605-88828-9-8, Ankara, s.10 38-40, 115-116, 2012.
2. Mutlu A, Işık A. K., Sağlık Ekonomisine Giriş, Bursa, s.8, 2012.
3. T.C., Sağlık Bakanlığı, Toplum Sağlığı Merkezi Sorumlu Hekimler Uyum Eğitimi Kitabı, Trabzon, s.12-19, 2012.
4. Akdağ R, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Ankara, s.31, (2002–2008).
5. T.C., Türkiye Büyük Millet Meclisi, T.C. Anayasası, T.C., RG., S.17844, Ankara, s.11, 07.10.1920.
6. Tokat M, Sağlık Ekonomisi, Eskişehir, s.2, 1998.
4. Aktan C., Işık A.K , “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunumalternatif.pdf>, s.3, (05.07.2013).
5. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, s27,Erişim Tarihi:2016. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktadonusum.pdf>
6. Balcı E.-Çakıl E.–Dudak A,...diğ., “Kayseri İlinde Görev Yapan Sağlık Yöneticilerinin Genel Özellikleri Uygulamada Karşılaştıkları Sorunlar” , Sağlık Bilimleri Dergisi(SABD), C.20, S.3, Kayseri, s.174, 2011.
7. Ağırbaş İ, Hastane Yönetimi ve Organizasyon, Siyasal Kitabevi, s. 15-32,385-387-388, 399-400, 420, 2016.
8. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı(TCSB), Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Ankara, s.10, 2011.
9. Bostan S, Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Doktora tezi, Trabzon, s.17,33, 2009.
10. Akdağ R, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003–2011), Ankara, s.21, 48,54, 213, 371, 383, 421-429, 2012.
11. Sur H., “Dünyada Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi”, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.html>, (06.01.2013).

12. Akdağ R., İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, s.13-14,18-20, 2008.
13. Sallan G.S., Sosyal Devlet Bitti, Yaşasın Piyasa, etik Yay., İstanbul, s.294. 2004.
14. DPT, 58. Hükümet AEP, s. 99,2003.
15. OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri, s.12, 2008.
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf> (22.11.2016).
16. Hayran O., Kanıta Dayalı İnsan Odaklı Sağlık Yönetimi, Yüce Yayım, ISBN:978-975-411-134-7, s. 10-11, 78, 101, 2016.
17. Akdur R., Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Türkiye'de Sağlık Politikaları, Ankara, s.49, 1999.
<http://www.recepakdur.com/upload/Akdur%20R.%20Turkiyede%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Politikalar%C4%B1%20B..pdf> (24.11.2016).
18. ÖZDEMİR A. R., , “Sağlıkta Dönüşüm Programında Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyet Düzeyi: Kilis İli Örneği”, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,(Yükseklisans Tezi), Denizli, 2012.
19. ÖNDER B., “Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi”, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,(Yükseklisans Tezi), Aydın,2013.
20. Atabey S.E, Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası, Gazi Kitabevi, ISBN 9786053440000, Ankara, s.5, 2012.
21. Aştı T.A, Sağlık Kavramı, İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Florence Nigtingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul,s.20,2012.
22. Balcı E, Çakıl E, Dudak A,... diğ., “Kayseri İlinde Görev Yapan Sağlık Yöneticilerinin Genel Özellikleri Uygulamada Karşılaştıkları Sorunlar”, Sağlık Bilim Dergisi (SABD), c.20, s.3, Kayseri, s.174,2011.
23. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB), Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, Ankara, s.10, 2011.
24. Akdağ R, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (Bab-ı Ali Toplantıları), İstanbul, s.30,2011.
25. Erdoğan H, Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, Yüksek Lisans Tezi, s.109,128,132, 2014.
26. T.C. Sağlık Bakanlığı, s.24,32, Aralık 2003.

27. Doğan S., Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Yüksek Lisans Tezi, s.117, 2014.
28. T.C. Başbakanlık DPT, Sağlık Reformu alıma Grubu Raporu,2004.
29. Belek İ., Sağlıkta Dönüşüm: Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı, İstanbul,s.199,2012.
30. OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
31. Sağlık Bakanlığı, İzleme ve Değerlendirme Birimi Saha Koordinatörlüğü Uygulama Genelgesi, s.1-2,17, Ankara, 2006.
32. 663 sayılı KHK, madde 3,4,29,34,4950 25 Ocak 2014.
33. Dünya Sağlık rgt tarafından kaynak taraması, Sytematic Review Conducted by Who, 1995-2008.
34. Ataay F.,Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları, Amme İdaresi Dergisi, c. 41(3), 69,175,184, 2008.
35. 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu, madde 14, 04 Kasım 1981.
36. Fiek N, T.C. Hkmetlerinde Sağlık Politikaları; Toplum ve Hekim, s.48, 1991.
37. ztek Z, Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri; Yeni Türkiye, Sağlık zel sayısı, s.39,60-64, 2001.
38. Türkkan A., Kamu hastane birlikleri ve hakkaniyet, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 9(1), s.59 2011.
39. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Hastane yönetimi ve Organizasyon Şeması, s.1, 2014.
<http://totm.inonu.edu.tr/kalite/ORGAN%C4%B0ZASYON%20%C5%9EEMALARI/TOTM-OSM-001%20Hastane%20Y%C3%B6netimi%20Organizasyon%20%C5%9Eemas%C4%B11.pdf>
40. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2015.
http://www.sagem.gov.tr/daireler/saglik_istatistikleri/saglik_istatistikleri_yayinlar.aspx
41. Yıldırım H,Türkiye Sağlık Sistemi; Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, s.70,2013.

42. Kaya S, Yıldırım HH, Karsavuran S ve Özer Ö. (2013). Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013.
43. Tatar M et al. Turkey:Health System Review. Health Systems in Transition, Tehe European Observatory on Health Systems and Policies, WHO,s.186,2011



10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	İlknur	Soyadı	FİL
------------	--------	---------------	-----

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2017
Lisans	Anadolu Üniversitesi	2006
Lise	Ümraniye Anadolu İmam Hatip Lisesi	2002

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

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Eşit Ağırlık
ALES Puanı	69,29640