



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ

İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK
HİZMETİ SUNAN KURULUŞLARIN (HASTANELERİN)
VERDİKLERİ HİZMETLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Yüksek Lisans Tezi

Selman COŞĞUN
175130112

Tez Danışmanı:
Prof. Dr. Metin ATEŞ

İSTANBUL, 2018



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ

**İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK TEDAVİ EDİCİ
SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURULUŞLARIN
(HASTANELERİN) VERDİKLERİ HİZMETLERE
GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Selman COŞGÜN**

ONAY

Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

Mayıs 2018

Selman COŞĞUN

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

16/05/2018

Enstitümüz *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* yüksek lisans programı öğrencilerinden 175130112 numaralı **Selman COŞĞUN** "İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURULUŞLARIN (HASTANELERİN) VERDİKLERİ HİZMETLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 07/05/2018 tarih ve 2018/14 sayılı toplantısında seçilen ve Sefaköy Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin 39. maddesi gereğince (50) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 3 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
PROF. DR. METİN ATEŞ


ÜYE
DOÇ. DR. NURDAN ÇOLAKOĞLU


ÜYE
DR. ÖĞRETİM ÜYESİ ABDULKADİR GÜÇLÜ

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “İkinci Ve Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların (Hastanelerin) Verdikleri Hizmetlere Göre Karşılaştırılması” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Mayıs 2018

Selman COŞĞUN



ÖZET

İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURULUŞLARIN (HASTANELERİN) VERDİKLERİ HİZMETLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

SELMAN COŞĞUN

Yüksek Lisans Tezi, İşletme Ana Bilim Dalı

Danışmanı: Prof. Dr. Metin ATEŞ

Nisan, 2018 - 100 sayfa

Gelişen dünya ile birlikte tıbbi uzmanlık hizmetleri de gelişmekte zamanla bazı uzmanlık hizmetleri kendi içerisinde bölünerek yeni uzmanlık alanlarının oluşmasına neden olmaktadır. Bu uzmanlık hizmetleri dünyanın her bir yanında farklı basamaklarda hastalara sunulmaktadır. Önceki yıllarda sağlık hizmetleri sadece kamu tarafından sunulmaktayken günümüzde özel hastanelerin hizmet vermeye başlaması ile birlikte uzmanlık hizmetlerin sunumu basamaklar arasında daha da karmaşık bir hal almıştır. Sağlık hizmetlerini gerektiğinde kaliteli ve doğru şekilde sunmak hastanelerin birincil görevidir. Hastaların ihtiyaç duyduğu tıbbi uzmanlık hizmetlerinin uygun şekilde planlanarak en uygun basamakta hastaya sunulması gerekmektedir. Planlama, hastaya doğru uzmanlık hizmetini en uygun zamanda verilmesi yönünden oldukça önem arz etmektedir.

Bu çalışmada İstanbul, Londra, Münih ve Havana şehirlerindeki ikinci ve üçüncü basamak hastanelerin uzmanlık hizmetlerini hangi basamakta sundukları araştırılarak, İstanbul şehri ile Londra, Münih ve Havana şehirlerindeki hastaneler bu açıdan karşılaştırılmıştır.

Çalışmanın ikinci ve üçüncü bölümünde sağlık hizmetleri ve hastaneler hakkında genel bilgiler verilmiştir. Üçüncü bölümde literatür taraması yoluyla araştırma kapsamına alınan Londra, Münih, Havana ve İstanbul illerinde seçilen ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmeti veren hastanelerin verdikleri hizmetler uzmanlık düzeyinde tespit edilerek karşılaştırması yapılmıştır.

Sonuç olarak; İstanbul'daki ikinci ve üçüncü basamak düzeyinde hizmet veren hastanelerde sunulan uzmanlık hizmetleri arasında nitelik veya sayı yönünden farklılığa rastlanmamıştır. Her iki basamakta da tüm uzmanlık hizmetlerinin verildiği, ikinci basamak hastanelerin, üçüncü basamaktaki hastanelerle aynı ya da daha fazla branşta hizmet verdiği tespit edilmiştir. Ancak, Londra, Münih, Havana'da ikinci basamak düzeyinde hizmet veren hastanelerde bulunan uzmanlık hizmeti sayılarının üçüncü basamak düzeyinde hizmet veren hastanelerdeki uzmanlık hizmetleri sayılarından daha az olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: uzmanlık hizmetleri, tıbbi branşlar, ikinci basamak, üçüncü basamak

ABSTRACT

COMPARISON OF SECONDARY AND TERTIARY LEVEL HEALTHCARE PROVIDERS WITH RESPECT TO PROVIDED SERVICES

SELMAN COŞĞUN

Master's Thesis, Department of Management

Supervisor: Prof.Dr.Metin ATEŞ

April, 2018, 100 pages

Healthcare speciality services are improving with the developing world and some specialities are divided into new speciality fields. These services are presented to the patients within different level of care of healthcare services. While healthcare services were provided by public authorities in past years, nowadays providing of specialty services became more complex after private hospitals started to present healthcare services. To provide precise and good quality of healthcare services is the primary duty of hospitals. The medical specialty services should be planned and provided with the most suitable level of healthcare services whenever the patients need. Planning is very important because of presenting precise healthcare service to be presented at the right time.

In this study, specialty services given in secondary and tertiary level hospitals in Istanbul, London, Munich and Havana are analyzed and the hospitals serving in Istanbul is compared with the hospitals in London, Munich and Havana.

The result of this study is, specialty healthcare services in secondary and tertiary level hospitals should be planned more accurate in Turkey. In this way, the patients would be able to reach to healthcare services in the correct level of care and the treatments would be faster and easier.

In conclusion, it is identified that there is no significant difference neither in quality nor in quantity of healthcare services between secondary and tertiary level hospitals in Istanbul. It is determined that all healthcare services is provided in both levels, also the number of departments providing healthcare services in secondary level hospitals is same or more, when compared to

tertiary level hospitals. However, it is identified that the number of departments providing healthcare services in secondary level hospitals in London, Munich and Havana is less than the tertiary level hospitals in those countries.

Keywords: Specialty services, medical branches, secondary level of care, tertiary level of care



ÖNSÖZ

Bu çalışma hastanelerde sunulan uzmanlık hizmetlerinin (tıbbi branşların) ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde nasıl verildiğini incelemektedir. Ayrıca sağlık ile ilgili hizmetlerin örgütlenmesinde güncel örneklere de yer verilmiştir.

Söz konusu hizmetin sağlık hizmeti olması nedeniyle uzmanlık hizmetlerinin istenilen yerde ve istenilen kalitede verilmesi önem arz etmektedir. Yine sağlık hizmetlerinin en önemli özellikleri olan acil, ertelenemez ve ikamesinin olmaması gibi unsurlarda sunulacak uzmanlık hizmetlerinin basamaklar arasında nasıl sunulacağını önemli kılmaktadır.

Sağlık insanın en önemli varlıklarından biridir. Bu nedenle sağlık ile ilgili insana sunulacak olan uzmanlık hizmetlerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamakta nasıl verileceği, dünyadaki başarılı uygulamalar model alınarak ihtiyaçlara paralel planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Çalışmamın başladığı günden itibaren yoğun programına rağmen benden hiçbir desteğini esirgemeyip bana yol gösteren tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Metin ATEŞ'e, manevi destekleri için değerli eşim Esra COŞĞUN'a ve biricik oğluma teşekkürlerimi sunarım.

Mayıs 2018

Selman COŞĞUN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET-----	iii
ABSTRACT-----	vi
ÖNSÖZ-----	vii
KISALTMALAR -----	xii
TABLOLAR LİSTESİ -----	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ -----	xvi
GRAFİKLER LİSTESİ-----	xvii

BİRİNCİ BÖLÜM

1. Giriş

1.1. Problemin Tespiti -----	1
1.2.Araştırmanın Amacı -----	1
1.3.Ünitelerin Planı-----	1

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER

2.1.SAĞLIĞIN TANIMI -----	3
2.2.SAĞLIĞIN ÖZELLİKLERİ -----	4
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Ertelenemez Olması-----	4
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Rastlantısal Olması-----	5
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin İkamesinin Olmaması-----	5
2.2.4. Kapsamını Hizmet Alan Değil Hekimin Belirlemesi-----	6
2.2.5. Sağlık Hizmetlerinin Çıktısı Paraya Çevrilemez-----	6
2.2.6. Hizmetlerin Bir Bölümü Toplumsal Nitelik ve Kamu Malı Özelliği Taşır-----	6
2.2.7. Hizmetten Sağlanan Doyum Ve Kaliteyi Önceden Belirlemek Zordur-----	7
2.2.8. Sağlık Hizmetlerinde Tüketicinin Davranışları İrrasyoneldir-----	8

2.2.9. Farklı Meslek Grupları Bir Bütün Halde Hizmet Verir-----	8
2.2.10. Sağlık Hizmetleri Emegün Yoğun Olduğu	
Soyut Hizmetlerdendir-----	9
2.2.11. Sağlık Hizmetlerinde Uzmanlaşma Düzeyi Yüksekdir -----	9
2.3.SAĞLIK HİZMETLERİNİN NİTELİĞİ -----	10
2.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Niteliği -----	10
2.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özel Niteliği -----	11
2.4.SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI-----	12
2.4.1. Beveridge Modeli-----	14
2.4.2. Bismarck Modeli-----	15
2.4.3. Karma Model-----	16
2.5.SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ -----	17
2.5.1. Örgüt ve Örgütlenmenin Tanımı -----	17
2.5.2. Sağlık Örgütlenmesinde Göz Önüne Alınması Gereken	
Temel İlkeler-----	18
2.5.3. Sağlık Örgütlenmesinde Yönetim Düzeyleri-----	20
2.5.3.1.Ulusal Düzey-----	23
2.5.3.2.Bölgesel Düzey-----	26
2.5.3.3.İlçeler ve Benzeri Birimler-----	32
2.5.3.4.Mahalli Düzey-----	33
2.6.SAĞLIK HİZMETLERİ VE SINIFLANDIRILMASI-----	34
2.6.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri-----	34
2.6.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri-----	36
2.6.2.1.Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri-----	37
2.6.2.2.İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri-----	38
2.6.2.3.Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri-----	39
2.6.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri -----	40

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. HASTANE HİZMETLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER

3.1.HASTANENİN TANIMI VE ÖZELLİKLERİ-----	42
3.1.1. Hastanenin Tanımı-----	42

3.1.2. Hastanelerin Özellikleri-----	43
3.1.2.1. Hastaneler Birer Hizmet Organizasyonudur-----	43
3.1.2.2. Hastaneler Karmaşık Yapıda, Açık-Dinamik Sistemlerdir -----	44
3.1.2.3. Hastaneler Matriks Yapıda Faaliyet Gösteren Organizasyonlardır-----	45
3.2.HASTANELERİN İŞLEVLERİ -----	47
3.2.1. Tedavi İşlevi-----	47
3.2.2. Eğitim İşlevi-----	48
3.2.3. Araştırma İşlevi-----	49
3.2.4. Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri İşlevi -----	49
3.3.HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI-----	50
3.3.1. Mülkiyet Esasına Hastaneler-----	50
3.3.2. Büyüklük Durumlarına Göre Hastaneler-----	52
3.3.3. Kalış/Gün sürelerine Göre Hastaneler-----	54
3.3.4. Verilen Hizmet Türüne Göre Hastaneler-----	55
3.3.4.1. Birinci Basamak Genel Pratisyenlik, Hizmetleri ve Aile Hekimliği Sağlık Sistemleri Hakkında Genel Bilgiler -----	56
3.3.4.2. 2. İkinci Basamak Kırsal veya İlçe Hastaneleri -----	62
3.3.4.3. 3. Üçüncü Basamak Eğitim Araştırma ve Üniversite Hastaneleri -----	64

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. ARAŞTIRMA; İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURULUŞLARIN (HASTANELERİN) VERDİKLERİ HİZMETLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi-----	67
4.2. Kapsam ve Yöntem-----	67
4.3. Çalışma Kapsamındaki Hastanelere İlişkin Genel Bilgiler-----	69
4.4. Bulgular-----	71
4.5. Sonuç -----	88

4.6.Tartışma ve Öneriler -----	93
KAYNAKÇA -----	96
ÖZGEÇMİŞ -----	100



KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

YHS: Yasal Hastalık Sigortası

GP: General Practitioner

NHS: National Health Service

MS: Milattan Sonra

SWOT: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

SB: Sağlık Bakanlığı

PTC: Primary Care Trust

WHO: World Health Organization

UNICEF: Nations International Children's Emergency

OECD: The Organisation for Economic Co-operation and Development

Tablo 2.1. Sağlık Sistemlerinin Sağlık Harcamaları ve Sağlık İndikatörleriyle Kıyaslaması-----	13
Tablo 2.2. Sağlık Sistemlerinde Temel İki Model-----	16
Tablo 2.3. Avrupa’da Yerel Yönetimler-----	21
Tablo 3.1. Matriks Yapılarda SWOT-----	45
Tablo 3.2. 2014 Yılı Verilerine Göre Türkiye’deki Hastanelerin Yatak Sayıları-----	53
Tablo 3.3. 2014 Yılı Verilerine Göre İngiltere'deki Hastane Gruplarının Yatak Kapasiteleri -----	54
Tablo 4.1. Araştırma Dahilindeki Tıbbi Branşlar (Uzmanlık Hizmetleri) ----	68
Tablo 4.2. Şehirlere Göre Hastane Sayıları-----	69
Tablo 4.3. Araştırma Dahilindeki Hastanelere İlişkin Sayısal Veriler-----	71
Tablo 4.4. İkinci Basamak Hastanelerde Tespit Edilen Uzmanlık Alanları (İstanbul)-----	72
Tablo 4.5. İkinci Basamak Hastanelerde Yoğunlukla Bulunan Ana Uzmanlık Alanları(İstanbul)-----	73
Tablo 4.6. Üçüncü Basamak Hastanelerde Tespit Edilen Uzmanlık Alanları(İstanbul)-----	74
Tablo 4.7. Üçüncü Basamak Hastanelerde Yoğunlukla Bulunan Ana Uzmanlık Hizmetleri (İstanbul)-----	76
Tablo 4.8. İstanbul Hastanelerinde Birbirlerine Yakın Oranda Bulunan Uzmanlık Hizmetleri-----	77
Tablo 4.9. Gastroenteroloji, Endokrinoloji, Romatoloji, Nefroloji ve Hematoloji Bölümlerinin Tüm Hastaneler İçerisinde Bulunma Sıklığı (İstanbul)-----	77
Tablo 4.10. Tüm Hastaneler İçerisinde Toplam Sayısı 10 ve Altında Bulunan Uzmanlık Alanları (İstanbul)-----	78
Tablo 4.11. Londra, Münih ve Havana’daki Hastanelere İlişkin Sayısal Veriler-----	78
Tablo 4.12. İkinci Basamak Hastanelerde Tespit Edilen Uzmanlık Alanları (Londra, Münih, Havana) -----	79

Tablo 4.13. İkinci Basamak Hastanelerde Yoğunlukla Bulunan	
Ana Uzmanlık Hizmetleri (Londra, Münih, Havana) -----	81
Tablo 4.14. Üçüncü Basamak Hastanelerde Tespit Edilen	
Uzmanlık Alanları (Londra, Münih, Havana) -----	81
Tablo 4.15. Üçüncü Basamak Hastanelerde Yoğunlukla Bulunan	
Ana Uzmanlık Hizmetleri (Londra, Münih, Havana) -----	83
Tablo 4.16. Londra, Münih, Havana Hastanelerinde Birbirlerine	
Yakın Oranda Bulunan Uzmanlık Hizmetleri-----	84
Tablo 4.17. Gastroenteroloji, Endokrinoloji, Romatoloji,	
Nefroloji ve Hematoloji Bölümlerinin Tüm Hastaneler	
İçerisinde Bulunma Sıklığı-----	84
Tablo 4.18. Tüm Şehirlerde Basamaklara Göre Toplam Uzmanlık	
Hizmeti Branş Sayıları-----	85
Tablo 4.19. Tüm Şehirlerde Sayı ve Oranlarda Benzerlik	
Gösteren Uzmanlık Hizmeti Branşları-----	86
Tablo 4.20. Tüm Şehirlerde İç Hastalıkları (Dahiliye) Yan Dalı	
Uzmanlık Hizmetlerinin Bulunma Sıklığı-----	86
Tablo 4.21. Londra, Münih, Havana Şehirlerindeki Hastanelere	
Karşın İstanbul Şehrindeki Hastanelerde Daha Fazla	
Sayı Ve Oranda Bulunan Uzmanlık Hizmetleri-----	87
Tablo 4.22. Londra, Münih, Havana – İstanbul, İkinci ve Üçüncü	
Basamak Hastanelerde Birbirlerine Yakın Oranda Bulunan	
Uzmanlık Hizmetleri-----	87
Tablo 4.23. Araştırma Dahilindeki Tüm Hastanelerin Uzmanlık	
Hizmeti Sayısı (Skala Haline) -----	88
Tablo 4.24. İstanbul Hastanelerinde En Çok Bulunan Uzmanlık Hizmetleri	
Tablo 4.25. Londra, Münih, Havana Hastanelerinde En Çok	
Bulunan Uzmanlık Hizmetleri-----	89
Tablo 4.26. Ana Uzmanlık Alanlarının Şehirlerdeki Hastanelerde	
Bulunma Oranı-----	90
Tablo 4.27. Tüm Şehirlerde İç Hastalıkları (Dahiliye) Yan Dalı	
Uzmanlık Hizmetlerinin Bulunma Sıklığı-----	91
Tablo 4.28. Tüm Şehirlerde Organ Nakli Uzmanlık Hizmetlerinin	
Bulunma Sıklığı-----	92

Tablo 4.29. Tüm Şehirlerde Tanı ve Tedavi Hizmetlerinin

Bulunma Sıklığı-----92



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.2. Sağlık Hizmetleri Endüstrisi-----	18
Şekil 2.2. Almanya Sağlık Bakanlığı organizasyon şeması 2017-----	22
Şekil 2.3. New Jersey Eyaleti Bakanlık, Daire Başkanlıkları ve Departmanları-----	28
Şekil 2.4. New Jersey Eyaleti Sağlık Bakanlığı Departmanları-----	28
Şekil 2.5. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları -----	34
Şekil 2.6. Sağlık Hizmeti Basamakları ve Sağlık Sunucuları -----	37
Şekil 2.7. Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri -----	40
Şekil 3.1. Hastanelerin Matriks Yapı Örneği -----	46
Şekil 3.2. Basamaklandırılmış Sağlık Sistemi -----	63
Şekil 3.3. NHS'in İçerdiği Sağlık Hizmetleri-----	64

GRAFİKLER LİSTESİ

Sayfa

Grafik 3.1. OECD Ülkeleri Ortalama Kalış Günleri-----	55
Grafik 3.2. Türkiye’de Yıllara Göre Aile Hekimine Müracaat Sayısı-----	61
Grafik 3.3. Türkiye’de Yıllara Göre Aile Sağlığı Merkezi Muayene Odası Sayısı-----	62



BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ

Gelişen dünyamız ile birlikte sağlık hizmetleri de gelişmektedir. Sağlık hizmetleri hemen her ülkede basamaklara ayrılarak hastalara verilmektedir. Birinci basamak tedavi hizmetleri; Ayakta tedavi hizmetlerini, ikinci basamak tedavi hizmetleri; hastane ortamında giderilmesi gereken sağlık sorunlarını, üçüncü basamak tedavi hizmetleri; üniversite veya eğitim araştırma düzeyinde giderilmesi gereken sağlık sorunları basamağıdır. Türkiye’de sağlık hizmetleri hem kamu hem de özel sektör tarafından verilmektedir. Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden ayıran birçok önemli özelliğı bulunmakta özellikleri gereğı de farklı uzmanlaşma düzeyleri gerektirmektedir.

Sağlık insanın en önemli varlıklarından biridir. Bu önemlilik gereğı hizmetlerin ulaşılabilirliğı oldukça önemlidir.

1.1. Problemin Tespiti

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, hastaların uzmanlık hizmetlerine ulaşımı ve bu hizmetlerin doğru basmakta bulunması gerekliliğı sağlık hizmetlerinin verimi ve kalitesi yönünden önemlidir. Türkiye’de, aile hekimliğı sistemine başlanması, hastane sayılarındaki artış, kamunun yanında özel sektörün sağlık hizmetleri sunumunda aktif rol alması hizmetlerin basamaklandırılması konusunu önemli kılmaktadır.

1.2. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı İstanbul’da uzmanlık hizmetlerinin ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde bulunma sıklıklarının tespit etmek ve karşılaştırmak, sonuçları ise Londra, Münih ve Havana’da tespit edilen ikinci ve üçüncü basamak hastaneler ile karşılaştırmaktır.

1.3. Ünitelerin Planı ve Metot

Bu tez çalışması dört bölümden oluşmakta olup; Çalışmanın ikinci ve üçüncü bölümünde sağlık hizmetleri ve hastaneler hakkında genel bilgiler

verilmiştir. Dördüncü bölümde literatür taraması yoluyla araştırma kapsamına alınan Londra, Münih, Havana ve İstanbul illerinde seçilen ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmeti veren hastanelerin verdikleri hizmetler uzmanlık düzeyinde tespit edilerek karşılaştırması yapılmıştır.



İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER

2.1. SAĞLIĞIN TANIMI

Sağlık kavramını tüm boyutları ile ele alan ve genel kabul görmüş bir tanımlama yapmak oldukça zordur. Sağlığın tanımı ile ilgili en net ifadelerden birisi Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1979 Alma Ata konferansında, yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden de iyilik durumunun kişide bulunması olarak tanımlanmıştır. Bu tanımdan yola çıkarak sağlığın sadece hastalıkla ilgili öğelerin dışında diğer faktörlere de yer verildiği tespit edilmiştir (Ateş, 2016: 1).

Yine literatür bilgileri incelendiğinde sağlığın tanımı ile alakalı bir başka tanımla Yazan, (2015) tarafından yapılmıştır. Yazanın tanımında dünya sağlık örgütünden farklı olarak fiziksel ve toplumsal çevreyle ilişkili olarak bedenin ve ruh halinin uyumluluğu tanımı getirilmiştir (Yazan, 2015:5).

Tüm tanımlar incelendiğinde sağlık ile alakalı tüm bileşenlere yer verildiği açıkça görülmektedir. Hal böyle iken sağlıklı olabilmek için ne yapılması gerekenler ile ilgili de bilgiler tanımlanmıştır. Tanımlamayı sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasının alt başlıklarından olan koruyucu sağlık hizmetleri ele almaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin içeriği, çevreye yönelik koruyucu hizmetler ve kişiye yönelik koruyucu hizmetler olarak ayrılmaktadır. Kişinin sağlıklı olabilmesi için hem çevresel hem de beşerî koşulların tamamının uygun koşullar ile sağlanması gerekmektedir.

Bu tanıma ilerleyen bölümlerde daha detaylı değinilecektir. Kısaca belirtmek gerekirse, kişiye yönelik koruyucu hizmetlere; aşılama örnek olarak gösterilebilir. Aşılama ile bazı hastalıkların engellenmesi mümkündür. Yine yapılan çalışmalar ile belirlenen ölçütler çerçevesinde belli aralıklarda, belli yaşlarda uzmanlar tarafından önerilen tetkiklerin yapılması birçok hastalığın engellenmesinde yeterli olabilmektedir.

Diğer yandan sağlının tanımı ile alakalı 1986 yılında Ottawa sözleşmesi ile tanım daha ileriye götürülerek; Sağlık unsuru sadece bireyler ile sınırlanmayıp bir grubun arzuları ve bu arzuları gerçekleştirme, diğer yandan da çevresi ile ilgili isteklerini tanımlayıp tüm bunlarla baş etmeye muktedir olabilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanım ile birlikte sağlık hizmetlerinin gelişimi, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon amacı ile sunulan hizmetler ve en önemlisi, sağlının korunması amacıyla verilen hizmetler, sağlının tanımı altında toplanmaktadır. Sağlının tanımını en geniş perspektif ile ele alan çalışmalardan birinin Ottawa sözleşmesinde yer aldığını söylemekte mümkündür (Tengilimoğlu, Işıık, Akbolat: 2017:69).

2.2.SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayrı kılan en önemli özellik hizmetlerin tüm bireyleri ilgilendiriyor olmasıdır. Bu durum ile alakalı birçok literatür bilgisi bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özelliklerini genel anlamda ve başlıklar ile şu şekilde tanımlayabiliriz.

- Sağlık hizmetleri ertelenemez
- Sağlık hizmetlerinin rastlantısaldır
- Sağlık hizmetleri ikame edilemez
- Kapsamını hizmet alan (hastalar) değil hekim belirler
- Sağlık hizmetlerinin çıktısı paraya çevrilemez
- Hizmetlerin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşıır
- Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek zordur
- Sağlık hizmetlerinde tüketicinin davranışları irrasyoneldir
- Farklı meslek grupları bir bütün halde hizmet verir

2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Ertelenemez Olması

Sağlık hizmetlerinin ne zaman ortaya çıkacağıının belli olmaması ve ertelenemez olması özellik açısından, sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden farklı kılmaktadır. Kişi sağlık hizmetinin gerekliliğini erteleyemez. Ertelemesi durumunda kalıcı sağlık sorunları ile karşılaşabilir, bu durum hayat ya da uzuv kayıplarına kadar erişebilir. Sağlık hizmetlerinin bu özelliği gereği, kişinin hizmetlere erişebilir olması da şarttır. Hal böyle iken kişinin sağlık

hizmetlerine ulaşımı için sağlık hizmeti sunucularının en iyi şekilde planlanması da gerekmektedir (Ateş, 2016: 1).

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Rastlantısal Olması

Bireylerin sağlık ihtiyaçları rastlantısalıdır. Ne zaman ortaya çıkacağı belirsizdir. Bu özellik sağlık hizmetlerini diğer hizmet türlerinden ayıran en önemli özelliktir. İnsanın, ne zaman, hangi hastalığa yakalanacağını önceden kestirmesi mümkün değildir. Diğer bir ifade ile sağlık hizmetlerine bireylerin hangi durumlarda ne oranda ihtiyaç duyacağı öngörülemez. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin planlamasında ve denetiminde devlet hiçbir zaman uzak olamaz. Bireyler genellikle belli bir yaşa kadar sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymazlar ancak belli bir yaştan sonra yakalandığı bir hastalık sonucu çok ciddi oranda sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyabilir. Sağlık hizmetlerinin bu özelliği gereği bireyler sağlık ile alakalı bütçeler oluşturmalı devlet ise ihtiyaç duyulduğu anda hizmeti vermek için hem hizmet çeşitliliğini hem de hizmet sunucularını optimum düzeyde planlamalıdır (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat: 2017:75).

2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin İkamesinin Olmaması

Hemen hemen tüm piyasalarda bir malın fiyatı arttığı zaman tüketicilerde reaksiyonel olarak bu malın alternatifini tüketme güdüsü ortaya çıkar. Örneğin bir otomobil markası fiyat arttırdığında kampanyası olan veya fiyatı sabit kalan diğer bir otomobil firması tercih edilir. Ancak sağlık sektöründe durum böyle değildir. Hekimin, bireye önerdiği hizmeti hasta almak zorundadır (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat: 2017:75).

Yine literatür bilgileri incelendiğinde hizmete olan ihtiyaç ortaya çıktığı anda tüketimin de hemen arkasından oluşması gerekmektedir. Kişi herhangi bir sağlık hizmetine alternatif olarak farklı bir sağlık hizmeti tüketemez (Has, 2010:9).

Tüm bu bilgiler ışığında sağlık hizmetlerinin alternatifsiz hizmetler olduğu ve ihtiyaç anında tüketiminin gerektiğini söylemek mümkündür.

2.1.4. Kapsamının Hizmet Alan Değil Hekimin Belirlemesi

Günümüzde herhangi bir mal veya hizmet alınacağı zaman bireyler kitle iletişim araçları yardımıyla araştırmalar yaparak hangi hizmetleri alacağı konusunda fikir sahibi olabilirler. Ancak sağlık hizmetlerinde durum hiçte böyle değildir. Kişi neredeyse hangi branştan hizmet alacağı konusunda bilgi sahibi değildir. Konuya dair bilgi sahibi olabilmek için uzunca eğitim sürecinden geçmek ve bilgileri sürekli güncel tutmak gerekmektedir. Tüm bu durumları teknolojik gelişmelerde bir hali karmaşık hale getirmektedir. Sonuç olarak kişiye hekim tarafından önerilen tedaviyi kişi tercih etmek, uzmanlaşmış insan kaynağına güvenmek zorundadır (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat: 2017:75).

2.1.5. Sağlık Hizmetlerinin ıktısı Paraya evrilemez

Sağlık hizmetlerinin çıktısı doğrudan paraya evrilememektedir. Sağlık hizmetlerini yeterli bir şekilde sunulması insanların ve toplumun sağlık düzeyini yükseltecektir. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat: 2017:77).

Diğer taraftan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik yapılan harcamaları kar ve kazanç unsuru ile tam ilişkilendirmek mümkün değildir. Çünkü yapılan harcamaların bireylerin sağlığına doğrudan faydasını ölçmek mümkün değildir. Diğer yandan da verilen hizmetlerin karşılığında hastanın ve refakatindeki kişilerin memnuniyeti herhangi bir maddi unsur ile ölçülememektedir. Tüm bu bilgiler ışığında sağlık hizmetinin finansal yönden diğer mal ve hizmetlerden tamamen ayrıldığını belirtmek mümkündür.

2.1.6. Hizmetlerin Bir Bölümü Toplumsal Nitelik ve Kamu Malı Özelliği Taşır

Literatür incelendiğinde hizmetlerin bir bölümünün toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşıması ile alakalı tanımlamanın Ateş tarafından yapıldığı tespit edilmiştir.

Aşılama ve benzeri sağlık hizmetleri bireyleri hastalıklardan koruduğu için bireye sağladığı yararın yanı sıra bulaşıcı hastalıklarında ortaya çıkışının önlenmesi nedeniyle çevre içinde yarar sağlayacaktır. (Ateş, 2016:4).

Örnek olarak bulaşıcı veya herhangi bir hastalığa yakalanan kişinin, ailesindeki diğer fertlerin hastalığa yönelik bilgilendirmeler ve önlemler alınmasının sağlanması durumu kamusal nitelik olgusudur. Koruyucu sağlık hizmetleri ele alındığında verilen hizmetler bireylerin herhangi bir maliyete katlanıp katlanmamasından bağımsız gerçekleştirilmektedir. Bu uygulamalarda amaç toplumun sağlığına direkt katkıda bulunmak yönündedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin hemen her alanında yapılacak olan yatırım ve geliştirmeler ister özel sektör ister kamu tarafından yapılsın, toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşır.

2.1.7. Hizmetten Sağlanan Doyum Ve Kaliteyi Önceden Belirlemek Zordur

Sağlık hizmetlerinden yararlanacak olan hastaların verilen hizmetlerden sağlayacağı fayda ve doyumunu önceden belirlemek oldukça güçtür. Literatür incelendiğinde Işık (2012) tarafından yapılan çalışmada belirsizliğin getireceği etkilerden bahsedilmiştir. Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylerin sağlık bilgileri üzerine bilgi düzeylerinin az olması nedeniyle güven unsuru ile hareket edecekleri ve hizmeti sunacak olan başta hekim olmak üzere tüm sağlık profesyonellerine güvenmesi gerekliliği belirtilmiştir (Işık, 2012:11).

Bir diğer literatür bilgilendirmesi ise Tengilimoğlu ve diğerleri tarafından yapılmıştır. Tengilimoğlu ve diğerleri sağlık hizmetlerinin önceden tecrübe edilemeyeceğine değinmiştir. Hizmeti alan tarafından hizmeti verene güven duyulması, hizmeti veren sağlık profesyonelinin ise genel etik kuralları içerisinde hareket etmesi gerektiği belirtmiştir (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2017:77).

Bu bilgiler ışığında sağlık hizmetlerini, hizmeti alan tarafından güven olgusu içerisinde gerçekleşmesi kaçınılmaz, hizmeti veren için ise tıbbi etik kuralları içerisinde gerçekleşmesi gerekmektedir. Bir başka deyişle güven

duygusu ve tıbbi etik sağlık hizmetleri sunumunda oldukça önemli kavramlardandır.

2.1.8. Sağlık Hizmetlerinde Tüketicinin Davranışları İrrasyoneldir

Sağlık hizmetlerini normal hizmetlerden ayıran bir diğer özellik ise tüketici davranışlarının irrasyonel (akılcı olmayan) olmasıdır. Bireylerin mal ve hizmetleri edinmeden önceden bilgiler edinerek rasyonel (akılcı) davranmaları beklenir. Fakat sağlık hizmetlerinde durum hiçte böyle değildir. Bu durum Tengilimoğlu ve diğerleri tarafından şu şekilde açıklanmıştır.

Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylerin alacakları hizmetler üzerine bilgileri oldukça sınırlıdır. Hizmetlerin kalite ve ekonomiklik boyutlarına dair bilgileri de bulunmamaktadır. Hepsinden öte çoğu zaman bu ölçütleri değerlendirmeye vakitleri bile olmamaktadır (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2017:76-77).

İrrasyonellik konusuna Işık (2012) tarafından da değinilmiştir. Işık bireyler tarafından satın alınacak olan hizmetlerin satın alınması esnasında akılcı seçimler yapması ve alınacak hizmetin bireyin kendisi tarafından seçildiğine vurgu yapmaktadır. Sağlık hizmetlerinde bu olgular farklılık göstermektedir. Örneğin bireyler sağlık endişeleri nedeniyle hasta olmadıkları durumlarda sağlık hizmetleri alabilmektedir. Bu durum sağlık hizmeti kaynaklarında gereksiz kaynak israfına neden olmaktadır. Bir başka durumda ise, bilinci yerinde olmayan ve acil sağlık hizmetlerinden faydalanan hastaların hangi sağlık hizmetlerinden faydalanacağı hasta tarafından değil, gerekli hizmetler hekimler tarafından belirlenmektedir. Bu durumların tamamı nedeniyle normal hizmetlerin aksine sağlık hizmetlerinde, bireylerin tercihleri yerine dış etmenler etkili olmakta tüketicinin rasyonel davranışları tamamen ortadan kalkmaktadır (Işık, 2012:11).

2.1.9. Farklı Meslek Grupları Bir Bütün Halde Hizmet Verir

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran bir diğer önemli özelliği de farklı meslek gruplarından birçok çalışanı bir araya getirmesidir. Hastaneler

matriks yapılara verilebilecek en iyi örneklerden biridir. Genel bir sağlık sunucu ele alındığında başta hekimler olmak üzere yöneticiler, hemşireler, sağlık teknisyenleri, sekreterler, otelcilik hizmetleri, teknik hizmetler, temizlik hizmetleri, güvenlik hizmetleri, tedarik personelleri, şoför ve benzeri birçok meslek gurubu mensubu ile bir arada hizmetler oluşturmaktadır.

Literatür incelendiğinde Işık (2012) tarafından sağlık hizmetlerinin sunumundaki farklı meslek gurupları ile ilgili bilgilendirme yapıldığı tespit edilmiştir. Farklı türdeki birçok hizmetin sınırlı alanda bir arada verildiği, bu hizmetlerin ayaktan tedavi, yatarak tedavi, acil sağlık hizmetleri, eczacılık hizmetleri, ulaştırma vb. hizmetler olduğu tespit edilmiştir (Işık, 2012:7).

2.1.10. Sağlık Hizmetleri Emegın Yoğun Olduğu Soyut Hizmetlerdendir

Sağlık sektöru teknolojik gelişmelerin en fazla yaşandığı sektörlerden birisidir. Günümüzde özellikle tıbbi cihazlar oldukça gelişmiş hale gelmiş bu durumda tanı hizmetlerini mükemmel bir hıza taşımıştır. Fakat sağlık hizmetlerinin üretilmesi sadece tıbbi cihazlar ile sağlanmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin önemli bir boyutu sağlık profesyonellerinin bireysel becerilerine bağlıdır. Örnek verilecek olunursa tanı hizmetleri tıbbi cihazlar tarafından yapılsa da tedavinin planlanması veya cerrahi tedaviler, klinisyenler veya cerrahlar tarafından yapılmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerini emegın yoğun olduğu soyut hizmetler olarak belirtmek mümkündür (Ateş, 2016:3).

Başka bir değişle sağlık hizmetleri, tıbbi cihazların katkısıyla tamamen beşeri emekler ile oluşmaktadır.

2.1.11. Sağlık Hizmetlerinde Uzmanlaşma Düzeyi Yüksekdir

Sağlık hizmetlerinde teknolojik unsurların yoğun kullanımı nedeniyle uzmanlık hizmetleri gelişmekte ve farklı uzmanlık alanlarının ortaya çıkması ile sonuçlanabilmektedir (Ateş, 2016:3).

Bir başka deyişle tıp ilmi üzerine yapılan araştırma çalışmalarındaki olumlu gelişmeler araştırma sahalarını genişletmekte ve ana uzmanlık alanlarının bölünerek genişlemesine neden olmaktadır. Günümüzde birçok uzmanlık hizmetleri yan dal olmaktan çıkarak ana dal haline gelmiştir. Örnek verilerek açıklamak gerekirse önceleri Gastroenteroloji, Kardiyoloji ve Göğüs hastalıkları uzmanı olabilmek için Dahiliye ihtisası gerekmekte iken bu uzmanlık hizmetleri zamanla ana branş haline gelmişlerdir. Yine beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle *Geriatri ve Palyatif Bakım* hizmetleri gelişmekte ve farklı birimlerin oluşması ile sonuçlanmaktadır.

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN NİTELİĞİ

Sağlık hizmetleri niteliği yönünden bireylerin şifaya ulaştırılması ve şifanın sürekliliğini amaçlamaktadır. Sağlıklı olmak amacıyla sunulacak olan hizmetler ve hastalıkların tedavisi için sunulan hizmetler, finansal organizasyonlar, sağlık profesyonelleri ve sağlık dışındaki diğer hizmetlerden farklı uzmanlaşma ile sağlanır. Bu durum sağlık hizmetlerinin iki farklı niteliğinin olması ile sonuçlanmaktadır. Bu nitelikler kamusal ve özel nitelikler olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin kamusal özelliklerinden toplumun tamamı, özel kısmından ise sadece bireyler faydalanmaktadır. Kamusal sağlık hizmetleri genellikle devlet tarafından finanse edilirken, özel nitelikli hizmetler ise genellikle özel (cepten) harcamalar ile finanse edilmektedir (Ateş, 2016: 4).

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Niteliği

Kamu yararına verilen sağlık hizmetleri nedeniyle oluşacak olan maddi külfetin her zaman devlet tarafından finanse edilmesi beklenir. Diğer bir perspektiften bakıldığında tedavi nedeniyle verilen hizmetlerin kişiye özel fayda sağladığı koruyucu tedavi hizmetlerinin ise toplum faydasına olduğu söylenebilir. Örneğin hava yolu ile bulaşan rahatsızlığa yakalanan bir kimsenin tedavi edilmesi kişinin etrafındakilere yarar sağlar (Ateş, 2016: 4).

Ateş tarafından yapılan açıklamada ise bu hizmetlerin kamu malı niteliği taşıdığına ve bazı gerekçeler ile kamu eliyle verilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu gereklilikler şu şekilde sıralanabilir.

- “Temiz su sağlanması, haşereler ile mücadele, bulaşıcı hastalıkları önleme, cinsel temas ile bulaşan hastalıklar ile mücadele vb. hizmetler tüm toplumun sağlığını ve dolayısıyla kamusal yaşamı ilgilendirdiği için bu tür hizmetler para ile satılamaz, piyasaya terk edilemez.
- Sağlık hizmetleri hakkında toplum yeterli düzeyde bilgi sahibi değildir. Bu durum hizmeti sunan ve hizmeti alan arasında bilgi eşitsizliğine neden olmaktadır. Dolayısıyla devlet hizmet sunucularına karşı zayıf durumda bulunan kesimleri korumak durumundadır.
- Özellikle toplumun yoksul kesimleri için önemli olan koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından verilmemesi dengeleri bu kesimler aleyhine bozacaktır” (Ateş, 2016: 5).

Ateş tarafından tanımlanan bu nedenler koruyucu tedavi hizmetlerinin her zaman devlet eli ile yönetilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Kavuncubaşı ve Yıldırım koruyucu tedavi hizmetlerini ve çevre sağlığı hizmetlerinin kapsamını şu şekilde tanımlanmıştır.

- “Su kaynaklarının temini kontrolü
- Katı atık kontrolleri
- Zararlı canlılarla mücadele
- Besin sanitasyonu
- Hava kirliliğinin denetimi
- Gürültü kirliliğinin denetimi
- Radyolojik zararlıların denetimi
- İş sağlığı” (Kavuncubaşı, Yıldırım: 2015:42)

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özel Niteliği

Sağlık hizmetlerinin bu niteliği daha çok tedavi ve rehabilite edici hizmetleri ile ilgilidir. Tedavi edici sağlık hizmetleri büyük oranda bireyseldir. Özetle bireyin kendisini ilgilendirmektedir. Kamusal niteliğin aksine bireyler

hastalık ile bireysel olarak mücadele etmektedir. Örneğin migren ağrısı çeken bir bireyin ağrı dindiriciye en hızlı şekilde ulaşmak için normalden fazla ödemelere katlanabilir. Daha ciddi, büyük operasyonlar gerektiren rahatsızlıkları olan bireyler ise tedavi için tüm mal varlıklarını harcamayı göze alabilirler. Bu durumlar sağlık sistemlerinin işleyişlerini de yapılandırma yönünde etkilemektedir. Bu durumun engellenmesi amacıyla *piyasa yönelimli* sağlık sistemlerin yanı sıra *sosyalist ve kapsayıcı tip* sağlık sistemleri tercih edilmesi gerekmektedir. Piyasa yönelimli sağlık sistemine en iyi örnek ABD gösterilebilirken sosyalist ve kapsayıcı tip sağlık sistemlerine gösterilecek örnekler sırasıyla İngiltere ve Küba'dır. Bir diğer sağlık sistemi tipi de *refah yönelimli* sağlık sistemidir. Bu sistemde hem özel hem de kamusal yönelimler ele alınmaktadır. Hizmet sunumunda sağlık piyasasında genişletici rol oynarken finansman büyük oranda kamu tarafından sağlanmaktadır (Ateş, 2016: 6).

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık; insanın var oluşu ile birlikte, insan hayatını sürdürebilmesi için en önemli yaşam kriteridir. Konu sağlık olunca, sağlık finansman yöntemlerinin süreç ve şekilleri literatürler incelendiğinde, ilk çağdan günümüze kadar uzanan uzun bir evrene sahip olduğu tespit edilmiştir.

Eski Mısırlılar, Yunanlılar, Romalılar bazı sağlık finansman çalışma ve modelleri geliştirmişlerdir. Bunlar esnaf loncaları, defin dernekleri, hastalara yardım derneklerinden ibarettir. Mısırlılarda devlet yöneticileri varlıklı insanların hastalara, dul ve yetimlere yardım etmesini, Romalılarda hastalık sandıkları kurarak sağlık finansmanı sağladıkları tespit edilmiştir (İstanbulluoğlu vd., 2010: 88).

Literatür incelendiğinde Ateş sağlık hizmetlerinin finansmanının temelini oluşturan iki temel model olduğunu belirtmiştir. Birincisi İngilizler tarafından oluşturulup kullanılan “Beveridge Modeli” diğeri ise Almanlar tarafından oluşturulup kullanılan “Bismarc Modeli” dir. Bu modellerin dışındaki modellerin hepsi bu modellerin değişik şekilde modifiye edilmesi ile ortaya

çıkmıştır (Ateş, 2016:17). Bir ülkede sağlık hizmetinin seçilmesini etkileyen temel faktörleri aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz.

“Dünyada sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan temel iki model bulunmaktadır. Tüm uygulamalar bu iki modelin değişik uygulamaları biçimindedir. Bu modellerin birincisi İngiliz modeli denilen “Beveridge Modeli” Diğeri ise Alman modeli olarak da anılan “Bismarc Modeli” dir. (Ateş, 2016:17).” Bir ülkede sağlık hizmetinin seçilmesini etkileyen temel faktörleri aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz.

- 1- Modelin uygulanacağı ülkenin Sosyo-Ekonomik Gelişim Düzeyi
- 2- Mali Kapasite
- 3- Uygulanabilirlik
- 4- Verimlilik
- 5- Hakkaniyet
- 6- Talep/Kullanım sıklıkları ve Tüketici Davranışları
- 7- Hizmet Sunucusu Davranışları (Tatar, 2011-2012: 106)

Tablo 2.1. : Sağlık Sistemlerinin Sağlık Harcamaları ve Sağlık İndikatörleriyle Kıyaslaması

Ülke	Kişi Başı Sağlık Harcaması (\$)	Sağlık Harcaması (GSYİH %)	Ortalama Ömür Süresi	Bebek Ölüm Oranı	Aynı Gün Randevu Alamama (%)	Maliyetten Dolayı Hizmet Alamama (%)
Beveridge Ülkeleri	3401	9,5	79,9	3,2	48,5	9,5
Bismarck Ülkeleri	3345	9,1	80,7	3,4	44,0	15,5
Ulusal Sağlık Sigortası Ülkeleri	3827	10,1	80,1	4,7	77,0	25,0
ABD	8505	17,7	78,6	6,0	70,0	33,0
Türkiye	984	5,4	74,6	7,4	-	-

Kaynak : Daştan, 2015:127

Herhangi bir ülkeye ait Sosyo-Ekonomik düzey ülkenin sağlık sistemi belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Ülkelerin kişi başına düşen gelirleri, sağlık harcamalarının genel harcamalara oranı, kişilerin katlanabilecekleri yıllık sağlık harcamaları gibi göstergeler sağlık sisteminin seçilmesinde göz önünde bulundurulması gereken önemli göstergeleridir. Yine sistemin

seçiminde mali taban düzgün analiz edilmelidir. Seçilecek sağlık sisteminde vergi göstergeleri önemlidir. Kayıt dışı ekonomi, toplanan vergi türleri belirleyici rol oynayacağından iyice analiz edilmelidir. Sistemlere ilişkin bazı göstergeler tablo 1.1. deki gibidir. Seçilen sağlık sisteminin ülkenin vatandaşları tarafından uygulanabilirlik açısından benimsenmesi sistemin aksamadan yürümesi için de önemli bir kriterdir. Sistemin verimlilik yönünden de planlanması gerekmektedir. Seçilen sistemin planlama sonrasında işleyebilir ve finansman kaynaklarının maliyetleri zorlamaması, sistemin uzun yıllarca aksamadan yürüyebilmesi için önemli bir kriterdir. Yine sistemin efektif işlemesi için katkı yükünün toplumun hangi kesimleri tarafından karşılanacağı önemlidir. Bu kriter detaylı incelenerek kesimlerin katkılardan ne denli etkileneceği detaylı araştırılmalı ve sürekli kontrol edilmelidir. Ayrıca kullanımlarında sürekli projeksiyon halinde izlenmesi tüketici davranışlarını kontrol altında tutmak gerekir. Tüm bu kriterler detaylı bir şekilde incelenerek projelendirilmesi durumunda iyi bir sağlık sistemi seçiminin mümkün olduğu açıkça görülmektedir. Yine bu kriterler ana temellerin ciddi bir kısmını oluşturduğu literatür bilgileri ile sabittir (Tatar, 2011:107).

2.3.1. Beveridge Modeli

Beveridge modeli bir diğer adı ile kamu sistemi modeli tüm sistemin kamu tarafından finanse edilen modeldir. Sistem II. Dünya savaşı sonrası William Beveridge tarafından tasarlanmıştır.

Beveridge modelinin özellikleri;

- 1- Beveridge modelinde sadece prim ödeyenlerin değil ülkede yaşayan tüm bireylerin faydalanabildiği bir modeldir
- 2- Tüm sigorta kurumlarının birleştirilmesi hedeflenmektedir
- 3- Sadece devletin değil vatandaşlarında sisteme katkıda bulunması hedeflenmiştir
- 4- Finansman çoğunlukla vergilere dayanmaktadır
- 5- Sağlık hizmetlerinin ulaşımı kolaydır
- 6- Finansmandan doğan yük tüm topluma eşit olarak dağıtılmıştır

Tüm bu özellikler ışığında sağlık; insanın günlük yaşamda ihtiyacı olan ve devlet tarafından sağlanan yol, su, temel yaşam bileşenleri gibi basit bir kamu malı olarak tanımlanmıştır. Bu sisteme örnek olarak verilebilecek en iyi ülke İngiltere dir. Bu sistemde tüm sağlık hizmetlerinin mali bedelleri devlet tarafından belirlenmektedir. Bu durum devlette çalışan hekimler veya özel olarak çalışan hekimler ayırt etmeksizin uygulanmaktadır. Yapılan iş ile alakalı ne yapılacağı, ücretinin ne olacağı devlet tarafından belirlendiği için sağlık harcamalarının kontrollü ve düşük maliyetli olmasında beraberinde getirmektedir (Daştan, 2015: 106).

Literatür bilgileri birleştirildiğinde Beveridge modelinde kapsamın içeriği ve odak noktası toplumun bireyleri olduğu açıkça görülmektedir. Yine bu modelde hizmeti sunanın kesinlikle devlet olması gerektiği ortadadır. Ancak sistemin finansmanı ağırlıklı bir şekilde vergiye dayanması nedeniyle vergi yükünü topluma eşit ve adaletli dağıtılması gerekliliği doğmaktadır.

2.3.2. Bismarck Modeli

Bismarck modeli öncelikle işçileri korumak amacıyla ilk kez Otto Von Bismarck'ın başbakanlığını yapmakta olduğu Alman imparatorluğu hükümeti tarafından 1883-1889 yılları arasında kurulmuştur. Sistem öncelikle belli bir kazanç skalasının altında kalan işçileri kapsamış ve giderek diğer gurupları içine alarak büyümüştür. Sistem tümü ile özel sigorta kurallarını benimsemiştir. Aynı zamanda bu sistem, tüm ülke vatandaşlarının sisteme dahil olmasını zorunlu kılmıştır (Özmen, 2017: 602).

“Bismarck'ın sosyal güvenlik politikası kurmasındaki amaç, gelişen sosyalist akımlara karşı, bir yandan geleneksel yöntemlerle mücadele etmek, diğer taraftan da sosyal politika alanında reform hareketlerini girişerek, sosyalistlerin etkisini kırmak olmuştur” (Özmen, 2017: 603).

Bismarck modelinin genel özelliklerini aşağıdaki şekilde tanımlamak mümkündür.

- 1- Ağırlıklı olarak primler ile finanse edilmektedir
- 2- Organizasyonu devlet tarafından sağlanır ancak çalıştırılmaz

- 3- Hizmet ödemeleri, hizmet başına yapılır
- 4- Hizmeti devletle beraber özel sektör de verir
- 5- Finansman ağırlıklı olarak işveren ve çalışan kesime dağıtılmıştır az da olsa devlet katkısı bulunmaktadır.

Sistemde sigortanın ana konusu bireyler değildir. Çalışanlar kategorilere ayrılarak gelirleri üzerinden belli miktarlar fonlara aktarılır. Diğer nüfus ise bu fonlardan faydalanarak kapsama dahil edilmektedir. Bu sistemde finansman genel olarak işçi ve iş veren gurubunun ödediği primler ve devlet katkıları ile oluşmaktadır. Sigorta sunucuları hastaneler ile toplu sözleşmeler yaparak hastalar adına hizmetlerin alımını sağlamaktadır. Bu sistemde hastaların hizmet sunucusunu seçme olanağı Beveridge modeline göre daha fazladır. Aynı zamanda bu sistemler gün geçtikçe kendilerini güncellemekte ve günümüz şartları doğrultusunda gelişmektedir. Beveridge ve Bismarck modelinin karşılaştırmalı özellikleri tablo 1.2.'deki gibidir (Öztürk, Karakaş, 2015:44 ; Lamerie, Joffe ve Wiedemann: 1999: 6).

Tablo 2.2. Sağlık Sistemlerinde Temel İki Model

Ulusal Sağlık Sistemi/Beveridge	Sosyal Sağlık Sistemi/Bismarck
Genel vergilerle finanse edilmektedir.	Ağırlıklı olarak katlılar yoluyla finanse edilmektedir.
Evrensel kapsam	Sağlık sigorta fonları yoluyla kapsam veya meslek başına fonlama, bölge başına, politik gruplar başına
Kamu Altyapısı	Karma Altyapı (Kamu ve Özel)
(Hastaneler) doktorlar maaşlı çalışmaktadır.	Bağımsız Doktorlar, Hizmet başı ödeme
Önemli düzeyde devlet müdahalesi	Devlet tarafından organizasyon sağlanır ancak devlet tarafından işletilmez
Hükümet tarafından merkezi olarak planlama (Sağlık Bakanlığı)	Kompleks yapı, çok sayıda kuruluş
Danimarka, Yunanistan, İspanya, İrlanda, İtalya, Portekiz, Finlandiya, İsveç, İngiltere	Belçika, Almanya, Fransa, Lüksemburg, Hollanda, ve Almanya

Kaynak: Öztürk, Karakaş: 2015:43

2.3.3. Karma Model

Bismarck tarafından kurulan sosyal sigorta modeli ve Beveridge tarafından kurulan ulusal sigorta modeli birçok ülkede benimsenerek yıllardır uygulanmaktadır. Ancak günümüz koşulları nedeniyle bu sistemler ilgili ülkelerde yeterli olmamakta ve ülke ihtiyaçları, demografik özellikleri ve

benzeri nedenlerle bazı özellikleri ağırlıklı bazı özellikleri ise azda olsa diğer sistemin yanında kullanılmaktadır (Özmen: 2017: 603).

Örneğin Türkiye’de karma sistem kullanılmaktadır. Detaylandırılacak olunursa Türkiye’de sistemin finansmanı ağırlıklı pirimler (katkılar) yolu ile sağlanmaktadır. Ancak sistem aynı zamanda vergilerle de finanse edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin halka arzı yönünden değerlendirildiğinde sadece pirim ödeyenlerin değil kapsamı dar olsa da tüm halk hizmetlerden faydalanmaktadır. Sağlık hizmetleri ise kamu ve özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Tüm bu bilgiler ışığında Türkiye’nin karma modelin en belirgin örneklerinden olduğu söylenebilir.

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ

2.4.1. Örgüt ve Örgütlenmenin Tanımı

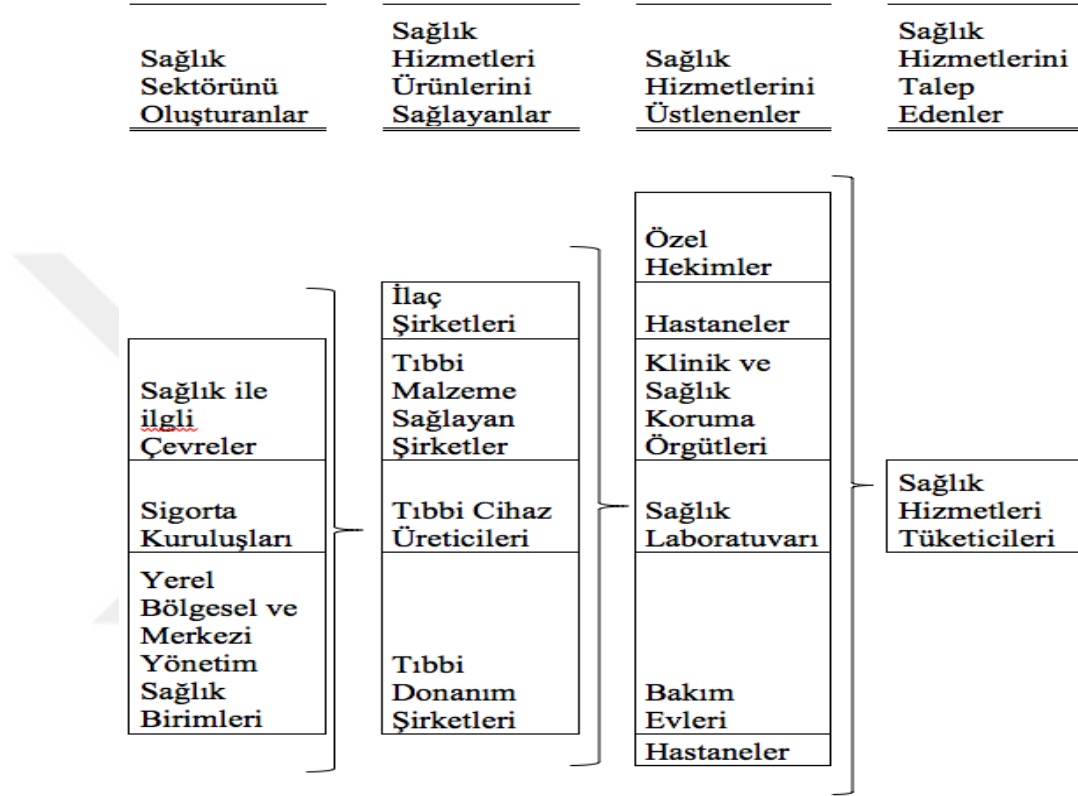
Örgütü, belirli bir amaç adına görevleri örgüt üyelerine paylaştırılmış ve bu amaç doğrultusunda faaliyet gösteren yapı şeklinde tanımlamak mümkündür. (Yüksekbilgili, 2017: 46)

Örgüt oluşum aşamaları ve zorlukları Tengilimoğlu vd. tarafından şu şekilde tanımlanmıştır. “Yöneticiler, amaçları düzenlendikten ve uygulanabilir bir plan geliştirdikten sonra planı gerçekleştirmek için gerekli olan beşerî ve diğer kaynakları örgütlemek durumundadır. Yeni bir örgüt yapısı oluşturmak ve aynı zamanda örgüt içi dengeler yöneticinin yapması gereken en zor işlerden biridir” (Tengilimoğlu, Atilla ve Bektaş: 2016: 130).

Yine literatür bilgileri incelendiğinde Demircan (1995) tarafından yapılan araştırmada bir diğer tanıma yer verilmiştir.

“Örgüt belirli bir görevi sürekli olarak yüklenmek üzere tek bir otoritenin emrinde birleşmiş birbirine bağlı insanlar topluluğudur” (Demircan, 1995: 1).

Örgüt ile ilgili tanımlar daha çok insanlar ile ilgili yapılmakta iken devlet kurumlarının örgütlenmesi kurumlar üzerinden yapılacağından biraz daha karmaşık haller alabilir. Sürecin en efektif ve uzun vadeli olabilmesi için örgütlerin amaç ve hedeflerinin belirlenmesi ve sürecin aktif bir şekilde takip edilmesi verimlilik açısından olmaz olmaz olarak kabul edilmelidir.



Kaynak: Tengilimoğlu, Işık, Akbolat: 2017:69
Şekil 2.1. Sağlık Hizmetleri Endüstrisi

2.4.2. Sağlık Örgütlenmesinde Göz Önüne Alınması Gereken Temel İlkeler

Sağlık hizmetleri örgütleri oldukça karmaşıktır. Sağlık hizmetleri endüstrisi birçok kurum, kuruluş ve çevreden oluşmaktadır. Bunlar şekil 1.1. yardımı ile açıklanmıştır. Hal böyle iken örgütlemedeki temel ilkeler önem arz etmektedir. Sağlık örgütlenmesi ile alakalı ilkelerin tanım ve önemi Ateş tarafından şu şekilde belirtilmiştir.

“Sağlık hizmetlerini örgütlemeye göz önüne alınacak ilkeler, bir ülkenin öncelikle sosyal politika anlayışına bağlıdır. Şayet sosyal politika

herkese tedavi edici sağlık hizmeti sunmanın bir kamu hizmeti olmadığını kabul ediyorsa böyle bir ülkede sağlık personeli tesis ve hizmet dağılımı, serbest piyasa ekonomisi kuralına göre kendiliğinden oluşur. Ancak, sağlık hizmetleri arasında, koruyucu sağlık hizmetleri zorunlu ve satın alınmayan bir hizmet olduğu için, bu hizmetler her ülkede hükümetler tarafından ön görülen ve finanse edilen hizmetlerden olmalıdır” (Ateş: 2016:37).

Sağlık örgütlenmesi ile alakalı göz önüne alınması gereken temel ilkelere, 12 Eylül 1978 tarihinde Kazakistan’ın başkenti Alma-Ata kentinde toplanan Uluslararası Temel Sağlık Konferansında değinilmiştir. Toplantı sonunda bildirge hazırlanmış ve bildirgeyi toplantıya katılan 67 uluslararası örgüt temsilcisi imzalamıştır. Temel ilkeler 22 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin planlamada ilke olarak kullanılması, işlevsellik açısından insan sağlığı için çok önemlidir. Maddelere öz olarak değinmek gerekirse;

- Sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar sosyal yatırım olarak adlandırılmakta ve bu yatırımların geri dönüşleri kısa vadede olmayacağı için gelişmemiş ülkelerde bu harcamalar için kaynak ayırımının kısıt olduğu belirtilmiştir. Bu ülkelerde kaynakların daha çok kısa vadede ve pozitif dönüşü olacak yatırımlara ayrıldığı bildirilmiştir.
- Tüm toplumun sağlık hizmetleri planlamasına katılması gerektiği ve toplum tarafından kabul edilebilir olması gerektiği vurgulanmıştır. Bunu gerçekleştirmek için en efektif uygulamanın uygun hizmet basamağında hizmeti alanlara danışarak veya birlikte çalışarak planlama yapılması gerektiği belirtilmiştir.
- Sağlık hizmetlerinde tüm sektörlerin iş birliğinin sağlanmasının gerektiği bildirilmiştir. Dolayısı ile sadece sağlık sektörü değil ekonomik ve sosyal sahadaki tüm sektörlerin tam bir uyum içerisinde çalışması gerekliliği vurgulanmıştır.
- Sağlık hizmetlerinin tüm topluma, toplumun kabul edebileceği şekillerde verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Burada konunun özü hizmetlerin entegrasyonu ile ilgilidir. Hizmetlerin entegrasyonu en ufak bir sağlık biriminde her hizmetin verilmesidir. Entegre

hizmetler daha çok bireyi değil aile ve toplumları ele almaktadır. Diğer bir önemli unsur ise tüm hizmetlerin ülke genelinde dengeli verilmesi gerekliliğidir.

- Hekim dışında diğer sağlık çalışanlarının kullanımına da önem verilmesi gerekliliği hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde bazı hizmetlerin daha hızlı ve efektif sağlanması için hekim açığının, profesyonel ve eğitilmiş hekim dışındaki sağlık personelleri ile sağlanılabileceği belirtilmiştir.
- Hizmet sunumunda ilgili ülkeye uygun teknoloji ile hizmete katılması gerekliliği belirtilmiştir. Burada her ülkenin kendi Sosyo-Ekonomik yapısına uygun modeller geliştirmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bunun için hizmetlerin sınıflandırılması gerektiği ve kaynakların en uygun şekilde kullanılması gerektiği belirtilmiştir. (Hamzaoğlu, 2002: 109)

2.4.3. Sağlık Örgütlenmesinde Yönetim Düzeyleri

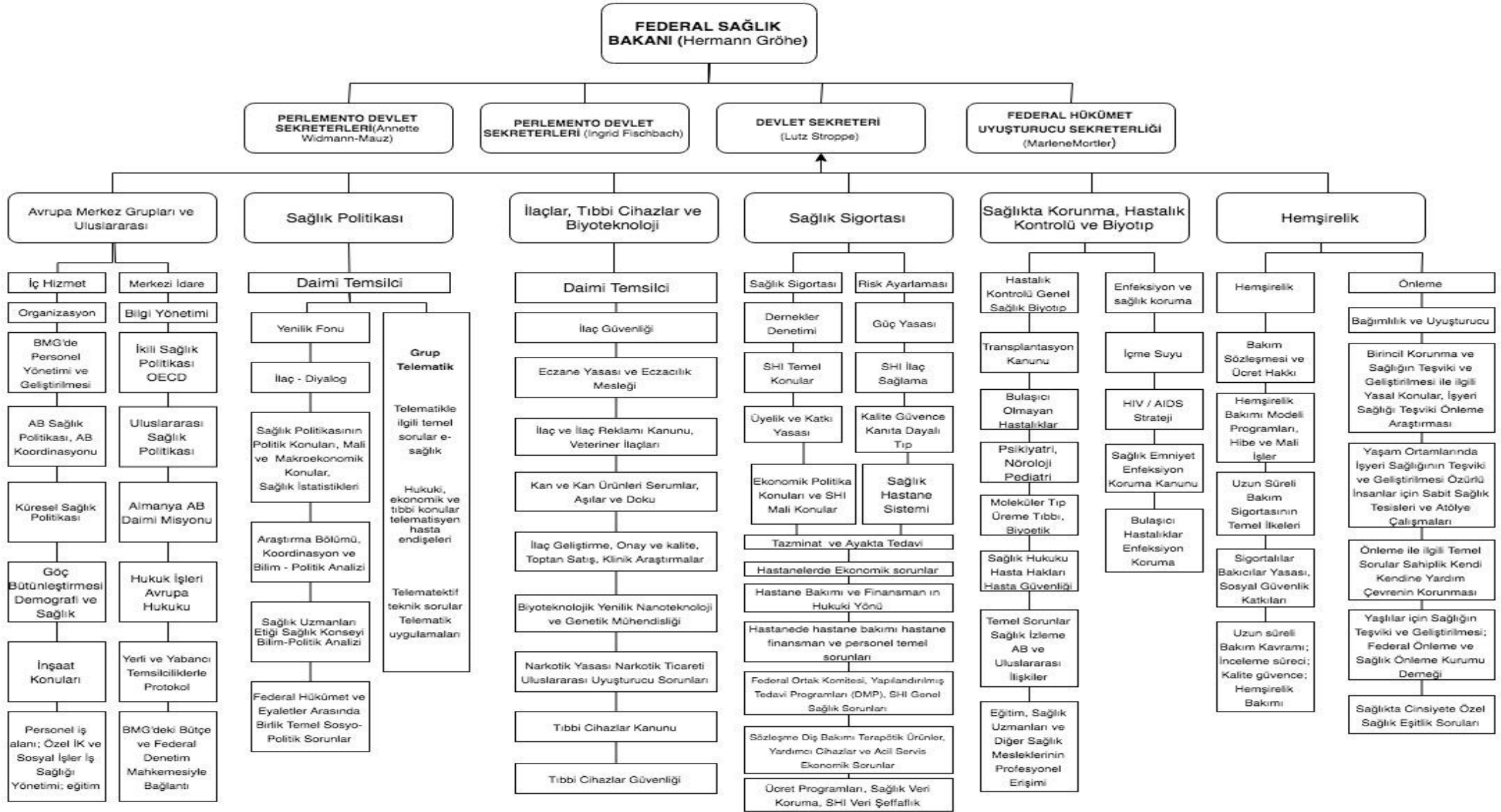
Sağlık örgütlenmesinde hemen her ülkenin kendine has uygulamaları olduğu literatür bilgilerindedir. Ülkelerin gelişmişlikleri farketmeksizin dereceleri farklı olsa da hizmetlerin örgütlenmesi yeniden yönetim ilkesi benimsenmiştir. Bu durumun nedenini yönetsel sakıncaları ortadan kaldırılması ve daha etkin sağlık hizmeti sunmak olduğu düşünülebilir. Bu nedenle bölgesel yönetimlerin önemli olduklarını kabul etmek gerekmektedir. Ancak bazı ülkelerde ise finansal ve yönetsel yetersizlikler nedeniyle bölgesel düzeyde yönetim örgütlenmesine geçilememiştir. Bu ülkelerden birisi de Sudan'dır. Ülkelerin birçoğunda Sağlık Bakanlığın az ya da çok müdahalesi bulunur. Yetkiler daha çok bölgelere dağıtılmış durumdadır. Amerika Birleşik Devletleri ve Almanya'da bölge ve eyaletlerdeki yetkiler sağlık bakanlığına oldukça yakındır. Bu ülkelerde bölgelerin sağlık plan ve programlarını hazırlanması, analiz edilmesi sağlık personeli istihdamı ve çalıştırılması, bütçelerin yönetimi, proje onay ve finansmanı, eğitim ve lojistik destek gibi konular sağlık örgütlerinin görevleridir. (Ateş:2016: 42)

Tablo 2.3. Avrupa’da Yerel Yönetimler

Ülke	Yerel Örgüt	Görev ve Sorumluluk
Belçika	Belediye + İl idaresi	Hastane ve doğumevlerinin açılması ve işletilmesi, sağlık, kamu hijyeni, koruyucu hekimlik ve çevre sağlığı hizmetleri
Bulgaristan	Belediye	Yerel sağlık politikalarının belirlenmesi, örgütlenmesi, poliklinikler açılması ve çevrenin korunması hizmetleri
	Bölge idaresi	Bölgesel sağlık kuruluşlarına yardım ve çevre sağlığı hizmetlerinin kontrolü
Danimarka	Bölge İdaresi	Hastane hizmetleri
	Bölge + Yerel İdare	Genel sağlık hizmetleri
	Yerel İdare	Çevre sağlığı hizmetleri
Finlandiya	Belediyeler	Hastane, kişisel ve çevre sağlığı hizmetleri
Fransa	Belediye	Bazı acil yardım hizmetleri
	İl İdaresi	Tıbbi denetim, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, ana ve çocuğun korunması
Hollanda	Belediye	Hastane ve bakım evlerinin kurulması ve işletilmesi
	Merkezi İdare + Belediye	Kişisel sağlık hizmetleri
	Merkezi + İl + Belediye	Çevre sağlığı hizmetleri
İspanya	Belediye	Çevre sağlığı hizmetleri, il sağlık kurumlarının hizmetlerinin yönetimine katılım
İsveç	Belediye	Çevre sağlığı hizmetleri ile nehaat ve kronik hastalık evleri
	İl İdaresi	Hastane hizmetleri
İsviçre	Belediye	- Cenevre Kantonu'nda çevre sağlığı hizmetleri
Lüksemburg	Merkezi İdare + Belediye	Neuchatel Kantonu'nda hastane, kişisel sağlık hizmetlerinin yönetimi ve çevre sağlığı
Norveç	İl İdaresi	Hastane hizmetleri
	Belediye	İlk yardım ve poliklinik hizmetleri
	Belediye kontrolünde Özel Şirketler	Çevre sağlığı hizmetleri
Portekiz	Belediye	Sağlık merkezleri kurmak ve işletmek
Yunanistan	Belediye	Çevre koruma hizmetleri
	Merkezi İdare	Kişisel sağlık ve hastane hizmetleri
	Merkezi İdare + Belediye	Büyük belediyelerce tamamlayıcı tesisler

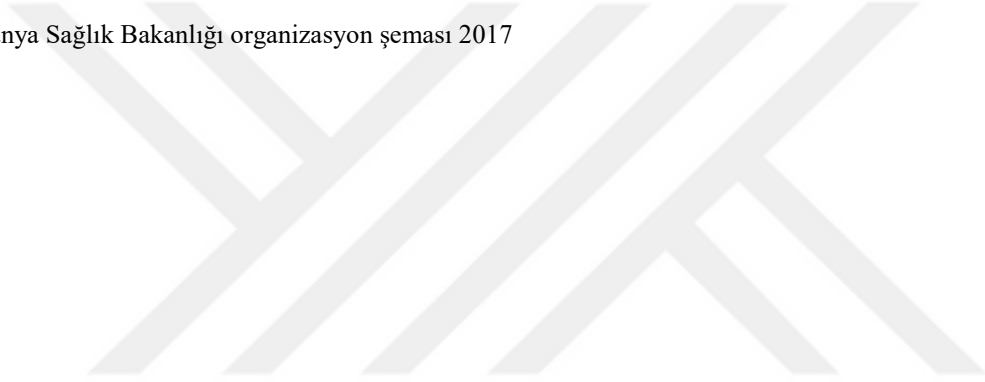
Kaynak: Uz: 1999:109

Uz (1999) tarafından yapılan çalışmada yerel örgütlerin sağlık örgütlenmesi içerisindeki yeri ve görevlerin değerlendirilmiştir. Durum tablo 1.3. deki gibidir. Tablo analiz edildiğinde sağlık örgütlenmesinde tüm idare düzeylerine aynı ülkenin bir benzerini bulmak zordur. Bazı ülkeler belediye düzeyinde, bazı ülkeler il idaresi, bazı ülkeler merkezi idare, bazıları ise yerel idare seviyelerinde hizmetlerin idaresini konumlandırmışlardır. Bazı ülkelerde bir hizmet kolu için birden fazla idari düzey kullanıldığı tespit edilmiştir.



Kaynak: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/Organisationsplan/Organigramm.pdf (Almanya Sağlık bakanlığı Resmi İnternet Sitesi Erişim Tarihi: 13.01.2018)

Şekil 2.2. Almanya Sağlık Bakanlığı organizasyon şeması 2017



2.4.3.1. Ulusal Düzey

Sağlık örgütlenmesinde ulusal düzeyin tam karşılığı Sağlık Bakanlığı denk gelmektedir. Günümüzde hemen her ülkede Sağlık Bakanlığı örgütlenmesi mevcuttur. Sağlık Bakanlığı'nın amaçlarından bahsetmek gerekirse; Ülke içerisinde insan sağlığına etki eden tüm koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin planlanması, organize edilmesi ve denetlenmesi olarak tanımlanabilir. Genellikle bu hizmetler anayasal düzen, kanunlar, genelgeler, tebliğler, yönetmelikler ve kararnameler ışığında yönetilmektedir.

Sağlık bakanlığının amaçlarına ait bir tanımlama da Demircan (1993) tarafından yapılmıştır. Demircan çalışmasında Sağlık Bakanlığının amacını şu şekilde tanımlamıştır.

“Sağlık Bakanlığının hizmet amacı, herkesin hayatın beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, Ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, bireylerin ve toplum sağlığına zarar veren etkenlerle mücadele etmek ve halka hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini sağlamaktır” (Demircan: 1993: 9).

Sağlık bakanlığının görevleri ile alakalı Ateş tarafından tanımlamalar yapılmıştır. Sağlık bakanlığının başlıca görevleri şu şekildedir.

- Ulusal sağlık politikalarını oluşturmak ve yönetmek
- Ulusal sağlık planının oluşturulması, bölgesel ve yerel olarak yönetilmesini organize etmek
- Kaynakların dağılımını sağlamak
- Ulusal sağlık sistemine ilişkin etkinlik ve yeterlilik kontrollerini yapmak sürekli gözlemlenerek geliştirmek
- İlaç piyasasının etkin kontrolünü sağlayarak lisans işlemlerini yürütmek ve kontrollerini sağlamak
- Sağlık personelinin gelişimine ilişkin planlama yapmak ve kontrolünü sağlamak.
- Özel Sağlık sunucularının sürekli ve periyodik olarak kontrollerini sağlamak

- Uluslararası sağlık örgütleri ile her an iletişim içinde olarak ulusal sağlık hizmetlerine katkıda bulunmak (Ateş: 2016:44).

Sağlık bakanlıkları ulusal düzeyde tüm bu görevleri yerine getirmek için oldukça gelişmiş organizasyonel organizasyon yapısına ihtiyaç duyar. Konunun daha net anlaşılması üzere Almanya Sağlık bakanlığı organizasyonel yapısı ana başlıkları ile incelenmiştir.

Almanya Sağlık Bakanlığı organizasyon şeması resmi internet sitesinden alınarak çeviri yapılmıştır. Şema şekil 1.2. deki gibidir. Tüm bölümler Federal Sağlık Bakanlığı Devlet Sekreterine, Federal Sağlık Bakanlığı Devlet Sekreterinin ise Federal Sağlık Bakanına bağlı olduğu tespit edilmiştir. Sağlık Bölümleri içerisinde uyuşturucu ile alakalı birçok bölüm bulunmasına rağmen ayrıca Federal Sağlık bakanına bağlı Federal Hükümet Uyuşturucu Sekreterliği olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, uyuşturucu ile mücadelede ulusal düzeyde alınan tedbirlerin ne kadar önemlilikle izlendiğini ortaya koymaktadır. Tüm organizasyonun altı gruba ayrıldığı tespit edilmiştir. Yapı incelendiğinde bölümlerin;

- Avrupa Merkez Grupları ve Uluslararası
- Sağlık Politikası
- İlaçlar, Tıbbi Cihazlar ve Biyoteknoloji
- Sağlık Sigortası
- Sağlıkta Korunma Hastalık Kontrolü ve Biyotıp
- Hemşirelik, şeklinde olduğu tespit edilmiştir.

Avrupa Merkez Grupları ve Uluslararası Bölümü: Bölüm incelendiğinde ülkedeki sağlık işleri ile alakalı uluslararası düzeyde düzenlemeler ve araştırmalar yapan departmanlar bütünü olarak tespit edilmiştir. Küresel sağlık politikaları, göç, sağlık sektöründe Avrupalı inşaat konuları, Avrupa sağlık hukuku gibi konuların bu bölümde organize edildiği tespit edilmiştir. Bölümün aynı zamanda sağlık hizmetleri için ulusal düzeyde yerli ve yabancı sağlık sunucuları ile olan sözleşmeleri yönettiği tespit edilmiştir (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de> Erişim Tarihi: 13.01.2018).

Sağlık Politikası Bölümü: Bölüm incelendiğinde, ülkenin sağlık politikasının düzenlendiği departmanlar bütünü olarak tespit edilmiştir. Bölümü ikinci seviyede yöneten bir daimî temsilci olduğu tespit edilmiştir. Bölüm sağlık politikasının makroekonomik konuları ile kesişen alanları, Ülkedeki ilaç yönetimi ile ilgili konular gibi büyük organizasyonel işler için faaliyet gösterdiği tespit edilmiştir. Bölüm bünyesinde yine bölümü birinci düzeyden yöneten daimî temsilciye bağlı olarak faaliyet sürdüren telematik isimli departman olduğu tespit edilmiştir. Telematik araştırıldığında gerçek zamanlı veri aktarım sistemi olduğu tespit edilmiştir. Telematik'in bir sistem olarak sağlık verilerini derleyen ve anlık raporlayan bir sistem olduğu tespit edilmiştir (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de> Erişim Tarihi: 13.01.2018).

İlaçlar, Tıbbi Cihazlar ve Biyoteknoloji Bölümü: Bölüm incelendiğinde ülkedeki ilaç ile alakalı tüm kontrollerin ve yasaların oluşturulup kontrol ettiği tespit edilmiştir. Narkotik maddelerin kontrolü de bu bölüm tarafından sağlandığı belirtilmektedir. Ayrıca tıbbi cihazların geliştirilmesi, planlanması ve kontrol edilmesi de bu bölüm tarafından kontrol edildiği belirtilmiştir (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de> Erişim Tarihi: 13.01.2018).

Sağlık Sigortası Bölümü: Ülkedeki sağlık sigortası ile alakalı konuların ulusal düzeyde koordine ve yönetimi bu bölüm tarafından sağlandığı belirtilmiştir. Bölümler incelendiğinde, derneklerin denetimi, göç yasası, risk hesaplamaları, sağlık sigortasının hastanelere sağladığı finansman ve benzeri konuları yürütmek amacı ile faaliyet gösterdiği tespit edilmiştir (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de> Erişim Tarihi: 13.01.2018).

Sağlıkta Korunma, Hastalık Kontrolü ve Biyotıp Bölümü: Bölüm incelendiğinde koruyucu tedavi hizmetlerinin yönetildiği tespit edilmiştir. Koruyucu hizmetlerin yanında yine ulusal düzeyin hiçbir zaman kontrolünden çıkarılmayacak halk sağlığı, transplantasyon, temiz su kaynakları gibi önemli konularında yönetildiği tespit edilmiştir (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de> Erişim Tarihi: 13.01.2018).

Hemşirelik: Bölüm incelendiğinde ülkedeki hemşirelik faaliyetlerinin planlandığı ve kontrol edildiği tespit edilmiştir. Bölümde hemşirelik faaliyetlerinin yanı sıra hemşirelik dışında evde bakım vb. faaliyetlerin de organize edildiği tespit edilmiştir (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de> Erişim Tarihi: 13.01.2018).

2.4.3.2.Bölgesel Düzey

Sağlık örgütlenmesi içerisinde Ulusal düzey sonrasında en büyük düzey bölgesel düzeydir. Eyaletler yetkileri bakımından sağlık bakanlığı yetkilerine yakın olabilmektedirler. Bu durum ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir.

Yetki derinliklerini örnek ile açıklamak gerekirse Almanya'da eyaletler yasa çıkarma yetkisine bile sahip olabilmektedir. Ancak Federal Devlet aynı konuda bir yasa çıkarırsa federal devletin çıkardığı yasa geçerli olmakta ve eyaletin çıkardığı yasa geçersiz olmaktadır. Özetle Sağlık alanında düzenleme yetkileri Federal Devlet ile eyaletler arasında paylaştırılmıştır (Temel: 2010: 248).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ise eyaletler yönetim birimlerine bölünerek yönetilmekte ve bu birimlere *county* adı verilmektedir. County'ler bin yıllık geçmişe dayanır ve İngiltere kökenlidir. Amerika'daki ilk yerleşmeciler tarafından bölgeye benimsetilmiştir. County'ler anayasal zeminde yasalara uygun şekilde kurulmaktadır.

Eyaletlerin sağlık hizmetindeki görevlerini şu şekilde açıklayabiliriz. En önemli görevinin hastalıkların önlenmesi olarak söylenebilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi amacıyla hastalıklara yönelik tüm istatistiki bilgiler tutulmaktadır. Bu bilgiler Sağlık Müdürleri tarafından tutulmaktadır. Bunların dışında restaurantlardan başlayıp umuma açık havuzlara kadar, bireylerin sağlık koşullarını olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek tüm sosyal mekanların kontrolleri de yine sağlık müdürleri tarafından sağlanmaktadır. Bu bilgilerden yola çıkılarak sağlık hizmetlerinden Koruyucu sağlık hizmetleri,

Tedavi edici sağlık hizmetleri ve Rehabilitasyon edici sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve kontrolleri County'ler tarafından yapılmaktadır. Yine county'ler hastanelerin işletilmesinden ve kontrollerinden de sorumlulardır (Çınarlı, 2011: 273).

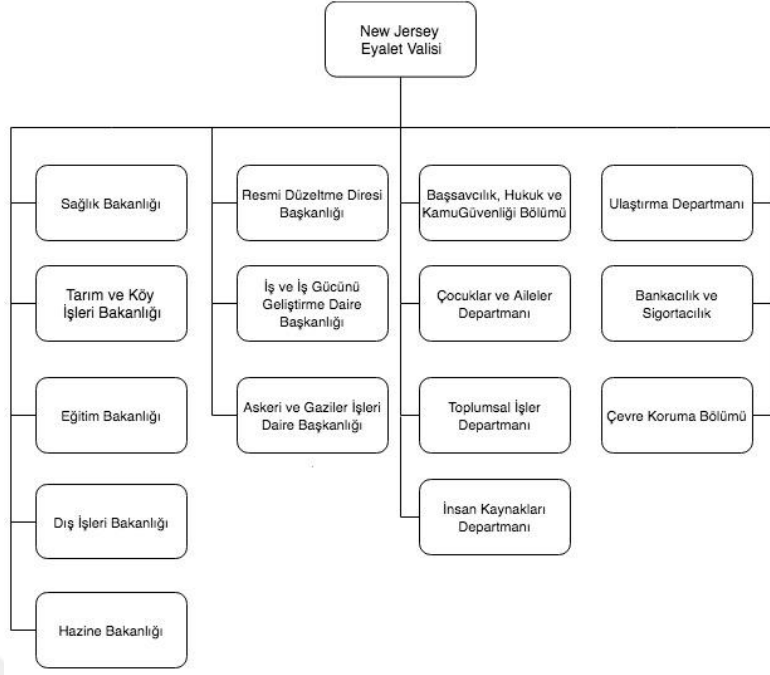
Eyalet yönetimleri, görev ve sorumluluk alanlarının daha iyi anlaşılabilmesi adına Amerika Birleşik Devletleri, New Jersey eyaleti departmanları ve sağlık departmanı altındaki bölümlerin araştırması yapılmış ve çevirisi gerçekleştirilmiştir. Departman ve bölümleri şekil 3 deki gibidir.

Eyalet bakanlıkları, daire başkanlıkları, bölüm ve departmanlar, Bakan, Başkan, Departman ve Bölüm Direktörleri ile eyalet valisine bağlı olarak hizmet vermektedirler. Sağlık unsurunun eyaletlerde bakanlık düzeyinde yürütüldüğü tespit edilmiştir.

Eyalet şematik olarak incelendiğinde Bakanlık olarak hizmet veren organlar şu şekilde tespit edilmiştir.

- Sağlık Bakanlığı
- Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı
- Eğitim Bakanlığı
- Dış İşleri Bakanlığı
- Hazine Bakanlığı

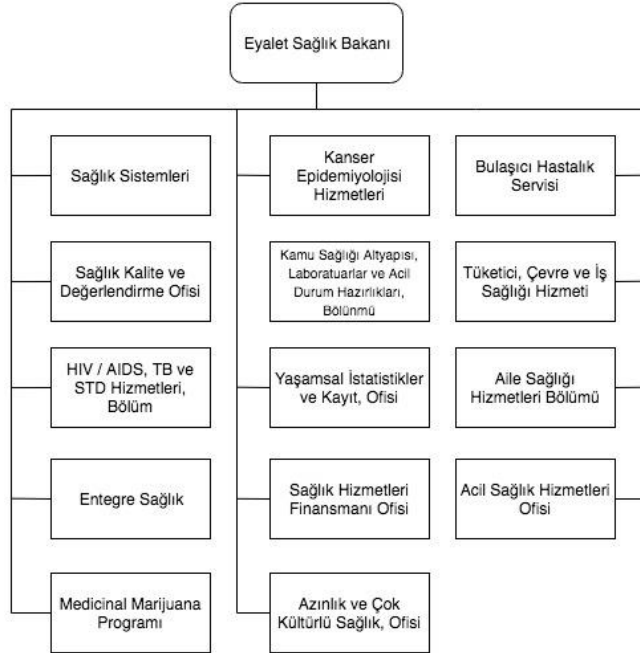
Bu bilgilerden yola çıkılarak eyaletlerinin ülkeler gibi yönetildiği ancak nüfusun az olması nedeniyle kapsamının daha dar olduğu tespit edilmiştir. Örneğin dış işleri bakanlığı mevcut iken iç işleri bakanlığı bulunmamaktadır. Yine örnekleri çoğaltmak gerekirse adalet bakanlığı yerine devlet adalet bakanlığına bağlı olarak Resmi Düzenleme Dairesi Başkanlığı bulunduğu tespit edilmiştir.



Kaynak: <http://www.nj.gov/nj/gov/deptserv/> New Jersey Eyaleti Resmi İnternet Sitesi)

Şekil 2.3. New Jersey Eyaleti Bakanlık, Daire Başkanlıkları ve Departmanları

Eyalet organlarının tamamının geniş şekilde örgütlendiği her organın kapsamlı bir şekilde departmanlara ayrıldığı tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın 14 ayrı departman ile hizmet verdiği tespit edilmiştir. Sağlık bakanlığının organizasyon şeması Şekil 1.3. deki gibidir.



Kaynak: <http://www.nj.gov/nj/gov/deptserv/> New Jersey Eyaleti
Şekil 2.4. New Jersey Eyaleti Sağlık Bakanlığı Departmanları

Şekil 1.4.'de verilen organizasyon şemasında bulunan sağlık bakanlığı departmanlarının görevleri şu şekildedir.

Kanser Epidemiyolojisi Hizmetleri: Bölüm eyalet genelinde kanser ile alakalı koruyucu faaliyetlerde bulunduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda kansere yakalanan bireylerin tüm salık verilerini işleyerek eyalet içerisinde bölgesel bazda, cinsiyet, ırk ve etnik köken açısından araştırmalar yaptığı belirtilmektedir. Verilerin ise dijital ortamda tutulduğu belirtilmektedir (<http://www.nj.gov/health/ces/index.shtml> Erişim Tarihi: 07.01.2018).

Bulaşıcı Hastalık Servisi: Bölüm eyalet sınırları içerisinde bulaşıcı hastalıklardan korunma amacıyla sağlık hizmetleri faaliyetlerinin yürütüldüğü belirtilmektedir. Eyalet sınırları içerisinde bulaşıcı hastalıklara yakalanan tüm bireylerin bilgileri dijital ortamda tutulmakta ve analiz edildiği belirtilmektedir. Yapılan tüm faaliyetler raporlanarak sağlık bakanlığına periyodik olarak raporlandığı belirtilmiştir (<http://www.nj.gov/health/cd/index.shtml> Erişim Tarihi: 07.01.2018).

Aile Sağlığı Hizmetleri Ofisi: Bölüm eyalet sınırları içerisindeki ailelerin ve toplulukların sağlık, emniyet, ve refah yönünden pozitif faaliyetler yürütmektedir. Bölüm birinci basamak sağlık hizmetlerini de organize etmektedir. Faaliyetleri incelendiğinde, kırsal sağlık hizmetleri, yetersiz bölgelerde sağlık hizmetlerinin sağlanması, pediatrik ağız sağlığı, aile sağlığı, hamilelik sorunlarının iyileştirilmesi ve benzeri konularda faaliyet gösterdiği tespit edilmiştir (<http://www.nj.gov/health/fhs/index.shtml> Erişim Tarihi: 07.01.2018).

Tüketici, Çevre ve İş Sağlığı Hizmetleri: Eyalet içerisindeki topluluk ve işçilerin sağlık ve refah yönünden geliştirilmesi amacı ile hizmet vermektedir. Çalışma ortamında bulunması muhtemel kimyasal, fiziksel ve biyolojik risklere karşı standartlar geliştirerek denetim faaliyetlerinde bulunduğu tespit edilmiştir (<http://www.nj.gov/health/ceohs/index.shtml> Erişim Tarihi: 07.01.2018).

Acil Sağlık Hizmetleri Ofisi: eyalet içerisindeki acil sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve faaliyetlerin yürütülmesi amacıyla hizmet verdiği tespit edilmiştir. 26.000'in üzerinde Acil Tıp Teknisyeni, 1700 Mobil Yoğun Bakım Paramedik ile birlikte toplamda 4500 den fazla araç ile hizmet vermekte olduğu tespit edilmiştir. Bölümün hizmetleri ile alakalı 2018 yılı için 39 toplantı programı yaptığı tespit edilmiştir (<http://www.nj.gov/health/ems/> Erişim Tarihi: 07.01.2018).

Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ofisi: Bölüm hastane bakım ödeme yardım programını (Charity Care) yöneterek hastane finansmanını ve performansını izlemektedir. Tüm verileri derleyerek raporlar ve denetimler gerçekleştirildiği belirtilmiştir. Bölümün üç aylık periyotlar ile bu denetlemeleri gerçekleştirdiği tespit edilmiştir (<http://www.nj.gov/health/hcf/> Erişim Tarihi: 07.01.2018).

Sağlık Sistemleri: Eyalet içerisindeki hastaneler, bakım evleri, ayakta tedavi merkezleri, evde sağlık hizmetleri gibi 39 sağlık sunucusunun faaliyetlerini denetlemektedir. Kurum yönetmelik yapmak ve bu kapsamda ceza faaliyetleri konusunda yetkilidir. Aynı zamanda sertifika programları ile sağlık çalışanlarını niteliklendirme faaliyetleri de yürütmektedir (<http://www.nj.gov/health/healthfacilities/index.shtml> Erişim Tarihi: 07.01.2018).

Sağlık Kalite ve Değerlendirme Ofisi: Bölüm sağlık hizmetlerinin kalitesi ile ilgili verileri toplayarak tüketicilerin, sağlık hizmeti sunucularının ve bakanlığın bilinçli karar vermesine yönelik raporlar üretir. Aynı zamanda bakanlığın belirlediği kalite kuralları çerçevesinde denetim faaliyetleri yürütüldüğü belirtilmiştir. (<http://www.nj.gov/health/healthcarequality/index.shtml> Erişim Tarihi: 07.01.2018).

HIV / AIDS, TB ve STD Hizmetleri, Bölümü: Bölüm HIV, STD (Cinsel Temas Yolu ile Bulaşan Hastalıklar) ve TB' nin (Tüberküloz) yayılmasını

önlemek ve azaltmak, enfekte olmuş kişilerin tedavileri ile ilgilendiği belirtilmiştir. (<http://www.nj.gov/health/hivstdtb/> Erişim Tarihi: 07.01.2018).

Medicinal Marijuana Programı: Bölüm tıbbi esrarın etkin bir şekilde uygulanması ile ilgilenmektedir. Bölümün görevi Tıbbi esrarın yetiştirilmesi ve dağıtımları gibi faaliyetleri düzenlemek ve denetlemek olduğu belirtilmiştir. (<http://www.nj.gov/health/medicalmarijuana/index.shtml> Erişim Tarihi: 07.01.2018).

Entegre Sağlık: Akıl Sağlığı ve Bağımlılık ile ilgili hizmetlerin, tedavi programlarının koordine edildiği bölüm olarak belirtilmiştir (<http://nj.gov/health/integratedhealth/> Erişim Tarihi: 07.01.2018).

Azınlık ve Çok Kültürlü Sağlık: Sağlık eşitsizliklerinin tam analizi ve ortadan kaldırılması için verilerin kalitesi önemli olduğu bilinmektedir. Departman doğru ve tutarlı veriler ile analizler sağlamaktadır. Kanser haritası ve yetişkinlerde obezite haritası 2015 yılında yapılan çalışma yapılan çalışma departmanın yapmış olduğu çalışmalara örnek gösterilmektedir. (<http://www.nj.gov/health/ommh/index.shtml> Erişim Tarihi: 07.01.2018).

Halk Sağlığı Altyapısı, Laboratuvarlar ve Acil Durum Hazırlıkları, Bölümü: Bölüm sağlık altyapısı, laboratuvarlar ve acil durumlar için yapılan hazırlıkların stratejik ve operasyonel düzeyde koordinasyonunu sağlamaktadır. (<http://www.nj.gov/health/philep/> Erişim Tarihi: 07.01.2018).

Yaşamsal İstatistikler ve Kayıt Ofisi: Bölüm yaşama dair istatistiki verileri tutarak raporlar üretmektedir. Doğum, evlenme, ölüm ve ölü doğum gibi önemli istatistikler tutulan kayıtlara örnektir. Verilen bilgiler incelendiğinde neredeyse tüm hastalıklar türünde, cinsiyet ve benzeri kriterlerde üst düzey veriler elde edildiği tespit edilmiştir. (<http://www.nj.gov/health/vital/> Erişim Tarihi: 07.01.2018)

2.4.3.3. İlçeler ve Benzeri Birimler

İlçeler hizmet düzeyinin en son halkalarından birisi olarak gösterilebilir. Bu birimler genellikle sağlık hizmetlerinin kontrol edildikleri noktalardır. Ülkenin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak Sağlık Bakanlığına veya Yerel Yönetime bağlı olarak hizmetlerini sürdürmektedirler (Ateş, 2016: 46).

Bu birimlerin hizmetlerini özetlemek gerekirse İngiltere'den örnek vermek mümkündür. Bilindiği üzere İngiltere'de sağlık hizmetleri Sağlık bakanlığına bağlı olarak Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) tarafından yürütülmektedir. Hizmetler kapsamında genellikle hastalardan ücret alınmadan hizmetler verilmektedir. Sonuncusu 2010 yılında hizmete giren sağlık programları çerçevesinde hastanelerdeki bekleme sürelerini en aza indirmeye amacıyla en fazla üç saatlik uçuş mesafesindeki ülkelere hastalar tedavi amacıyla gidebilmekte ve giderleri Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) tarafından karşılanmaktadır. Bu hizmetin planlı bir şekilde yerine getirilebilmesi için NHS'in yerel komisyonu Primary Care Trusts (PCT) kurulmuştur. İngiltere'de sağlık hizmetleri sunumu için 1968 yılına kadar bütün sağlık hizmetlerinin %68 ihaleye çıkarılmıştır. Bu hizmetlerin %20 si özel sektör tarafından alınmıştır (Yamaç, 2014: 9).

Verilen bilgilerin daha net anlaşılabilmesi için İngiltere'de Londra'ya bağlı Ealing Bölgesi (İlçesi) Yerel Yönetim kadroları incelenmiştir. Ealing de Belediye Başkanı, 69 Belediye Meclisi üyesi 2 Yüksek Denetçi olduğu tespit edilmiştir. Müdür ve Direktörlük seviyesinde yönetim departmanları dağılım şu şekildedir. İlçede tüm hizmetlerin 18 müdürlük altında yönetildiği tespit edilmiştir. Müdürlüklerin tamamı İcra kurulu başkanına bağlı olarak faaliyet göstermektedir. Sağlık hizmetleri ile alakalı müdürlüklerin Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Çevre Hizmetleri müdürlüğü olduğu tespit edilmiştir (Londra İlçeler Dizini, <http://www.directory.londoncouncils.gov.uk/directory/ealing/>).

2.4.3.4. Mahalli Düzey

Mahalli düzeyde genellikle sağlık hizmetleri yönetim ve organizasyonu İlçe birimleri tarafından kontrol edilmektedir. Mahalli İdarelerin yapıları ile alakalı Arslan ve Biniş tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde araştırma yapılmıştır.

Çalışmada mahalli yönetimler üç'e ayrılmıştır. Bunlar;

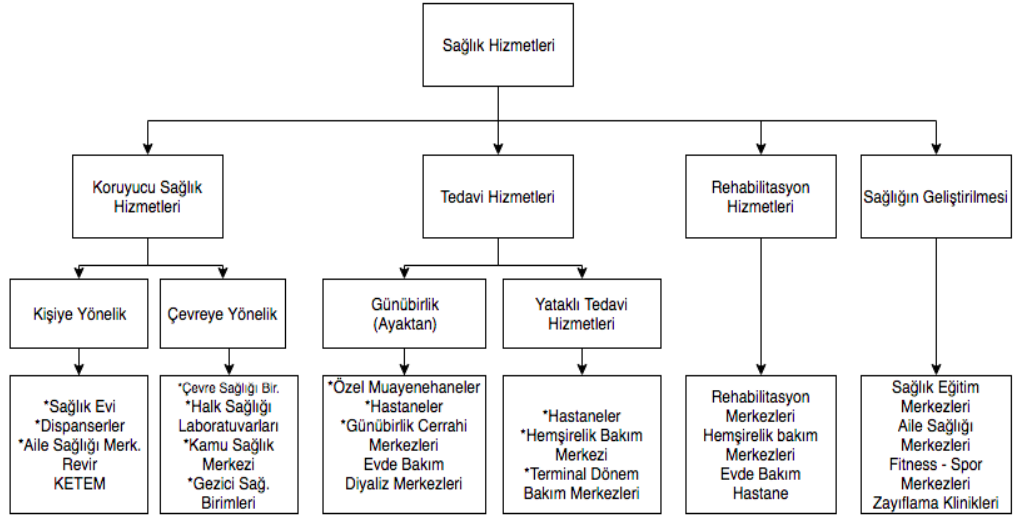
- Kasaba Yönetimi (Mahalle Yönetimi)
- Özel Amaçlı İlçe Yönetimleri (Özel Bölgeler)
- Okul Bölgeleri

olarak tanımlanmıştır. Mahalli idarelerin görevler birbirlerine göre değişiklik göstermekle birlikte özetle anayasal düzen ve kanun hükümlerinin uygulanması ve kontrolü olarak tanımlanmıştır. Temel görevler Eğitim, Sağlık, Can ve Mal güvenliği olarak tanımlanmıştır (Arslan, Biniş, 2014: 151).

Sağlık ile alakalı görev Arslan ve Biniş tarafından "Sağlığın korunması, hastalıkların tedavi edilmesi, insanların beden ve ruhen geliştirilmesi ve ömrün uzatılması amaçları doğrultusunda gerçekleştirilen sağlık hizmetleri yanı sıra çevre alanındaki diğer hizmet türleri konusunda da mahalli idarelerin önemli rolleri bulunmaktadır. Bunlar arasında çevre kirliliği ile mücadele, enerji israfının önlenmesi, çöp ve diğer atıkların toplanması ve imhası ve kanalizasyon hizmetleri sayılabilir" (Arslan, Biniş, 2014:158) şeklinde tanımlanmıştır.

Bilgiler sağlık örgütlenmesinin düzeyler bakımından en üst düzeyden en alt düzeye ciddi bir yapılanma ile yönetildiği yönetim ve organizasyonunun oldukça geniş ve karmaşık olduğunu söylemek mümkündür.

2.5. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SINIFLANDIRILMASI



Kaynak: (Arslan, Biniş, 2014:158)

Şekil 2.5. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları

Sağlık hizmetlerinin türleri Kavuncubaşı ve Yıldırım tarafından şekil yardımı ile açıklanmıştır. (Bkz. Şekil 1.5.) Bu hizmetleri detaylı olarak açıklamak gerekirse;

2.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerini niteliği yönünden diğer sağlık hizmetlerinden ayıran en önemli özelliği toplumun tamamını kapsamasıdır. Diğer sağlık hizmetleri, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri genellikle şekillenerek bireyleri ilgilendirdiği söylenebilir.

Literatür incelendiğinde kişiye yönelik bağışıklama, aşılama, erken tanı ve teşhis, aile planlaması, beslenme ile alakalı düzenleme ve denetlemeler, çevresel faktörlerin denetlenmesi ve düzenlenmesi, sağlığın korunması ile alakalı topluma verilen eğitim ve bilgilendirmeler koruyucu sağlık hizmetlerine örnek olarak verilebilir. Bu bağlamda bu hizmetlerin koruyucu sağlık hizmetlerinin temellerini oluşturduğu da söylenebilir. Hizmetler yapısal olarak incelendiğinde hizmetlerin amacı toplumun tamamına yönelik olduğu tespit edilmiştir. (Kavuncubaşı, Yıldırım, 2015: 41)

Verilen bu bilgiler ışında ve literatür incelendiğinde koruyucu sağlık hizmetleri çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ikiye ayıldığı görülmektedir.

Çevreye ve yönelik koruyucu sağlık hizmetleri Ateş tarafından tanımlanmıştır.

Bunlar;

- “Güvenli su kaynaklarının temini ve denetimi
- Katı atıklara yönelik denetimler
- Zararlı canlılar ile mücadele
- Besin sanitasyonu
- Hava kirliliğine yönelik denetim ve gözetimler
- Radyolojik atık denetimi
- İş sağlığı ve güvenliği” (Ateş, 2016: 9).

Kişiye yönelik koruyucu hizmetler genellikle bireylerin birebir kendilerini ilgilendirmektedir. Literatür incelendiğinde birçok tür tanımlanmıştır. En belirgin örnekleri ise şu şekildedir.

Bağışıklama: Bulaşıcı hastalıklardan korunma amacıyla uygulanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmet türüdür. Aşılama en belirgin örneğidir.

Beslenme ile alakalı düzenlemeler: Bireylerin beslenme alışkanlıkları, kötü beslenmeye yönelik bilgilendirme ve eğitimler ile oluşan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmet türüdür.

Aile Planlaması: Genellikle ilk gebelik dönemi ile başlayıp sonraki gebelikler ile devam edecek olan tüm süreçte sağlık personelleri tarafından verilen tüm sağlık hizmetleri ve eğitimleri kapsayan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmet türüdür.

Erken Teşhis: Hastalıkların en erken safhada saptanarak, kişinin tedavi edici sağlık hizmetleri ile en hızlı ve doğru şekilde buluşturulmasını sağlayan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmet türüdür.

Tüm bu bilgiler ışığında sağlık hizmetlerinin kamu malı niteliği taşıdığı açıkça görülmektedir.

2.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

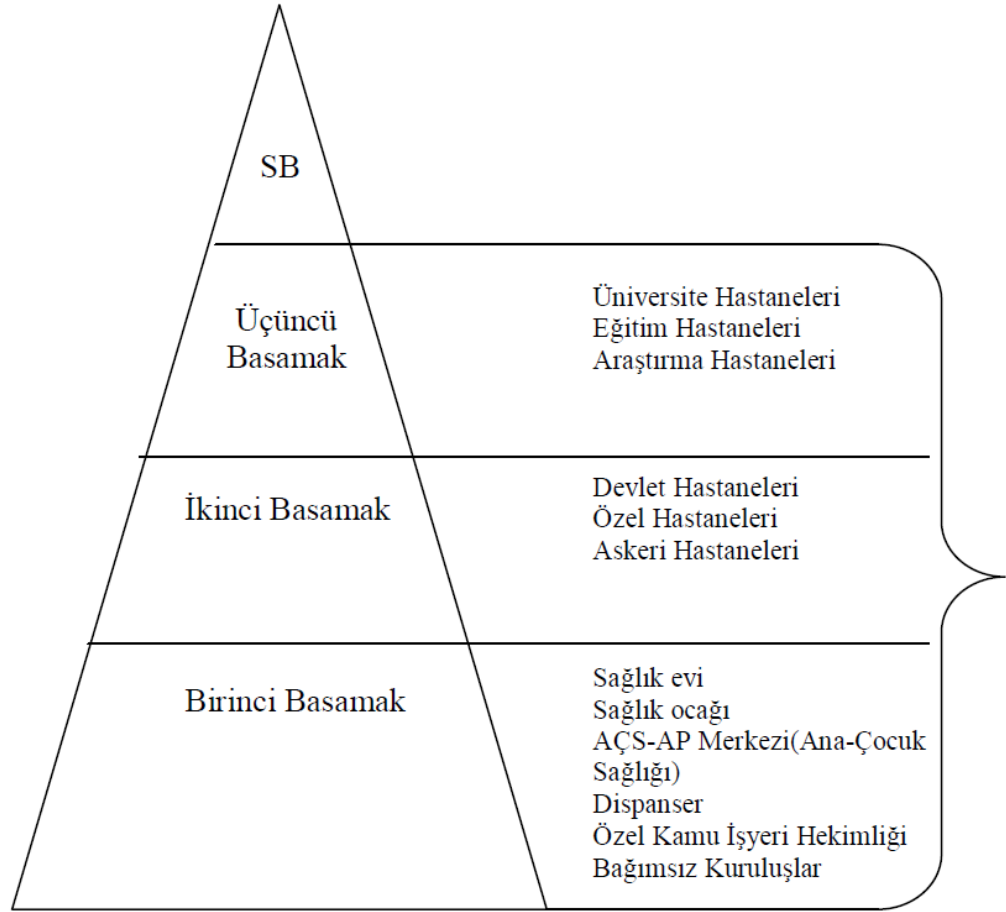
Tedavi edici sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir üst seviyesi olarak tanımlanabilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri tanımından yola çıkılarak anlaşılabilceği üzere genellikle sağlık durumları bozulan bireyler ile ilgilidir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri konusunda uzmanlaşmış profesyonel sağlık personeli tarafından verilmektedir. Bu profesyoneller; Hekim, Hemşire, Ebe, Sağlık teknisyenleri ve idari alan personellerinden oluşmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerini iki ana başlık altında toplayarak açıklamak mümkündür. Bunlar; Ayaktan Tedavi Hizmetleri ve Yataklı Tedavi hizmetleridir. (Kavuncubaşı, Yıldırım, 2015: 44)

Ayaktan Tedavi (Günübirlik): Ayaktan tedavi hizmetlerini, bireylerin hekim muayenesi sonrasında hekimin tavsiyeleri ile tedavisine ilaçlar ve tavsiyeler doğrultusunda kendisinin devam edebileceği tedavi türü olarak tanımlamak mümkündür.

Yataklı Tedavi Hizmetleri: Yatarak tedavi hizmetlerini, bireylerin hekimin muayenesi sonrasında, tavsiye veya ilaçlar ile kendilerinin tedaviye devam edemeyeceği, bu nedenle ikinci basamak veya üçüncü basamak hastanelerde günübirlik veya daha fazla gün kalarak tedavi edildiği sağlık hizmetleri olarak tanımlamak mümkündür.

Tedavi edici sağlık hizmetlerini üç basamak altında incelemek mümkündür. Hizmet basamakları ve hizmeti veren sağlık kuruluşlarını şekil 1.6. ile açıklamak mümkündür.



Kaynak: Ateş 2013: 10

Şekil 2.6. Sağlık Hizmeti Basamakları ve Sağlık Sunucuları

2.5.2.1. Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık ya da hastalık endişesi taşıyan bireylerin öncelikle başvurdukları sağlık kuruluşlarıdır. Genellikle yatarak tedavi hizmetleri verilmez. Ulusal olarak düşünüldüğünde yerleşim merkezlerine yakın lokasyonlarda yer alırlar. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birleşik şekilde verilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşları, ikinci basamak sağlık kuruluşlarının daha efektif hizmet verebilmeleri için eliminasyon görevi görürler. Teşhis edilemeyen ve tedavisi için daha kapsamlı tedaviler gerekmesi durumunda hastalar ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilirler. (Şanlı, 2006, 76)

Birinci basamak sağlık kuruluşlarını şu şekilde örneklendirmek mümkündür.

- Aile Sağlığı Merkezleri
- Verem Savaş Dispanserleri

- Akıl ve Ruh Sağlığı dispanserleri
- İşyeri Hekimlikleri
- Özel Muayenehaneler
- Poliklinikler
- Tıp Merkezleri
- Dal Merkezleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri ülkelerin sağlık hizmet örgütlenmesine göre değişkenlik gösterebilmekte ancak genellikle pratisyen hekimlerle sağlandığı tespit edilmiştir. Örneğin İngiltere ve Almanya, aile sağlığı merkezlerinde aile hekimlerinin bulunduğu, Küba’da birinci düzey polikliniklerde pratisyen hekimlerin yanı sıra Dahiliye, Çocuk, Kadın doğum uzmanlarının olduğu tespit edilmiştir ([http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=480&t=Kuba da Aile Hekimligi Uygulamasi](http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=480&t=Kuba_da_Aile_Hekimligi_Uygulamasi) Erişim Tarihi: 11.01.2018).

2.5.2.2. İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetlerini birinci basamaktan ayıran en belirgin özellikler, hastalıkları teşhis etmedeki tıbbi donatının gelişmişliği ve yataklı tedavi hizmetlerinin verilebilmesidir. İkinci basamak sağlık kuruluşları genelde nüfusun yoğunlukla bulunduğu şehir merkezlerinde konuşlandırılmışlardır. Bunun nedeni olarak bireylerin sağlık hizmetlerine kolay ve hızlı erişebilir olması gösterilebilmektedir.

Literatür incelendiğinde Kavuncubaşı ve Yıldırım ikinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili şu şekilde bilgilendirme yapmışlardır.

“İkinci basamak sağlık hizmetleri, uzman tıp (hekim) ve sağlık personelinin (hemşire, eczacı, psikolog, vb.) yer aldığı değişik büyüklüklerde hastaneler tarafından verilen tedavi amaçlı hizmetleri içermektedir” (Kavuncubaşı, Yıldırım, 2015: 46).

Bir diğer tanımlamada Ateş tarafından yapılmıştır. Ateş ikinci basamak sağlık hizmetlerini “Yatarak tedavi hizmetlerinin verildiği sağlık hizmetlerini

ifade eder. Birinci basamakta tedavi edilemeyen veya doğrudan hastaneye başvurulması gereken durumlarda klinik veya genel hastane hizmetlerini kapsar” (Ateş, 2016: 11) şeklinde tanımlamıştır.

2.5.2.3.Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetlerini, genellikle birinci ve ikinci basamakta teşhis ve tedavi edilemeyen hastalıklarda başvuru alan sağlık sunucuları şeklinde tanımlamak mümkündür. Üçüncü basamak sağlık sunucularını kendinden önceki birinci ve ikinci basamaktan ayıran bir diğer belirleyici özellik ise aynı zamanda eğitim ve araştırma hizmetlerinde de bulunmasıdır. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları tıp dallarında hekim yetiştirip, hastalıkların daha ileri düzeylerde teşhis ve tedavisine yönelik araştırmalar yapmaktadırlar. Genellikle ülke çapında diğer basamak sağlık sunucularına göre sayıları daha az ancak hizmet çeşitliği en yüksek sağlık kuruluşlarıdır.

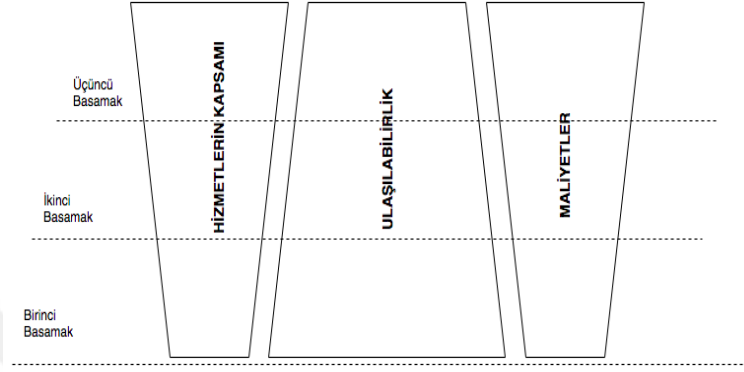
Literatür incelendiğinde Tengilimoğlu vd. tarafından üçüncü basamak sağlık kuruluşları şu şekilde tanımlanmıştır.

“Üniversite hastaneleri ve eğitim hastaneleri tarafından verilen, ileri tetkik ve özel tedaviyi gerektiren hastalıklar için düzenlenen, yoğun bilgi ve teknolojiyi içeren sağlık hizmetleridir” (Tengilimoğlu, vd, 2017:83).

Yine literatür incelendiğinde bir diğer tanım Kavuncubaşı ve Yıldırım tarafından yapılmıştır. “Üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren sağlık kurumları, birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında verilmesi olası olmayan yoğun bilgi ve teknolojik olanaklar gerektiren karmaşık, ağır olgulara (vaka) yönelik hizmetler sağlamaktadır. Özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmeti veren sağlık kurumlarına örnek olarak verilebilir” (Kavuncubaşı, Yıldırım, 2015:46).

Sağlık kurumlarının hizmetler, ulaşılabilirlik ve maliyet yönünden kapsamı şekil 1.7. deki gibidir. Şekil incelendiğinde birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları hizmet kapsamı ve maliyetler açısından dar üçüncü

basamak kuruluşların geniş olduğu görülmektedir. Bunlara karşın üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının da hizmet kapsamı ve maliyetler açısından geniş kapsamlı diğer basamakların dar kapsamlı olduğu görülmektedir (Kavuncubaşı, Yıldırım, 2015:46).



Kaynak: (Kavuncubaşı, Yıldırım, 2015:47)

Şekil 2.7. Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

2.5.3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitate edici sağlık hizmetleri, bireylerin beden ve ruhsal yönden başka birey ya da yardımcı tıbbi malzemelere ihtiyaç duymayacak şekilde tedavi edilmesi, işlevlerini yitirmiş uzuvların ise yardımcı tıbbi malzemeler ile desteklenerek bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesi şeklinde tanımlanabilir.

Literatür incelendiğinde rehabilitasyon hizmetlerinin, kişinin bedensel ve ruhsal yönden iyileştirilmesi olarak da tanımlandığı görülmektedir. Tanımlar dahilimde rehabilitasyon hizmetlerinin Tıbbi Rehabilitasyon ve Sosyal Rehabilitasyon olarak ayrıldığı da tespit edilmiştir. Tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinin ağırlıklı sağlık sektörü tarafından verildiği, Sosyal rehabilitasyon hizmetlerinin ise sosyal hizmet kurumları ve personellerince verildiği tespit edilmiştir (Abeş, 2016: 14).

Tıbbi Rehabilitasyon: Tıbbi rehabilitasyon tanımdan da anlaşılacağı üzere genellikle bireylerin bedensel bozukluklarının düzeltilmesi anlamına gelmektedir. Örnek olarak diz veya herhangi bir eklem rahatsızlığı geçiren bireylerin operasyon sonrasında kas sisteminde travmaya bağlı olan hasarların

giderilmesi amacıyla verilen Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon hizmetleri gösterilebilir. Bazen de operasyon geçirmeksizin kaza sonucu tıbbi rehabilitasyon gerekebilmektedir. Bilgilerden yola çıkılarak rehabilitasyon gerekliliği bazen kazaya bazen de yapılan operasyonlar sonrasında gereklilik nedeniyle uygulanabilmektedir.

Sosyal Rehabilitasyon: Bireylerin sosyal yönden rehabilite edilmesi olarak tanımlanabilir. Bu hizmet daha çok bireylerin ruhsal durumları ile ilgilenmektedir.

Literatür incelendiğinde durum Şu Şekilde açıklanmıştır. Bireylerin mevcut iÇlerinde çalıŐamaz hale gele geldiklerinde, rehabilite edilerek, yeni becerilerin kazandırılması hedeflenir ve yeniden iş hayatına kazandırılır. Durum Ateş tarafından Şu Şekilde örneklendirilmiŐtir. “zrl çocuklara yönelik açılan merkezler bu hizmeti veren kuruluŐlara örnek gösterilebilir” (Ateş, 2016: 12).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. HASTANE HİZMETLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER

3.1. HASTANENİN TANIMI VE ÖZELLİKLERİ

3.1.1. Hastanenin Tanımı

Literatür incelendiğinde hastanenin tanımının Seçim tarafından yapıldığı tespit edilmiştir. Seçim tanımında hastaneyi “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri; aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” (Seçim, 1991:5) şeklinde tanımlamıştır.

Bir diğer tanım da Ağırbaş tarafından yapılmıştır. Ağırbaş hastaneleri “ekonomik, verimli ve etkili olarak her türlü sağlık hizmetinin kesintisiz üretildiği, eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, karmaşık, pahalı ve kendine özgü özellikleri olan ve profesyonel yönetim gerektiren sosyal kurumlar” (Ağırbaş, 2016:16) şeklinde tanımlamıştır.

Yine literatür incelendiğinde BS Georgopoulos ve FC Mann’in hastanelerin amaçları konusunda bilgilendirmeler taptığı tespit edilmiştir. Hastaneleri amaçları; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunarak bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmektir. Hastaneler hizmetlerini üretirken çoğunlukla teknolojiden faydalansa da aslında emek yoğunluğunun en üst düzeyde olduğu kurumlardır. Hastaneler, bireylere kişiselleştirilmiş hizmetler sunarken birçok meslek gurubu profesyonellerini veya yarı profesyonellerinin beceri ve etkilerini harekete geçiren organizasyon olarak tanımlanmıştır. Elbette temel amacı yeterli ve etkin sağlık hizmeti sunmak olarak belirtilmiştir (BS Georgopoulos, FC Mann 1983: 22).

Georgopoulos, Mann ve diğer verilen tanım bilgilerinden yola çıkılarak hastanelerin birçok meslek bünyesinden insan kaynağını bir araya getirerek hizmetlerini bireylere sunduğu ortadadır. Hastaneler aynı zamanda sağlık

hizmetlerini sunarken yeterli insan kaynağının yetişmesi amacıyla eğitim öğretim faaliyetlerinde de bulunmaktadırlar. Tüm tanımlardan derlendiğinde hastanelerin yönetiminin oldukça zor ve üst düzey yönetim teknikleri ile yönetilmesi gerekliliğinin aşikâr olduğunu belirtmek gerekir.

3.1.2. Hastanelerin Özellikleri

Hastaneleri diğer işletme ve sağlık kuruluş türlerinden ayıran, kendilerine has özellikleri bulunmaktadır. Hastanelerin diğer sağlık kuruluşlarına göre en belirgin özellikleri şu şekildedir.

- Hastaneler birer hizmet organizasyonlarıdır
- Hastaneler karmaşık yapıda, açık-dinamik sistemlerdir
- Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardır

3.1.2.1.Hastaneler Birer Hizmet Organizasyonudur

Organizasyon olarak kuruluşlar kategorize edilmek istediğinde Seçim tarafından yapılan araştırmada yer verdiği Blau ve Scott organizasyonların gruplaması dikkat çekmektedir. Blau ve Scott'un organizasyonlardan öncelikle kimlerin yararlandığına göre kıstas geliştirdiği tespit edilmiştir. Seçim bu kıstası şu şekilde sıralamıştır. Sadece üyeleri için faaliyet gösteren organizasyonlar, sahibi oldukları kişilere yarar sağlayan organizasyonlar, hizmet alanların lehine yarar sağlayan hizmet organizasyonları, kamu yararına hizmet veren organizasyonlar. Hastaneler hizmet alanların lehine yarar sağlayan hizmet organizasyonlarıdır. Bu nedenle hizmet organizasyonları olarak tanımlanmaktadır. Ancak hastanelerin verdikleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler düşünüldüğünde bunlardan koruyucu hizmetleri veriyor olması, hastane organizasyonlarının kamu yararında hizmet veren kurumlar olarak da tanımlamakta mümkündür. Hizmet kuruluşlarının bireylere verdiği hizmetler genellikle hizmeti alanlar tarafından kontrol edilmesi mümkündür. Fakat sağlık sektöründe durum hiçte bu şekilde değildir. Hizmeti alan kişi aldığı hizmetin türünü, niteliğini veya kalitesini belirleyemez. Hekim tarafından belirlenen tedaviyi yani hizmet bütününe kabul etmek

durumundadır. *Hal böyle* iken verilen hizmetler suistimallere açık hale gelmekte bu durumdan hizmeti alanların yani hastaların korunması görevi de hastanelere kalmaktadır. Yine bazı hastanelerin nitelikli insan kaynağının yetiştirilmesi amacıyla eğitim öğretim faaliyetleri verdiği bilinmektedir. Yapılan araştırma ve eğitim öğretim faaliyetleri sırasında da hastaların risklerden korunması amacıyla denetim ve gözetim zorunluluğu doğurmaktadır (Seçim, 1991: 19).

3.1.2.2.Hastaneler Karmaşık Yapıda, Açık-Dinamik Sistemlerdir

Hastanelerin karmaşık yapıda olmasının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bu durumun nedeni hastanelerin çevresel etmenlerden oldukça fazla etkilenmesi olarak gösterilebilir. Çevresel etmenleri, sigorta şirketleri, meslek örgütleri, sağlık örgütleri ve benzeri örgütler olarak tanımlamak mümkündür. Özellikle tıp ilminin gelişmesi ile birlikte hastanelerin çevresel etmenlerden etkilendikleri söylemek mümkündür. Bunun en belirgin örneği tıbbi cihazlarda yaşanan gelişmeler olarak gösterilebilir (Seçim, 1991: 20).

Literatür incelendiğinde Pointer hastanelerin son on yıl içerisinde kendisini daha saldırgan bir ortam içerisinde bulduğunu belirtmektedir. Özellikle dış çevrenin bu tutum karşısında hastanelerin yönetim ve hizmetlerini yeniden organize ettiği belirtmiştir (Pointer, 1988: 11).

Açık-dinamik sistemlerde işletmeler enerjilerinin çoğunu dışsal faktörlere yoğunlaştırmaları gerekmektedir. Aksine bir durumda işletmelerin yaşama ve gelişmeleri yönünden büyük bir tehlike ile karşılaşmaları olağandır (Koçel, 2015: 393).

Seçim, Pointer ve Koçel'in tanımlamaları ve güncel bilgiler ışığında, günümüzde hem tıbbi hem de iletişimsel teknolojilerin gelişmesi ile birlikte hastanelerin çevresel etkenlerden etkilenme olasılığı daha da artmıştır. Ancak bu teknolojiler hastanelere hizmet kalitelerini üst seviyelere çekme ve bu seviyenin bireylere ulaştırılması konularında da ciddi olanaklar sağlamaktadır.

Bu nedenle hastanelerin güncel her türlü unsuru oldukça iyi takip edip işletme yararına dönüştüren politikalar izlemeleri gerekmektedir.

3.1.2.3.Hastaneler Matriks Yapıda Faaliyet Gösteren Organizasyonlardır

Matriks yapıları diğer yapılardan ayıran en önemli özellik diğer yapılarda dikey emir-komuta zincirinin esas alınmasıdır. Ancak matriks yapılarda hem dikey hem de yatay emir-komuta zinciri karma olarak kullanılır. Matriks yapılar proje türü işlere en yatkın olan türdür. Bunun nedeni çeşitli dallarda faaliyet gösteren birçok bölümü bir araya getiren tür olmasıdır (Koçel, 2015: 384).

Matriks yapılar ile ilgili literatür incelendiğinde işletmeler ile ilgili en belirgin tanımlardan biri de Thomas Sy tarafından yapılmıştır. Sy matriks yapıyı bir şirketin birden fazla komut yapısı kullanarak birden fazla iş boyutuna hitap etmesini sağlayan ızgara benzeri bir organizasyon yapısına benzetmiştir (Sy, 2005: 40).

Ayrıca Sy, matriks yapılara ilişkin SWOT çalışması da yapmıştır. Matriks yapılara ilişkin güçlü ve zayıf yönler tablo 2.1. deki gibidir.

Tablo 3.1. Matriks Yapılarda SWOT

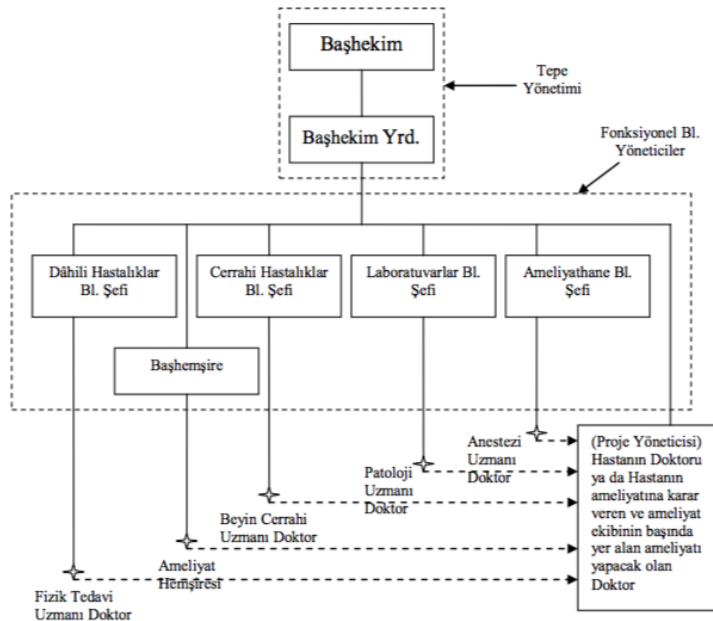
Matriks Yapıların Güçlü ve Zayıf Yönleri	
Güçlü	Zayıf
<ul style="list-style-type: none">▪ Küçük ve görev odaklı kalan ölçekli fonksiyonel ekonomilerden yararlanır▪ Çalışanları birden çok iş hedefine odaklanır▪ Karmaşık, teknik problemlere yenilikçi çözümler kolaylaştırır▪ Artan sorumluluk ve karar verme yoluyla çalışanların şirket odaklı odağını geliştirir▪ Kaynakları hızlı ve kolay bir şekilde aktarılmasına izin verir▪ Yanal iletişim kanallarının oluşturulması yoluyla bilgi akışını artırır▪ Kişisel iletişim becerilerini geliştirir	<ul style="list-style-type: none">▪ Yetkinin sorumluluk taşıması ilkesini ihlal eder▪ Her astın tek bir patrona atanması ilkesini ihlal eder▪ Muğlaklık ve çatışma oluşturabilir▪ Ek yönetim ve yönetim ihtiyacından kaynaklanan maliyetleri artırır▪ Çalışanlar, geleneksel etki alanı üzerinde statü, yetki ve kontrol kaybıyla matriste atfettiği gibi değişime direnme olasılığını artırır

Kaynak: Sy, 2005:40

Literatür incelendiğinde hastanelerde matriks yapıların organizasyonel şema örnekleme hakkında Sarsenova'nın bilgilendirme yaptığı tespit edilmiştir.

Sarsenova matriks yapılarda iki türde yönetici bulunduğunu belirtmiştir. Bunları proje yöneticisi ve fonksiyonel yönetici olarak tanımlanmıştır. Örnek ile açıklanacak olursa bir hastanede görev yapan herkes Genel Müdür/Mesul Müdür'e bağlıdır. Ancak her bölümün yöneticisi de bulunmaktadır. Örneğin ameliyathane hemşireleri baş hemşireye bağlı olarak hastanelerde görev alırlar. Böylece personeller her iki yöneticiye de bağlı olarak görevlerini sürdürürler. (Örnek bkz. Şekil 2.1.) Burada önemli olan sorumluluk ve yetki düzeylerinin net olarak oluşturulması gerekliliğidir. Yapının en verimli şekilde işleyebilmesi için proje yöneticisi ve fonksiyonel yöneticinin çatışmaları şarttır (Sarsenova, 2010: 28).

Hastanelerin önemli bu üç özelliği derlendiğinde mekanik bir bağlantı ortaya çıkmaktadır. Her özellik birbiri ile oldukça yakın ilişki içerisinde. Sağlık hizmeti gibi önemli bir hizmetin verildiği hastaneler organizasyonel yapı olarak bu önemli özelliklerin gereksinimlerini titizlikle yerine getirmeleri gerekmektedir.



Kaynak: Sarsenova, 2010:30

Şekil 3.1. Hastanelerin Matriks Yapı Örneği

3.2. HASTANELERİN İŞLEVLERİ

Hastaneler diğer tedavi kurumlarından ayrıldığı gibi kendilerine has işlevleri bulunmaktadır. Literatür incelendiğinde hastanelerin işlevleri ile ilgili tanımlamaların yapıldığı tespit edilmiştir.

McKee ve Healy bilinen ilk hastanelerin MS 5. ve 6. yüzyıllarda Bizans İmparatorluğunda ortaya çıktığını belirtmektedir. Batı Avrupalardaki hastanelerin ise manastırlardan ortaya çıktığını belirtmiştir. Sanayi devrimi ile birlikte sağlık alanındaki birçok değişikliğin olduğu da verilen bilgiler arasındadır. Sanayi devrimi ile birlikte hastalıklar, enfeksiyonlar artış göstermiş zenginler hem hayır severlik hem de kendi çıkarları için hastaneler inşa ettirmişlerdir. Hastanelerin tam manasıyla günümüzdeki gibi işlevsellik kazanması 19. Yüzyılın sonları 20. Yüzyılın başlarında gerçekleştirildiği belirtilmektedir (McKee, Healy, 2000: 804).

Seçim ise hastanelerin işlevleri için şu şekilde tanımlama yapmıştır. “Hastanelerin, amaç ve misyonlarına göre değişmekle birlikte dört temel işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler tedavi işlevi, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, eğitim ve araştırmadır” (Seçim, 1991: 9).

3.2.1. Tedavi İşlevi

Tedavi işlevi hastanelerin en eski ve değişmeyen temel işlevidir. Hastanelerin, kendilerine başvuran hastaların muayenelerini yapmak, teşhis ve tedavilerin planlama ve uygulama işlevi bulunmaktadır.

Seçim tarafından yapılan tanımlamada hasta olma halinin bireyin psikolojik ve fizyolojik açıdan yardıma ihtiyaç duyma hali olarak belirtilmiştir. Ayrıca hekim tarafından sadece teşhis, tedavi ve rejim belirlemenin yeterli olmayacağı bireyin korunup gözlenmesi ve bakımının eksiksiz yapılması gerektiği belirtilmiştir (Seçim, 1991: 10).

Yine bir başka tanımlama da McKee ve Healy tarafından yapılmıştır. McKee ve Healy hastanelerin tedavi işlevinin sağlık sistemi içerisindeki

değişimlere karşı dirençli olduğunu belirtmiştir. Hastanelerin tedavi fonksiyonu, temel yapı taşı niteliğinde olduğu için değişmez olduğu verilen bilgiler arasındadır. Mali açıdan değerlendirildiğinde hastanelerin, sağlık sisteminin geri ödemeleri içerisinde %50'lik bir payı olduğu belirtilmektedir (McKee, Healy, 2000: 803).

Bu pay hastanelerin sağlık sistemi içerisinde ne kadar büyük bir yeri olduğunu açıkça göstermektedir. Aynı zamanda hasta tedavilerinin çoğunun hastanelerde gerçekleştirildiği de verilen bilgiler arasındadır.

3.2.2. Eğitim İşlevi

Hastanelerin tedavi, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin yanında uygun sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi amacıyla eğitim hizmetleri de verdiği bilinmektedir. Bu eğitimlerin, hekim, uzman hekim ve hemşireleri kapsadığı söylenebilir.

Literatür incelendiğinde Sarsenova eğitim işlevini şu şekilde tanımlamıştır. “Hastaneler aynı zamanda birer eğitim kurumlarıdır. Hastanelerde verilen eğitim ya da hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri, hasta ve yakınlarının eğitimi, öğrencilerin eğitimi (intörnlük, tıpta uzmanlık) hastane personelinin hizmet içi eğitimi ve sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilir” (Sarsenova, 2010: 31).

Bilgiler ışığında hastanelerin sağlık hizmeti sunarken, gerekli insan kaynağının yetişmesi için eğitim ve öğretim faaliyetleri de sunduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bazı hastalıkların tedavisi sonrasında taburcu olur. Fakat taburculuk sonrasında tedavi hekim önerileri ile devam eder. Önerilerin birçoğu hastanede yattığı dönemde gördüğü tedavilerin aynıdır. Literatürde klinik dönemde eğitim gören hastaların, bu eğitimleri uyguladığı ve daha hızlı şifa buldukları söylenmektedir (Seçim, 1991: 15) .

3.2.3. Araştırma İşlevi

Hastanelerde sağlık hizmetleri sunulurken, kadavra, hastalar ve hastalıklar üzerine yapılan araştırmalar hastanelerin araştırma işlevi olduğunu açıkça göstermektedir.

Hastanelerdeki araştırma faaliyetleri seçim tarafından ikiye ayrılmıştır. Bunlar tıbbi ve idari araştırmalar olarak tanımlanmıştır (Seçim, 1991:18).

Tıbbi araştırmalar günümüzde de olduğu gibi hastalar ve kadvralar üzerinde yapılmaktadır. Yöntem olarak yaygın bir Şekilde tetkik sonuçları değerlendirilmektedir.

İdari araştırmaları Seçim, hastanelerdeki idari sorunların tespiti ve giderilmesi için yapılan çalışmalar olarak tanımlamıştır. Özelikle ABD’de bu tür araştırmaların yaygın olduğu konusunda bilgilendirmelerde bulunmuştur (Seçim, 1991: 18).

3.2.4. Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri İşlevi

Hastaneler sağlık hizmetlerini sunarken eğitim ğretim faaliyet ve araştırma faaliyetleri yaptıkları önceki alt başlıklarda belirtilmiştir. Tüm bu işlevsellikleri ile hastanelerin doğal olarak koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerini verdiği söylenebilir.

Seçim, hastanelerin tek başına koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerini vermesini g olduğunu belirtmiş, en efektif hizmetlerin diğer hastane, kamu kurum ve kuruluşları ile sağlanılabileceğine değinmiştir. Ayrıca hastanelerde bazı bulaşıcı hastalıkların önlenmesi amacıyla yapılabilecek röntgen ve kan testi taramalarının koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri açısından faydalı olabileceğine değinmiştir (Seçim, 1991: 19).

Bir başka bilgilendirme de Kavuncubaşı ve Yıldırım tarafından yapılmıştır. Kavuncubaşı ve Yıldırım, hastaneler bünyesinde bulunan sigara bırakma poliklinikleri, sağlam ocuk poliklinikleri, alkol ve uyuşturucu ile mücadele

amacı ile verilen hizmetlerin, bu tür hizmetlere örnek olarak gösterilebileceğini belirtmişlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım: 2015: 112).

Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin kamu malı niteliği taşıdığı da literatür bilgilerindedir. Bu nedenle hastanelerin kamu malı hizmeti üretimi ve sunumu yaptığı da söylenebilir.

3.3. HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI

3.3.1. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler

Hastanelerin mülkiyetine göre sınıflandırılması kavramı hastane fiziksel ve teknik şartlarının iyileştirilmesi ile başladığı söylenebilir. Tarihte bilinen hastanelerin amaçları gönüllülük esasına göre ve finansal beklentiler olmadan sadece kamu yararına kuruluşlar olduğu belirtilmektedir. Özellikle 19. yüzyılın sonları 20. yüzyılın başlarında kâr amacı güden ve kişiselleştirilmiş üst düzey sağlık hizmetleri sunan özel hastaneler sağlık sistemin içerisine dahil olmuşlardır. McKee ve Healy mülkiyetine göre hastaneleri şu şekilde tanımlamıştır (McKee, Healy, 2002: 121).

- Kamu İktisadi Hastaneler ve Kamu Tarafından Yönetilen Hastaneler
- Kamu Özerk Hastaneler
- Kamu İktisadi Teşekkülleri
- Kar Amacı Gütmeyen Kamu Hastaneleri
- Anonim Şirket Hastaneleri
- Kamuya Ait Olup Özel Yönetilen Hastaneler
- Özel Sektöre Ait Olup Kamu Tarafından Yönetilen Hastaneler
- Kar Amacı Güden Özel Hastaneler

Kamu İktisadi Hastaneler ve Kamu Tarafından Yönetilen Hastaneler;

Kamu İktisadi Hastaneler (merkezi, bölgesel veya lokal) Avrupa'nın her bölümünde bulunmaktadır. Bu hastaneler hükümetin ilgili tabakasına hesap vermektedir. Yöneticiler ve diğer çalışanlar devlet memuru olarak istihdam edilebilir. Bu model, hastaneleri ülke konseylerine ait olan İskandinavya gibi sağlık sisteminin vergiler tarafından finanse edildiği ülkelerde sık görüldüğü

gibi, sosyal güvenlik sisteminde finanse edilen ülkelerde de görülmektedir. Örneğin Fransa'da hastane yataklarının %65'i kamuya aittir. 1990'lı yıllarda Orta ve Doğu Avrupa'daki bir çok ülkede hastane sahipliği yerelden özerk hükümetlere geçmiştir (McKee, Healy, 2002: 122).

Kamu Özerk Hastaneler;

Kamu özerk hastaneler, malvarlığı kamuya ait olmakla birlikte yönetiminde bir miktar özerklik verilen bir mekanizma sunar. Sağlık sigorta finansman sistemiyle sözleşme yapabilmek için hastanenin bağımsız bir tüzel kişiliği olabilmektedir, ancak Birleşik Krallık'ta bu tip sözleşmelerin varlığı kısıtlanmıştır. Sık alıntı yapılan bir örnek, 1990'larda Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS)'nin kurulmasıdır. Benzer modeller Orta ve Doğu Avrupa'nın belli kısımlarına adapte edilmiştir (McKee, Healy, 2002: 122).

Kamu İktisadi Teşekkülleri;

Kamu iktisadi teşekküller kendi gelirini artırma ve bir kısmını tutma yetkisi veren özerk yasalarla tescillenir. Kazakistan'da, 1997'den bu yana, devlet hastaneleri serbest yasal ve finansal bir statüye kavuşmaya çalışmaktadır. Beklenti sağlık kuruluşlarının dörtte birinin kamu iktisadi teşekkülü olması yönündeydi, ancak halen kar amacı gütmeye veya gütmeme statüsü konusunda ayrılıklar yaşanmaktadır (McKee, Healy, 2002: 122).

Kar Amacı Gütmeyen Kamu Hastaneleri;

Kar amacı gütmeyen kamu hastaneleri, dini organizasyonlar ve işçi sendikaları gibi gönüllü kuruluşlarına aittir. Çoğu durumda yatırımlar hükümet tarafından sağlanmaktadır ve bu hastaneler ağır düzenleyici ortama zorlanmışlardır (McKee, Healy, 2002: 122).

Anonim Şirket Hastaneleri;

Anonim şirket hastaneleri sağlık sistemindeki finansal sorunlara karşılık olarak Gürcistan'da geliştirilmiştir. Hastaneler kamu-özel ortaklığınca kâr amacı güden şirketlere aittir (McKee, Healy, 2002: 122).

Kamuya Ait Olup Özel Yönetilen Hastaneler;

Kamuya Ait Olup Özel Yönetilen Hastaneler Portekiz’de ve diğer bazı ülkelerde mevcuttur. Hastanenin malvarlığı devlete ait olup yönetimi sözleşmeli olarak özel sektöre verilmiştir (McKee, Healy, 2002: 122).

Özel Sektöre Ait Olup Kamu Tarafından Yönetilen Hastaneler;

Bu hastanelerde özel sektör finansman, hastane binasının inşası, bakımı ve tıbbi cihazlarından sorumlu olduğu halde kamu tıbbi hizmetleri bu tesislerden almaktadır. Özel Finans Girişimi adı altında bir mekanizmayla bu model akut sağlık hizmetini koruma adına önemli bir hale gelmektedir (McKee, Healy, 2002: 123).

Kar Amacı Güden Özel Hastaneler;

Kar amacı güden özel hastaneler, daha önce kar amacı gütmeyip statüsünü değiştiren bir çok hastanenin bulunduğu Birleşik Devletlerde oldukça yaygın olmakla birlikte Avrupa’da pek görülmemektedir. Yine de Fransa, Portekiz ve İspanya’da hastane kapasitesinin beşte biri bu hastane grubundadır (McKee, Healy, 2002: 123).

3.3.2. Büyüklük Durumlarına Göre Hastaneler

Optimum hastane ölçeği hasta girişi ve ihtiyacın karşılanmasına yönelik efektif hizmet verimliliği olarak tanımlanabilir. Ancak hastanelerin büyük olması diğer küçük ölçekli hastanelerden daha iyi olduğu algısı yanlıştır. Bu konuda kanıta dayalı birçok araştırma da mevcuttur. Fakat birçok ülkede eğilim yüksek kapasiteli hastaneler yönündedir. Bunun en temel nedeni ortalama maliyetlerin azalması nedeniyledir. Yine veri incelemeleri sonucunda elde edilen analizler neticesinde 200’den az ve 620’den fazla yatak bulunan hastanelerin ölçeklerinin yetersiz olduğu kabul edilmektedir. Optimum yatak kapasitesinin boyutu ise Banker vd. (1986) tarafından 220-260, Derveaux vd. (1994) tarafından 500-520 olarak tanımlanmıştır (McKee, Healy, 2002: 100).

Büyüklük durumuna göre hastanelerin en belirleyici unsuru yatak sayısıdır. Yarak türleri de kendi içinde sınıflandırılmıştır. Sağlık bakanlığı hastaneleri bu

kıstas ile de değerlendirmektedir. Yatak türlerini şu şekilde tanımlamak mümkündür.

- Acil müdahale/müşahede yatağı
- Günübirlık cerrahi yatağı
- Yatan hasta yatağı
- Genel yoğun bakım yatağı
- Cerrahi yoğun bakım yatağı
- Koroner yoğun bakım yatağı
- Çocuk yoğun bakım yatağı
- Bebek yoğun bakım yatağı

Bu yatak sayıları ile ilgili literatür bilgileri de mevcuttur. Tablo 2.2.'de Türkiye'deki hastanelerin yatak sayılarına göre dağılımı mevcuttur.

Tablo 3.2. 2014 Yılı Verilerine Göre Türkiye'deki Hastanelerin Yatak Sayıları

Yatak Sayısı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
800 ve Üzeri Yatak	15	17	-	32
600-799 yatak	30	10	1	41
400-599 yatak	54	7	-	61
200-399 yatak	109	11	17	137
100- 199 yatak	116	16	95	227
50-99 yatak	147	4	196	347
25-49 yatak	169	-	170	339
25 yataktan az	213	2	67	282
Yatak olmayan (Yeni Açılmış)	-	2	-	-
Toplam	853	69	546	1468

Kaynak: Tengilimoğlu, Işık, Akbolat: 2017:191

Bilgiler ışığında Türkiye'de kamu hastanelerinin % 62'si 100 yatağın altı kapasitelidir. Bu istatistik İngiltere'de % 3,10 düzeyindedir. (Bkz. Tablo 2.3.) Mülkiyeti özel olan hastanelerin ise % 43,4'ü 50 yatak kapasitesinin altındadır.

Tablo 3.3. 2014 Yılı Verilerine Göre İngiltere'deki Hastane Gruplarının Yatak Kapasiteleri

Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yüzde	Yatak Sayısı	Yüzde
100 Yatak ve Altı	7	3,10%	325	0,24%
101-200 Yatak	20	8,85%	3110	2,27%
201-300 Yatak	23	10,18%	5745	4,20%
301-400 Yatak	20	8,85%	6831	4,99%
401-500 Yatak	27	11,95%	12307	9,00%
501-600 Yatak	29	12,83%	15831	11,57%
601 ve Fazlası	100	44,25%	92662	67,73%
Toplam	226		136811	

Kaynak: <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/bed-availability-and-occupancy/bed-data-overnight/> (NHS Resmi Web Sitesi Erişim Tarihi: 05.02.2018)

Tablo 2.3.'daki bilgiler ışığında İngiltere'de bulunana akut hastanelerin yaklaşık % 22'sinde 300 ve daha az yatak bulunduğu tespit edilmiştir.

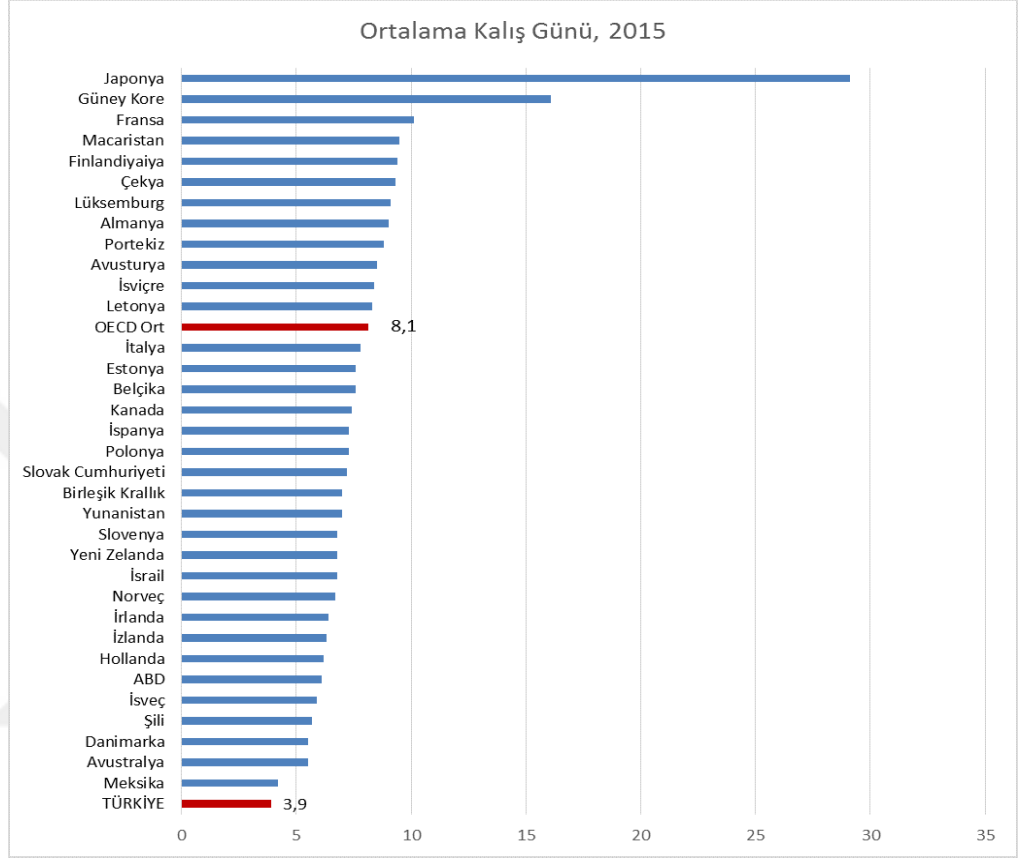
3.3.3. Kalış/Gün Sürelerine Göre Hastaneler

Hastaneler kalış süreleri esas alınarak sınıflandırılabilir. Bu sınıflandırma Seçim tarafından şu şekilde yapılmıştır. Kısa kalış süreli hastaneler, uzun kalış süreli hastaneler. Kısa süreli hastanelerin belirleyici unsuru hastaların yarısından çoğunun 30 günün altında kalış süresi ile tedavi olmasıdır. Uzun süreli hastaneler de ise hastaların yarısından fazlası 30 günün üzerinde tedavi görür. Kısa süreli hastanelere ikinci basamak sağlık kuruluşları gösterilebilir. Uzun süreli hastanelere ise akıl sağlığı hastaneleri, tüberküloz tedavi hizmetleri veren hastaneler gösterilebilir (Seçim, 1991:7).

Bir diğer literatür incelemesinde ise Young ve Sultz kalış gününe göre hastaneleri şu şekilde tanımlamıştır. Akut bakım hastaneleri, hastaların kalış sürelerinin 30 günden az olması sebebiyle bakım evleri, rehabilitasyon merkezleri ve psikiyatri hastaneleri gibi uzun süreli bakım tesislerinden ayırt edilmektedir (Young, Sultz, 2011:75).

Güncel veriler analiz edildiğinde OECD ülkeleri arasında Türkiye'nin 2000-2015 arası verileri ilgi çekmektedir. Türkiye OECD ülkeleri arasında ortalama yatış gün sayısı 3,9 ile en düşük ülkedir. (Bkz. Grafik 2.1.) ayrıca

2000 – 2015 verileri karşılaştırıldığında ortalama kalış gününün 5,9'dan 3,9'a düştüğü de verilen bilgiler arasındadır (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017 (http://khgm.saglik.gov.tr/DB/21/13233_taburcu-ve-ortalama- Erişim Tarihi: 01.03.2018).



Kaynak: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü
(http://khgm.saglik.gov.tr/DB/21/13233_taburcu-ve-ortalama-)

Grafik 3.1. OECD Ülkeleri Ortalama Kalış Günleri

3.3.4. Verilen Hizmet Türüne Göre Hastaneler

Verilen hizmet türüne göre hastaneler ikiye ayrılmaktadır. Bu hastaneleri ikinci basamak ilçe hastaneleri ve üçüncü basamak eğitim araştırma hastaneleri olarak tanımlayabiliriz. Gelişmiş sağlık sistemlerinde bu hastanelerin arasında sevk zinciri bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sevk zincirinin tam uygulandığı sistemlerde, hastaların tamamına yakın bir kısmına birinci basamak, koruyucu veya tedavi edici sağlık hizmetleri sunar. İkinci, gerektiğinde de üçüncü basamağa sevkler bu noktadan yapılır.

3.3.4.1. Birinci Basamak Genel Pratisyenlik, Aile Hekimliği Hizmetleri ve Sağlık Sistemleri Hakkında Genel Bilgiler

Birinci basamak sağlık hizmetleri kavramının ortaya çıkışı 1970'li yılların sonlarına uzandığı literatür bilgilerindedir. John Bryant, Sağlık ve Gelişmekte Olan Dünya isimli kitabında birinci basamağı ulaşım ile ilgili bir bilgilendirmede bulunmuştur. Bryant, dünya üzerindeki insanların büyük bir çoğunluğunun hatta belki de yarısından fazlasının sağlık hizmetlerine hiç erişiminin olmadığını, geri kalanlarının çoğunun da aldıkları bakım, sahip oldukları sorunlara cevap bulamadığını belirtmiştir. En ciddi sağlık gereksinimlerinin, püskürtme tabancaları ve aşı şırıngası bulunan ekipler tarafından karşılanamayacağını belirtmiştir” (Cueto, 2004:1).

Bu tanımlamadan yola çıkılarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin, erişiminden başlanarak en son sürecine kadar titizlikle planlanması gerektiğı açıkça görülmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin başlangıcına 70'li yıllarda Çin Birleşmiş Milletlerindeki *Çıplak Ayaklı Doktorların* ilham verdiği Cueto tarafından belirtilmektedir. Çıplak ayaklı doktorlar yaşadıkları köylerde sağlık çalışanı olarak hizmet vermekteydiler. Daha çok koruyucu tedavi hizmetleri sunmakta oldukları Cueto tarafından belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve UNİCEF tarafından 1975 yılında *Gelişmekte Olan Ülkelerde Temel Sağlık İhtiyaçlarını Karşılama için Alternatif Yaklaşımlar*, isimli çalışma yayınlandı. Bu çalışma gelişmekte olan ülkelerde, morbiditenin başlıca nedenleri, yetersiz beslenme ve vektör kaynaklı solunum ve ishal hastalıkları hakkında bilgiler vermektedir. Raporda ayrıca başarılı birinci basamak sağlık deneyimleri olan; Bangladeş, Çin, Küba, Hindistan, Nijer, Nijerya, Tanzanya, Venezuela ve Yugoslavya'da başarının temel faktörleri de belirtilmiştir. Bu raporun Dünya Sağlık Örgütünün birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili fikirlerini netleştirdiğı de verilen bilgiler arasındadır. Sonrasında, 6-12 Eylül 1978 tarihinde Kazakistan'da yapılan Alma-Ata kongresi kendinden önce yapılan tüm birinci basamak sağlık hizmetlerini çalışmalarını teyit edecek nitelikte kararlar doğurmuştur (Cueto, 2004: 2).

Tüm bahis geçen ve diğer evrensel çalışmalar neticesinde ülkeler, birinci basamak sağlık politikalarının temellerini oluşturduğu söylenebilir.

Tarihte Pratisyen terimi 19. yüzyılın ikinci ve üçüncü on yıllarında ortak kullanıma girmiştir. Halkların pratisyen terimini kabul etmesi güç olmuştur. Bunun nedeni terimin yasal bir tanıma oturtulmamasıdır. 19. yüzyılın ikinci yarısında devlet belgelerinde bu tanımlara rastlanmaya başlanmıştır. Bu tarihlerden sonraki süreçte pratisyenlik terimi, *Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Doktoru* şeklinde terimlere dönüşmeye çalışsa da değişmemiştir (Loudaon, 1986: 2).

İngiltere

İngiltere sağlık sistemi olarak Beveridge modelini uygulamaktadır. İngiltere’de sağlık hizmetleri National Health Service (NHS) tarafından yürütülmektedir. NHS nin tarihi 1911 yılına kadar uzanmaktadır. NHS 1948 yılında NHS kanunu ile yürürlüğe girmiştir. Bu sistem dahilinde herkes sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanabilmektedir. NHS nin finansman kaynağı vergilerdir. NHS’de sağlık hizmetleri üç basamak altında toplanmıştır. Birinci basamakta Genel Pratisyenlikler (Aile Hekimleri), ikinci basamakta genel hastaneler, üçüncü basamakta eğitim araştırma hastaneleri bulunmaktadır. Hastalar acil durumlar dışında öncelikle genel pratisyenliklere başvurabilmektedir ve ancak sevk edildikleri takdirde genel hastanelerden hizmet alabilmektedirler (Oral, 2002: 69).

İngiltere’de hastalardan bazı durumlarda ücret tahsil edilmektedir. Bu durumlar şu şekildedir.

- Reçetelerdeki ilaç adet tutarının 2,2 Poundun üzerinde olması
- Emekli bireylerin hastanede sekiz haftadan daha uzun süre yatarak tedavi alması

- Gözlük, İşitme protezleri vb. yardımcı tıbbi malzemelerden yüzdellik kısımlar
- Pratisyen sevki olmadan genel hastanelerde veya eğitim araştırmalardaki uzman hekimlere direkt olarak başvurma
- Hastanelerde özel imkanlar isteme
- Diş tedavilerinde belirlenen skala dışında işlemlerin yapılması

durumlarında hastalar tarafından ödeme yapılmaktadır (Oral, 2002: 72).

Literatür incelendiğinde İngiltere’de aile hekimliği uygulamaları 1947 yılında başladığı akabinde de 1952 yılında Royal College of General Practitioners (Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji) kurularak ilerlediği tespit edilmiştir. Eğitimler tıp fakültelerindeki aile hekimliği ana bilim dalları altında koordine edilmektedir. Bu eğitimler 1979 yılında zorunlu hale getirilmiştir. Zorunluluk çerçevesinde bir yıl intörnlük, iki yıl hastane deneyimi ve bir yıl sahada çalışma ile tamamlanmaktadır. Hastalar acil durumlar dışında kayıtlı oldukları GP’lere yani aile hekimlerine başvurmaktadırlar. Sevk edilmedikleri müddetçe ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarına sağlık sigortası geri ödeme kapsamında başvuramamaktadırlar (Paycı, Ünlüoğlu, 2004: 24).

Küba

Küba da sağlık sistemi tamamıyla devlet eli ile yönetilmektedir. Devrim sonrasında Fidel Castro’nun bir söylemine yer vermek gerekirse " Her aile sevdiklerini gerçekten iyi bir hastaneye götürene kadar durmayacağız ..." Bu söylem bir bakıma Küba’nın sağlık sisteminin de belirleyicisi olmuş olabilir.

Genel anlamada bakıldığında ülkeye ciddi manada ambargo uygulanmasına rağmen, ülkede kullanılmakta olan dokuz yüz ilacın %87 si ülke sınırları içerisinde üretilmektedir. 300 den fazla Biyoteknoloji üzerinde araştırma çalışması yapılmaktadır. Bu 300 tesis tıbbi cihazlar üzerine yakın zamanda mükemmel yenilikler üretmek için çalışmalarına devam etmektedir. Yine Küba’ya insanların özellikle kanser tedavisi için gittiği verilen bilgiler

arasındadır (Küba'nın sağlık sistemi gibi bir sağlık sistemimiz olsa güzel olmaz mı, 2015).

Küba'da 1984 yılında Aile hekimliği planlanış ve uygulamaya başlanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kır sağlık evleri, doğum evleri, ve kent polikliniklerinde verilmektedir. Bu uygulama sağlık personeli açısından aile hekimleri ve hemşirelerle ilerlemektedir. Aile hekimleri hizmet verdikleri bölgelerde ortalama 800 kişiye birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadır (Paycı, Ünlüoğlu, 2004: 26).

Yine literatür incelendiğinde, Küba'nın sağlık hizmetleri sunumunda oldukça radikal ve kararlı politikalar izlemektedir. Bilgiler incelendiğinde Küba'da birinci basamak sağlık hizmetleri (Aile Hekimliği) oldukça iyi örgütlendiği görülmektedir. Birinci basamakta sevk zinciri işletilmeye başlamasına paralel olarak hastanelere başvuru oranının ilk etapta %18 azaldığı belirtilmiştir. Küba'da aile hekimleri bölge yoğunluklarına paralel 800 – 1000 hastaya bakmaktadırlar (Şahin, 1999: 3).

Almanya

Almanya sağlık sistemi açısından Bismarck modelini benimsemiştir. Sağlık bakanlığı federal düzeyde yönetilmektedir. Sağlık hizmetlerinin belirleyicisi devlettir. Devlet yasal zemini ve temel görevleri belirler. Bundan sonraki uygulamalar Federal sağlık bakanı tarafından koordine edilir. Belirlenen yasaları federe devlet düzeyinde *Länder* adı verilen eyaletler uygular (Koçer, 2014: 35).

Alman sağlık sisteminin özellikleri Öcek tarafından şu şekilde tanımlanmıştır;

“Alman sağlık sistemi serbest piyasa ekonomisinde dayalı bir toplumda uygulanan sosyal devletin bir parçasıdır. En önemli ayırıcı özelliklerinde birisi kolektif finansman ve özel hizmet sunumunun beraberliği olan sistemin çekirdeğini çok geniş hizmet kapsamı ile yasal hastalık sigortası (YHS) oluşturur. Toplumun %90'ının sağlığını güvence altına alan kamusal nitelikli

YHS dört temel ilke üzerine kuruludur: yardımlaşma, belirli bir gelir düzeyine kadar sigorta zorunluluğu, sağlık bakımı hakkı ve özerklik. Hizmet sunumunun en tipik özelliği ise halk sağlığı hizmetlerinin, ayaktan hizmetlerin ve yataklı hizmetlerin birbirlerinden çok kesin sınırlar ile ayrılmış olmasıdır” (Öcek, 2007: 85).

Tanımdan yola çıkılarak sistemin sınırlarının ve sevk zincirinin sınırlarının net bir şekilde çizildiği açık görülmektedir. Almanya’da Aile doktoru kavramı oldukça yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Bireyler acil durumlar dışında öncelikle aile doktorlarına baş vurmakta ve buradan sevk ile genel hastanelere gidebilmektedirler. 2003 verilerine göre alman nüfusunun %88 inin Yasal Hastalık Sigortasının olduğu %10’unun Özel Sağlık Sigortasının olduğu %2’sinin ise herhangi bir sigortasının olmadığı belirtilmiştir (Öcek, 2007: 86).

Almanya’da acil sağlık hizmetlerinin kamu hastanelerine konumlandırılmış mobil ekipler tarafından sunulduğu belirtilmektedir. Acil sağlık ekipleri hekim, yoğun bakım hemşiresi/paramedic ve şoförden oluşmaktadır (Yavuz, 2003:43).

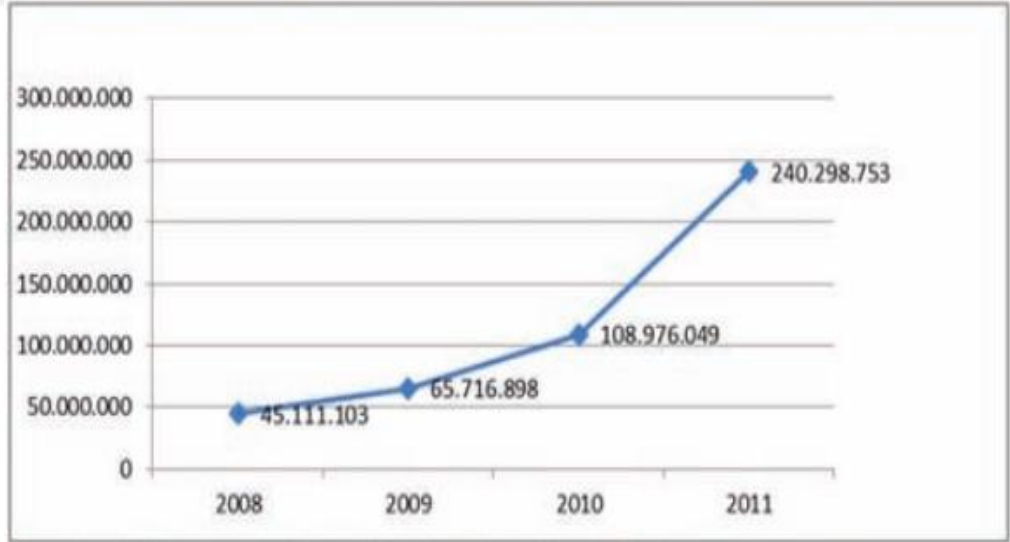
Türkiye

Türkiye’de, Aile hekimliği kavramı 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık Tüzüğünde yer almış ve il kez 1984 yılda Gazi Üniversitesinde, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında kurulmuştur. Eğitimler ise 1985 yılında Ankara, İzmir ve İstanbul’daki mülkiyeti devlete ait olan eğitim hastanelerinde başlamıştır. Türkiye’de Aile Hekimliği eğitimleri 3 yıla yayılarak verilmektedir. Eğitim içeriğinde 9 ay Dahiliye, 9 ay Çocuk Sağlığı ve Hatalıkları, 8 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum, 6 ay Cerrahi Ağırlıklı Acil ve 4 ay Psikiyatri eğitimleri ile sonlanmaktadır (Paycı, Ünlüoğlu, 2004: 28).

Türkiye’de sevk zinciri sistemi henüz uygulanmamaktadır. Hastalar isterlerse ikinci basamağa hatta üçüncü basamağa bile başvurabilmektedir. Buda kaynakların efektif bir şekilde kullanımını engellemekte israfi da beraberinde getirmektedir.

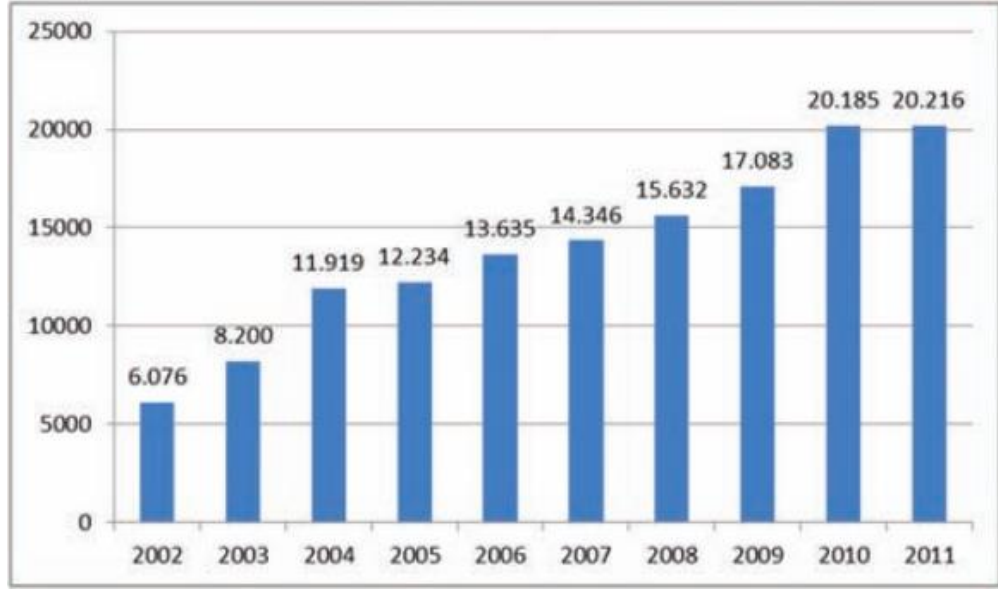
Yıldırım tarafından yapılan çalışmada Türkiye’de sağlıkta dönüşüm planı sonrasında veriler şu şekilde ifade edilmiştir. “2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan SDP’nin temel bileşenlerinden birisi, birinci basamak sağlık hizmetinin çağdaş uygulama şekli olan aile hekimliğidir. Aile hekimliği öncesinde birinci basamak sağlık tesislerinde 17.800 hekim görev yaparken, geçiş sonrasında 2010 yılı sonu itibariyle, 6.367 aile sağlığı merkezinde 20.185 hekim, 961 toplum sağlığı merkezinde 2.167 hekim olmak üzere toplam 22.352 hekim görev yapmaktadır. 2011 yılı sonu itibariyle 3.696 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir” (Yıldırım, 2013:25).

Rakamlar incelendiğinde aile hekimine başvuru sayılarında 2008 yılı ile 2011 yılı arasındaki 5 katlık artış dikkat çekmektedir. Verilere göre müracaat sayısı 2008 yılında 45 milyondan, 2011 yılında 240 milyona çıkmıştır. (Bkz. Grafik 2.2.) Rakamların bu şekilde artışının nedenini Yıldırım tarafından, Aile Sağlığı merkezlerindeki muayene odası sayısındaki artış olarak açıklamaktadır (Bkz. Grafik 2.3.) (Yıldırım, 2013:27).



Kaynak: Yıldırım, 2013:28

Grafik 3.2. Türkiye’de Yıllara Göre Aile Hekimine Müracaat Sayısı,



Kaynak: Yıldırım, 2013:27

Grafik 3.3. Türkiye’de Yıllara Göre Aile Sağlığı Merkezi Muayene Odası Sayısı

3.3.4.2. İkinci Basamak Kırsal veya İlçe Hastaneleri

Literatür incelendiğinde hastaneleri sınıflandıran aynı zamanda verilmesi gereken hizmetlerin de düzenleyen çalışmanın DSÖ Tıbbi Bakım Örgütü Uzman Komitesinin yaptığı ve üç türe ayrıldığı tespit edilmiştir.

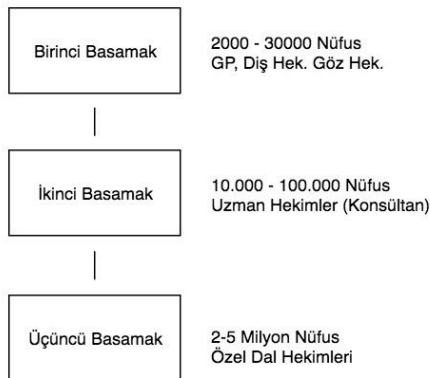
- 1- Radyoterapi, nöroşirurji, göğüs cerrahisi ve plastik cerrahi gibi uzmanlık hizmetlerini içeren komple bir tedavi yelpazesi sunmak için tasarlanan bölgesel hastanedir. Mümkün ise, böyle bir hastane, bir lisans tıp eğitim merkezi içerecek veya bunlarla yakından ilişkili olmalıdır. Bu özellikleri barındıran hastaneler belirlenen stratejik bölgeye yerleştirilerek uzmanlık hizmetlerine ihtiyaç duyan hastaların kolayca ulaşımı sağlanmalıdır.
- 2- Tıbbi, cerrahi, obstetrik ve özel tedavi için yüksek standart sağlayan yüzler mertebesinde yatağı olan ilçe hastanesi.
- 3- Gerekli hallerde genel tıbbi, cerrahi ve doğum bakımı sağlayan, 20 ila 100 yataklı küçük, yerel (kırsal) hastane (Davies, Macaulay, 1966: 15).

Literatür incelendiğinde, kırsal ve kentsel diğer bir adıyla ilçe kavramı ABD Sayım Bürosu tarafından tanımlanmıştır ve şu şekilde ifade edilmiştir.

Kentsel: 2.500'den fazla nüfusa sahip kasaba ve yerleşim alanlarından oluşur.
Kırsal: 2.500'den fazla nüfusa sahip tüm ilçe veya yerleşim yerleri (Bridgman, 1955, 11).

Bridgman ayrıca ilçe hastanelerinin hizmet sınırlılıklarına da değinmiştir. Bridgman'a göre ilçe hastaneleri ortak tıp ve ameliyathane ile kendilerini sınırlamalıdır. Ciddi batın cerrahileri ve benzeri operasyonları daha geniş kapsamdaki hastanelere bırakılmalıdır (Bridgman, 1955, 70).

Sevk zinciri sisteminin en iyi uygulandığı ülkelerden biri olan İngiltere'de ikinci basamak ile alakalı net bilgiler vermek mümkündür. İkinci basamak hastaneler genellikle on bin ila yüz bin nüfusa hizmet etmektedirler. Bu hastanelerde genellikle temel branşlarda uzman seviyesinde hizmet verilir. (Dahiliye, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Genel Cerrahi) Uzman hekimler, birinci basamak genel pratisyenlerden gelen hastalara konsültasyon (Uzman muayenesi) hizmeti verirler. Konsültanlar hastaneler ile anlaşmalı olarak çalışırlar ve kendi özel hastalarını da hastanede tedavi etme hakları vardır. Yani tesisler hem özel muayenehane hem de ulusal sağlık sistemi hastalarına hizmet verir. Konsültanlar genellikle öğleden önce kendi özel hastalarına öğleden sonra ise NHS'nin hastalarına bakmaktadırlar. Bu durumda acil olmayan durumlarda uzun bekleme sürelerini beraberinde getirmektedir. Basamaklandırılmış sağlık sisteminin hangi basamakta kaç kişiye hizmet verecek şekilde kurgulandığı şekil 2.2.'daki gibi, NHS'in hangi basamakta hangi sağlık profesyoneli ve kurumlar ile hizmet verdiği de şekil 2.3.'deki gibidir (Kılıç, Bumin, 1993: 35).



Kaynak: (Kılıç, Bumin, 1993:34)

Şekil 3.2. Basamaklandırılmış Sağlık Sistemi



Kaynak: (Kılıç, Bumin, 1993:34)

Şekil 3.3. NHS'nin İçerdiği Sağlık Hizmetleri

3.3.4.3. Üçüncü Basamak Eğitim Araştırma ve Üniversite Hastaneleri

Eğitim Araştırma ve Üniversite hastaneleri geçmişten günümüze literatür bilgileri ile incelendiğinde, en eski tanımlamalardan birine Dünya Sağlık Örgütü Monograf serisi No 54'te rastlanmıştır. Tanımlama R. Llewelyn-Davies ve H. M. C. Macaulay tarafından yapılmıştır. İlgili tanımlama şu şekildedir.

Hastaneler hastalara tedavi hizmetleri sunmanın yanında eğitim hizmetleri de verirler. Öğretim hastaneleri tıp fakülteleri ile bağlantılıdır ve tıp öğrencileri ile tıp ve diş hekimleri için klinik eğitim vermektedir. Tıp fakültesine bağlı olmayan ve birçok hastanede ise hemşire ve diğer sağlık personeli için klinik eğitim verilmektedir. Birleşik devletlerdeki hastanelerin beşte biri tıp okullarından biri veya birden fazlası ile bağlantılı öğretim tesisleridir. Güçlü araştırma imkanları için gerekli hasta kitlesine sahip olması nedeniyle bu hastaneleri eğitim öğretim açısından önemli kılmaktadır. (Llewelyn-Davies, Macaulay, 1966: 17)

McKee ve Healy, *Hospitals in a Changing Europe* isimli kitabında büyük hastane binaları ile ilgili bilgilendirmelerde bulunmuşlardır. McKee ve Healy, büyük yapılarda maliyetlerin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Hastane yapılarının fiziksel büyüklüklerinden ziyade, buldukları bölgeye en efektif

hizmet vermesi için iyi planlanmış olması gerektiğini belirtilmiştir. Eğitim ve araştırma hastanelerinin, eğitim ve öğretim faaliyetlerinin en iyi şekilde verebilmeleri için, gerekli araştırma çalışmaları ve vaka çeşitliliği yönünden doğru bölgelerde ve nüfusa hizmet etmesi gerekliliğini belirtmişlerdir. (McKee, Healy, 2002: 114)

Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarının Amaçları;

Literatür incelendiğinde Üçüncü basamak sağlık kurumlarının temel amaçları iki başlık altında toplanmıştır.

- 1- “Eğitim hizmeti sunumu: Başta mezuniyet öncesi tıp eğitimi öğrencileri ile uzmanlık eğitimi alan araştırma görevlisi hekimlere ve diğer sağlık personeline araştırma ve uygulama olanağı sağlayan bir kurum olarak sunulan hizmet.
- 2- Sağlık hizmeti sunumu: tıp fakültesi öğretim üyelerinin birebir denetim ve gözetiminde teşhis ve tedavi hizmeti vererek sunulan hizmet.

Bu esas amaçlar altında üniversite hastanelerinin kuruluş amaçlarını şu başlıklar altında sıralayabiliriz:

- a) Mezuniyet öncesi tıp eğitimi ve uzmanlık eğitimi vermek,
- b) Bilimsel araştırmalar için ortam hazırlamak, klinik çalışmaların yapılmasını sağlamak
- c) Sağlıklı yaşam ve kaliteli tedavi hizmeti konusunda inceleme, araştırma ve uygulamalarda bulunmak,
- d) Kamu kurum ve kuruluşlarıyla kuruluş amaçlarıyla ilgili sağlık temelli iş birliği yapmak
- e) Toplumun sağlıklı yaşam konusunda bilinçlendirmek. Bu amaca yönelik olarak; kitap, dergi, broşür basımları yapmak, yazılı ve görsel basın organlarında program düzenlemek.
- f) Hastane amaçları doğrultusunda kamu ve özel sektör kuruluşlarına projeler hazırlamak, eğitim programları düzenlemek, bilimsel mütalaada bulunmak (SATURK, bt: 2).”

Bilgiler ışığında üçüncü basamak sağlık kurumlarının misyonunu, birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarının üstesinden gelemediği tüm sağlık hizmetlerini vermek olarak tanımlayabiliriz.

Türkiye’de tıp eğitimi veren kurumlar incelendiğinde sayıları ile ilgili bilgi edinmek mümkündür. Türkiye’de tıp fakültesi olarak hizmeti sunan 68 tane sağlık kurumu bulunmaktadır. (<http://www.tusrehberi.com/68/turkiyede-uzmanlik-egt-veren-hastaneler> Erişim Tarihi 01.03.2018)



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. ARAŞTIRMA; İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURULUŞLARIN (HASTANELERİN) VERDİKLERİ HİZMETLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırma, hastanelerin hizmet verdikleri uzmanlık alanları üzerinedir. Özellikle ikinci basamak genel hastanelerde ve üçüncü basamak üniversite veya eğitim araştırma hastanelerinin hizmet verdikleri uzmanlık branşları karşılaştırma metodu ile incelenmiş mevcut durum tespit edilmeye çalışılmıştır. Hangi basamak hastanelerin, hangi hizmetleri verdiği ve basamaklar arasındaki farklılıkların tespiti yapılmaya çalışılmıştır.

4.2. Kapsam ve Yöntem

Araştırma ikinci basamak genel hastaneleri ve üçüncü basamak üniversite veya eğitim araştırma hastanelerini, bu hastanelerin vermiş oldukları uzmanlık alanlarını kapsamaktadır.

Araştırma tanımlayıcı bir araştırma olup oluşmuş veriler üzerinden yapılmıştır. Veriler, literatür taraması ve hastanelerin resmi internet siteleri taranarak elde edilmiştir. Hastanelerin düzeyleri literatürde olduğu gibi, eğitim öğretim faaliyetleri gösterip, göstermediğine göre belirlenmiştir. Eğitim araştırma ve üniversite hastaneleri üçüncü basamak, diğer genel hastaneler ikinci basamak olarak kabul edilmiştir. Araştırmada İstanbul'dan (Türkiye) 100 hastane, Londra'dan (İngiltere) 6 hastane, Münih'ten (Almanya) 6 hastane, Havana'da (Küba) 6 hastane, hizmet verdikleri uzmanlık alanları yönünden literatür taraması ve resmi internet kaynaklarından edinilen bilgiler ile incelenmiştir.

“Sosyal bilimlerde internet coğrafi sınırların dışına çıkmak ve araştırma alanını genişletmek için müthiş bir fırsat sunar” (Yıldırım, Şimşek, 2016: 221).

Araştırmada elde edilen veriler Microsoft Excel 2016 programı kullanılarak analiz edilmiştir tablolar yardımı ile çalışmaya aktarılmıştır.

Yapılan analizler şu şekildedir;

- İkinci basamak hastanelerde bulunan uzmanlık hizmetleri ve yüzdeleri
- İkinci basamak hastanelerde yoğunlukla bulunan uzmanlık hizmetleri
- Üçüncü basamak hastanelerde bulunan uzmanlık hizmetleri ve yüzdeleri
- Üçüncü basamak hastanelerde yoğunlukla bulunan uzmanlık hizmetleri
- Uzmanlık hizmetlerinin bulunduğu hastane sayısı (İkinci ve Üçüncü basamak)
- Dahiliye yan dal uzmanlık hizmetlerinin bulunduğu hastane sayısı (İkinci ve Üçüncü basamak)
- Hastanelerde en az bulunan uzmanlık hizmetleri
- İkinci ve üçüncü basamak hastanelerin uzmanlık hizmetlerinin karşılaştırılması

Araştırma kapsamındaki uzmanlık branşları tablo 4.1.'deki gibidir.

Tablo 4.1. Araştırma Dahilindeki Tıbbi Branşlar (Uzmanlık Hizmetleri)

Dahili Bölümler		
Acil Tıp	Enfeksiyon Hastalıkları	Nöroloji
Adli Tıp	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Tıbbi Onkoloji
Aile Hekimliği	Göğüs Hastalıkları	Psikiyatri
Alternatif Tıp	Hava ve Uzay Hekimliği	Su Altı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İç Hastalıkları	
Dermatoloji	Kardiyoloji	

Devam

Cerrahi Bölümler		
Ağız ve Diş Sağlığı	Göğüs Cerrahisi	Organ Nakli (Transplantasyon)
Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi	Göz Sağlığı ve Hastalıkları	Ortopedi ve Travmatoloji
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	IFV Tüp Bebek	Üroloji
Beyin ve Sinir Cerrahisi	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Çocuk Cerrahisi	Kalp ve Damar Cerrahisi	
Genel Cerrahi	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	
Tanı ve Tedavi Bölümleri		
Nükleer Tıp	Radyasyon Onkolojisi	Radyoloji
Tıbbi Genetik	Tıbbi Patoloji	Tıbbi Mikrobiyoloji ve Tıbbi Biyokimya (Laboratuvar Tıbbi)
Yan Dallar		
Algoloji	Çocuk Kardiyolojisi	Gastroenteroloji
Çocuk Alerji ve İmmunolojisi	Çocuk Nefrolojisi	Neonatoloji
Çocuk Endokrinolojisi	Çocuk Nörolojisi	Hematoloji
Çocuk Gastroenterolojisi	Çocuk Psikiyatrisi	Nefroloji
Çocuk Göğüs Hastalıkları	Çocuk Romatolojisi	Diyaliz
Romatoloji	Çocuk ürolojisi	Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi
Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi	Endokrinoloji	

Araştırmadaki hastaneler şehirlerden seçilerek yapılmıştır. Veri edinmede ağırlıklı olarak hastanelerin resmi internet kaynakları kullanılmıştır. Şehirler bazında hastane sayıları tablo 4.2.'deki gibidir.

Tablo 4.2. Şehirlere Göre Hastane Sayıları

Şehir	2. Basamak Hastane Sayısı	3. Basamak Hastane Sayısı
İstanbul (Türkiye)	69	31
Londra (İngiltere)	3	3
Münih (Almanya)	3	3
Havana (Küba)	3	3

4.3. Çalışma Kapsamındaki Hastanelere İlişkin Genel Bilgiler

İstanbul;

- Tüm hastanelerin Sağlık Bakanlığı denetimi ve gözetimi altında hizmet vermektedir.
- Hastanelerin sağlık bakanlığı tarafından Sağlık Kalite Standartları ile denetlenmektedir.

- Sevk zincirinin Türkiye’de uygulanmadığı hastaların birinci basamağa başvurmaksızın ikinci veya üçüncü basamağa doğrudan başvurabilmektedir.

Londra;

- Tüm hastanelerin İl belediyelerine bağlı olarak hizmet vermektedir.
- Hastanelerin tamamında papazlık hizmetleri verilmektedir..
- Tüm hastaneler Care Quality Commisson tarafından denetlenmektedir. Denetim raporları halkın ulaşabileceği şekilde Care Quality Commisson’un internet sitesinden yayınlanmaktadır.
- İngiltere’de ikinci ve üçüncü basamak hastanelerin tamamında *İnme Birimi* bulunduğu ve hastanelerin tanıtımlarında aktif bir şekilde yer verilmektedir.
- İngiltere’de ikinci ve üçüncü basamak mülkiyeti devlete ait olan hastanelerin, dörderli beşerli guruplar halinde hastaneler grubu oluşturmaktadırlar.

Münih;

- İncelenen genel hastanelerde dermatoloji bölümünün bulunmadığı tespit edilmiştir. Dermatoloji için ayrı bir genel hastane bulunduğu ve bu hastanede aynı zamanda koruyucu tedavi hizmetleri verildiği tespit edilmiştir.
- İncelenen hastanelerin tamamının yönetim kademesi bulunduğu yönetim kademesinde, Tıbbi Direktör, Mali İşler Direktörü, Hemşirelik Hizmetleri Direktörü ve İcra Kurulu Başkanı şeklinde organize edilmektedir.
- Almanya’da incelenen hastaneler kalite bakımından DIN ISO 9001 belgelendirme standartlarını benimsemekte ve belgelendirilmektedir.

Havana:

- Havana genel olarak incelendiğinden genel hastanelerin yanı sıra diğer hastanelerin dal hastanelerine ayrıldığı tespit edilmiştir. Örnek olarak kalp ve damar cerrahisi hastanesi, gastroenteroloji hastanesi,

çocuk hastanesi, ortopedi hastanesi, göz sağlığı ve hastalıkları hastanesi vb.

- İncelenen hastanelerin organizasyon yapılarının mevcut olduğu eğitim araştırma hastanelerinde tüm tıbbi ana dallarda başkanlıklara ayrıldığı, idari bölümlerin yöneticileri olduğu ve tamamının hastane genel yöneticisine bağlı olduğu tespit edilmiştir.
- Küba’da Doğal ve geleneksel tıbbın (akupunktur, kupa tedavisi, masaj vb.) yaygın olarak kullanıldığı tespit edilmiştir.
- İncelenen ikinci basamak hastanelerin tamamında dahiliye, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümlerinin olmadığı daha çok üçüncü basamak hastanelerde bulunduğu tespit edilmiştir. Bu durumun nedeni birinci basamak poliklinik hizmeti veren kurumlarda bu üç branşın bulunduğu ve hizmetlerin bu basamakta yeterli şekilde verilmesidir.
- Genellikle birinci basamaktan ikinci basamağa hastalar hekimler tarafından yönlendirilmektedir. Etkin sevk zinciri sistemi uygulanmaktadır.

4.4. Bulgular

İstanbul (Türkiye)

İstanbul ilinde incelenen 100 hastanenin, basamak ve mülkiyet durumuna göre sayıları ve basamaklarına ilişkin sayısal veriler tablo 4.3’deki gibidir.

Tablo 4.3. Araştırma Dahilindeki Hastanelere İlişkin Sayısal Veriler

	İkinci Basamak Hastane Sayısı	Üçüncü Basamak Hastaneler Sayısı	Toplam
Hastane Sayısı	69	31	100
Mülkiyet Devlet	16	26	44
Mülkiyet Özel	53	5	56
Üniversite Hastanesi	0	8	8
Eğitim Araştırma Hastanesi	0	23	23

İkinci Basamak Hastaneler;

Tablo 4.4. İkinci Basamak Hastanelerde Tespit Edilen Uzmanlık Alanları (İstanbul) (Toplam Hastane Sayısı=69)

Dahili Bölümler	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Acil Tıp	69	100,00%
Adli Tıp	0	0,00%
Aile Hekimliği	13	18,84%
Alternatif Tıp	5	7,25%
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	65	94,20%
Dermatoloji	60	86,96%
Enfeksiyon Hastalıkları	37	53,62%
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	49	71,01%
Göğüs Hastalıkları	44	63,77%
Hava ve Uzay Hekimliği	3	4,35%
İç Hastalıkları	67	97,10%
Kardiyoloji	59	85,51%
Nöroloji	58	84,06%
Tıbbi Onkoloji	15	21,74%
Psikiyatri	46	66,67%
Su Altı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	2	2,90%
Cerrahi Bölümler	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Ağız ve Diş Sağlığı	49	71,01%
Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi	4	5,80%
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	69	100,00%
Beyin ve Sinir Cerrahisi	49	71,01%
Çocuk Cerrahisi	28	40,58%
Genel Cerrahi	67	97,10%
Göğüs Cerrahisi	23	33,33%
Göz Sağlığı ve Hastalıkları	62	89,86%
IFV Tüp Bebek	15	21,74%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	66	95,65%
Kalp ve Damar Cerrahisi	26	37,68%
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	67	97,10%
Organ Nakli (Transplantasyon)	5	7,25%
Ortopedi ve Travmatoloji	66	95,65%
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	40	57,97%
Üroloji	64	92,75%
Tanı ve Tedavi Bölümleri	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Nükleer Tıp	11	15,94%
Radyasyon Onkolojisi	7	10,14%
Radyoloji	67	97,10%
Tıbbi Genetik	4	5,80%
Tıbbi Patoloji	16	23,19%
Tıbbi Mikrobiyoloji ve Tıbbi Biyokimya (Laboratuvar Tıbbi)	69	100,00%

Devam

Yan Dallar	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Algoloji	4	5,80%
Çocuk Alerji ve İmmunolojisi	3	4,35%
Çocuk Endokrinolojisi	8	11,59%
Çocuk Gastroenterolojisi	6	8,70%
Çocuk Göğüs Hastalıkları	2	2,90%
Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi	4	5,80%
Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi	1	1,45%
Çocuk Kardiyolojisi	11	15,94%
Çocuk Nefrolojisi	5	7,25%
Çocuk Nörolojisi	8	11,59%
Çocuk Psikiyatrisi	8	11,59%
Çocuk Romatolojisi	2	2,90%
Çocuk Ürolojisi	2	2,90%
Endokrinoloji	13	18,84%
Gastroenteroloji	21	30,43%
Neonatoloji	2	2,90%
Hematoloji	12	17,39%
Nefroloji	14	20,29%
Diyaliz	0	0,00%
Romatoloji	8	11,59%

İkinci Basamak Hastanelere İlişkin Sonuçlar

Tablo ve literatür bilgilerinden elde edilen veriler ışığında;

- İkinci basamak hastanelerde yan dal branşlarının oldukça az olduğu tespit edilmiştir.
- Organ Nakli hizmetlerinin ikinci basamakta 5 hastanede verildiği bu hastanelerinin mülkiyetinin Özel olduğu tespit edilmiştir.
- İkinci basamak hastanelerde en çok rastlanılan ana uzmanlık hizmetleri tablo 4.5.'de açıklanmıştır.

Tablo 4.5. İkinci Basamak Hastanelerde Yoğunlukla Bulunan Ana Uzmanlık Alanları (İstanbul) (Toplam Hastane Sayısı=69)

Uzmanlık Hizmeti	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Acil Tıp	69	100,00%
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	65	94,20%
Dermatoloji	60	86,96%
İç Hastalıkları	67	97,10%
Kardiyoloji	59	85,51%
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	60	86,96%
Genel Cerrahi	67	97,10%
Göz Sağlığı ve Hastalıkları	62	89,86%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	66	95,65%
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	67	97,10%
Ortopedi ve Travmatoloji	66	95,65%
Üroloji	64	92,75%

Tablo 4.5. deki bilgilerden yola çıkılarak İstanbul'daki ikinci basamak hastanelerde yoğunlukla ana branşlarda hizmet verildiği tespit edilmiştir.

- Son yıllarda yaygınlaşmaya başlayan alternatif tıp ile ilgili hizmetlerin çok az sayıda hastanelerde olduğu tespit edilmiştir.
- Tanı ve tedavi bölümlerinde Radyoloji ve Laboratuvar hizmetleri dışındaki hizmetlerin az sayıda hastanede olduğu tespit edilmiştir.
- Diyaliz hizmetlerinin bulunmadığı tespit edilmiştir.

Üçüncü Basamak Hastaneler;

Tablo 4.6. Üçüncü Basamak Hastanelerde Tespit Edilen Uzmanlık Alanları (İstanbul) (Toplam Hastane Sayısı=31)

Dahili Bölümler	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Acil Tıp	31	100,00%
Adli Tıp	6	19,35%
Aile Hekimliği	26	83,87%
Alternatif Tıp	2	6,45%
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	29	93,55%
Dermatoloji	26	83,87%
Enfeksiyon Hastalıkları	27	87,10%
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	26	83,87%
Göğüs Hastalıkları	27	87,10%
Hava ve Uzay Hekimliği	2	6,45%
İç Hastalıkları	30	96,77%
Kardiyoloji	26	83,87%
Nöroloji	28	90,32%
Tıbbi Onkoloji	14	45,16%
Psikiyatri	29	93,55%
Su Altı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	4	12,90%
Cerrahi Bölümler	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Ağız ve Diş Sağlığı	14	45,16%
Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi	7	22,58%
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	31	100,00%
Beyin ve Sinir Cerrahisi	26	83,87%
Çocuk Cerrahisi	24	77,42%
Genel Cerrahi	28	90,32%
Göğüs Cerrahisi	24	77,42%
Göz Sağlığı ve Hastalıkları	27	87,10%
IFV Tüp Bebek	7	22,58%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	27	87,10%
Kalp ve Damar Cerrahisi	24	77,42%
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	27	87,10%

Devam

Organ Nakli (Transplantasyon)	9	29,03%
Ortopedi ve Travmatoloji	26	83,87%
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	24	77,42%
Üroloji	27	87,10%
Tanı ve Tedavi Bölümleri	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Nükleer Tıp	19	61,29%
Radyasyon Onkolojisi	14	45,16%
Radyoloji	31	100,00%
Tıbbi Genetik	17	54,84%
Tıbbi Patoloji	24	77,42%
Tıbbi Mikrobiyoloji ve Tıbbi Biyokimya (Laboratuvar Tıbbi)	31	100,00%
Yan Dallar	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Algoloji	7	22,58%
Çocuk Alerji ve İmmunolojisi	15	48,39%
Çocuk Endokrinolojisi	15	48,39%
Çocuk Gastroenterolojisi	12	38,71%
Çocuk Göğüs Hastalıkları	6	19,35%
Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi	10	32,26%
Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi	2	6,45%
Çocuk Kardiyolojisi	16	51,61%
Çocuk Nefrolojisi	12	38,71%
Çocuk Nörolojisi	12	38,71%
Çocuk Psikiyatrisi	15	48,39%
Çocuk Romatolojisi	4	12,90%
Çocuk Ürolojisi	6	19,35%
Endokrinoloji	19	61,29%
Gastroenteroloji	21	67,74%
Neonatoloji	9	29,03%
Hematoloji	14	45,16%
Nefroloji	21	67,74%
Diyaliz	0	0,00%
Romatoloji	15	48,39%

Üçüncü Basamak Hastanelere İlişkin Sonuçlar;

Tablo ve literatür bilgilerinden elde edilen veriler ışığında;

- Üçüncü basamak hastanelerde en çok rastlanılan ana uzmanlık hizmetleri tablo 4.7.'de açıklanmıştır.

Tablo 4.7. Üçüncü Basamak Hastanelerde Yoğunlukla Bulunan Ana Uzmanlık Hizmetleri (İstanbul) (Toplam Hastane Sayısı=31)

Uzmanlık Hizmeti	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Acil Tıp	31	100,00%
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	29	93,55%
Enfeksiyon Hastalıkları	27	87,10%
Göğüs Hastalıkları	27	87,10%
İç Hastalıkları	30	96,77%
Nöroloji	28	90,32%
Psikiyatri	29	93,55%
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	30	96,77%
Genel Cerrahi	28	90,32%
Göz Sağlığı ve Hastalıkları	27	87,10%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	27	87,10%
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	27	87,10%
Üroloji	27	87,10%

Araştırma dahilinde İstanbul'da Üçüncü basamak hastanelerde % 85 ve üzerinde bulunan branşlar daha ana branşlar olarak tespit edilmiştir. Bu branşlar dahili ve cerrahi branşlar içerinde yer almaktadır.

- Organ nakli işlemlerinin işlemlerin hastane sayısının üçte birlik bir bölümünde yapıldığı tespit edilmiştir.
- Tanı ve tedavi bölümlerinden Radyoloji, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Tıbbi Biyokimya (Laboratuvar Tıbbi) bölümlerinin üçüncü basamak hastanelerin %90'ından fazlasında bulunduğu, diğer tanı ve tedavi bölümlerin ise hastanelerin yarısından fazlasında bulunduğu tespit edilmiştir.
- Son yıllarda yaygınlaşmaya başlayan alternatif tıp ile ilgili hizmetlerin oldukça az sayıda bulunduğu tespit edilmiştir.
- Diyaliz hizmetlerinin bulunmadığı tespit edilmiştir.

İstanbul, İkinci ve Üçüncü Basamak Hastanelerin Sonuçlarının Karşılaştırmalı Analizi

- İkinci ve üçüncü basamak hastanelerde uzmanlık hizmetlerinin 14 tanesinde birbirlerine yakın oranda bulunduğu tespit edilmiştir. Durum tablo 4.8.'de açıklanmıştır.

Tablo 4.8. İstanbul Hastanelerinde Birbirlerine Yakın Oranda Bulunan Uzmanlık Hizmetleri (Toplam Hastane Sayısı=100)

Uzmanlık Hizmeti	2. Basamak Hastanelerde Bulunma Oranı	3. Basamak Hastanelerde Bulunma Oranı
Acil Tıp	100,00%	100,00%
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	93,55%	94,20%
Dermatoloji	83,87%	86,96%
İç Hastalıkları	96,77%	97,10%
Kardiyoloji	83,87%	85,51%
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	96,77%	86,96%
Genel Cerrahi	90,32%	97,10%
Göz Sağlığı ve Hastalıkları	87,10%	89,86%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	87,10%	95,65%
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	87,10%	97,10%
Ortopedi ve Travmatoloji	83,87%	95,65%
Üroloji	87,10%	92,75%
Radyoloji	97,10%	100,00%
Tıbbi Mikrobiyoloji ve Tıbbi Biyokimya (Laboratuvar Tıbbi)	100,00%	100,00%

Araştırma kapsamında İstanbul’da ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde %80 ve üzeri seviyeden benzerlik gösteren uzmanlık hizmetleri Tablo 4.8. da açıklanmıştır. Bilgilerden yola çıkılarak benzerlik gösteren uzmanlık hizmetlerinin daha çok dahli ve cerrahi branşlar olduğunu söylemek mümkündür.

- Yan dal uzmanlık hizmetlerinin ikinci basamakta çok az, üçüncü basamakta ise ikinci basamağa nazaran daha yüksek fakat gene de tüm hastane ortalamasında düşük sayıda hizmet verildiği tespit edilmiştir.
- Organ nakli uzmanlık hizmetlerin ikinci basamakta 5 hastanede üçüncü basamakta ise 9 hastanede toplam hastanelerin %14’ünde verildiği tespit edilmiştir.

Tablo 4.9. Gastroenteroloji, Endokrinoloji, Romatoloji, Nefroloji ve Hematoloji Bölümlerinin Tüm Hastaneler İçerisinde Bulunma Sıklığı (İstanbul) (Toplam Hastane Sayısı=100)

Uzmanlık Hizmeti	Uzmanlık Hizmetinin Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Endokrinoloji	32	32%
Gastroenteroloji	42	42%
Hematoloji	26	26%
Nefroloji	35	35%
Romatoloji	23	23%
Ortalama	32	32%

Gastroenteroloji, Endokrinoloji, Romatoloji, Nefroloji ve Hematoloji branşlarının İç Hastalıkları branşının yan dalı olduğu literatür bilgilerindedir. Bu yan dal hizmetlerinin ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde az rastlandığı tespit edilmiştir. Durum tablo 4.9.'da araştırma dahilindeki İstanbul hastanelerini kapsayacak şekilde verilmiştir.

- Uzmanlık hizmetleri içerisinde 10 ve daha az hastanede sunulan hizmetler tespit edilmiştir tablo 4.10.'da açıklanmıştır.

Tablo 4.10. Tüm Hastaneler İçerisinde Toplam Sayısı 10 ve Altında Bulunan Uzmanlık Alanları (İstanbul) (Toplam Hastane Sayısı=100)

Uzmanlık Branşları	Branşın Bulunduğu Toplam Hastane Sayısı
Alternatif Tıp	7
Adli Tıp	6
Hava ve Uzay Hekimliği	5
Su Altı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	6
Çocuk Göğüs Hastalıkları	8
Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi	3
Çocuk Romatolojisi	6
Çocuk Ürolojisi	8
Diyaliz	0

- Diyaliz hizmetlerinin acil gereksinimler için yoğun bakımlarda bulunduğu bunun dışında bulunmadığı, tamamının özel merkezlerde yapıldığı tespit edilmiştir.

Londra (İngiltere), Münih (Almanya), Havana (Küba)

Londra, Münih ve Havana'da incelenen 18 hastanenin, mülkiyet durumuna göre sayıları ve basamaklarına ilişkin sayısal veriler tablo 4.11.'deki gibidir.

Tablo 4.11. Londra, Münih ve Havana'daki Hastanelere İlişkin Sayısal Veriler (Toplam Hastane Sayısı=18)

	İkinci Basmak Hastane Sayısı	Üçüncü Basmak Hastaneler Sayısı	Toplam
Hastane Sayısı	9	9	18
Mülkiyet Devlet	9	9	18
Mülkiyet Özel	0	0	0
Üniversite Hastanesi	0	9	9
Eğitim Araştırma Hastanesi	0	0	0
Londra (İngiltere)	3	3	6
Münih (Almanya)	3	3	6
Havana (Küba)	3	3	6

4.4.1.1. İkinci Basamak Hastaneler;

Tablo 4.12. İkinci Basamak Hastanelerde Tespit Edilen Uzmanlık Alanları (Londra, Münih, Havana) (Toplam Hastane Sayısı=9)

Dahili Bölümler	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Acil Tıp	9	100%
Adli Tıp	0	0%
Aile Hekimliği	0	0%
Alternatif Tıp	1	11%
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3	33%
Dermatoloji	4	44%
Enfeksiyon Hastalıkları	1	11%
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	6	67%
Göğüs Hastalıkları	9	100%
Hava ve Uzay Hekimliği	0	0%
İç Hastalıkları	0	0%
Kardiyoloji	7	78%
Nöroloji	5	56%
Tıbbi Onkoloji	5	56%
Psikiyatri	2	22%
Su Altı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	0	0%
Cerrahi Bölümler	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Ağız ve Diş Sağlığı	2	22%
Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi	1	11%
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	9	100%
Beyin ve Sinir Cerrahisi	2	22%
Çocuk Cerrahisi	1	11%
Genel Cerrahi	8	89%
Göğüs Cerrahisi	1	11%
Göz Sağlığı ve Hastalıkları	3	33%
IFV Tüp Bebek	0	0%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	2	22%
Kalp ve Damar Cerrahisi	1	11%
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	4	44%
Organ Nakli (Transplantasyon)	2	22%
Ortopedi ve Travmatoloji	8	89%
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	3	33%
Üroloji	4	44%
Tanı ve Tedavi Bölümleri	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Nükleer Tıp	2	22%
Radyasyon Onkolojisi	2	22%
Radyoloji	9	100%
Tıbbi Genetik	1	11%
Tıbbi Patoloji	7	78%
Tıbbi Mikrobiyoloji ve Tıbbi Biyokimya (Laboratuvar Tıbbi)	7	78%

Devam

Yan Dallar	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Algoloji	3	33%
Çocuk Alerji ve İmmunolojisi	0	0%
Çocuk Endokrinolojisi	0	0%
Çocuk Gastroenterolojisi	1	11%
Çocuk Göğüs Hastalıkları	0	0%
Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi	0	0%
Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi	0	0%
Çocuk Kardiyolojisi	3	33%
Çocuk Nefrolojisi	1	11%
Çocuk Nörolojisi	4	44%
Çocuk Psikiyatrisi	0	0%
Çocuk Romatolojisi	0	0%
Çocuk ürolojisi	0	0%
Endokrinoloji	6	67%
Gastroenteroloji	8	89%
Neonatoloji	3	33%
Hematoloji	5	56%
Nefroloji	4	44%
Diyaliz	0	0%
Romatoloji	5	56%
İnme Birimi	2	22%
Palyatif Tıp	3	33%

İkinci Basamak Hastanelere İlişkin Sonuçlar

Tablo ve literatür bilgilerinden elde edilen veriler ışığında;

- İkinci basamak hastanelerde yan dal uzmanlık hizmetlerinden çocuk haricinde erişkinleri ilgilendiren bölümlerin % 50 seviyelerinde bulunduğu tespit edilmiştir.
- Organ Nakli hizmetlerinin ikinci basamakta 2 hastanede verildiği tespit edilmiştir.
- Diyaliz hizmetlerinin bulunmadığı tespit edilmiştir.
- İkinci basamak hastanelerin, ana uzmanlık hizmetleri yapılanmasının daha çok, Acil Tıp, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji, Anestezi ve Reanimasyon, Genel Cerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji olduğu tespit edilmiştir. Durum Tablo 4.13.'de açıklanmıştır.

Tablo 4.13. İkinci Basamak Hastanelerde Yoğunlukla Bulunan Ana Uzmanlık Hizmetleri (Londra, Münih, Havana) (Toplam Hastane Sayısı=9)

Uzmanlık Hizmeti	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Acil Tıp	9	100%
Göğüs Hastalıkları	9	100%
Kardiyoloji	7	78%
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	9	100%
Genel Cerrahi	8	89%
Ortopedi ve Travmatoloji	8	89%

Araştırma dahilinde Londra, Münih, Havana’da ikinci basamak hastanelerde %75 ve üzeri bulunan uzmanlık hizmetleri Tablo 4.13. de verilmiştir. Bilgiler ışığında ana branşlar olan İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, KBB, uzmanlık hizmetlerinin birinci basamakta verildiğinden dolayı ikinci basamakta %75 lik dilim içerine girmediği tespit edilmiştir.

- Tanı ve tedavi bölümlerinde Radyoloji ve Laboratuvar hizmetleri dışındaki hizmetlerin daha az sayıda hastanede olduğu tespit edilmiştir.

Üçüncü Basamak Hastaneler;

Tablo 4.14. Üçüncü Basamak Hastanelerde Tespit Edilen Uzmanlık Alanları (Londra, Münih, Havana) (Toplam Hastane Sayısı=9)

Dahili Bölümler	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Acil Tıp	9	100%
Adli Tıp	0	0%
Aile Hekimliği	0	0%
Alternatif Tıp	5	56%
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	6	67%
Dermatoloji	8	89%
Enfeksiyon Hastalıkları	2	22%
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	7	78%
Göğüs Hastalıkları	9	100%
Hava ve Uzay Hekimliği	0	0%
İç Hastalıkları	2	22%
Kardiyoloji	7	78%
Nöroloji	8	89%
Tıbbi Onkoloji	8	89%
Psikiyatri	9	100%
Su Altı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	2	22%

Devam

Cerrahi Bölümler	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Ağız ve Diş Sağlığı	9	100%
Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi	7	78%
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	9	100%
Beyin ve Sinir Cerrahisi	8	89%
Çocuk Cerrahisi	6	67%
Genel Cerrahi	9	100%
Göğüs Cerrahisi	5	56%
Göz Sağlığı ve Hastalıkları	6	67%
IFV Tüp Bebek	0	0%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	8	89%
Kalp ve Damar Cerrahisi	7	78%
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	9	100%
Organ Nakli (Transplantasyon)	4	44%
Ortopedi ve Travmatoloji	9	100%
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	6	67%
Üroloji	8	89%
Tanı ve Tedavi Bölümleri	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Nükleer Tıp	7	78%
Radyasyon Onkolojisi	5	56%
Radyoloji	9	100%
Tıbbi Genetik	4	44%
Tıbbi Patoloji	9	100%
Tıbbi Mikrobiyoloji ve Tıbbi Biyokimya (Laboratuvar Tıbbi)	9	100%
Yan Dallar	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Algoloji	5	56%
Çocuk Alerji ve İmmunolojisi	0	0%
Çocuk Endokrinolojisi	2	22%
Çocuk Gastroenterolojisi	1	11%
Çocuk Göğüs Hastalıkları	0	0%
Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi	2	22%
Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi	0	0%
Çocuk Kardiyolojisi	2	22%
Çocuk Nefrolojisi	0	0%
Çocuk Nörolojisi	1	11%
Çocuk Psikiyatrisi	4	44%
Çocuk Romatolojisi	0	0%
Çocuk ürolojisi	0	0%
Endokrinoloji	8	89%
Gastroenteroloji	9	100%
Neonatoloji	6	67%
Hematoloji	7	78%
Nefroloji	5	56%
Diyaliz	0	0%
Romatoloji	5	56%
İnme Birimi	6	67%
Palyatif Tıp	8	89%

Üçüncü Basamak Hastanelere İlişkin Sonuçlar

Tablo ve literatür bilgilerinden elde edilen veriler ışığında;

- Üçüncü basamak hastanelerde en çok rastlanılan ana uzmanlık hizmetleri tablo 4.15.'de açıklanmıştır.

Tablo 4.15. Üçüncü Basamak Hastanelerde Yoğunlukla Bulunan Ana Uzmanlık Hizmetleri (Londra, Münih, Havana) (Toplam Hastane Sayısı=9)

Uzmanlık Hizmeti	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Acil Tıp	9	100%
Dermatoloji	8	89%
Göğüs Hastalıkları	9	100%
Nöroloji	8	89%
Tıbbi Onkoloji	8	89%
Psikiyatri	9	100%
Ağız ve Diş Sağlığı	9	100%
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	9	100%
Beyin ve Sinir Cerrahisi	8	89%
Genel Cerrahi	9	100%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	8	89%
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	9	100%
Ortopedi ve Travmatoloji	9	100%
Üroloji	8	89%
Endokrinoloji	8	89%
Gastroenteroloji	9	100%
Palyatif Tıp	8	89%

Üçüncü basamak hastanelerde Ana branşların yanı sıra yan dal branşlarından, Endokrinoloji ve Gastroenteroloji uzmanlık hizmetleri ile Palyatif Tıp hizmetlerinin Londra, Münih, Havana da sok rastlandığı tespit edilmiştir.

- Organ nakli işlemlerinin üçüncü basamakta 4 hastane tarafından yapıldığı tespit edilmiştir.
- Tanı ve tedavi bölümlerinden Radyoloji, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Tıbbi Biyokimya (Laboratuvar Tıbbi) ve Tıbbi Patoloji bölümlerinin üçüncü basamak hastanelerin tamamında bulunduğu, diğer tanı ve tedavi bölümlerinin ise hastanelerin yarısından fazlasında bulunduğu tespit edilmiştir.

- Son yıllarda yaygınlaşmaya başlayan alternatif tıp ile ilgili hizmetlerin üçüncü basamak hastanelerin %50 den fazlasında bulunduğu tespit edilmiştir.
- Diyaliz hizmetlerinin bulunmadığı tespit edilmiştir.
- Hastalar birinci basamağa başvurmaksızın ikinci veya üçüncü basamak hastanelere başvuramamaktadır.

Londra, Münih, Havana, İkinci ve Üçüncü Basamak Hastanelerin Sonuçlarının Karşılaştırmalı Analizi

- İkinci ve üçüncü basamak hastanelerde uzmanlık hizmetlerinin 13 tanesinde birbirlerine yakın oranda bulunduğu tespit edilmiştir. Durum tablo 4.16’da açıklanmıştır.

Tablo 4.16. Londra, Münih, Havana Hastanelerinde Birbirlerine Yakın Oranda Bulunan Uzmanlık Hizmetleri (Londra, Münih, Havana) (Toplam Hastane Sayısı=18)

Uzmanlık Hizmeti	2. Basamak Hastanelerde Bulunma Oranı	3. Basamak Hastanelerde Bulunma Oranı
Acil Tıp	100%	100%
Göğüs Hastalıkları	100%	100%
Kardiyoloji	78%	78%
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	100%	100%
Genel Cerrahi	89%	100%
Ortopedi ve Travmatoloji	89%	100%
Radyoloji	100%	100%
Tıbbi Patoloji	78%	100%
Tıbbi Mikrobiyoloji ve Tıbbi Biyokimya (Laboratuvar Tıbbi)	100%	100%
Endokrinoloji	67%	89%
Gastroenteroloji	89%	100%
Romatoloji	56%	56%

- Organ nakli uzmanlık hizmetlerin ikinci basamakta 2 hastanede üçüncü basamakta ise 4 hastanede toplam hastanelerin %33’ünde verildiği tespit edilmiştir.
- Gastroenteroloji, Endokrinoloji, Romatoloji, Nefroloji ve Hematoloji branşlarının İç Hastalıkları branşının yan dalı olduğu literatür bilgilerindedir. Bu yan dal hizmetlerine ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde %50 seviyelerinin üzerinde rastlandığı tespit edilmiştir. Durum tablo 4.17.’deki gibidir.

Tablo 4.17. Gastroenteroloji, Endokrinoloji, Romatoloji, Nefroloji ve Hematoloji Bölümlerinin Tüm Hastaneler İçerisinde Bulunma Sıklığı (Londra, Münih, Havana) (Toplam Hastane Sayısı=18)

Uzmanlık Hizmeti	Uzmanlık Hizmetinin Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Endokrinoloji	14	78%
Gastroenteroloji	17	94%
Hematoloji	12	67%
Nefroloji	9	50%
Romatoloji	10	56%
Ortalama	12,4	69%

- Diyaliz hizmetlerinin her iki basamak hastanede de verilmediği tespit edilmiştir. Diyaliz hizmetlerinin uzman sevki ile dış diyaliz merkezlerinde verildiği tespit edilmiştir.

Tüm Şehirlerdeki Hastanelerin Karşılaştırmalı Analizi (İstanbul – Londra, Münih, Havana)

- 1- İkinci basamak hastaneler ve üçüncü basamak hastanelerin hizmet verdikleri toplam uzmanlık alanları sayısı karşılaştırmaya tabi tutulmuştur. Elde edilen veriler tablo 4.18.'deki gibidir.

Tablo 4.18. Tüm Şehirlerde Basamaklara Göre Toplam Uzmanlık Hizmeti Branş Sayıları (Toplam Hastane Sayısı=118)

Ülke	İkinci Basamak Hastaneler Branş Sayısı			Üçüncü Basamak Hastaneler Branş Sayısı		
	En Az	En Çok	Ortalama	En Az	En Çok	Ortalama
İstanbul	8	46	23,05	12	51	33,9
Londra, Münih ve Havana	15	23	19,00	26	41	34,00

Bilgiler ışığında İstanbul'da üçüncü basamakta en az hizmet verilen branş sayısı 12 diğer Londra, Münih ve Havana'da ise 26 olarak tespit edilmiştir. Araştırma dahilinde diğer şehirlerde ikinci basamaktaki hiçbir hastanenin branş sayısı üçüncü basamaktaki hiçbir hastaneden fazla değildir. Buna karşın İstanbul'da üçüncü basamakta, 3 adet dal hastanesi çıkarıldıktan sonra en az hizmet verilen branş sayısı 20'dir. İstanbul'da ikinci basamaktaki 69 hastanenin 47'sinin 20 ve üzerinde branşta hizmet vermekte olduğu tespit edilmiştir. Bilgiler ışığında Londra, Münih ve Havana'da ikinci basamaktaki hastanelerin verdiği uzmanlık hizmetleri ile üçüncü basamaktaki hastanelerin verdiği uzmanlık hizmetleri daha belirli olduğu, İstanbul'da ise daha belirsiz olduğu tespit edilmiştir.

- 2- İstanbul'daki hastanelerde verilmekte olan bazı uzmanlık hizmetleri ile, Londra, Münih ve Havana'da verilmekte olan bazı uzmanlık hizmetlerinin benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir. Durum tablo 4.19.'da açıklanmıştır.

Tablo 4.19. Tüm Şehirlerde Sayı ve Oranlarda Benzerlik Gösteren Uzmanlık Hizmeti Branşları (Toplam Hastane Sayısı=118)

Uzmanlık Hizmeti	Londra, Münih ve Havana		İstanbul	
	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Acil Tıp	18	100%	100	100%
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	13	72%	75	75%
Ağız ve Diş Sağlığı	11	61%	63	63%
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	18	100%	90	90%
Genel Cerrahi	17	94%	95	95%
Kalp ve Damar Cerrahisi	8	44%	50	50%
Ortopedi ve Travmatoloji	17	94%	92	92%
Radyoloji	18	100%	98	98%
Tıbbi Genetik	5	28%	21	21%
Tıbbi Mikrobiyoloji ve Tıbbi Biyokimya (Laboratuvar Tıbbi)	18	100%	100	100%

- 3- Gastroenteroloji, Endokrinoloji, Romatoloji, Nefroloji ve Hematoloji branşlarının, İç Hastalıkları (Dahiliye) branşının yan dalı olduğu ve şehirlerin kendi içlerinde karşılaştırmalar önceki analizlerde verilmişti. Durum şehirler bazında da karşılaştırmaya tabi tutulmuş ve veriler tablo 4.20.'de açıklanmıştır.

Tablo 4.20. Tüm Şehirlerde İç Hastalıkları (Dahiliye) Yan Dalı Uzmanlık Hizmetlerinin Bulunma Sıklığı (Toplam Hastane Sayısı=118)

Uzmanlık Hizmeti	Londra, Münih ve Havana		İstanbul	
	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Endokrinoloji	14	78%	32	32%
Gastroenteroloji	17	94%	42	42%
Hematoloji	12	67%	26	26%
Nefroloji	9	50%	35	35%
Romatoloji	10	56%	23	23%

Veriler ışığında Londra, Münih ve Havana hastanelerinde iç hastalıkları (dahiliye) yan dal branşlarının İstanbul'a nazaran daha fazla sayıda bulunduğu tespit edilmiştir.

- 4- Veriler analiz edildiğinde İstanbul hastanelerindeki bazı uzmanlık hizmetlerinin Londra, Münih ve Havana hastanelerine oranla daha fazla sayı ve oranda bulunduğu tespit edilmiştir. Durum tablo 3.21.'de açıklanmıştır.

Tablo 4.21. Londra, Münih, Havana Şehirlerindeki Hastanelere Karşın İstanbul Şehrindeki Hastanelerde Daha Fazla Sayı Ve Oranda Bulunan Uzmanlık Hizmetleri (Toplam Hastane Sayısı=118)

Uzmanlık Hizmeti	Londra, Münih ve Havana		İstanbul	
	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	9	50%	94	94%
Enfeksiyon Hastalıkları	3	17%	64	64%
İç Hastalıkları (Dahiliye)	2	11%	97	97%
Göz Sağlığı ve Hastalıkları	9	50%	89	89%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	10	56%	93	93%

- 5- Yapılan analizlerde Londra, Münih ve Havana hastanelerinde 18 hastanenin 8'inde İnme Birimi, 11'inde ise Palyatif Tıp birimi olduğu ve hastane tanıtımlarında bu bölümlerin oldukça ön planda olduğu tespit edilmiştir. İstanbul'da ise bu uygulama merkezlerinin yeni yeni kurulmaya başlandığı tespit edilmiştir.
- 6- Organ nakli uzmanlık hizmetlerinin Londra, Münih ve Havana hastanelerinin %33'ünde, İstanbul hastanelerinin ise %14 ünde verildiği tespit edilmiştir.
- 7- Her iki şehirde de birbirlerine yakın oranda bulunan uzmanlık hizmetleri daha önceki analizlerde verilmişti. Bu analizler ışığında her iki şehide benzer oranda bulunan uzmanlık hizmetleri olduğu tespit edilmiştir ve durum tablo 4.22.'de açıklanmıştır.

Tablo 4.22. Londra, Mönih, Havana – İstanbul, İkinci ve Üçüncü Basamak Hastanelerde Birbirlerine Yakın Oranda Bulunan Uzmanlık Hizmetleri (Toplam Hastane Sayısı=118)

Uzmanlık Hizmeti	Londra, Mönih ve Havana			İstanbul		
	Hastane Sayısı	2. Basamak Hastanelerde Bulunma Oranı	3. Basamak Hastanelerde Bulunma Oranı	Hastane Sayısı	2. Basamak Hastanelerde Bulunma Oranı	3. Basamak Hastanelerde Bulunma Oranı
Acil Tıp	18	100%	100%	100	100%	100%
Kardiyoloji	18	78%	78%	100	83,87%	85,51%
Genel Cerrahi	18	89%	100%	100	90,32%	97,10%
Radyoloji	18	100%	100%	100	97,10%	100,00%
Tıbbi Mikrobiyoloji ve Tıbbi Biyokimya (Laboratuvar Tıbbi)	18	100%	100%	100	100,00%	100,00%

4.5. SONUÇ

Araştırma bulgularına dayanarak elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

- 1- Araştırma dahilinde hastanelerin basamaklara göre uzmanlık hizmetlerini nasıl sunduğu tespit edilmeye çalışılmıştır. İstanbul'daki hastanelerde ikinci basamak ve üçüncü basamakta sunulan uzmanlık hizmetleri arasında nitelik veya sayı yönünden farklılığa rastlanmamıştır. Her iki basamakta da tüm uzmanlık hizmetlerinin verildiği, ikinci basamak hastanelerin, üçüncü basamaktaki hastanelerle aynı ya da daha fazla branşta hizmet verdiği tespit edilmiştir. Ancak, Londra, Mönih, Havana'da ikinci basamak hastanelerde bulunan uzmanlık hizmeti sayılarının üçüncü basamaktaki uzmanlık hizmeti sayısını geçmediği tespit edilmiştir. Durum tablo 4.23.'de açıklanmıştır.

Tablo 4.23. Araştırma Dahilindeki Tüm Hastanelerin Uzmanlık Hizmeti Sayısı (Skala Haline)

Uzmanlık Hizmeti Sayısı	İstanbul, Toplam Hastane Sayısı 100				Londra, Mönih, Havana Toplam Hastane Sayısı 18			
	İkinci Basamak Hastane Sayısı	Üçüncü Basamak Hastane Sayısı	Toplam	Yüzde	İkinci Basamak Hastane Sayısı	Üçüncü Basamak Hastane Sayısı	Toplam	Yüzde
1 ile 10 arası	2	0	2	2%	0	0	0	0%
11 ile 20 arası	26	5	31	31%	3	0	3	17%
21 ile 30 arası	29	6	35	35%	6	3	9	50%
31 ile 40 arası	9	11	20	20%	0	5	5	28%
41 ile 51 arası	3	9	12	12%	0	1	1	6%

2- İstanbul hastanelerinde ikinci ve üçüncü basmakta en çok bulunan uzmanlık hizmetlerinin, Acil Tıp, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İç Hastalıkları (Dahiliye), Genel Cerrahi, Göz Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Kardiyoloji, Ortopedi ve Travmatoloji, Üroloji, olduğu tespit edilmiştir. Hizmetlerin diziliminden anlaşılacağı üzere neredeyse tüm ana branşlarda hastaneler hizmet vermektedir. Durum tablo 4.24.'de açıklanmıştır.

Tablo 4.24. İstanbul Hastanelerinde En Çok Bulunan Uzmanlık Hizmetleri

Uzmanlık Hizmeti	2. Basamak		3. Basamak	
	Hastane Sayısı	2. Basamak Hastanelerde Bulunma Oranı	Hastane Sayısı	3. Basamak Hastanelerde Bulunma Oranı
Acil Tıp	69	100,00%	31	100,00%
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	69	93,55%	31	94,20%
İç Hastalıkları	69	96,77%	31	97,10%
Genel Cerrahi	69	90,32%	31	97,10%
Göz Sağlığı ve Hastalıkları	69	87,10%	31	89,86%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	69	87,10%	31	95,65%
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	69	87,10%	31	97,10%
Ortopedi ve Travmatoloji	69	83,87%	31	95,65%
Üroloji	69	87,10%	31	92,75%

3- 2. Sonuç maddesine karşın Londra, Münih, Havana'da İstanbul'dan farklı olarak ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde sık rastlanan bölümler değişkenlik göstermektedir. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İç Hastalıkları, Göz Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Üroloji uzmanlık hizmetleri Londra, Münih, Havana hastanelerinde İstanbul hastanelerinden daha az bulunmaktadır. Durum tablo 4.25.'de açıklanmıştır.

Tablo 4.25. Araştırma Kapsamında Londra, Münih, Havana İkinci ve Üçüncü Basamakta Bulunma Oranları İtibariyle Değişkenlik Gösteren Uzmanlık Hizmetleri

Uzmanlık Hizmeti	2. Basamak		3. Basamak	
	Hastane Sayısı	Hastanelere Bulunma Oranı	Hastane Sayısı	Hastanelerde Bulunma Oranı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	9	33%	9	67%
İç Hastalıkları	9	0%	9	22%
Göz Sağlığı ve Hastalıkları	9	33%	9	67%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	9	22%	9	89%
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	9	44%	9	100%
Üroloji	9	44%	9	89%

4- Londra, Münih, Havana'da Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İç Hastalıkları (Dahiliye), Göz Sağlığı ve Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Kadın hastalıkları ve Doğum uzmanlık hizmetlerinin hastanede bulunma oranı İstanbul'a göre daha azdır. Bunun nedeni ilgili uzmanlık hizmetlerinin birinci basamakta yaygın bir şekilde veriliyor olasıdır. İlgili uzmanlık hizmetlerinin hastanelerde bulunma oranları tablo 4.26'daki gibidir.

Tablo 4.26. Ana Uzmanlık Alanlarının Şehirlerdeki Hastanelerde Bulunma Oranı

Uzmanlık Hizmeti	İstanbul		Londra, Münih, Havana	
	Hastane Sayısı	Bulunma Oranı	Hastane Sayısı	Bulunma Oranı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	100	94%	18	50%
İç Hastalıkları	100	97%	18	11%
Göz Sağlığı ve Hastalıkları	100	89%	18	50%
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	100	94%	18	72%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	100	93%	18	56%

5- Tüm şehirlerin karşılaştırmalı analizi yapılırken yan dal uzmanlık hizmetleri kendi içerisinde değerlendirilmiş, bu uzmanlık hizmetlerinin şehirlerde bulunma sıklığı analiz edilmiştir. İç hastalıklarının, (Dahiliye) yan dalı olan Gastroenteroloji, Endokrinoloji, Romatoloji, Nefroloji ve Hematoloji branşlarının İstanbul şehrindeki hastanelere nazaran Londra, Münih, Havana'da daha sık bulunduğu tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 4.27.)

Tablo 4.27. Tüm Şehirlerde İç Hastalıkları (Dahiliye) Yan Dalı Uzmanlık Hizmetlerinin Bulunma Sıklığı

Uzmanlık Hizmeti	Londra, Münih ve Havana			İstanbul		
	Hastane Sayısı	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde	Hastane Sayısı	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Endokrinoloji	18	14	78%	100	32	32%
Gastroenteroloji	18	17	94%	100	42	42%
Hematoloji	18	12	67%	100	26	26%
Nefroloji	18	9	50%	100	35	35%
Romatoloji	18	10	56%	100	23	23%

- 6- Araştırma kapsamındaki tüm şehirlerde ikinci basamakta verilip üçüncü basamakta verilmeyen uzmanlık hizmetine rastlanmamıştır.
- 7- Araştırma dahilindeki tüm hastanelerde diyaliz hizmetlerinin verilmediği tespit edilmiştir. Türkiye’de diyaliz hizmetlerinin hastanelerin yanı sıra özel merkezlerde sosyal güvenlik geri ödeme kapsamında yapıldığı bilinmektedir. İnternet kaynaklarından edinilen bilgi dahilinde durum araştırma dahilindeki diğer şehirlerde de aynıdır.
- 8- Göğüs Hastalıkları uzmanlık hizmetleri İstanbul’da taranan 100 hastanenin 71’inde verilmekte olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın Londra, Münih, Havana’daki taranan 18 hastanenin tamamında bu uzmanlık hizmetinin verilmekte olduğu tespit edilmiştir.
- 9- Londra, Münih, Havana’daki taranan 18 hastanenin 8’inde İnme birimi, 11’inde ise Palyatif Tıp birimi bulunduğu tespit edilmiştir. İnme birimlerinde inme rahatsızlığının multidisipliner yaklaşımla Nöroloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ve Radyolojik hizmetlerin bir bütün halinde ihtiyaca paralel hastalara sunulduğu tespit edilmiştir. Bu birimlerin hastane tanıtımlarında ön planda tutulduğu dikkat çekmiştir. Buna karşın taranan İstanbul hastanelerinde yok denecek kadar az sayıda bulunduğu tespit edilmiştir.
- 10- Londra, Münih, Havana’daki taranan 18, hastanenin 11’inde Palyatif Tıp birimi bulunduğu tespit edilmiştir. Buna karşın taranan İstanbul hastanelerinde yok denecek kadar az sayıda bulunduğu tespit edilmiştir.
- 11- Organ Nakli uzmanlık hizmetlerinin İstanbul hastanelerinin %14’ünde Londra, Münih ve Havana hastanelerinin %33 de verilmekte olduğu tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 4.28.)

Tablo 4.28. Tüm Şehirlerde Organ Nakli Uzmanlık Hizmetlerinin Bulunma Sıklığı

Uzmanlık Hizmeti	İstanbul			Londra, Münih, Havana		
	Hastane Sayısı	Uzmanlık Hizmetinin Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde	Hastane Sayısı	Uzmanlık Hizmetinin Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Organ Nakli (Transplantasyon)	100	14	14%	18%	6	33%

12- Tanı ve tedavi bölümlerinden Radyoloji ve Tıbbi Mikrobiyoloji ve Tıbbi Biyokimya (Laboratuvar Tıbbı) tüm şehirlerde benzer sayı ve oranda bulunduğu tespit edilmiştir. Diğer hizmetlerden, Nükleer Tıp, Radyasyon Onkolojisi, Tıbbi Genetik, Tıbbi Patoloji bölümleri İstanbul'a oranla Londra, Münih, Havana hastanelerinden daha yüksek oranlarda bulunduğu tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 4.29.)

Tablo 4.29. Tüm Şehirlerde Tanı ve Tedavi Hizmetlerinin Bulunma Sıklığı

Tanı ve Tedavi Hizmetleri	İstanbul			Londra, Münih, Havana		
	Hastane Sayısı	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde	Hastane Sayısı	Branşın Bulunduğu Hastane Sayısı	Yüzde
Nükleer Tıp	100	30	30%	18	9	50%
Radyasyon Onkolojisi	100	21	21%	18	7	39%
Radyoloji	100	98	98%	18	18	100%
Tıbbi Genetik	100	21	21%	18	5	28%
Tıbbi Patoloji	100	40	40%	18	16	89%
Tıbbi Mikrobiyoloji ve Tıbbi Biyokimya (Laboratuvar Tıbbı)	100	100	100%	18	18	100%

13- Hastanelerin sınıflandırılması konusu işlenmesi esnasında Türkiye ile İngiltere'de bulunan hastanelerin yatak sayısı yönünden karşılaştırılması mümkün olmuştur. 2014 yılı verilerine göre Türkiye'de kamuya ait 853 hastane bulunmaktadır. Türkiye'deki hastanelerde 200 ve üzeri yatağa sahip 208 hastane olduğu tespit edilmiştir. Bu sayı kamu hastanelerinin %24'ünü temsil etmektedir. İngiltere'de ise 2014 verilerine göre 226 hastane grubu bulunmakta bu hastanelerin 199 tanesinin 200 ve üzerinde yatağı bulunmaktadır. Bu sayı hastanelerin %88'ine tekabül etmektedir.

4.6. TARTIŞMA VE ÖNERİLER

- 1- Araştırma dahilinde İstanbul'daki hastanelerde verilen uzmanlık hizmetlerinin basamaklar arasında karmaşık olduğu tespit edilmiştir. Bu karmaşıklığın Türkiye'de sağlık hizmetleri örgütlenmesinin planlı olmamasından kaynaklandığı düşünülebilir. İkinci basamak hastanelerin birçoğunun üçüncü basamak hastanelerle aynı ya da daha fazla branşta hizmet verdiği tespit edilmiştir. Diğer şehirlerde ise (Londra, Münih, Havana) ikinci basamaktaki hastanelerin branş sayıları üçüncü basamaktaki branş sayısını geçmemektedir. Çünkü bu şehirlerde sağlık örgütlenmesi daha planlı olup hizmet tüketiminin sevk sistemine göre yapılması bu karmaşayı büyük oranda azaltmaktadır. Bu şekilde planlanarak sunulan sağlık hizmetlerinin hastaların doğru hizmeti doğru basamakta alacağı düşünüldüğünde durumun hastalar lehine olacağı, hastanelerin ise daha kaliteli hizmetler sunacağı aşıkardır. Tüm uzmanlık hizmetlerinin özelliklerine göre ayrıştırılarak basamaklar arasında planlanması, hastalara kaynak israfı oluşturmayacak şekilde hizmet sunması hastalar ve kaynaklar açısından daha avantajlı olacaktır.
- 2- İstanbul'daki hastanelerin yoğunlukla hizmet verdikleri uzmanlık hizmetleri daha çok ana branşlar üzerinedir. Araştırma kapsamındaki diğer şehirler analiz edildiğinde hastanelerde daha çok cerrahi branşların yanında tıbbi yan dal branşlarının bulunduğu tespit edilmiştir. Londra, Münih ev Havana şehirlerindeki bu durumun nedeni düşünüldüğünde sebebi birinci basamak hizmetlerinin birçok ana branş hizmetini kapsadığı lehine yorumlanmıştır. Çünkü buradaki hekimlerin üç yıl boyunca aldıkları eğitim ana branşlardaki birçok rahatsızlığı tedavi edebilmeleri ile sonuçlanmaktadır. Bu nedenle Türkiye'de birinci basamak hizmetlerin geliştirilmesi, uzman aile hekimlerinin daha fazla sayıda birinci basamağa yerleştirilmesi, hastaneleri kaynak ve zaman israfından koruyacağı gibi hastaların da doğru hizmetleri alabilmesi yönünden katkı sağlayacaktır.
- 3- Araştırma kapsamındaki bütün hastanelerde Tıbbi yan dal branşlarının birçoğu (Kardiyoloji, Göğüs Hastalıkları, Gastroenteroloji vb.) dahiliye

yan dal branşı olmaktan çıkıp ana branş haline geldiği tespit edilmiştir. Bu durum uzmanlık hizmetlerinin geliştiğinin bir göstergesidir. Ancak İstanbul'daki yan dal uzmanlık hizmetlerinin bulunma sıklığı araştırma dahilindeki diğer şehirlerdeki hastanelerle karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur. Yan dal uzmanlık hizmetlerinin birçok spesifik hastalığı teşhis ve tedavi etmede oldukça faydalı olduğu, hastalıkları kendilerine has özellikleri ile değerlendirip tedaviye ulaştırmaları daha fazla mümkün olmaktadır. Yan dal uzmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birinci basmaktan sevk edilen hastaların doğru uzmanlık hizmetlerine ulaşmasını sağlayarak hizmette kalite ve verimi arttıracaktır.

- 4- Araştırma dahilinde bazı yeni uzmanlık hizmetlerinin (Palyatif Tıp, İnme Birimi) Londra, Münih, Havana'da yaygın bir şekilde oluşturulduğu ve işlemekte olduğu tespit edilmiştir. Bu hizmetler multidisipliner yani birden fazla uzmanlık hizmetlerini bir araya getirmesi yönünden hastalara ciddi avantaj sağlamaktadır. Bu türdeki multidisipliner uzmanlık hizmetleri için ülkemizde uygun şartların oluşturulması ve desteklenmesi hastalara yüksek kalitede hizmet sağlayacaktır.
- 5- Literatür bilgilerinden yola çıkılarak İngiltere, Almanya ve Küba'da sevk zinciri sisteminin bulunduğu hastaların öncelikle birinci basamak sonrasında ikinci ve üçüncü basmağa başvurabildiği literatür bilgileri ile tespit edilmiştir. Sevk zinciri sisteminin kaynak israfını engellediği de literatür bilgilerindedir. Sevk zinciri sisteminin uygulanmasının nedeni sağlık sistemleri içerisindeki kaynak israfını engellemek ve hastalığın türüne göre nitelikli uzmanlık hizmetlerinin ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde hastalar ile buluşturulmasıdır. Türkiye'de sevk zinciri sisteminin planlanarak uygulanması, kaynak israfının önlenmesi ve hastaların uygun nitelikteki uzmanlık hizmetlerinin verilmesi için faydalı olacaktır.
- 6- Hastanelerde uzmanlık hizmetlerinin istenildiği gibi zamanında ve kaliteli verilebilmesi için hastane kapasiteleri verimlilik yönünden oldukça önemlidir. Büyüklüklerine göre hastaneler literatür

incelemeleri esnasında 2014 verileri üzerinden Türkiye ve İngiltere'deki hastaneler yatak kapasiteleri yönünden karşılaştırılmıştır. Yine aynı konu dahilinde yapılan araştırmalar neticesinde optimum yatak kapasitelerinin 200-600 olduğu literatür bilgileri ile tespit edilmiştir. Tablo verileri incelendiğinde Türkiye'de kamu hastanelerinin %24'ü 200 ve üzeri yatak kapasitesine sahip olduğu, İngiltere'de ise bu oran %88 düzeyindedir. Yatak kapasiteleri doluluk oranları düşünöldüğünde işlevsellik ve finansal yönden oldukça önemlidir. Hastanelerin yatak kapasitelerinin değeriendirilmesi ve planlanması hastaneler için hem işlevsel hem de finansal yönden daha verimli olacağı düşünölmüştür.



KAYNAKÇA

Kitaplar;

- Ağırbaş, İ. (2016). Hastane Yönetimi ve Organizasyonu. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Ateş, M. (2016). Sağlık Sistemleri. 3. Baskı. İstanbul: Beta Yayınları.
- Ateş, M. (2013). Sağlık Hizmetleri Yönetimi. 1. Baskı. İstanbul: Beta Yayınları.
- Bridgman, F. (1955). The Rural Hospital. 1. Baskı. Geneva: World Health Organization Monograph Series No. 21
- Davies, R. ve Macaulay, H. (1966). Hospital Planning And Administration. 1. Baskı. Geneva: World Health Organization Monograph Series No. 54
- Dinç, G. (2009). Birleşik Krallıkta Sağlık Sistemi. 1. Baskı. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Matbaası
- Kavuncubaşı ř. , Yıldırım S. (2015). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 4. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Koçel, T. (2015). İşletme Yöneticiliği. 15. Baskı. İstanbul: Beta Yayınları.
- Loudon, I. (1986) Medical Care and the General Practitioner 1750-1850. 1. Baskı. Oxford: Oxford University Press
- McKee M. , Healy J. (2002). Hospitals in a Changing Europe. Philadelphia: Open University Press
- Seçim, H. (1991).Hastane Yönetim ve Organizasyonu – Türkiye’de Hastanelerin Yönetimi İçin Bir Model Önerisi. İstanbul: Küre Ajans.
- Sultz, H (Ed.). ve Young, K.(Ed.) (2011) Health Care USA. 7. Baskı. New Mexico: Jones & Barlett Learning
- Tengilimoğlu D. , Atilla E.A. , Bektaş M. (2016). İşletme Yönetimi. 6. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık
- Tengilimoğlu D. , Işık O. , Akbolat M. (2017). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. 8. Baskı. Ankara: Nobel Yayıncılık
- Yıldırım A. , şimşek H. (2016). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 10. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık
- Yıldırım, H. (2013). Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. 1. Baskı. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları

Bildiri ve Makaleler;

- Arslan, M. ve Biniş M. (2014). Amerika Birleşik Devletleri'nde Mahalli İdarelerin Mali Yapısı ve Merkezi İdare İlişkileri. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi. 9.1, 149-173
- Başol, E. (2015). Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi. 4.2. 129-140
- Cueto, M. (2004). The Origins of Primary Health Care And Selective Primary Health Care. American Journal of Public Health. 94.11, 1864-1874
- Çınarlı, S. (2011). ABD'de Yerel Yönetimin Ana Hatları. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 12.1, 265-280
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. Sosyal Güvenlik Dergisi, 5.1, 104-134
- Georgopoulos, B. ve Mann, F. (1962). The Hospital as an Organization. Hospital Organizatıon. 1.1, 23-33
- Hamzaoğlu, O. (2002). Reel Sosyalizmin Çöküşünün İpucu: Alma Ata Bildirgesi. Toplum ve Hekim Dergisi. 17.2, 107-110
- İstanbuluoğlu, H. , Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi. 85.2, 86-99
- Öcek, Z. (2007). Almanya Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim Dergisi. 22.2, 85-95
- Kılıç, B. ve Bumin, Ç. (1993). İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim Dergisi. 8.56, 32-41
- Lameire, N. , Joffe, ve P. Wiedemann M. (1999). Healthcare Systems – An International Review: An Overview. Nephrol Dial Transplant. 14.6 3-9
- McKee, M. ve Healy, J. (2000). The Role Of The Hospital İn a Changing Environment. Bulletin of the World Health Organization. 78.6, 803-810
- Oral, İ. (2002). ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2.2, 61-77
- Özmen, Z. (2017). Avrupa'da Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı: Farklı Refah Devletleri Üzerine Bir İnceleme. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Karabük Üniversitesi. 7.2, 600-620
- Öztürk, Z. ve Karakaş E.T. (2015). Avrupa Birliğine Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetimi ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 1.2, 39-59
- Paycı, S. ve Ünlüoğlu, İ. (2004). Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği. Aile Doktorları İçin Kurs Notları. 1.1, 23-3-

- Pointer, D. (1990) Offering-level strategy formulation in health service organizations. Health Care Management Review. 15.3, 15-23
- Sy, T. (2005). Challenges and Strategies of Matrix Organizations: Top-Level And Mid-Level Managers' Perspectives. Human Resource Planning. 28.1, 40-48
- Şahin, Ü. (1999). Sağlık Bakım Hizmetleri Sistemimiz İçin Öneriler. Modern Hastane Yönetimi Dergisi. 3.4, 25-37
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 1.1, 103-133
- Yamaç, M. (2014). İngiltere'de Yerel Yönetimler. Sosyal Bilimler Metinleri. 4, 1-21
- Yavuz, C.I. (2003). Demokratik Alman Cumhuriyetinde Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim Dergisi. 18.1, 41-46
- Yüksekbilgili, Ö. (2017). Özel Sağlık İşletmeleri Çalışanlarının Örgüt İklimi Algılarının Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi. İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi. 2.2, 45-60

Tezler

- Abeş, Ş. (2016). Birinci Basmak Sağlık Hizmetlerinde Ebe-Hemşirelik Uygulamaları ve Hukuki Sorunlar, Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Demircan, A. (1995). Türkiye'de İlçe Sağlık Örgütlenmesinin Analizi ve Bolu İli Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Has, E. (2015). Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Yönetiminde Sosyal ve Ekonomik Faktörlerin Etkisinin Belirlenmesi Konusunda Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı.
- Işık, F. (2012). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Tutundurma Politikası; Sağlık Personeli ve Hastaların Reklama Yönelik Görüşlerine İlişkin Uurla Devlet Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Koçer, Ş. (2014). Almanya Federal Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sistem İçerisinde Sosyal Sigorta Uygulamaları, Uzmanlık Tezi. Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Sarsenova, K. (2010). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Kamu-Özel Hastanelerin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Örnek Uygulama, Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuklu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Yazan, T. (2015) Kamu Hastanelerinde Temel Yönetim Sorunları ve İdeal Hastane Yönetimi (Alanya Devlet Hastanesi Çalışanları Örneği), Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

İnternet Kaynakları;

<http://www.satirk.gov.tr/images/pdf/hst/universitehastaneleri.pdf> Erişim Tarihi: (04.03.2018)

<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/bed-availability-and-occupancy/bed-data-overnight/> (Erişim Tarihi: 05.02.2018)

<http://www.nj.gov/nj/gov/deptserv/> (Erişim Tarihi: 07.01.2018)

<http://www.directory.londoncouncils.gov.uk/directory/ealing> (Erişim Tarihi: 08.01.2018)

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/Organisationsplan/Organigramm.pdf (Erişim Tarihi: 13.01.2018)

<http://doktorlarsitesi.net/2015/10/23/kubanın-saglik-sistemi-gibi-bir-saglik-sistemimiz-olsa-guzel-olmaz-mi/>(Erişim Tarihi: 11.01.2018)

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. (2017)

http://khgm.saglik.gov.tr/DB/21/13233_taburcu-ve-ortalama-

<http://www.tusrehberi.com/68/turkiyede-uzmanlik-egt-veren-hastaneler> Erişim Tarihi 01.03.2018)

http://www.ailehekimligi.com.tr/?Ctrl=HTML&HTMLID=480&t=Kuba_da_Aile_Hekimligi_Uygulaması (Erişim Tarihi: 11.01.2018)

ÖZGEÇMİŞ

Selman COŞĞUN

26.08.1988 / Rize

Evli (1 Çocuk)

cosgunselman@gmail.com

Eğitim;

Rize Fener Lisesi 2005

Anadolu Üniversitesi, Eskişehir 2013

Yabancı Dil ;

İngilizce (Orta Seviye)

İş Tecrübesi;

2006- Halen Hisar Hospital İntercontinental - Destek Hizmetler ve Satınalma
Müdürü