

Avrupa ve Türkiye’de Sağlık İnsan Gücü ve Sağlık Teknolojileri Health Manpower and Health Technology in Europe and Turkey

Pınar Yalçın Balçık¹, Ömer Faruk Nangır²

¹Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü
²İç Denetçi, CGAP, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Öz

Günümüzde sağlık hizmetleri, ülke ekonomilerinin önemli bir parçasıdır. Türkiye’de, verimli ve kaliteli sağlık hizmetlerinin daha az maliyetle sunulması, son yıllarda üzerinde en fazla tartışılan konulardan birisidir. Sağlık hizmetlerindeki ilerlemeyi görmek ve sağlık sistemlerini karşılaştırabilmek açısından sağlık göstergeleri önemli rol oynamaktadır.

Bu çalışmada sağlık insan gücü ve sağlık teknolojileri açısından Türkiye ile Avrupa ülkeleri incelenmiş ve ülkeler arasındaki farklılıklar ortaya konulmuştur. Çalışma sonucunda, Türkiye’nin geçmiş yıllara göre birçok alanda ilerleme sağladığı fakat hâlâ Avrupa ülkeleri ortalamasının gerisinde yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Sağlık göstergeleri, sağlık insan gücü, sağlık teknolojileri

Abstract

Today health care is an important part of the country’s economy. In Turkey, providing efficient and qualified health care with lower cost is one of the most debated issues in recent years. Health indicators have an important role to analyze progress in healthcare and to compare the health systems.

In this study Turkey and European countries are evaluated and differences between countries are revealed in terms of health manpower and health technology. As a result of study, compared to previous years Turkey ensured development in terms of healthcare service in many areas but still located behind average of the European countries is reached.

Key words: Health indicators, health manpower, health technology

Yazışma Adresi / Correspondence:

Yrd. Doç. Dr. Pınar Yalçın Balçık

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü,

06800 Beytepe / Ankara

e-posta: pyalcin@hacettepe.edu.tr

Geliş Tarihi: 11.06.2015

Kabul Tarihi: 25.12.2015

Giriş

Daha iyi sağlık düzeyi, artan beklentiler, demografik değişimler, teknolojik gelişmeler ve finansal baskılar gibi çeşitli faktörlerin kaynaklık ettiği sağlık reformları, hemen hemen tüm ülkelerde ya tartışılmakta ya da gerçekleştirilmektedir.¹ Roberts ve arkadaşlarına göre sağlık reformlarının itici dört gücü vardır. Birincisi sağlık hizmetlerinin artan maliyeti, ikincisi artan beklentiler, üçüncü olarak hem maliyetler hem de beklentilerdeki artışlar, dördüncüsü sağlık sektörüne yönelik geleneksel yaklaşım hakkında giderek büyüyen şüpheciliktir.² Türkiye’de de 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında reform çalışmaları yapılmaktadır. Yapılan bu reform çalışmaları sonucunda gerçekleşen sağlık hizmetleri sunumundaki ilerlemeyi görmek ve sağlık sistemlerini karşılaştırabilmek açısından sağlık göstergeleri önemli rol oynamaktadır.

Bu çalışmanın amacı güncel verilerle Avrupa Birliği ülkelerindeki sağlık insan gücü ve sağlık teknolojileri alanındaki seçilmiş sağlık göstergelerini ele almak ve Türkiye sağlık verileri ile karşılaştırmaktır. Çalışmada kullanılan veriler ağırlıklı olarak

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı verilerine dayanmaktadır.

Sağlık İnsan Gücü

Bu bölümde Avrupa ve Türkiye kişi başına düşen doktor sayısı, toplam doktorlar içinde uzman ve pratisyen dağılımı, kişi başına düşen hemşire sayısı, doktor başına düşen hemşire sayısı, kişi başına düşen doktor muayene sayısı ve doktor başına düşen muayene sayısı göstergeleri incelenmiş ve Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Seçilen Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri Açısından Avrupa ve Türkiye Karşılaştırması

	Avrupa (2012)	Türkiye (2013)
Kişi başına düşen doktor sayısı (Binde)	3,4	1,7
Uzman Doktor	% 62	% 67
Pratisyen Doktor	% 30	% 33
Kişi başına düşen hemşire sayısı (Binde)	8	1,8
Doktor başına düşen hemşire sayısı	2,3	1,0
Kişi başına düşen doktor muayene sayısı (Yıllık)	6,3	8,2
Doktor başına muayene sayısı (Yıllık)	1.958	4.750

Kaynak: OECD 2012, 2014

Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde sağlığa düzgün ve kolay erişim ana politika hedeflerinden biridir. Bu hedefe ulaşmak için nüfusun ihtiyacına göre doğru yerde doğru sayıda sağlık çalışanının olması gerekmektedir. Birçok Avrupa ülkesinde her ne kadar son kamu harcamalarındaki kısıntılar nedeniyle sağlık hizmetlerine olan talep azalmış olsa da doktor ve hemşire açığı endişesi mevcuttur.³

2000 yılından bu yana tüm Avrupa Birliği ülkelerinde, Fransa hariç, kişi başına düşen doktor sayısı artmıştır. 1.000 kişi başına düşen doktor sayısı açısından AB ortalaması 2000 yılında 2,9 iken 2012 yılında 3,4 olmuştur. Yunanistan’da 1.000 kişi başına düşen doktor sayısı AB ortalamasının neredeyse iki katı olan 6,2’dir, onu Avusturya 4,9 ile izlemektedir. Kişi başına düşen doktor sayısı açısından en düşük ülkeler Karadağ, Polonya, Romanya ve Türkiye’dir.⁴ Türkiye’de 1.000 kişi başına düşen doktor sayısı 1,7’dir. Fakat Türkiye 2000 yılından bu yana kişi başına düşen doktor sayısında %3 oranıyla en fazla yükseliş gösteren ülkelerden biridir. Diğerleri ise %3,5 ile Yunanistan ve %3,3 ile İngiltere’dir.³ Yabancı ülkelerde eğitim alıp İngiltere’de kayıt olan doktorların sayısı 2003 yılında 14.000 iken bu sayı 2010 ve 2011 yıllarında 5.000 seviyesine gerilemiştir. Aynı zamanda Tıp Fakültelerinden mezun olanların sayısı 2003 yılında 4.600 iken 2010 ve 2011 yıllarında yıllık olarak 5.800 olmuş ve yurtdışında tıp eğitimi alıp mesleğe başlayanların sayısını geçmiştir.⁵

Yukarıdaki verileri destekler nitelikte Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 verilerine göre Türkiye’de tüm sektörler itibariyle 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 2002 yılında 138 iken 2013 yılında 174 olmuştur. 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı AB’de 325 olarak verilmiştir.⁶ Türkiye’de kişi başına düşen doktor sayısı AB ortalamasının altındadır, nüfus olarak AB ülkelerinin bir çoğundan fazla olan Türkiye’de son yıllarda artış eğilimine giren doktor sayısındaki değişimin desteklenerek artırılmasına devam edilmesi gerektiği görülmektedir.

AB ülkelerinin hemen hemen hepsinde pratisyen hekim ile uzman hekim sayıları arasındaki fark uzman hekimlerin sayısının daha hızlı artması yönünde değişmiştir. Portekiz, İrlanda, Malta ve Norveç hariç diğer ülkelerde uzman hekim sayısı aile hekimi sayısının üzerindedir. Bu durumun bir nedeni, iş yükü ve buna bağlı sınırlamalar nedeniyle (ücret farklılığı gibi) doktorların aile hekimliğini daha az tercih etmeleri olarak sayılabilir.⁷ Kişi başına düşen birinci basamak hekimi sayısının az olması birçok AB ülkesinde birinci basamak sağlık hizmetleri açısından endişe verici olarak değerlendirilmekte ve bu alanlara doktorları teşvik edici yöntemler geliştirilmektedir. Örneğin Fransa’da asistan doktorların neredeyse yarısı bu alanda görevlendirilmiş ve kişi başına düşen pratisyen hekim sayısı artırılmıştır. Bazı ülkeler de diğer sağlık çalışanlarını eğiterek örneğin birinci basamak hizmetlerinde uzman hemşire uygulamaları ile birinci basamak sağlık hizmeti talebini karşılamaya çalışmaktadır. Türkiye’de doktorların %67’si uzman doktor ve geriye kalan %33’ü de pratisyen doktordur. Doktor dağılımının AB ortalaması ise %30 pratisyen doktor, %62 uzman doktor ve %8 de alanı belirtilmemiş olan doktordur.³ Türkiye’de 2013 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre tüm sektörler itibariyle uzman hekim sayısı 73.886, pratisyen hekim sayısı 38.572 ve asistan hekim sayısı 21.317’dir buna göre toplam hekim sayısı da 133.775 olmaktadır.⁶

AB ülkelerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine doktorları teşvik edici uygulamalar geliştirdiği görülmektedir. Benzer şekilde Türkiye de aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelmiştir; fakat, toplam hekim sayısının yetersizliği Türkiye’nin önünde bir engeldir.

Hemşire sayısı açısından AB’de yeni neslin büyüüp sağlık hizmeti talebi arttığında, yaş ortalaması artmakta olan hemşirelerin emekli olacağı düşünülünce hemşire açığı olabileceği endişesi vardır. Uzman hemşireler sağlık hizmetine kolay erişim ve bekleme süresinin kısaltılması açısından sağlık hizmetlerinin gelişimine önemli katkı sağlamaktadır. Hasta memnuniyeti de hemşireler hastalarla daha fazla zaman geçirdiği için onların bulunduğu servislerde artmaktadır.⁸ AB’ye dahil on iki ülke ve Amerika Birleşik Devletleri’nde hastanelerdeki iyi çalışma koşulları ve hemşire sayısı yüksekliğinin ülkelerin hepsinde sağlık hizmet kalitesini ve güvenliğini ayrıca da hemşirelerin iş doyumunu artırdığı görülmüştür.⁹

Son on yılda neredeyse tüm AB ülkelerinde 1.000 kişi başına düşen hemşire sayısı artmıştır. Danimarka, Fransa, Portekiz ve İspanya’da kişi başına düşen hemşire sayısı diğer ülkelere göre yüksek artış göstermiştir fakat küresel ekonomik kriz nedeniyle bazı ülkelerde ise kişi başına düşen hemşire sayısında düşüş gözlenmiştir. Estonya’da 2008 yılında 1.000 kişi başına düşen hemşire sayısı 6,4 iken 2010 yılında 6,1, 2012 yılında ise 6,2 olmuştur. Slovakya’da da 2000 ile 2012 yılı arasında hemşire sayısı %2 düşüş göstermiştir. 1.000 kişi başına düşen hemşire sayısında AB ortalaması 8’dir ve 2000-2012 arası büyüme hızı %1,3’tür. Türkiye’de 1.000 kişi başına düşen hemşire sayısı

2010 yılında 1,6 ve 2012 yılında 1,8'dir ve 2000-2012 arası değişim artış yönünde %4,7'dir.^{3,4} 2013 yılında Türkiye’de tüm sektörler itibariyle hemşire sayısı 139.544 ve ebe sayısı da 53.427'dir. 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayıları AB’de 836, Türkiye’de ise 252'dir.⁶ OECD verileri ile Sağlık Bakanlığı verileri bu noktada kişi başına hemşire sayısında farklılık göstermektedir.

Doktor başına düşen hemşire sayısına bakıldığında AB ortalaması 2,3, Türkiye ise 1,0'dır.^{3,4} Doktor ve hemşire sayılarının bölgesel farklılığını göz ardı eden bu ortalamalar yine de sağlık insan gücünün Türkiye’de geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Öncelikle hemşire sayısının artırılması ve takiben doktor sayısının ilerletilmesi ile sağlık hizmet kalitesinin ve hem hasta hem de çalışan memnuniyetinin artırılabilirliği örneklerden görülmektedir.

Kişi başına düşen doktor muayene sayısı AB ortalaması yıllık 6,3'tür.⁴ Muayene sayısı sadece ülkeler arasında değişmemekte aynı zamanda farklı nüfus grupları arasında da değişmektedir, ayrıca gelir durumuna göre de farklılık göstermektedir.¹⁰ Macaristan ve Çek Cumhuriyet’inde bu sayı 11’in üzerindedir diğer taraftan İsveç, Finlandiya ve Güney Kıbrıs’ta kişi başına düşen doktora muayene sayısı ise 3 civarındadır. 2000 yılından bu yana AB’de ortalama kişi başına düşen muayene sayısı artış göstermiştir. Bunun nedeni birçok ülkede kişi başına düşen doktor sayısındaki artıştır. Çek Cumhuriyeti, Slovakya ve İspanya’da ise 2000 yılından beri kişi başına düşen muayene sayısı azaltılmaya çalışılmaktadır; buna rağmen, sayı AB ortalamasının üzerindedir. İspanya’da 7,5, Slovakya’da 11,3, Çek Cumhuriyeti’nde 11 ve Fransa’da 6,7'dir. Türkiye’de kişi başına yıllık muayene sayısı 2010’da 7,3 ve 2012’de 8,2’dir.^{3,4}

Doktor başına yıllık muayene sayısının AB ortalaması ise 1.958’dir. Bu göstergesi doktorların verimliliği olarak düşünmemek gereklidir çünkü muayenelerin süresi ve etkililiği farklı olabildiği gibi bu süreye başvuru ve araştırma da dahildir. Türkiye 4.750 muayene ile birinci sıradadır onu 3.820 muayene sayısı ile Macaristan izlemektedir. İsveç’te doktor başına düşen muayene sayısı 765 ile en düşük seviyededir.^{3, 4}

Türkiye’nin sağlık insan kaynağı açısından doktor ve hemşire sayılarının AB ortalamasının altında kalması hem doktor hem de hemşirelerin iş yükünü artırmaktadır. Son on yılda yakalanan sağlık insan gücü artış eğilimi korunmalı hatta planlı bir şekilde hızlandırılmalıdır.

Sağlık Teknolojileri

Bu bölümde Avrupa ve Türkiye’de Manyetik Rezonans (MR) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) cihaz ve test sayıları, kişi başına düşen hastane yatağı sayısı, ortalama kalış gün süresi, antibiyotik tüketimi ve tanıya ilişkili grup gibi göstergeler incelenmiş ve Tablo 2’de seçilen sağlık teknolojileri göstergeleri özetlenmiştir.

Yeni teknolojiler sağlık hizmeti kalitesini artırsa da sağlık harcamalarını etkilemekte ve maliyetleri artırmaktadır. AB ülkelerinin birçoğunda son on yılda Bilgisayarlı Tomografi (BT) cihazları ile Manyetik Rezonans (MR) cihazları sayısı artış göstermiştir. İtalya’nın bir milyon kişi başına düşen MR sayısı 24,6 ve BT sayısı 33,3’tür, Hollanda’nın verileri ise sırasıyla 11,8 ve 10,9’dur. Hollanda’da kişi başına düşen MR cihazlarının sayısı İtalya ile karşılaştırıldığında 1997 ile 2010 arasında yaklaşık 6 kat, BT cihazlarının sayısı da iki kat artmıştır. 2010 ve 2012 yıllarında bir milyon kişi başına düşen MR ve BT cihazları sayısı açısından Yunanistan (23,4 ve 34,8), Güney Kıbrıs (19,7

ve 32,4) ve İtalya (24,6 ve 33,3) en ön sıralardadır. Bir milyon kişi başına düşen MR ve BT cihazları sayısı açısından en düşük ülkeler Macaristan (2,8 ve 7,7) ve Romanya’dır (3,8 ve 9,7).^{3,4}

Tablo 2. Seçilen Sağlık Teknolojileri Göstergeleri Açısından Avrupa ve Türkiye Karşılaştırması

	Avrupa (2012)	Türkiye (2013)
Kişi başına MR cihaz sayısı (Bir milyonda)	10,5	10,4
Kişi başına BT cihazı sayısı (Bir milyonda)	20,0	14,1
Kişi başına MR test sayısı (Binde)	46,5	114,3
Kişi başına BT test sayısı (Binde)	98	130,7
Kişi başına düşen hastane yatağı sayısı (Binde)	5,2	2,7
Ortalama kalış gün sayısı	7,8	3,9
Antibiyotik tüketimi (Binde, Günlük)	20 DDD	42 DDD

Kaynak: OECD 2012, 2014, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014

2012 yılında Türkiye’de bir milyon kişi başına düşen MR ünitesi sayısı 9,9, AB ortalaması 10,5; Türkiye’de bir milyon kişi başına düşen BT cihazı sayısı 13,6 ve AB ortalaması da 20,0’dır.⁴ 2013 verilerine göre Türkiye’de bir milyon kişi başına düşen MR cihazı sayısı 10,4 ve BT cihazı sayısı da 14,1’dir.⁶ Türkiye’nin sağlık teknolojilerinde belirtilen göstergeler itibariyle AB ortalamasına yakın olduğu görülmektedir.

Türkiye’de 1.000 kişi başına düşen MR test sayısı 2010 yılındaki 79,5 seviyesinden 2012 yılında 114,3 düzeyine, BT sayısı da 2010’daki 103,5’ten 2012 yılında 130,7 düzeyine çıkmıştır. MR test sayısı AB ortalaması 1.000 kişi başına 46,5, BT test sayısı da 1.000 kişi başına 98’dir. 2012 yılında Fransa’da 1.000 kişi başına düşen MR test sayısı 82,0, İngiltere’de 40,4, Almanya’da 95,2; 1.000 kişi başına düşen BT testi sayısı Fransa’da 172,1, İngiltere’de 75,7, Almanya’da 117,1’dir.^{3,4}

Yunanistan’da bir milyon kişi başına düşen MR (23,4) ve BT (34,8) cihazı sayısı yüksek olduğu gibi 2012 yılı için 1.000 kişi başına düşen MR (67,6) ve BT (180,3) cihazı test sayısı da en yüksektir.⁴ Yunanistan’da son iki yılda bu test sayılarının önemli ölçüde düştüğü gözlenmiştir çünkü 2010 yılı verilerine göre test sayıları MR’da 97,9 ve BT’de 320,4’tür.⁴ Yunanistan’da BT ve MR cihazları daha çok özel sektörün elindedir ve testlerin hangi durumlarda yapılacağına dair herhangi bir düzenleme yoktur fakat 2010 yılının sonlarında Bakanlık genelgesi çıkartılarak satın alınacak testlere ilişkin hükümler konulmuştur. En önemli kriter ise BT cihazları için en az 30.000, MR cihazları için de en az 40.000 nüfus şartı aranmaya başlamıştır; fakat, bu şartlar kamu hastaneleri için geçerli değildir. Türkiye (114,3), Almanya (95,2) ve Fransa’da (82,0) da 1.000 kişi başına düşen MR test sayısı AB ortalamasının üzerindedir.^{3,4} Birçok AB ülkesi BT ve MR testlerinin hangi durumlarda çekileceğine ya da hangi durumlarda satın

alınacağına dair kurallar geliştirmeye başlamıştır. İngiltere’de Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Kurumu (NICE-National Institute for Health and Clinical Excellence) tarafından kurulan Tanısal Danışma Kurulu (DAC-Diagnostic Advisory Committee) MR ve BT testlerinin yaptırılacağı durumlar hakkında kurallar yayınlamaya başlamıştır.¹¹

Türkiye’de MR ve BT test sayılarının artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Türkiye’deki MR ve BT cihaz sayıları AB ortalamasına yakın fakat MR ve BT test sayıları AB ortalamasının üzerindedir. Bu nedenle test sayılarının azaltılmasına yönelik düzenlemelerin tartışılması gerektiği düşünülmektedir.

Sağlık teknolojisi tanımı içinde tıbbi cihazların yani sıra ilaçlar, tıbbi tedavi yöntemleri, cerrahi teknikler, sağlık hizmeti sistemi gibi uygulamalar da yer aldığından dolayı bu bölümde kişi başına düşen hastane yatağı sayısı, ortalama kalış gün süresi, antibiyotik tüketimi, teşhisle ilişkili grup ve dış tedavisi gibi göstergeler de incelenmiştir.

Son on yılda Yunanistan ve Türkiye hariç 1.000 kişi başına düşen hastane yatağı sayısı AB ülkelerinin geri kalanında düşmüştür. Ortalama yıllık %2 düşüş ile AB ülkelerinde 1.000 kişi başına düşen hastane yatağı sayısı 2000 yılında 6,4 iken 2012 yılında 5,2’ye gerilemiştir.⁴ Türkiye 2002 yılında toplam 164.471 hastane yatağına sahipken bu sayıyı artırarak 2013 yılında 202.031’e çıkarmıştır.⁶ Türkiye’de 1.000 kişi başına düşen hastane yatağı sayısı ise 2000 yılındaki 2,0’dan 2012 yılındaki 2,7 düzeyine çıkmış fakat yine de AB ortalamasının (5,2) bir hayli altında kalmıştır. Türkiye’nin AB ortalamasını yakalayabilmesi için hastane yatağı açısından daha fazla yatırım yapması gerektiği söylenebilir.

AB’deki azalış haliyle hastanede ortalama kalış gün sayısını da azaltmış ve bazı ülkelerde hastaneye başvuru sayısını da düşürmüştür. Letonya’da 1.000 kişi başına düşen hastane yatağı sayısı 2000 yılında 8,7 iken 2012 yılında 6,0’a düşmüştür. Benzer şekilde Norveç, İtalya ve Estonya’da düşüşler gerçekleşmiştir. 1.000 kişi başına düşen hastane yatağı sayısı açısından Almanya (8,3) ve Avusturya (7,7) ön sıradaki ülkelerdir.^{3, 4}

2008’de başlayan küresel ekonomik kriz nedeniyle birçok ülkede kamu harcamalarını azaltmak amacıyla hastane kapasiteleri de düşürülmüştür. Örneğin İrlanda’da kamu harcamalarını azaltabilmek amacıyla hastane yatağı sayıları azaltılmış hastanede kalış süresini düşürmeye yönelik önlemler alınmış ve günlük (ayakta) tedavi sayısı artırılmıştır. Bazı ülkelerdeki hastane yatağı sayısındaki azalışlar yatak doluluk oranını artırmıştır; örneğin İrlanda’da %85’ten %91’e, Norveç’te %85’ten %93’e ve İsviçre’de %85’ten %88’e yükselmiştir.³ Türkiye’de yatak sayıları son on yılda artış göstermiş aynı zamanda yatak doluluk oranı 2002 yılındaki tüm sektörler itibarıyla %59,4’ten 2013 yılında %66,0 seviyesine çıkmıştır.⁶

AB ülkelerindeki hastane yataklarının yaklaşık %69’u tedavi edici, %15 psikiyatrik tedavi, %8 uzun süreli sağlık hizmetleri, %8 de diğer sağlık hizmetlerine ayrılmış durumdadır. Bazı ülkelerdeki durum ise çok farklıdır örneğin Finlandiya’da uzun süreli sağlık hizmetlerine (eğitim araştırma gibi) ayrılan oran %32’dir. Türkiye’de ise hastane yataklarının hemen hemen hepsi %96 ile tedavi edici sağlık hizmetlerine ayrılmış durumdadır.^{3, 4}

AB ülkelerinde ortalama kalış gün sayısı 2000 yılında 9,6 günden 2012 yılında 7,8 güne gerilemiştir. 2012 yılında ortalama kalış gün sayısı açısından en düşük güne sahip ülkeler Türkiye (4,0), İzlanda (6,1) ve Norveç’tir (6,2). Bulgaristan, Slovakya ve İngiltere’de ortalama kalış süreleri büyük düşüş göstermiştir. Bunun nedenleri olarak invazif operasyonların daha az tercih edilmesi, ödeme yöntemlerindeki değişiklikler ile evde bakım ve takip sistemi ile erken taburcu sistemlerinin geliştirilmesi sayılabilir. Bulgaristan’da ortalama kalış gün sayısı 2000 yılında 11,5’ten 2012 yılında 5,8’e, Slovakya’da 2000 yılında 10,4’ten 2012 yılında 7,5’e ve İngiltere’de 10,7’den 7,2’ye düşmüştür.^{3,4} Türkiye’de de benzer şekilde ortalama kalış süresi düşmüştür, 2000 yılında Türkiye’de ortalama kalış gün sayısı 5,8 iken 2013 yılında ortalama kalış gün sayısı 3,9 olmuştur.⁶

Fransa, Almanya ve Polonya gibi birçok AB ülkesi Tanıya İlişkin Grup (TİG, DRGs-Diagnosis Related Groups) yöntemine geçmekte ve hastane maliyetlerini azaltmaya çalışmaktadır. İsviçre’de TİG uygulamasına geçen kantonlarda hastanede kalış süreleri azalmış ve maliyetler düşmüştür. Hollanda’da 2006 yılında geçilen yeni ödeme sistemi yöntemi hastanede kalış süresini azaltıcı etki göstermiştir. Hollanda’da 2006 yılındaki reformdan önce hastanelere yatak başına ve kalış süresine göre sabit bir ödeme yapılmakta iken 2006 yılında uygulamaya konan Felemenk TİG (Dutch version of DRGs) yöntemi ile sigortacılar ile hastaneler arasında bir pazarlık ve anlaşma yapılmaya başlanmıştır. 2000 yılında hastanede kalış süresi açısından AB ortalamasının üzerinde olan Hollanda şimdi 6,4 gün ile ortalamanın altına düşmüştür. Halen de kalış süresini azaltmaya dönük müdahaleler geliştirilmekte, aynı gün taburcu edilen operasyonlardan dağıtılan gelir artırılmakta, muayene bekleme süreleri kısaltılmaya çalışılmakta, acil kalp krizi ve felç müdahale birimleri kurulmakta; erken taburcu ve evde takip hizmetleri teşvik edilmektedir.^{3, 4} Türkiye’de TİG çalışmaları 2005 yılında Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesinin (HUAP) bir alt projesi olarak başlamıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2012 yılında, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı kurularak çalışmalara devam edilmektedir. Çalışmalarda Avustralya örneği ele alınmıştır. Hâlihazırda yapılan TİG çalışmaları pilot seviyede devam etmektedir.¹²

Avrupa’da ilaç tüketimi son on yılda hem maliyet olarak hem de miktar olarak artış göstermiştir.³ Fakat son birkaç yıldır ilaç harcamalarındaki artış ya yavaşlamış ya da negatife dönmeye başlamıştır.⁴ AB’de antibiyotik kullanımı Letonya, Hollanda ve Romanya’daki 1.000 kişi başına düşen günlük doz (DDD-Defined Daily Dose) miktarı 10’dan Yunanistan ve Güney Kıbrıs’taki 30 DDD miktarına kadar çeşitlilik göstermektedir. Antibiyotik kullanımını ve reçetelendirilmesini azaltmaya yönelik kampanyalar Dünya Sağlık Örgütü desteğiyle birçok ülkede yapılmaktadır. Benzer şekilde antidiyabetik ve antidepresan ilaçların tüketimi de son on yılda artmıştır. AB ortalama tüketimleri 2012 yılında 1.000 kişi başına sırasıyla antibiyotikler için 20 DDD, antidiyabetikler için 66 DDD ve antidepresanlar için de 56 DDD’dir.^{3,4} DSÖ verilerine göre 2012 yılında antibiyotik kullanımında Yunanistan ilk sırayı alırken, Türkiye ikinci olmuştur. Yunanistan’da günlük 1.000 kişi 45 DDD antibiyotik kullanırken, Türkiye’de bu rakam 42 DDD olarak belirlenmiştir.¹³ Türkiye’de 2014 yılında “Tam Gün Yasası” olarak bilinen torba yasa çerçevesinde antibiyotiklerin akılcı kullanımı hakkında daha kesin adımlar atılmaya başlanmıştır.

Sonuç olarak, AB’ye aday olan Türkiye ile Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık göstergeleri açısından karşılaştırıldığı benzer çalışmalarda da^{14,15} tespit edildiği gibi sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve verimliliğinin artırılması için milli gelirden sağlığa ayrılan payın artırılması, harcamalar yapılırken maliyet-etkili olan alternatiflerin değerlendirilmesi, sağlık yatırımlarının artırılması, doktor ve hemşire sayılarındaki artışın devam etmesinin sağlanması, sağlık insan gücünün güçlendirilmesi, akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Yıldırım HH. Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. 1. Baskı, Ankara: Sağlık-Sen Yayınları, 2013.
2. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P. ve Reich MR. Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 784, 2009.
3. OECD. Health at a Glance: Europe: OECD Publishing; 2012.
4. OECD. Health at a Glance: Europe: OECD Publishing; 2014.
5. General Medical Council (2012), “List of Registered Medical Practitioners – Statistics”, available at: www.gmc-uk.org/doctors/register/search_stats.asp (Accessed on 15 May 2012).
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 956; 2014.
7. Fujisawa R, Lafortune G. The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Explaining Variations across Countries. OECD Health Working Papers, No. 41, Paris: OECD Publishing; 2008. (DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/228632341330>).
8. Delamaire ML, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries, OECD Health Working Papers, No. 54, Paris: OECD Publishing, 2010 (DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>).
9. Aiken LH, Sermeus W, van der Heede K et al. Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and in the United States. British Medical Journal 2012;344:e1717.
10. Devaux M, de Looper M. Income-related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, OECD Health Working Papers, No:58, France: OECD Publishing; 2012 (DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/5k95xd6stnxt-en>).
11. Diagnostics Assessment Programme Manual. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence; 2011.
12. Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2014.
13. Verspoten A, Bolokhovets G, Ghazaryan L et al. Antibiotic use in eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe Lancet Infect Dis 2014;14:381-7.
14. Sığırlı D, Ediz B, Cangür Ş, Ercan İ, Kan İ. Türkiye ve Avrupa Birliği’ne üye ülkelerin sağlık düzeyi ölçütlerinin çok boyutlu ölçekleme analizi ile incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006;13(2):81-5.
15. Ersöz F. Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi. İstatistikçiler Dergisi 2008;1(2):95-104.