

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ GEVHER NESİBE HASTANESİ'NDE
1998-2000 YILLARI ARASINDA YATAN HASTALARA VERİLEN
HİZMETLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

118 136

Baki MURATOĞLU

118136

Biyoistatistik Bilim Dalı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Yöneticisi

Prof.Dr. Osman GÜNAY

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DENEYİM YERİ**

Kayseri

Ocak - 2002

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Biyoistatistik Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

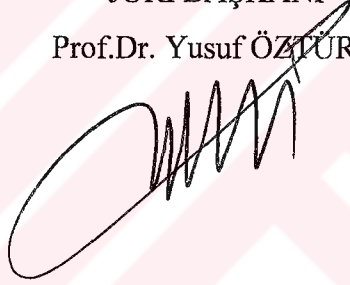
Tez Savunma Tarihi : 09/01/ 2002

İmza

Ünvanı Adı Soyadı

*JÜRİ BAŞKANI

Prof.Dr. Yusuf ÖZTÜRK



İmza

Ünvanı Adı Soyadı

ÜYE

Prof.Dr. Osman GÜNAY



İmza

Ünvanı Adı Soyadı

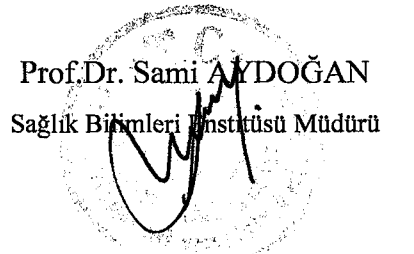
ÜYE

Prof.Dr. Erdoğan M.SÖZÜER



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof.Dr. Sami AYDOĞAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



ÖZET

Bu çalışma, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 yılları arasında yatan hastalara verilen hizmetlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma kapsamında bu yıllara ilişkin hastanede tutulan kayıtlar değerlendirilmiştir.

Hastanelerde 2000 yılında 1998 yılına göre yatak sayısında % 23 oranında artış olmuştur. Çalışan sağlık personeline baktığımızda doktor sayısında % 15 artış, diğer sağlık personeline % 19 artış, idari ve diğer personelinde ise önemli bir değişiklik olmamıştır.

Servislerde yatan hastaların toplam yattıkları gün sayısında 1999 yılına göre % 12 artış kaydedilmiş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür. Hastaların 1998-2000 yıllarında ortalama yatış sürelerine bakıldığında 9.9 gün ortalaması ile yattığı görülmektedir.

Yatak işgal oranı 1998 yılında % 78.2 iken, 2000 yılında % 71.1'e düşmüştür. Yatak devir aralığı 1998 yılında 2.7 gün ve 1999-2000 yıllarında ise 4.0 gündür. Yatak devir hızı 1998 yılında % 29.2 ve 2000 yılında % 27.3 olmuştur. Kaba ölüm hızı 1998 yılında % 4.6 ve 2000 yılında % 4.3'tür.

Yapılan ameliyat sayıları yıllara göre artış gösterirken, ameliyat hızları 1998 yılında % 43.3, 2000 yılında ise % 41.6'ya düşmüştür. Vakaların ortalama % 86'sına genel anestezi ve % 9.9'na ise lokal anestezi uygulanmıştır.

Görülen hastalıklar arasında arter, arteriol ve kapiller hastalıkları birinci, serebro vasküler hastalıklar ikinci sırada yer almıştır. Ölüm vakalarına bakıldığında, en fazla serebro vasküler hastalıklar, perinatal hastalıklar ve kazalar sonucunda görülen kafa travmaları ilk sıralar almaktadır.

Anahtar Kelimeler : Hastane Kayıtları, Yatak İşgal Oranı, Yatak Devir Aralığı,
Yatak Devir Hızı.

SUMMARY

This study was carried out to evaluate the services which given to the in-patients at Hospitals of Erciyes University Medical Faculty between 1998 and 2000. Hospital records about these years were reviewed in the study.

The number of beds increased approximately 23% in 2000 which compared with 1998. In this period, the number of physicians increased 15%; fluxiliary health personnel increased 19%. But, there were no any changes in non-health care personnel.

The average length of stay, between 1998 and 2000, was 9.9 days. Length of stay increased 12% during this period.

While Bed Occupancy Rate was 78.2% in 1998, this rate decreased to 71.1% in 2000. The Bed Return Interval was 2.7 days in 1998, and 4.0 days in 1999-2000. Bed Return Rate was 29.2% in 1998, and 27.3% in 2000. The Mortality Rates were found as 4.6% in 1998, and 4.3 in 2000.

In the study period, the numbers of surgical operations increased. However, the operation rate, which was 43.3% in 1998, decreased to 41.6% in 2000. General anaesthesia was given to 86% of patients, and local anaesthesia was given to 9.9% of patients. While discases of arteries were first cause of in-patients, cerebro vascular disorders were the second cause. The most common causes of death were cerebro vascular and perinatal disorders, and head traumas caused by accidents.

Key Words : Hospital records, Bed occupancy Rate, Bed return interval, Bed return rate.

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi sırasında, büyük özveri ile emeği geçen, başta tez danışmanım Sayın Prof.Dr. Osman GÜNAY'a, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Dr. Yusuf ÖZTÜRK'e, katkılarından dolayı Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof.Dr. Fevziye ÇETİNKAYA, Yard.Doç.Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e ve anabilim dalının diğer öğretim üyeleri ve mensuplarına, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Arşiv elemanlarından Ömer TEZCAN'a , çalışmamda bana destek ve moral kaynağı olan eşim ve minik kızım Begüm'e, teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK	I
KABUL ONAY SAYFASI.....	II
ÖZET.....	III
SUMMARY	IV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	VII
TABLO LİSTESİ.....	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ.....	4
2.1.1. Tanımı	4
2.1.2. Sağlık Sistemi.....	5
2.2. TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPISI VE GEÇMİŞİ	7
2.2.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem.....	7
2.2.2. Cumhuriyet Dönemi.....	10
2.3. HASTANELERİN ÖZELLİKLERİ VE SINIFLANDIRILMASI	14
2.3.1. Hastanelerin Tanımı	14
2.3.2. Hastanelerin Temel Amaçları.....	15
2.3.3. Hastanelerin Özellikleri	16
2.3.4. Hastanelerin Sınıflandırılması.....	19
2.3.4.1. Tedavi Hizmetlerinin Türüne Göre Sınıflandırma	20
2.3.4.2. Ait Oldukları Kurumlara Göre Sınıflandırma	22
2.3.4.3. Büyüklüklerine Göre Sınıflandırma.....	22
2.3.4.4. Hastaların Hastanede Kalış Sürelerine Göre Sınıflandırma... 22	
2.3.5. Hastanelerin Türkiye'deki Sağlık Sistemi İçindeki Durumu	22

2.4. HASTANELERİN İŞLEVLERİ	29
2.4.1. Tıbbi Bakım İşlevi.....	29
2.4.2. Eğitim İşlevi	30
2.4.3. Araştırma ve Geliştirme İşlevi	30
2.4.4. Koruyucu Tıp Hizmeti	31
2.4.5. Otelcilik fonksiyonu.....	31
2.4.6. İdari fonksiyonlar	32
2.4.7. Mali fonksiyonlar	32
2.4.8. Teknik fonksiyonlar	32
2.5. HİZMET VE HASTALIK DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ	32
2.5.1. Hizmet Değerlendirme Yöntemleri	32
2.5.1.1. Ortalama Yatış Gün Sayısı	34
2.5.1.2. Klinikte Yatan Ortalama Hasta Sayısı	34
2.5.1.3. Yatak İşgal Oranı	35
2.5.1.4. Yatak Devir Aralığı.....	35
2.5.1.5. Yatak Devir Hızı	35
2.5.1.6. Yatan Hasta Oranı.....	36
2.5.1.7. Hekim Başına Poliklinik Sayısı	36
2.5.1.8. Ameliyat Hızı.....	36
2.5.1.9. Kaba Ölüm Hızı	36
2.5.1.10. Net Ölüm Hızı.....	37
2.5.2. Hastalık Değerlendirme Yöntemleri	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	40
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	64
6. KAYNAKLAR.....	75
ÖZGEÇMİŞ	79
EKLER.....	80

VII. KISALTMALAR ve SİMGELER

FYS	: Fiili Yatak Sayısı
OYGS	: Ortalama Yatış Gün Sayısı
KYOHS	: Klinikte Yatan Ortalama Hasta Sayısı
YİO	: Yatak İşgal Oranı
YDA	: Yatak Devir Aralığı
YDH	: Yatak Devir Hızı
YHO	: Yatan Hasta Oranı
DBPS	: Doktor Başına Poliklinik Sayısı
AH	: Ameliyat Hızı
KÖH	: Kaba Ölüm Hızı
NÖH	: Net Ölüm Hızı
WHO	: Dünya Sağlık Teşkilatı
GSMH	: Gayrisafi Milli Hasıla
SSYB	: Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı

TABLO LİSTESİ

Tablo I.	Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları (1923-1999).....	23
Tablo II.	Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı.....	24
Tablo III.	Bazı Ülkelerde Sağlık İnsangücü Göstergeleri.....	25
Tablo IV.	Bazı Ülkelerde Hastane Hizmetleri Kullanım Oranları.....	26
Tablo V.	Kayseri İli Merkezinde 1998-2000 Yılları Arasında Fiili Yatak Sayıları (FYS) ve Mevcut Yatak Dağılımı.....	42
Tablo VI.	Erciyes Üniversitesi Hastanelerinde 1998-2000 Yılları Arasında Personel Dağılımı	43
Tablo VII.	Erciyes Üniversitesi’nde 1998-2000 Yılları Arasında Hekim Başına Düşen Yatan Hasta Sayıları.....	44
Tablo VIII.	Erciyes Üniversitesi’nde 1998-2000 Yılları Arasında Hemşire Başına Düşen Yatan Hasta Sayıları.....	44
Tablo IX.	Erciyes Üniversitesi’nde 1998-2000 Yılları Arasında Labratuvar ve Sağlık Teknisyeni Başına Düşen Yatan Hasta Sayıları	45
Tablo X.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarına Göre Poliklinik ve Yatan Hasta Sayıları	45
Tablo XI.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Yatan Hastaların Servislere Göre Dağılımı.....	46
Tablo XII.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Yatan Hastaların Toplam Yattığı Gün Sayılarına Göre Dağılımı	48
Tablo XIII.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Servislere Göre Yatan Hastaların Ortalama Yatış Süreleri Dağılımı	50
Tablo XIV.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Servislere Göre Günlük Ortalama Hasta Sayıları.....	51
Tablo XV.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Servislere Göre Yatak İşgal Oranları	53

IX

Tablo XVI.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Servislere Göre Yatak Devir Aralıkları.....	54
Tablo XVII.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Ölen Hastaların Dağılımı.....	55
Tablo XVIII.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Servislere Göre Kaba Ölüm Hızları	56
Tablo XIX.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde Yıllara Göre Ameliyat Hızları	57
Tablo XX.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Yapılan Ameliyat Sayılarının Servislere Dağılımı.....	58
Tablo XXI.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Yapılan Ameliyatlarda Anestezi Türüne Göre Dağılımı	59
Tablo XXII.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde Gerçekleşen Doğumların Yıllara ve Doğumun Oluş Biçimine Göre Dağılımı.....	59
Tablo XXIII.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yılları Arasında Yatarak Tedavi Olan Erkek Hastalarda Görülen İlk 10 Hastalık.....	60
Tablo XXIV.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yılları Arasında Yatarak Tedavi Olan Kadın Hastalarda Görülen İlk 10 Hastalık.....	61
Tablo XXV.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yılları Arasında Yatarak Tedavi Olan Erkek Hastalarda Ölüm Nedeni Olan İlk 10 Hastalık.....	62
Tablo XXVI.	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yılları Arasında Yatarak Tedavi Olan Kadın Hastalarda Ölüm Nedeni Olan İlk 10 Hastalık.....	63

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık, en temel insan haklarının başında gelmektedir. Bu nedenle tüm dünyada ülke anayasalarında sağlığın, temel bir hak olduğunu ve devletlerin görevleri arasında sağlık hizmetlerini vermek zorunda olduğuna dair hükümler yer almaktadır.

İnsan için sağlığın kaybı söz konusu olduğunda varlığına ihtiyaç duyulan ilk yer bir sağlık kuruluşu ve sağlık personelidir. Sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir. Sağlık hizmeti, insan sağlığına zarar veren çeşitli etkenlerin yok edilmesi, hastalıkların tanısı için hasta muayenesi, sağlıklı olabilmek için sağlam kişilerin de muayenesi ve gerektiğinde tedavisi, bedensel, akılsal yetenekleri azalanların bu yeteneklerine tekrar kavuşabilmeleri için gösterilen tıbbi bakım gibi çabaların tümüdür (1).

Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için verilen hizmetlerin bütünüdür ve halk sağlığı hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri şeklinde verilmektedir. Bu hizmetlerin yerine getirilmesinde hastanelerin önemli bir fonksiyonu bulunmaktadır (2).

Günümüzde hastanelere olan talebin giderek artması, tıp uygulamalarında bir ekip hizmetinin doğmuş olması ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin çok yüksek olması birtakım tedbirlerin alınması gerekliliğini ortaya koymuştur. Bu tedbirlerin alınmaması durumunda hastanelerin veya sağlık kuruluşlarının elinde bulunan kaynaklar verimli ve etkin şekilde değerlendirilememekte, sağlık hizmetlerinin kalitesinde azalma yaşanmakta ve yöneticiler hızlı ve doğru kararlar vb. alamamaktadırlar.

Sağlık hizmetlerinde mevcut durum değerlendirmeleri ya yazılı kaynaklara dayanılarak ya da araştırmalar yoluyla yapılmaktadır. Her iki durumda da elde edilen bilgiler bilimsel bir eleştiri ile değerlendirilmeli, güvenilirlikleri konusunda emin olunmalıdır. Durum değerlendirmesinde kullanılan en önemli veri kaynağı rutin kayıtlardır.

Sağlık sisteminde yapılan hizmetin kaydının tutulması ve doğru olarak tutulması çok önemlidir. Çünkü yapılacak hizmetler ve alınacak kararlar bu tür verilerin yardımıyla planlanmakta ve uygulanmaktadır. Gerçeği yansıtmayan verilerle gerek hastanelerde yöneticilerin ve gerekse makro düzeyde sağlık politikalarını yönlendirenlerin aldıkları kararlar ve uygulamalar neticesinde hem hastalar zarar görebilecek hem de zaman, para, emek vb. değerlerde kayba uğranacaktır. Dolayısıyla bu kayıtların tümü bir araya geldiğinde bir ülkenin elinde bulundurduğu kaynak ve hizmeti daha net olarak görebilmek mümkündür.

Bir ülkenin gelişmişliği ile çok yakından ilgili olan sağlık düzeyini gösteren ölçütler, bir bölgeye verilen sağlık hizmetinin yıllara göre etkinliğinin ölçülmesi, bölgeler arası ve gelişmiş ülkelerle karşılaştırma açısından önemlidir (3).

Sağlık alanında yapılan bir araştırmanın geçerli sonuçlar verebilmesi, bu araştırmada bilinmeyenleri ortaya çıkarılabilmesi ya da bilinenlerin daha etkili hale getirilmesi, bu araştırmayla soruna bir çözüm getirilebilmesi, belirli kavram ve kurallara ulaşılabilmesi oldukça yoğun bilgi kullanımını, çoğu zaman yurt dışından bilgi ve teknoloji transferini gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinde insan gücünün eğitilmesi ve denetlenmesi, sağlık destek servisleri, finans sağlama ve kaynakların değerlendirilmesi üzerine yürütülen politika büyük önem taşır. Bu tür politikalar iyi bir sağlık bakım hizmeti, verimlilik, etkinlik ve genel etkin veri tabanı kaydı sağlamak zorundadır. Yoğun insan gücü, zaman ve para gerektiren bu çalışmaların amacına ulaşması için her aşamasında bilimsel yöntemlerden adım adım ve gereğince yararlanılmalıdır (4).

Bu araştırmada, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanelerinde 1998-2000 yılları arasında yatan hastalara verilen hizmetlere ilişkin kayıtlar esas alınarak; mevcut personel durumu, yatış oranları, yatan hastaların servislere göre dağılımı, ortalama yatış süresi, yatak işgal oranları, yapılan ameliyatlar, doğumlar, kaba ölüm hızları, hastalık türleri ve en çok görülen hastalıklar incelenmiştir.

İnceleme sonucunda 1998-2000 yılları arasında yatan hastaların;

- Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi'nde verilen klinik hizmetleri değerlendirmek,
- Hizmetler yürütölürken karşılaşılan sorunları ve aksayan yönleri tespit etmek ve ilgili birimlere iletmek,
- Hizmetlerin yürütölmesi için hazırlanacak planlara yardımcı olmak ve bunları uygulayacak yöneticilere ışık tutmak,

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1.1. Tanımı

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ve Dünya Sağlık Teşkilatı anayasası, “İrk, din, politika, inanç ve ekonomik güç ayrıcalığı olmaksızın” herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını bir insan hakkı olarak tanımlamaktadır (5).

Sağlıklı olmanın bir hak olarak kabullenilmesi, sağlık planlayıcıları ve halk sağlığı çalışanlarını, sağlık hizmetlerini toplumun her kesimine aynı düzeyde ve etkinlikte götürme sorumluluğu ile yükümlü kılmıştır (6).

Sağlık ve sağlık hizmetlerinin tanımlarına baktığımızda yüzlerce kaynakta ve çeşitli ifadelerle tanımlandıklarını görmekteyiz. Tanımların genel yapısına baktığımızda aynı unsurların farklı cümlelerle ifade edildiklerini görüyoruz. Bu tanımlardan bazılarına bakacak olursak;

- Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, “insanın ruh, beden ve sosyal durumu bakımından tam bir iyilik durumunda bulunması” halidir şeklinde tanımlamıştır (7).

- Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne ‘Sağlık Hizmetleri’ denir (8).

- İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastalıkların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir (9).

2.1.2. Sağlık Sistemi

Sağlık sistemi: Belirli bir toplum için; finansman, yönetim, içerik ve amacı yasalarla düzenlenmiş; fiziksel ve psiko-sosyal çevreyi etkileyebilecek ev, eğitim kurumları, işyerleri, kamuya açık yerler, topluluklar, hastaneler ve klinikler gibi kurumlardaki sağlık düzenlemeleri ile ilgili formal bir yapıdır (10).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığın önem ve değerine değinen, hastalık ve sağlık sistemi kavramlarının tanımını yapmış ve bunlar tüm dünya ülkeleri tarafından benimsenmiştir (11).

Sağlık, doğal kaynaklar, nüfus özellikleri, kültürel sistemleri, kişilik, çevre, davranış, kalıtım ve sağlık bakım hizmetleri ile ilişkili ve etkileşim halinde olan psiko-sosyal bir kavramdır (12).

Dış çevreden biçimsel bir sınırla ayrılan herhangi bir nedenle birbiriyle ilişkide bulunan öge ve birimlerin bütününe sistem denir (13). Sistem Yaklaşımı içinde ele alınan sağlık ve sağlık bakım sisteminin temel amacı, sağlık sistemi ile sürekli ilişki içinde bulunan bireylerin ve toplumun sağlıklı olmasını sağlamak ve sağlık düzeyini yükseltmektir (12).

Sağlık sisteminin kendisi birçok faktörün bir araya gelmesi ile oluşmuş bir entegrasyondur. Bu sistem oluşturulurken temel amaç insanların seviyeli ve kaliteli sağlık hizmetlerinden faydalanmasıdır.

Sağlık kavramını oluşturan dört temel faktör çevre, davranış, kalıtım ve sağlık bakım hizmetleri devamlı birbirleri ile etkileşim halindedir (12).

Çevre

Kişinin dışında oluşan, fiziksel, biyolojik, sosyal ve psikolojik çevre faktörlerinin sağlık üzerinde etkisi büyüktür. Örneğin: Kazalar, işsizlik, su problemi, hava kirliliği, gürültü vb durumlar sağlık problemi yaratmaktadır (14).

Davranış

Kişisel davranış bozuklukları ve alışkanlıkları olan içki, kumar, sigara, uyuşturucu kullanma, sağlığa önem vermeme ve ihmal etme sağlık ve hastalık durumunu etkilemektedir (15).

Kalıtım

Kişideki kalıtımsal faktörler, genetik bozukluklar, konjenital sakatlıklar ve ruhsal gelişim yetersizliklerine sebep olurlar. Doğuştan gelen genetik faktörler hem çevresel, hem de davranışsal faktörlerle etkileşim halindedir (12).

Sağlık Bakım Hizmetleri

Sağlık bakım hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve genel sağlık kurumlarınca verilen toplumsal sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (14).

Sağlık sisteminin gereğini ve amaçlarını şöyle sıralamak mümkündür;

- Erken ölümü önleyip, yaşama süresini uzatmak
- Sağlık için psikolojik ve fonksiyonel normlardan sapmaları mümkün olduğunca azaltmak
- Hastalığı mümkün olduğunca azaltmak
- Yüksek düzeyde iyilik ve bireysel tatmine erişmek
- Direnci arttırarak sağlığın korunması yeteneğini oluşturmak
- Çevre ile ilişkilerde yüksek bir tatmine ulaşmak
- Kaynakları sınırlı olan kesimin sağlıkla ilgili konulara katılımını sağlamak ve arttırmak

2.2. TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPISI VE GEÇMİŞİ

Sağlık kuruluşları, tarih boyunca toplumların politik ve ekonomik koşullarına, toplumsal yapılarına, değer sistemlerine, sağlık koşullarındaki toplumsal değişim ve gereksinmelere göre şekil almışlardır. Bu sürecin sonunda da günümüzün 'çağdaş' sağlık kuruluşları haline gelmişlerdir (16).

Türk sağlık kuruluşları ise sosyal devlet anlayışının bir unsuru olarak doğup gelişmişlerdir. Bilim, eğitim, sağlık, bayındırlık ve sosyal yardım vb. konularında vakıflar kurarak bu alanlarda önemli gelişmeler elde etmişlerdir.

Türk sağlık sisteminin tarihsel gelişimi 'Cumhuriyet öncesi dönem' ve 'Cumhuriyet dönemi' olmak üzere iki ana başlıkta inceleyebiliriz.

2.2.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

Türkler tarih boyunca sağlık hizmetlerine ve sağlık kuruluşlarına büyük önem vermişlerdir. Özellikle Selçuklular ve Osmanlılar bimarhane, şifaiye, bimaristan, darüşşifa adı altında hastaneler kurmuşlar ve bunları desteklemişlerdir. Hastaneler genellikle bir külliye içinde cami, medrese, hamam ve aşevi ile birlikte inşa edilmiştir.

Anadolu'da uygar bir devlet kuran Selçuklu Türkleri çok sayıda yerleşik sağlık kuruluşlarının yanı sıra Melikşah döneminde 40 deve ile çekilen gezici hastaneler kurmuşlardır. Selçuklular eğitim için tıp medreseleri, uygulama içinde bu medreselerin yanında hastaneler kurmuşlardır. Bunlardan ilki 1206 yılında I.Gıyasettin Keyhüsrev Tıp Mektebi ve hemşiresi Gevher Nesibe Sultan Hastanesidir.

Cumhuriyet öncesi kurulan hastanelerin bir çoğu diğer eserlerimiz gibi o ülkelerin ulusal tarihine karışmışlardır. Sözcü Kahire Dolunoğlu Hastanesi (874), Şam Nurettin Şehit Hastanesi (1154), Musul Erbil'deki Gökbörü Hastanesi ve Sosyal Hizmet Kuruluşları (1154-1232), İsfahan Kerman'daki Kutluk Türkan Hastanesi (1271), Kahire Seyfettin Kalavun Hastanesi (1284), Tebriz Reşidüddin Darüşşifası (1310), Halep'te kurulan Ergun Kamili Hastanesi (1354), günümüzde Arap ülkelerinde sağlık hizmeti vermektedir (17).

1308 yılında Selçuklu Devletinin sona ermesinden sonra Osmanlılar, hastane bulunmayan kentlerde sağlık tesisleri kurmuşlardır. Bunlara örnek olarak 1355'de

Bursa’da kurulan Bursa Darüşşifası ve 1421’de Edirne’de kurulan Edirne Cüzzamhanesi verilebilmektedir.

13. yüzyılda bu kurumlarda bir yandan hasta bakım ve tedavisi yapılırken, bir yandan da içinde bulunulan çağın yüksek düzeyde teorik ve pratik tıp eğitimi yapılmaktadır.

Osmanlı İmparatorluğu’nda yönetsel örgütlenme çok değişik olup, Selçuklu Devleti’ninkine benzememektedir. Bu değişiklik sağlık örgütlenmesine de yansımıştır.

15. yüzyılda Fatih Sultan Mehmet tarafından “Hekimbaşı Kurumu” kurulmuştur. Hekimbaşı, bugünkü sağlık bakanı yetkilerine sahiptir. Hekimbaşılar sarayın ve bütün ülkenin sağlık işlerinden sorumludur. Hekimlerin atama, terfi, yer değiştirme, işten el çektirme, hastane müteveli heyeti tarafından önerilen hekim dışı personelin atamalarını kabul yada red etme, gereken yerlere hastane açtırma, hekim ve cerrahlara muayenehane açma izni verme, gerektiğinde hekimlerin sınavını yapma ve ehliyetsiz olanları meslek uygulamasından men etme ve salgın hastalıklarla savaş hekimbaşını görevleri arasındaydı. Ayrıca, harp halinde ordu hekimbaşılığı görevini üstlenme ve ordunun ilaç ve sağlık gereçlerini satın alma ve koruma görevini de üstlenmişlerdi. 1849 yılına kadar 380 yıl süren hekimbaşılık döneminde 46 hekimbaşı görev yapmıştır. Hekimbaşılığın kaldırılmasından sonra sağlık işlerini yürütmek üzere Tıp Okulu Başkanlığı kurulmuştur (18).

17. yüzyılda Sultan II Beyazıt tarafından Edirne’de elli yataklı Selimiye vakfiyesi kurulmuştur. 1826 yılında Anadolu’da İstanbul’u da içine alan kolera epidemisi, büyük kayıplara neden olmuştur. Bu dönemde ‘İstanbul Karantina İdaresi’ kurulmuş, ayrıca ülkeye giriş ve çıkışların kontrolü için aynı tarihlerde ‘Hudut ve Sahiller Sağlık Teşkilatı’ kurulmuştur (11).

1862 yılında hekimlik uygulamaları konusunda bir tüzük yayınlanmıştır. Bu tüzük ile hekimlik yapabilmek için İstanbul’daki veya yabancı ülkelerdeki tıp okullarından diploma almış olma ve diplomaların tescil ettirilmesi zorunluluğu getirilmiştir. Tıp okulunu bitirmemiş hekim ve cerrahlar için de geçici hükümler kabul edilmiştir (18).

19. yüzyılda Osmanlılar tarafından ele alınan yenilik hareketleri ve gelişmelerden dolayı yeni hastaneler açılmıştır. 1827 yılında ise modern tıp eğitiminin de başlaması ile batılı anlamda hekim yetiştirilmeye başlanmıştır. Bu tedavi kurumlarının yanı sıra 20.

Yüzyıl başlarında tülkenin bir çok yerinde il özel idareleri tarafında hastaneler açılmıştır. Yabancı ve azınlıklara ait hastaneler de sağlık hizmeti vermişlerdir.

1870 yılında çıkarılan bir tüzükle Tıp Okulu Bakanlığı'na bağlı Sivil Tıp İşleri Bakanlığı kurulmuştur. 1871 yılında da Sivil Tıp Hizmetleri Genel Yönetim Tüzüğü yürürlüğe konulmuştur. 20 maddeli bu tüzük sağlık hizmetlerini Anadolu'nun ilçelerine kadar ulaştırabilecek bir sistemi geliştirmesi bakımından tarihsel bir değer taşımaktadır. Bu tüzüğe göre her tıp fakültesi mezununun iki yıl süreyle memleket hekimi olma zorunluluğu vardı. Memleket hekimlerinin görevleri arasında bulaşıcı hastalıklarla savaş, aşı uygulama, zengin ve fakir ayrımı yapmadan hasta bakma, bölgelerdeki hastane ve eczaneleri denetleme ve adli tıp hizmeti vardır (18).

1884 yılında çıkarılan diğer bir tüzük ile önleyici hekimlik hizmetleri ile ilgili çalışmalar önem kazanıyordu. Tüzükte ayrıca sağlık denetimi dikkat çekmektedir. Tüzükte; bulaşıcı hastalıklar ile savaş, aşı uygulaması, eczanelerin denetimi, gıda maddelerinin kontrolü, genelev ve cezaevlerine verilecek sağlık hizmetleri konularına açıklık getiriliyordu. Ayrıca ilçede görevli hekimlerin, kendilerine bağlı köylerde 1-3 ay ara ile muayene ve sağlık kontrolü yapmaları gerekmekte idi. Tüzük maddeleri arasında ebe, hastabakıcı, sağlık memuru gibi yardımcı sağlık personelinin görev ve sorumlulukları da vardı (11).

Cumhuriyet dönemi öncesinde bir çok sağlık kuruluşu yapılmış ve hizmet vermiştir. Bunlardan bazıları; İstanbul Fatih sultan Mehmet Hastanesi ve Üniversitesi (1470), Edirne'de kurulan II.Beyazıt Hastanesi (1485), İstanbul'daki Haseki Kadınlar Hastanesi (1550), Zeynep Kamil Hastanesi (1862), İstanbul Kuduz Tedavi Müessesesi (1888), Gülhane Askeri Hastanesi ((1898), Cerrahpaşa Hastanesi (1910),1892 yılında kimsesizleri barındırmak amacıyla Darülaceze Hastanesi'nin temeli atılmıştır. 1895'te hizmete giren Darülaceze'ye sonradan bazı eklemeler yapılarak hastane genişletilmiştir.

Cumhuriyet öncesi dönemde ilk defa kurulan Sağlık İşleri Meclisi (1869), askeri hekimlerin atanması ve sağlık işlerinin yürütülmesi ile görevlendirilmiştir. Osmanlı imparatorluğu zamanında kurulan hastaneler ve tıp okullarının yanı sıra eczane, kütüphane ve sosyal hizmet kuruluşları da açılmıştır. Çok kaliteli hizmet veren bu hastaneler, imparatorluğun duraklama ve gerileme dönemlerinde bir gelişme gösterememişlerdir.

Sağlık hizmetlerini yönetme görevi 1914 yılında kabul edilen kanun ile İçişleri Bakanlığı'na bağlı olarak kurulan Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'ne verilmiştir. İlk Genel Müdür Dr. Besim Ömer Paşa'dır. Dr. Esat Paşa, Dr. Adnan Adıvar ve Abdullah Cevdet bu dönemde genel müdürlük yapan tanınmış hekimlerimizdendir (18).

2.2.2. Cumhuriyet Dönemi

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin modern anlamda bir devlet görevi olarak ele alınması Cumhuriyet döneminde gerçekleşmiştir. Milli Mücadele Dönemi'nde kurulan ilk hükümet, 2 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanunla Türkiye Büyük Millet Meclisi Sağlık Örgütü'nü İçişleri Bakanlığı bünyesinde ayırarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nı kurmuştur. Bakanlık görevini ise ilk olarak Dr. Adnan Adıvar üstlenmiştir (19).

1923 yılına kadar zamanın koşulları içinde sürdürülen bakanlık çalışmaları Cumhuriyet kurulduktan sonra yeni bir statü kazanmıştır. Merkez ve taşra örgütleri geliştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 1925 yılında ilk çalışma raporu hazırlanmıştır. Bu programda sağlık sorunları olarak şunlar belirlenmiştir (20).

- Devlet sağlık sektörünü genişletmek
- Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek
- Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakım evleri açmak
- Sıtma, verem, trahom, frengi gibi önemli hastalıklarla savaşmak
- Sağlıkla ilgili kanunları hazırlamak
- Sağlık ve Sosyal Yardım Örgütü'nü köye kadar götürmek
- Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve Hıfzısıhha Okulu açmak

Merkezde ilk bakanlık kadrosu, Hıfzısıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak Kalemlerinden oluşmaktadır. Cumhuriyet hükümetinin ilk Sağlık Bakanı Refik Saydam'dır. Kurtuluş savaşından sonra kurulan Cumhuriyet Hükümetleri, ülkenin sağlık durumunu iyiye götürmek için yoğun çabalar harcamışlardır. Refik Saydam, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde önemli rol oynamıştır. Bu dönemde, sağlık müdürlüğü-hükümet tabipliği örgütü temel örgüt kabul edilerek, sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılmasına başlanmıştır. Ayrıca toplumda çok yaygın alan sıtma, frengi ve trahom gibi önemli hastalıklarla savaşabilmek için özel örgütler

kurulmuştur. Refik Saydam, uygulamada koruyucu hekimlik hizmetlerine öncelikle önem vermiş, hasta tedavi hizmetlerini hiçbir zaman geniş ölçüde bir hükümet görevi olarak kabul etmemiştir (21).

Cumhuriyet döneminde en önemli gelişmelerden biri de 1928 yılında “Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Enstitüsünün” kurulması olmuştur. Enstitü; bakteriyolojik tahlil ve kontrol, kimya, aşı, serum, immünoloji-kontrasyon, BCG, viroloji ve virüs aşılıları gibi hizmetlerin verildiği çoğu değişik zamanlarda kurulmuş servislerden oluşmaktadır.

20. yüzyıl başlarında koruyucu hekimlik ve tedavi hekimliği birbirinden ayrılarak gelişmiş ve örgütsel gelişimde buna paralel bir gelişim göstermiştir. Cumhuriyet döneminde sağlık örgütü düzenlenirken, tedavi hekimliği; özel idare ve belediyelere koruyucu hekimlik hizmetlerinin yürütülmesini de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na ana görev olarak vermiştir. Fakat yoksul hastaların ücretsiz tedavileri, hükümet hekimleri ve diğer kuruluşlarca yapılması öngörülmüştür.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu” ve buna ek çıkarılan kanunlarla bugünkü merkez ve taşra örgütünü kurmuştur.

1946-1947 yıllarında sağlık yönetiminde büyük değişiklikler olmuştur. Dr. Behçet Uz’un Sağlık Bakanlığı zamanında ülkemizde ileri memleketlerdeki gelişmelere paralel olarak, Refik Saydam’ın koyduğu esaslardan farklı bir yola girmeye teşebbüs edilmiştir. Bu modele göre; hemen her ilçede (yaklaşık 20 000 nüfus ve yaklaşık her 40 köy) kurulan 10-25 yataklı sağlık merkezinde acil vakalar için 10 hasta yatağı, 2 hekim ve koruyucu ve tedavi edici hizmetleri yürütebilmek için 11 yardımcı sağlık personeli bulunacaktır. Bu planda modern sağlık idaresinin temel prensiplerinden olan tedavi ve koruyucu hizmetlerin, aynı örgüte verilmesi ve hizmet ünitelerinin nüfus esasına göre kurulması görüşü kabul edilmiştir (11).

1952 yılında sağlık ve sosyal güvenlik alanındaki önemli gelişmelerden biri, İşçi Sosyal Sigortalar Kurumu’nun tedavi hizmetleri için hastane ve dispensar açarak bu alanda hizmet vermesi olmuştur. 1953 yılında da özel idareler tarafından yönetilen hastaneler devletleştirilmiştir (19).

1961 Anayasası'nın 49. Maddesine göre; herkese sağlıklı bir yaşam sağlamak bir görev olarak devlete verilmiştir. Nitekim , herkese eşit olarak yeterli sağlık hizmeti vermek hizmeti ülke düzeyinde yaymak ve tek elden yürütmek amacı ile 224 sayılı İlkeler kanunu olarak adlandırılan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu" yürürlüğe girmiştir. Bu örgütlenmenin temel ilkeleri ve başlıca özelliklerine bakacak olursak şöyle özetleyebiliriz (9):

- Sağlık hizmeti herkese eşit olarak götürülecektir.
- Herkes belli kurallara uymak koşuluyla sağlık hizmetlerinden para ödemedenden yararlanacaktır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, kimi hizmetler için kişinin doğrudan ödeme yapmasını isteyebilir.
- Muayene ve tedavi ücretini ödemek koşulu ile kişi istediği hekimi seçmekte özgürdür.
- Hekimler özel hekimlik yapmak yada kamu sektöründe görev seçmekte özgürdür. Kamu sektöründe çalışan hekimler ücret karşılığı özel hasta bakamazlar.
- Yabancı uyruklular sağlık hizmetlerinden ücret ödeyerek yararlanırlar.
- İlk basamak sağlık hizmetini herkese eşit sunmak için sağlık ocakları kurulmuştur.
- Özel sağlık hizmeti gerektiren yerler (işyeri, maden ocakları vb. gibi) için ayrı sağlık birimleri kurulmuştur. Sağlık ocaklarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri bir arada yürütülecektir.
- Hasta tedavi hizmetinde sağlık ocaklarıyla hastaneler işbirliği yapacaklardır.
- Sağlık hizmeti bir ekip hizmeti olarak ele alınmıştır.
- Hekim de içinde olmak koşuluyla tüm personelin hizmet içi sürekli eğitimi planlanmıştır.
- Herkesin sağlık durumunu sürekli izleyebilmek için, kişilerin sağlık fişleri tutulacaktır.
- Sağlık personelinin hizmetinin gereksiz yere kullanılmaması ve ilaç tüketiminin gereksiz yere artmaması için önlemler alınacak ve tedavi hizmetine disiplin getirilecektir.

- Halk, hizmetin planlama, uygulama ve değerlendirilmesine katılacaktır.
- Sağlık örgütü il içinde bağımsız bir bütün olacak ve il sağlık müdürü bu örgütün yöneticisi olacaktır.
- Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı olanlar dışında sağlık hizmetleri tek elde toplanacaktır.
- Belediyesi olan yerleşme yerlerinde çevre sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi belediyelerin görevi olacak, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar ve bu hizmetlerin denetiminden sorumlu olacaklardır.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri örgütlenmesinin özellikleri ise şunlardır:

- Sağlık hizmetleri, dar bölgede çok amaçlı ve geniş kapsamlı bir hizmet olarak ele alınmıştır.
- Hizmetlerin temel ünitesi sağlık ocaklarıdır. Kırsal alanda her 5-10 bin nüfusa, kentsel bölgelerde 50 bin nüfusa hizmet vermek üzere sağlık ocakları kurulacaktır. Her sağlık ocağında hekim, halk sağlığı hemşiresi, sağlık memuru yada çevre sağlık teknisyeni, ebe, tıbbi sekreter, şoför ve hizmetli bulunacaktır. Ekip görevlilerinin nitelik ve nicelikleri hizmet verilen bölgenin kırsal yada kentsel oluşuna ve de nüfusa göre değişecektir.
- Sağlık ocaklarına bağlı olarak kırsal alanda 2000, kentlerde 2500-3000 nüfus için bir sağlık evi kurulacaktır. Sağlık evlerinde sadece ebe hizmet sunacaktır.
- Nüfusu ortalama 50-100 bin olan bölgelerde, genellikle her ilçenin idari sınırları içinde kalan 5-10 sağlık ocağının bağlı olduğu bir "Sağlık Grup Başkanlığı" oluşturulacaktır. Bu yönetim birimine, sağlık ocaklarından başka bir laboratuvar ile 50-100 yataklı bir Grup Hastanesi bağlanacaktır. Bu hastanelerde 4 uzman (genel cerrahi, iç hastalıkları, kadın doğum ve çocuk sağlığı), diş hekimi, eczacı ve laboratuvar teknisyenleri görev yapacaktır.
- Yaklaşık 200-400 bin nüfus için bir Bölge Hastanesi kurulur. Bu hastaneler ileri uzmanlık dallar dışında "Tam Teşekküllü" hastanelerdir ve Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü'ne bağlıdır.

- Ülke genelinde değişik illerde kurulan Tıp Fakülteleri Hastaneleri ise Bölge Hastaneleri'nin ileri uzmanlık isteyen konulardaki hizmetlerini desteklemek ile görevlidir.

2.3. HASTANELERİN ÖZELLİKLERİ ve SINIFLANDIRILMASI

2.3.1. Hastanelerin tanımı ve amaçları

Sağlık, belirtildiği üzere her insanın ekmek, hava ve su gibi doğal bir gereksinimidir. Sağlıklı olmak için bir takım tedbirlerin, yaşam biçimlerinin ve hizmetlerin verilmesi gerekmektedir. Her insan ve toplum bu hizmetleri tarih boyunca imkanlar doğrultusunda almıştır. Sağlık hizmetleri tarih boyunca bir takım safhalardan geçmiş ve değişikliklere uğramıştır. Bu değişim hem tıp hizmetlerinin daha doğru ve tutarlı tedavilerle desteklenmesiyle, hem de hizmetin verildiği mekan ve örgütlenme yapılarıyla sağlanmıştır.

Türkiye'de ve dünyada sağlık hizmeti benzer yapılanmalar ve modern tıbbın gerekleri doğrultusunda yönlendirilmektedir. Kaliteli ve düzenli bir hizmetin verilmesi, hizmetlerinde sınıflandırılmalarını ve bu sınıflandırmalar ışığında örgütlenmelerini zorunlu kılmıştır.

Bugün sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı genel ifadesiyle hastane diyebileceğimiz küçüklü büyüklü bir takım tesisler tarafından verilmektedir. Dolayısıyla hizmetin verildiği birimler olan hastaneyi genel olarak tanımlamaya çalışırsak;

Hastane, hasta ve yaralıların, hasta olduklarından şüphelenenlerin ve sağlıklarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayakta veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri yataklı sağlık kuruluşlarıdır (22).

WHO'nun tanımına göre ise hastane, müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon şeklinde gruplandırılacak hizmetleri sunan, hastaların kısa süreli tedavi gördükleri yataklı sağlık kurumlarıdır (23). Buna benzer bir tanım ise Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde "hastaneler, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan ve gerekli sıhhi ve fenni kuruluşları taşıyan kurumlardır" şeklinde verilmiştir (24).

R.E Brown (25) ise hastaneleri, dokuz ayrı özellik bünyesinde barındıran ve bunlardan kaynaklanan farklı amaçlarını gerçekleştirmek için örgütlenmiş kurumlar şeklinde tanımlamıştır. Buna göre hastaneler;

- Tedavi hizmetlerini gerçekleştirdikleri için tıbbi bir kuruluş,
- Yönetiminde ekonomik ilkeleri de göz önünde bulundurmak zorunda oldukları için bir işletme,
- Hekimler ve diğer sağlık personelinin eğitimlerindeki rolleri nedeniyle eğitim kurumları,
- Tıbbi araştırmalardaki katkıları nedeni ile araştırma kurumu,
- Ödeme gücüne sahip olmayanlara da hizmet sunulması dolayısı ile sosyal bir kurum,
- Belli bir coğrafi bölgeye hizmet edilmesi nedeni ile toplumsal bir girişim,
- Devletin hastaneler üzerindeki denetimleri dolayısı ile bir kamu kuruluşu,
- Kısmen ve tamamen toplumun yardımları ile varlıklarını sürdürmelerine göre de bir hayır kurumu

niteliklerini taşıdığı fikrini savunmaktadır.

Birçok toplumda sağlık sistemleri içerisinde başlı başına bir sektör durumunda olan hastaneler, toplumun tüm bireylerine hizmet sunan, milli gelir içinde önemli bir yer tutan, işgücünün önemli bir bölümünün istihdam edildiği, eğitim, sosyal sigortalar ve sağlık sigortası gibi diğer sosyal sektörlerle de yakından ilişkili olan kurumlardır (26).

Tıp bilimindeki ve teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak hastaneler hızla değişmiş, önemleri giderek artmış ve ülkelerin sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü tüketen sosyo-ekonomik kurumlar haline gelmişlerdir (27).

2.3.2. Hastanelerin Temel Amaçları

Hastaneler işlev ve fonksiyonları açısından bir takım amaçlar doğrultusunda oluşturulmuş hizmet kurumlarıdır. Ak'a göre bu kurumların temel amaçlarına genel olarak bakacak olursak (28);

- Amaçlardan en önemlisi hasta beklentilerinin karşılanmak,
- Kaliteli hasta bakımı ve tedavi hizmetlerinin en düşük maliyetle üretilmesini sağlamak ve gereksinim duyanlara sunmak,
- Makro düzeyde istihdam politikasını, ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak için en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma metotlarının kullanılması, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli tedbirlerin alınması,
- Ulusal gelir ve hastalardan sağladıkları geliri en ekonomik şekilde kullanarak daha çok hastaya bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması,

Sağlık Bakanlığı tarafından ise hastanelerin amaçları, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmenliğinde :

“Hastanelerdeki hizmet çeşitleriyle bunların uygulanmasındaki esaslar ve hastane personelinin görev, yetki ve sorumlulukları ile aralarındaki ilişkileri belirtmek yoluyla, modern çağın icaplarına ve ülke gerçeklerine uygun, hızlı, disiplinli üstün kaliteli ve ekonomik bir hastane işletmeciliği sağlamaktır” şeklinde belirtilmiştir.

2.3.2. Hastanelerin Özellikleri

Hastaneler, esas itibarı ile sağlık hizmetleri sunmak, dolayısıyla tıbbi bir kuruluş özelliği taşıyan hastaneler, farklı özellikleri bünyesinde barındıran ve bunlardan kaynaklanan farklı amaçlarını gerçekleştirmek için örgütlenmiş kurumlardır (29).

Hastanelerin en önemli özelliği, hastalara verilen tedavi hizmetinin türünü, kalitesini ve niteliğini belirleme ve değerlendirme durumunda olmamalarıdır. Bu durum, hastaneleri diğer örgütlerden ayırır.

Hastaneler hastalara ve hasta sahiplerine yarar sağlayan hizmet örgütleridir. Çünkü hastanelerin varoluşundan yararlananların başında hastalar gelmektedir. Diğer örgütlerde olduğu gibi hastanelerde de örgütün hayatiyetini sürdürebilmesi; en çok çıkarlarına hizmet ettiği kimselere yararlı olmaya devam etmesine bağlıdır. Dolayısıyla hastalara tedavi hizmeti veremeyen bir hastanenin anlamı olmayacaktır.

Hastanın menfaatlerinin korunması hastanenin görevidir. Bu görevin lâıyığı ile yerine getirilmesi, hastane görevlilerinin hastanın sağlığını ön planda tutmaları ile mümkündür. Hastanın kendisine uygulanan tedaviyi denetleme imkanı olmadığından, tedavi hizmetlerinin gözetimi ve denetimi, hastane örgütünde önem kazanan unsurlar olmaktadır. Özellikle hasta üzerinde yapılan klinik araştırmalar hasta açısından risk unsuru taşıdığından, bu gözetim ve denetim konusu daha da önemli hale gelmektedir.

Hastaneler çok geniş bir dış çevre ve diğer sistemlerle etkileşim halinde olan sağlık hizmetleri üreten kurumlardır. Bu karşılıklı etkileşim ve ilişkilerin en önemlileri aşağıdaki ana başlıklarla sıralanabilir.

• **Hasta-Hastane İlişkileri :** Asıl amacı hastaların ihtiyaçlarına cevap vermek olan hastanenin hizmetlerine olan talep ilgili bölümde de geniş olarak anlatıldığı gibi çeşitli faktörlerin etkisi altındadır. Bunlar içinde en önemlileri (30);

- Hastanın ve yakın çevresinin tutum ve davranışları,
- Sağlık alışkanlıkları,
- Toplumun değer yargıları,
- Hastanın eğitimi ve bilinç düzeyi,
- Sosyal güvenlik sistemi
- Bireylerin harcama güçleridir.

• **Dış Çevre:** Hastane Hizmetlerine olan talep büyük ölçüde hasta davranışları ile ilgili olmakla birlikte, dış çevredeki sistemle de etkileşim halindedir. Hastanenin hizmet verdiği toplumdaki sistemler hem hasta davranışını, hem de direkt olarak hastane sistemini etkilemektedir. Bu bağlamda, eğitim ve istihdam politikaları sağlık insangücü arzını etkilerken, sağlık politikası, sağlıkla ilgili hukuki düzenlemeler, sosyal güvenlik sisteminin sağlık sistemine olan talebi ve hastane hizmetlerini bir çok açıdan etkilemektedir. Bunların yanında bir ülkede GSMH'dan sağlığa ayrılan pay, hastanelerin imkanlarını ve dolayısı ile sağlık hizmetlerinin niteliği ve niceliğini büyük oranda belirlemektedir.

- **Hastane – Sistem İlişkisi** : Genel devlet politikaları, yönetim biçimi, ekonomik ve kültürel gelişmişlik seviyesi, anayasal ve yasal düzenlemeler sağlık sistemini etkilemekte, WHO gibi uluslararası örgütlerin kararları da hastane sistemi üzerinde etkili olmaktadır.

Hastaneye gelen her hasta farklı teşhis ve tedavi özellikleri gösterir. Genellikle tedavi hizmeti üreten hastaneler, bu yüzden hizmetin tümünü nitelik ve nicelik bakımından önceden belirleme ve değerlendirme imkanına sahip değildir. Bu bakımdan herhangi bir anda hastaneye olan talebin tam doğru olarak önceden tahmin edilmesi mümkün değildir. Hastanelerin farklı özellikleri bir çok alanda kendisini hissettirmektedir. Bu özelliklerin başlıcaları üzerinde kısaca durulacaktır.

- Hastane hizmetlerine olan talep büyük ölçüde hekimler tarafından belirlenmektedir ve hastanelerin sunduğu hizmetlerde talep elastikiyeti sifıra yakındır.

- Her an sunulan her türlü hizmete hazır olunması zorunluluğu başka işletmelerde görülmeyen, kapasite üstü istihdamı zorunlu kılmakta, zarar eden bir ünitenin bu gerekçeye dayanılarak kapatılması ise söz konusu olmamaktadır.

- Hastaneler talep değişikliklerine kısa sürede ayak uyduramaz ve buna bağlı olarak kapasite artırma veya azaltılmasına gidemezler. Hastanelerde kullanılmayan kapasite muhasebe açısından yaratılmış bir değer olmamakla birlikte, sağlık işletmelerinin başarısını belirleyen temel göstergelerden birisi kapasite kullanım oranıdır.

- Sağlıkta hizmet üretimi stoklanamaz, üretildiği anda tüketilmek zorundadır. Ancak hizmetin üretebileceği mutlaka tüketileceği anlamına da gelmez. Bir sağlık işletmesinin hizmet sunabilme yeteneği, sahip olduğu araç, gereç ve personelle sınırlıdır. Ancak, diğer işletmelerden farklı olarak, sağlık işletmelerinin üretimde bulunabilmesi devletin tahsis ettiği imkanlar başta olmak üzere kendi işletmesi dışındaki faktörlere de bağlıdır.

- Hizmet işletmelerinin çoğu emek yoğun işletmeler olmakla birlikte, sağlık kurumları sermaye yoğun işletmelerdir. Tıp bilimlerindeki ve tıbbi teknolojiadaki gelişmeler ve sağlık talebini karşılayabilmek için belli düzeyde tutulmak zorunda olunan kapasite büyük yatırımlar gerektirmektedir.

- Tıp bilimindeki aşırı işbölümü ve uzmanlaşmanın giderek gelişmesi hastanelere de yansımış ve böylece hem nitelikli personel sayısı artmış, hem de hizmet birimlerinin çeşitlenerek artmasına neden olmuş, bu da işgücü giderlerinin dolayısı ile de hizmet maliyetlerinin artmasına yol açmıştır.

- Her hastanın kişisel özelliklerinin olması sebebiyle farklı teşhis ve tedavi özellikleri göstermesi ve böylece sunulan hizmetten istifade etmelerinin de farklı olması hizmetin tanımlanmasını zorlaştırmakta, bu yüzden sağlık işletmeleri için standart çıktı birimi bulmak zor olmaktadır.

2.3.4. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler topluma çeşitli şekillerde hizmet vermektedirler. Bu hizmetleri daha etkin ve verimli şekilde verebilmeleri için çeşitli sınıflandırmalara tutulmaları ve hizmetlerini bu zemine göre götürmeleri daha uygun olmaktadır. Her hastane ve sağlık kuruluşu görev, yetki ve sorumluluklarını yeri geldiğinde ve diğerleriyle ilişkili olarak yerine getirip topluma sağlık hizmeti sunmaktadırlar.

Genellikle ülkeler sağlık sistemlerinde bir hastalık veya sakatlığın tedavisi için sağlık kurumlarından üç kademeli olarak yararlanırlar. Öncelikle hasta ayakta ve poliklinikte tedaviye veya muayeneye alınır. Tedavinin bu aşamada gerçekleşmesinin mümkün olmayacağı durumlarda küçük hastanelerde ve kısa süreli yatılı tedavi imkanlarından istifade edilir. Eğer hastanın durumu gerektiriyorsa büyük (tam teşekküllü veya ihtisas) hastanelerde uzun süreli tedavi uygulanır. Bir sağlık sisteminde etkinlik sağlanabilmesi için hasta ve sakatlar için hangi aşamadaki tedavi şeklinin yeterli olduğu tespit edilmeli ve maliyetleri daha az olan poliklinik ve kısa süreli hastane hizmetleri ile gerçekleştirilebilmesi mümkün tedaviler için büyük hastanelerde yığılmalar önlenmelidir (29).

ABD’de hastaneler temelde dört ayrı grupta sınıflandırılırlar. Bunlar kar amacı güden özel hastaneler, kar amacı gütmeyen özel hastaneler, üniversite ve askeri hastaneler ve asker emeklilerine bakan askeri hastanelerdir. ABD’de sınırlı sayıda emekli hastaneleri ve kent hastaneleri dışında devlet hastanesi pek nadirdir. ABD’de kar amacı gütmeyen vakıf ve derneklere ait hastanelerde geliri belirli bir seviyenin altında olan kişiler ücretsiz olarak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedirler. Toplam hastaneler içinde yatak sayısının % 32’i merkezi ve eyalet hükümetlerine ait kamu

hastanelerine, % 63'ü ise kar amacı gütmeyen kuruluşların yönettiği hastanelere aittir (31). Almanya'da ise, belediyeler, merkezi hükümet ve eyaletlerce işletilen hastaneler ülkedeki toplam hastane yatağı sayısının % 61'lik kısmını, özel hastaneler ise % 4'ünü oluşturmaktadır. Kiliselerin veya vakıf ve derneklerin hastaneleri ise, toplam yatak sayısının % 35'ini teşkil etmektedir (32).

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim ve kontrollerine, finansal kaynaklarının türüne, büyüklüklerine, hastaların hastanede kalış sürelerine ve kadrolu personelin kompozisyonuna göre sınıflandırılmaktadır. Buna göre hastaneleri aşağıdaki gibi sınıflandırmak uygun olacaktır.

- Tedavi Hizmetlerinin Türüne Göre Sınıflandırma,
- Ait Oldukları Kurumlara Göre Sınıflandırma,
- Büyüklüklerine Göre Sınıflandırma,
- Hastaların Hastanede Kalış Sürelerine Göre Sınıflandırma,

2.3.4.1. Tedavi Hizmetlerinin Türüne Göre Sınıflandırma

Hastaneler yaptıkları hizmetlere göre 3 sınıfa ayrılmaktadırlar.

1. Genel Hastaneler :

Genel hastaneler; yaş, cinsiyet farkı ve bir hastalık veya bir uzmanlık grubu gözetmeksizin her türlü hastanın yatırılarak veya ayaktan müşahede, muayene, teşhis, tedavi, ve rehabilite edildikleri, genellikle sıhhi ve tıbbi imkanlarına sahip kurumlardır. Ülkemizde bu tür genel hastaneleri Devlet Hastaneleri olarak örnek gösterebiliriz.

2. Özel Dal Hastaneleri :

Özel dal hastaneleri; belirli bir yaş ve cins grubu hastaları ile belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ yada organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi, ve rehabilite edildikleri hastanelerdir. Bu hastanelere örnek verecek olursak: Doğum ve çocuk bakım evleri, kaplıca ve fizik tedavi müesseseleri, rehabilitasyon ve göğüs cerrahisi merkezleri, ruh sağlığı ve hastalıkları, trahom, kemik hastalıkları, onkoloji, cüzzam, kuduz, tropikal hastalıklar, tüberkuloz dışı göğüs hastalıkları, astım ve diş hastalıklarının tedavi edildiği hastanelerdir.

3. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri :

Eğitim ve Araştırma Hastaneleri; yatarak veya ayakta her türlü hasta, muayene, teşhis ve tedavi yapan, mütehassıs hekim ve uzman yetiştiren, tam teşekküllü, gerekli sıhhi ve teknik şartlara sahip bulunan yataklı tedavi kurumlarıdır. Bu hastaneler genellikle belirli amaçla kurulmuş olan araştırma hastaneleri (Ankara Numune Hastanesi vb) ve üniversite hastaneleridir.

2.3.4.2.Ait Oldukları Kurumlara Göre Sınıflandırma

Hastaneler ait oldukları kurumlara göre, devlete doğrudan ve dolaylı bağlı hastaneler ve özel hastaneler olarak sınıflandırılabilirler. Bu yapılan sınıflandırma sadece örgüt yapısı altında her alt birim öncelikle kendi kontrolü ve kurallarına göre işletilmektedir. Makro düzeyde ve prensipler düzeyinde ise her zaman tek düzenleyici ve kontrol mekanizması devlettir.

1. Devlete Doğrudan Bağlı Hastaneler :

Bu hastaneler devletin direkt kontrolünde olan ve her türlü düzenlemeleri ve ihtiyaçları devletin sağlık politikası ve örgütlenmesi içinde olan hastanelerdir. Bunlar Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı hastaneler şeklinde sıralanmaktadır.

2. Devlete Dolaylı Bağlı Hastaneler :

Bu hastaneler öncelikle bağlı oldukları kuruma ve daha sonra devlete bağlı olan hastanelerdir. Bunlar Sosyal Sigortalar Kurumu, Devlet Demir Yolları, Makine Kimya Endüstrisi Kurumu, PTT, Kızılay, Belediye, Üniversite, Deniz Yolları ve Esnaf hastaneleri olarak ayırma tabidirler.

3. Özel Hastaneler :

Özel hastaneler; hizmetlerini ve amaçlarını kendi öz sermayeleri ve güçleri ile sürdüren hastanelerdir. Bu hastaneler, şahıslara, azınlıklara ve yabancılara ait hastaneler olarak sıralanabilirler.

2.3.4.3.Büyükliklerine Göre Sınıflandırma

Hastanelerin büyüklüklerine (yatak kapasitelerine) göre sınıflandırılması örgütsel açıdan önemlidir. Hastane büyüdükçe yeni hizmet birimlerine hizmet duyulacağından hastane organizasyonlarında değişiklikler olmaktadır. Böylece hastane içindeki yönetim kademelerinin ve pozisyonlarının sayısında artışlar olabilmektedir. Büyüklüklerine göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır.

2.3.4.4.Hastaların Hastanede Kalış Sürelerine Göre Sınıflandırma

Bu sınıflandırmaya göre hastaneler “kısa süreli hastaneler” ve “uzun süreli hastaneler” olarak ikiye ayrılmaktadır. Kısa süreli hastaneler, hastalarının yarısından fazlasını otuz günden az hastanede kaldığı hastanelerdir. Türkiye’deki devlet hastaneleri bu gruba örnek olarak gösterilebilir. Uzun süreli hastaneler ise, hastalarının yarıdan fazlasının bir aydan daha fazla hastanede kaldığı hastanelerdir. Sözgelişi tüberkiloz ve psikiyatri hastaneleri bu gruba girmektedir.

2.3.5.Hastanelerin Türkiye’deki Sağlık Sistemi İçindeki Durumu

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ülkenin sağlık politikasının geliştirilip uygulanmasından resmi düzeyde sorumlu kuruluştur. Ancak, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve halka ulaştırılması ayrı ve özerk kuruluşlar eliyle yürütüldüğünden, Sağlık Bakanlığı’nın yönlendirici yönü sınırlı kalmaktadır (33). Resmi ve yarı resmi ve özel kuruluşlar yalnızca tedavi edici hizmetler verirlerken, Sağlık Bakanlığı hem tedavi edici ve hem de koruyucu sağlık hizmetleri vermektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı, kamu gelirleri, zorunlu sigorta primleri, kişilerin satın aldıkları hizmete karşı direkt yapmış oldukları direk ödemelerden sağlanır. Sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusun bir kısmı SSK, Bağ-kur ve özel sigorta gibi çalışan ve işveren tarafından ödenen prim karşılığında verilen hizmetlerden yararlanır. Bunlar dışında kalan emekliler ve çalışan devlet memurlarının sağlık giderleri devlet tarafından karşılanır. Sağlık güvencesi olmayanların önemli bir bölümü dolaysız ödeme yapmakta, ödeme gücü olmayanların gideri ise çeşitli fon gelirlerinden yine devletçe üstlenilmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı’nın koordinasyonunda yürütülmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı yataklı tedavi kurumlarınca verilmektedir. Yataklı tedavi kurumlarının gelişimini bir tablo şeklinde göreceğ olursak;

Tablo I. Türkiye’de (1923-1999) Yataklı Tedavi Kurumları (36)

Yıl	Kurum Sayısı	Hasta Yatağı Sayısı	10 000 Nüfusa	
			Bir Yatağa Düşen Nüfus	Düşen Yatak Sayısı
1923	86	6,437	1,920	5.1
1925	167	9,561	1,360	7.3
1930	182	11,398	1,260	7.8
1935	176	14,383	1,240	7.0
1940	198	16,133	1,240	8.0
1945	197	18,837	1,160	8.5
1950	301	34,526	1,100	9.0
1955	426	45,807	690	17.0
1960	566	55,451	600	16.6
1965	626	71,876	560	14.8
1970	746	81,264	490	20.3
1975	798	99,117	493	20.3
1980	827	103,918	451	22.2
1985	722	107,152	495	20.2
1990	899	136,638	416	24.0
1999	1,213	169,365	388	25.7

Tablodan da izlenebildiği gibi yataklı tedavi kurumlarının hizmet sunumlarındaki değerler yıldan yıla ilerlemiştir. 1999 yılında 1.213 kurumda toplam 169.365 yatak ile hizmet vermiş ve bir yatağa düşen kişi sayısı 388’dir.

1999 yılındaki 1213 yataklı tedavi kurumunun kuruluşlara göre dağılımı Tablo II’de gösterilmiştir.

Yataklı tedavi kurumlarının dağılımına baktığımızda ise;

Tablo II. Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı (33)

Kuruluşun Adı	Hastane	Kadro Yatağı	
	Sayısı	Sayısı	% Dağılımı
Sağlık Bakanlığı	734	84,022	49.6
Milli Savunma Bakanlığı	42	15,900	9.4
SSK	115	27,062	16.0
Üniversiteler	42	24,094	14.2
Diğer Bakanlıklar	2	680	0.4
Belediyeler	8	1,313	0.8
İkt.Dev.Teşekkülleri	10	2,217	1.3
Dernekler	19	1,448	0.9
Yabancılar	4	320	0.2
Azınlıklar	5	934	0.6
Özel	232	11,375	6.7
TOPLAM	1,213	169,365	100.0

Tablo II'den de görülebileceği gibi yataklı tedavi kurumlarındaki kadro yatağının %49.6'sı Sağlık Bakanlığı, % 16'sı Sosyal Sigortalar, % 14.2'si Üniversiteler ve % 9.4'ü Milli Savunma Bakanlığı şeklinde ilk dört sırayı paylaşmaktadırlar. Üniversite hastaneleri ülke çapında üçüncü en büyük yüzdeye sahiptir.

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin ise üniversite hastanelerinin toplam yatak sayısının % 4.49'unu karşıladığı görülmektedir.

Her alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de etkili hizmet sunmanın en önemli şartı gerekli özelliklere sahip yeterli insan gücünün bulunmasıdır. Ülkemizde sağlık hizmetlerini yürütmeye sürekli bir personel sıkıntısı yaşanmaktadır. Bu devletin ekonomik gücü ile doğru orantılı olarak oluşmaktadır. Gelişmiş ülkeler bütçelerinden sağlık için daha fazla pay ayırabilirlerken ülkemiz daha az paylar ayırmaktadır. 2000 yılı bütçesinde sağlığa ayrılan pay % 0.85'tir. Ayrılan payın az olması sebebiyle yeterince altyapı ve insangücü yatırımı yapmada sıkıntılar çekilmektedir. Ülkemizin ve bazı ülkelerin sağlık alanında çalışan insangücüne ve göstergelerine bakacak olursak;

Tablo III: Bazı Ülkelerde Sağlık İnsangücü Göstergeleri (47)

Ülkeler	İnsangücü Başına Düşen Nüfus				Yatak Başına Nüfus	Yatak/ Hekim Oranı	Hemşire/ Hekim Oranı	Yatak/ Hemşire Oranı
	Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Hemşire				
A.B.D	411	1,685	1,486	149	211	1.95	2.76	0.71
Almanya	396	1,857	2,225	238	121	3.27	1.76	1.96
Avusturya	459	2,400	3,900	146	103	4.46	3.15	1.42
Belçika	248	1,370	801	137	102	2.78	2.07	1.34
Danimarka	357	1,948	3,467	149	179	1.99	2.41	0.83
Finlandiya	405	1,096	722	96	81	5.02	4.21	1.19
Fransa	366	1,432	1,075	184	104	3.53	1.99	1.77
Hollanda	392	1,888	6,426	115	88	4.47	3.40	1.31
İngiltere	702	2,679	3,491	226	160	4.39	3.11	1.41
İrlanda	636	2,800	3,182	140	167	3.82	4.55	0.84
İspanya	247	3,467	1,036	242	232	1.06	1.02	1.04
İsveç	341	1,006	1,623	102	82	4.17	3.33	1.25
İsviçre	530	2,061	4,533	124	322	1.02	2.67	0.38
İtalya	736	6,800	1,284	225	141	5.22	3.27	1.60
Japonya	596	1,674	1,291	161	64	9.38	3.70	2.53
Kanada	451	1,870	1,415	120	158	2.86	3.75	0.76
Norveç	303	843	2,205	70	72	4.23	4.30	0.98
Portekiz	341	5,657	990	336	215	1.59	1.02	1.56
Türkiye	954	4,630	3,492	994	406	2.34	0.95	2.44
Yunanistan	291	990	1,338	278	202	1.44	1.05	1.38
Ortalama	451	1,955	1,549	179	132	3.41	2.53	1.35

Tablodan da görüldüğü üzere Türkiye tabloda yer alan değerlerde oldukça alt sıralarda kalmakta, ülkemizde sağlık harcamalarına ve yatırımlarına biraz daha kaynak aktarıldığında sıralamada yukarılarda yer almak mümkün olacaktır.

Hastanelerde verilen hizmetlerin değerlendirilmesi hastanelerin hizmetlerini gözden geçirmesi ve planlamalar yapmasın için önemlidir. Hastanelerde tutulan kayıtlardan verilen hizmetler belirli kriterlere göre çıkarılmaktadır. Yöneticiler bu değerlere göre hizmet çeşitlemesi, kapasite artırımı veya düzenlemesi yapmaktadırlar.

Aşağıdaki tabloda hastanelerde verilen bazı temel hizmetlerin diğer ülkelerdeki durumlarını gösteren bir tablo yer almaktadır.

Tablo IV: Bazı Ülkelerde Hastane Hizmetleri Kullanım Oranları (47)

Ülkeler	Nüfus (Milyon)	Yataklı Tedavi Oranı	Ortalama Yatış Süresi	Yatak İşgal Oranı (%)	Hekime Başvuru Katsayısı
A.B.D	250.0	13.7	9.3	69.5	5.5
Almanya	61.0	20.9	16.6	86.5	11.5
Avusturalya	17.1	23.0		82.4	8.8
Avusturya	7.7	25.2	12.9	81.7	5.8
Belçika	10.0	18.0	16.3	86.7	7.6
Danimarka	5.1	21.2	8.6	82.2	5.6
Finlandiya	5.0	23.3	18.1	3.6	3.3
Fransa	56.4	109.0	13.5	80.4	7.2
Hollanda	14.9	15.9	34.7	88.5	5.5
İngiltere	57.4	15.2	15.0	80.0	5.7
İrlanda	3.5	9.8	8.1		6.6
İspanya	39.0	19.5	13.0	77.0	6.2
İsveç	8.6	19.5	20.0	84.2	2.8
İsviçre	6.7	13.9	25.0	82.4	6.0
İtalya	57.7	15.3	10.9	70.3	11.0
İzlanda	0.3	27.5	16.0	85.8	4.2
Japonya	123.5	8.3	52.1	83.6	13.0
Kanada	26.5	14.0	13.2	85.0	6.9
Lüksemburg	0.4	19.9	20.0		
Norveç	4.2	16.7	10.1	85.0	
Portekiz	10.4	10.8	12.2	69.4	2.8
Türkiye	56.1	5.6	6.9	58.0	2.4
Yeni Zelanda	3.4	13.7	13.0		
Yunanistan	10.1	12.6	11.0	72.0	

Sağlık Bakanlığı :

Ülkemizin sağlık politikalarının geliştirilip uygulanmasından sorumlu resmi kuruluştur. Milli Savunma Bakanlığı dışındaki tüm yataklı tedavi kurumlarını açılışı, denetimi, kapatılması, gerekenlerin ücret tespit ve tasdiklerinin yapılması, Sağlık Bakanlığı'na yerine getirilir (1983 yılında çıkarılan 14.12.1983 gün ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname Madde 10). Sağlık Bakanlığı, örgütlenme yönünden sağlık hizmetlerini sunumunda 224 sayılı sağlık hizmetlerini sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun örgütlenme modelini teşkil etmektedir.

Sağlık Bakanlığı hem tedavi edici sağlık hizmetleri ve hem de koruyucu sağlık hizmetlerini yürüten bir kuruluştur. Birinci basamakta daha çok koruyucu sağlık hizmetlerine, ikinci basamakta ise tedavi ve rehabilite edici hizmetlere ağırlık vermiştir.

Sağlık Bakanlığı tüm sağlık kuruluşları, üniversite ve diğer hastaneleri ile 1999 yılı Sağlık İstatistikleri verilerine göre, 64 milyon kişiye 77,344 hekim, 13,421 diş hekimi, 21,441 eczacı, 41,461 sağlık memuru, 69,246 hemşire ve 41,059 ebe kadrosu ile toplam 169,365 yatak kapasitesi ve % 59.4 yatak işgal oranı ile hizmet vermeye çalışmaktadır (34).

Sosyal Sigortalar Kurumu :

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'na göre, sigortalılara, sürekli iş görmezlik geliri, malûllük veya yaşlılık aylığı alanlar ile bunların eş, çocuk, ana-babalarına, dul ve yetimlerine sağlık yardımı yapılmaktadır (35).

Türkiye nüfusunun üçte birine sağlık hizmeti vermekte olan SSK, tedavi yardımlarını esas olarak sağlık tesisi işletmeciliği yoluyla sağlamaktadır. Ancak kendine ait sağlık tesisi bulunmayan yerlerde veya tedavinin kurumca yapılmadığı durumlarda bu görevi anlaşma yaptığı hekim ve müesseselerden hizmet satın alarak veya resmi sağlık tesislerine sevk yapmak suretiyle yürütmektedir (36).

1999 yılında SSK toplam 115 hastanede 27,062 yatak sayısı ile toplam hasta yatağının % 16.0'ünü elinde bulundurmaktadır. Yine hekimlerin % 9.8'i (7,540), diş hekimlerinin % 4.7'si (621), eczacıların % 4.6'sı (995), sağlık memurlarının % 7.1'i

(2,934), hemşirelerin % 12.9'u (8,964), ebelerin % 4.1'i sı (1,684) SSK bünyesinde çalışmaktadır (34).

2000 yılında ülke çapında toplam SSK'ya bağlı 27,100 yatak, 32,604,168 poliklinik muayene ve % 69.1'lik yatak işgal oranı ile hizmet vermiştir (37).

Üniversiteler :

Tıp Fakülteleri Yüksek Öğrenim Kurumu'na bağlı katma bütçeli özerk kuruluşlardır. Sağlık hizmetinin yürütülmesinde üçüncü önemli sağlık kuruluşu üniversite eğitim hastaneleridir. Eğitim amaçlı bu hastaneler , gerek fırsatlar gerekse de eğitim açısından büyük farklılıklar göstermektedir. Üniversite eğitim hastanelerinin başlıca üç sorumluluğu bulunmaktadır:

- Eğitim
- Araştırma
- Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi

Tıp fakülteleri genel olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmakla beraber, poliklinikleri vasıtasıyla yoğun olarak birinci basamak sağlık hizmeti de vermektedirler. Tıp fakültesi hastaneleri ücretini ödeyen herkese açıktır.

Üniversiteler toplam 42 hastanede 24,094 yatak sayısı ile toplam hasta yatağının % 14.2'sini elinde bulundurmaktadır. Yine hekimlerin % 17.9'u (13,835), diş hekimlerinin % 7.0'si (944), eczacıların % 2.8'i (605), sağlık memurlarının % 7.4'i (3,085), hemşirelerin % 15.5'i (10,766), ebelerin % 0.3'ü (125) personelle hizmet vermektedir (34).

Üniversite hastanelerinin 2000 yılı poliklinik sayısı 7,700,936 kişi, klinik sayısı 652,428 kişi ve yatak işgal oranı ise % 72.9' dur (37).

Resmi ve Yarı Resmi Diğer Sağlık Kuruluşları :

Milli Savunma Bakanlığı, 42 hastanedeki 15,900 kadro yatağı ile ordu mensuplarına ve yakınlarına gerek koruyucu, gerekse de tedavi edici sağlık hizmetleri sunmaktadır. Bunun dışında diğer bakanlıklar (İçişleri, Milli Eğitim gibi) bazı

belediyeler, KİT'ler de toplam 18 hastane de 4,115 kadro yatağı ile mensuplarına sağlık hizmeti vermektedir.

Bu kuruluşların tümünde 5,420 hekim, 831 diş hekimi, 606 eczacı, 2,748 sağlık memuru, 5,583 hemşire ve 1,147 ebe görev yapmaktadır (34).

MSB dışındaki hastaneler toplam 1,400,751 poliklinik yapmışlardır. Belediye hastanelerinde yatak işgal oranı % 53.1, diğerlerinde % 38 olarak gerçekleşmiştir.

Özel Sektör :

Türkiye'de özel sektörün sağlık hizmetlerinde ağırlığı 1980 yılı sonrasında daha fazla kendini hissettirmektedir (38). Uzman hekimlerin % 25 inin istihdam edildiği özel sektörde koruyucu sağlık hizmetlerinden daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerine ağırlık verilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri için de ayakta teşhis ve tedaviye yönelinmiştir (39). 1998 yılı itibarı ile, 11,220 hekim, 8,813 diş hekimi, 18,248 eczacı, 2,409 sağlık memuru, 3,355 hemşire, 1,083 ebe özel sektörde görev yapmaktadır (34).

Özel sektörde bulunan 232 hastane toplam 11,375 yatak sayısı ile ülkedeki tüm yatakların % 6.7'üne sahiptir. 1980 yılından sonra özellikle büyük kentlerin çevrelerinde yoğunlaşmaya başlayan özel poliklinikler, giderek büyük kentlerin diğer bölgelerine ve orta büyüklükteki kentlere yayılmaya başlamıştır. Ancak özel polikliniklerin sayısı konusunda net bir rakam vermek oldukça güçtür (38).

2.4. HASTANELERİN İŞLEVLERİ

2.4.1. Tıbbi Bakım İşlevi

Sağlık hizmeti sunulmasında temel amaçlardan biri, kişileri hastalıktan korumaktır. Günümüzde hastaneler her türlü alt sistemleri, organize edilmiş elemanları ve kaynakları bulunan hizmet işletmesi olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici tıbbi fonksiyonlarını en önemli derecede yerine getiren sağlık merkezleridir (40).

Bu sağlık merkezlerinde, hekimler tarafından hastalığın teşhis ve tedavisi için gerekli tıbbi rejim belirlenmektedir. Fakat sadece tıbbi rejimin belirlenmesi tek başına yeterli olmamaktadır. Hastanın korunup, gözlenmeye, kısacası çeşitli şekillerde ilgi ve bakıma gereksinimi bulunmaktadır. Bu nedenle hastaların tedavisi ekip çalışmasını

zorunlu hale getirmiştir. Hekimin yanı sıra hemşire ve yardımcı sağlık personeli de tıbbi bakım işlevinde önemli rol oynamaktadır (41).

Hastanelerde beklenen en önemli hizmet, hastalara gerektiği gibi hasta bakımı hizmetlerinin verilmesidir. Hasta bakım hizmetleri hastane genel hizmetlerinin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır.

2.4.2. Eğitim İşlevi

Hastanelerin diğer bir fonksiyonu da eğitimidir. Bu konularda verilen veya beklenen eğitim hizmetleri, hastaların ve yakınlarının eğitimi, tıp öğrencilerinin eğitimi, hastane personelinin hizmet içi eğitimi ile sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilir.

Tedavi hizmetlerinde amaca ulaşabilmek için sadece tedavi yeterli olmamaktadır. Bu konuda hastaların ve hasta yakınlarının sağlık eğitimi önemlidir. Çünkü hastaneye yatan hastaların büyük bir bölümü kronik hastalıklardan şikayet etmektedir ve hastalığın akut safhasında tedavi edilmektedir. Personelin hizmet içi eğitimi hastanelerde verilen bir başka eğitim türüdür.

Hastanede verilen diğer bir eğitimde tıp, hemşirelik, yardımcı sağlık personeli eğitimidir. Hastane sistemleri iyi yetişmiş personel kullanmak zorundadırlar. Bir hekimin teorik bilgi yanında pratik eğitime de ihtiyacı vardır. Pratik eğitimi ve başarısı olmayan hekimin hekimlik görevini yapması mümkün değildir. Bu açıdan teorik çalışmalarını yeni tamamlamış hekimler hastanelerde belirli bir süre çalışarak hastaneye başvuran hastaların hastalıklarını teşhis ve tedavi yetkisine sahip olmak zorundadır. Bunu gerçekleştirebilmek için hastaneler hekimlere eğitim imkanları hazırlarlar.

2.4.3. Araştırma ve Geliştirme İşlevi

Araştırma ve geliştirme işlevinin amacı sağlık kuruluşlarında verilen hizmetin kalitesinin yükseltilmesidir. Hastanelerde bu fonksiyon sağlıkla ilgili klinik içi ve klinik dışı her türlü saha araştırmalarını ve geliştirme faaliyetlerini kapsar. Tıp biliminin araştırma özelliği diğer tüm bilimlerinden daha belirgindir.

Hastanelerde araştırma ve geliştirme faaliyetleri tıbbi ve idari olmak üzere ikiye ayrılabilir. Tıbbi araştırma geliştirme çalışmaları klinik ve geçmişe dönük

araştırmalardan oluşmaktadır. İdari araştırmalar ise sağlık hizmetlerinde verimliliği arttırmak amacı ile işletmecilik sorunlarını belirlenip, çözümine yönelik olarak yapılan araştırmalardır.

Bazı hastanelerde araştırma ve geliştirme bölümleri hastane içinde ayrı bir bölüm olarak bulunur. Klinik sınıflandırılmasında kamu hastanelerinin bir çoğunda özerk bir araştırma ve geliştirme bölümünün olduğu görülür. Bölüm olmayan hastanelerde bu fonksiyon ilgili servisler yüklenmiş sayılır. Bu bölümlerde çalışanlar yayın ve araştırmaları ile bu yükümlölüklerini ortaya koyar.

2.4.4. Koruyucu Tıp Hizmeti

Günümüzde koruyucu tıp hizmetleri hızla gelişmektedir. Sağlık hizmetinin amacı hastalığın önlenmesini sağlamaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edilsin veya edilmesin, hastalık çeşitlerinin gelişmesini imkanlar ölçüsünde önlemek ve varolan imkanları genişletmek amacını güder. Örneğin; Çevre kirlenmesinin yol açtığı hastalıkların tedavisinden çok, çevre kirlenmesinin önlenmesi koruyucu hekimliğin ve sağlık hizmetlerinin amaçlarından birisidir.

Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki grupta ele almak mümkündür.

Kişiye yönelik sağlık hizmetleri, bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, dengeli beslenme, aile planlaması, sağlık eğitimi gibi kişiye yönelik hizmetlerdir.

Çevreye yönelik koruyucu tıp hizmetlerinin amacı ise çevredeki olumsuz biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörleri yok ederek insanların sağlıklarını koruyabilmektir (42).

2.4.5. Otelcilik Fonksiyonu

Hastane işletmelerini otelcilik fonksiyonu çok önemlidir. Tıbbi fonksiyonları çıkardığımızda hastane işletmelerinin çalışması tamamı ile bir otel hizmeti durumundadır. Hastanelerde bu hizmetler ev idaresi hizmetleri olarak da anılmaktadır. Otelcilik hizmeti, hastaların barınma, rahat ettirilme ve ağırlanması işlerini kapsar.

2.4.6. İdari fonksiyonlar

Hastanelerdeki tüm yönetim ve organizasyon faaliyetlerini kapsar. Hastanelerde görev yapan tüm personelin göreve başlatılması, görevlerine devamlarının sağlanması, planlama, örgütleme, kadrolaşma, icra, uyumlaştırma, motivasyon, haberleşme ve denetim hizmetlerinin yürütülmesi, maaş, terfi, disiplin, emeklilik, kayıt ve dokümantasyon işleri gibi unsurları kapsar (28).

2.4.7. Mali fonksiyonlar

Hastanelerdeki hastaların ve çalışanların ihtiyaçları ile, her türlü sağlık hizmeti üretim unsurları olan malzeme, araç, gereç, hizmet, yiyecek, içecek, giyim, yakacak vb. satın alınması, personel maaş, tazminat, yolluk vb. ödemelerinin yapılması, bütçenin tazmini, sarf gibi hastane ile ilgili bütün gelir ve gider işlemlerinin yönetimini kapsamına alır.

2.4.8. Teknik fonksiyonlar

Hastaneler büyüklüklerine ve verdikleri hizmetin niteliğine göre bir çok hizmeti veren ve yukarıda sıralandığı gibi bir çok unsuru bünyesinde bulunduran kuruluşlardır. Hizmet sunabilmesi için bir çok hizmet alması ve bunları kendi bünyesinde ve organizasyonunda tekrar hizmete çevirmesi gerekmektedir.

Hastanelerin bina, malzeme, makine, tıbbi cihaz vb.lerinin tamir, periyodik bakım, onarım, sıhhi tesisat, kanalizasyon, elektrik, ısı ve havalandırma sistemleri, çamaşırhane, terzihane, bahçe, mutfak vb. hizmetleri bünyesinde bulundurur ve bunları sunar.

2.5. HİZMET VE HASTALIK DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

2.5.1. Hizmet Değerlendirme Yöntemleri

Sağlık hizmet sistemi içinde en pahalı hizmet veren kuruluş hastanedir. Bu bakımdan bir hastaneden etkin ve yeterli hizmet vermesi beklenir. Bu amaca ulaşabilmesi için önce hastanenin nerede ve ne amaçla hizmete sokulacağı saptanmalıdır. Bunun saptanması hastanenin hizmet edeceği toplumun her yönüyle tanınmasını gerektirir. Toplumla ilişkin elde edilen veriler değerlendirilerek kurulacak

hastanenin büyüklüğü, hangi servisleri içereceği, bu servislere kaç yatak ayrılacağı ve kaç personel atanacağına karar verilir (43). Bu bilgilerin ne tür planlamalara yardımcı olacağına birkaç örnek verecek olursak;

- Çocuk ve yetişkinler için ayrılan yataklar birbiri yerine kullanılmaz,
- Hastanede açılacak servis ve yatak sayısına bölgedeki hastalıkların çeşidi ve görülme sıklığına göre karar verilir,
- Hastalıklar çeşitli dönemlerde ve değişik zamanlarda ortaya çıkabilir,
- Koruyucu hekimlik, teşhis, tanı ve tedavideki gelişmeler büyük değişiklikleri gerektirebilir

Yukarıda özet olarak açıklanan hususlar bir bölgede bir hastane kurulmadan önce istatistiksel veri ve yöntemlere ne denli gereksinim olduğunu ortaya koyar. Hastane kurulduktan sonra da hastanenin çalışmaları ile ilgili veriler değerlendirilerek hizmette aksayan yönler saptanır , gerekli düzenlemeler ve imkanlar doğrultusunda yapılır.

Bu değerlendirmeleri yaparken bir takım tanımlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu tanımların ifade ettiklerine bakacak olursak;

- **Hastane Hastası** : Hastanede hekim, diş hekimi yada benzeri diğer görevlilerden yararlanan kişidir.
- **Hastane Yatağı** : Hastanede hastanın hizmetine ayrılan yataktır.
- **Poliklinik Yatağı** : Poliklinik hastalarının hizmetine ayrılan yataktır.
- **Klinik Yatağı** : Klinik hastalarının hizmetine ayrılmış ve sürekli hemşirelik bakımı verilen servislere yerleştirilmiş yataktır.
- **Yatak Kapasitesi** : Bir hastanede servis hastalarının hizmetine ayrılmış toplam yatak sayısıdır. Poliklinik yatakları ve yeni doğan bebek yatakları bu sayıya dahil edilmez.
- **Hastanın Kliniğe Yatırılması** : Bir hekim, diş hekimi yada benzeri diğer görevlilerden yararlanması amacıyla kliniğe yatırılmasıdır.
- **Hastanın Taburcu Edilmesi** : Hastanın hastanede kalışının sona erdirilerek çıkarılmasıdır. Ölümünde hastanın hastanede kalışını sona erdirdiğinden bu terime dahildir.

- **Hastane Ölümleri** : Kliniğe yatırıldıktan sonra bir kişinin ölümü hastane ölümü olarak tanımlanır.
- **Hasta Bakım Günü**: Klinikte yatan bir hastaya verilen hizmetin ölçü birimi olarak kullanılan hasta bakım günü hastanın yatışı ile taburcu olması arasında geçen süredir.
- **Hastanın Hastanede Kalış Gün Sayısı** : Bir hastanın klinikte kaldığı bakım gün sayısıdır. Bu sayıyı hesaplarken hastanın yattığı gün sayılır taburcu ya da öldüğü gün sayılmaz.

Hastanelerde verilen hizmetlerin bir takım ölçütlere göre sayısal hale getirilmesi gerekir. Bu sayısallaştırma hem hastanenin kendi portföyünü ve durumunu bilmesinde hem de diğer hastanelerle veya sağlık kuruluşları ile hizmet karşılaştırmasında kullanılır. Bu ölçütlerden bazıları;

2.5.1.1. Ortalama Yatış Gün Sayısı :

Hastaneden taburcu edilen ve ölen hastaların hepsinin hastanede yattıkları toplam gün sayısının bu hastaların sayısına bölünmesiyle elde edilir. Hesaplanmasına ilişkin formül aşağıda verilmiştir.

$$\text{Ortalama Yatış Gün Sayısı (OYGS)} = \frac{\text{Taburcu + ölen hastaların yatış gün sayıları toplamı}}{\text{Taburcu + Ölen Hasta Sayısı}} \times 100$$

2.5.1.2. Klinikte Yatan Ortalama Hasta Sayısı :

Belirli bir sürede klinikte her gün ortalama kaç hasta bulunduğunu gösteren bir ölçüdür. Hastanede yatan hastalar içine yeni doğan bebekler dahil edilmez. Hesaplama formülü ise;

$$\text{Klinikte Yatan Ortalama Hasta Sayısı (KYOHS)} = \frac{\text{Belirli bir süre klinikte yatan hastalara verilen toplam hasta bakım gün sayısı}}{\text{Bu süredeki toplam gün sayısı}} \times 100$$

2.5.1.3. Yatak İşgal Oranı :

Yatak işgal oranı hastane yataklarını ne oranda kullanıldığını gösterir. Bu oran hastanedeki mevcut yatakların yeterli olup olmadığı hakkında yönetimin bilgi sahibi olmasını sağlar. Yatan hastalara verilen toplam hasta bakım gün sayısının maksimum hasta gün sayısına bölünmesiyle bulunur.

$$\text{Yatak İşgal Oranı(YİO)} = \frac{\text{Yatan hastalara verilen toplam hasta bakım gün sayısı}}{\text{Maksimum hasta bakım gün sayısı}} \times 100$$

2.5.1.4. Yatak Devir Aralığı :

Bir yatağın iki yatış arasındaki ortalama kaldığı boş gün sayısını gösteren bir ölçüdür. Kullanılmayan toplam hasta bakım gün sayısının, taburcu edilen ve ölen hasta sayısı toplamına bölünerek bulunur.

$$\text{Yatak Devir Aralığı(YDA)} = \frac{\text{Kullanılmayan toplam hasta bakım gün sayısı}}{\text{Toplam taburcu + ölen hasta sayısı}} \times 100$$

2.5.1.5. Yatak Devir Hızı :

Yatak başına düşen hasta sayısını belirtir. Bu hız yatakların etkin bir şekilde kullanıp kullanılmadığını gösteren bir ölçüdür. Devir hızının düşüklüğü, ortalama yatış süresinin kısa ve yatak kapasitesinin yetersizliğini gösterir (44).

$$\text{Yatak Devir Hızı(YDH)} = \frac{\text{Toplam (taburcu+ölen) hasta sayısı}}{\text{Fiili yatak sayısı}}$$

2.5.1.6. Yatan Hasta Oranı :

Belirli bir zaman diliminde poliklinikte muayene olan hasta sayısının hastaneye yatan hasta sayısına bölünmesini ifade eder.

$$\text{Yatak Hasta Oranı(YHO)} = \frac{\text{Belirli bir süre içindeki poliklinik sayısı}}{\text{Belirli süre içindeki yatan hasta sayısı}}$$

2.5.1.7. Hekim Başına Poliklinik Sayısı :

Bir zaman diliminde bakılan poliklinik sayısının bu süre içindeki hekim sayısına bölünmesiyle bulunur.

$$\text{Hekim başına poliklinik Sayısı (DBPS)} = \frac{\text{Belirli bir süre içinde yapılan poliklinik sayısı}}{\text{Bu süre içindeki hekim sayısı}}$$

2.5.1.8. Ameliyat Hızı :

Belirli bir süre içinde ameliyat olan toplam hasta sayısının, hastanede yatan hasta sayısına bölünmesiyle hesaplanır.

$$\text{Ameliyat Hızı(HI)} = \frac{\text{Belirli bir süre içindeki ameliyat olan hasta sayısı}}{\text{Bu sürede hastanede yatan hasta sayısı}} \times 100$$

2.5.1.9. Kaba Ölüm Hızı :

Belirli bir sürede klinikte ölen hasta sayısının aynı süre içinde olan ve taburcu olan hasta sayılarının toplamına bölünmesiyle hesaplanır.

$$\text{Kaba Ölüm Hızı(KÖH)} = \frac{\text{Klinikte ölen toplam hasta sayısı}}{\text{Ölen + taburcu hasta sayısı}} \times 100$$

2.5.1.10. Net Ölüm Hızı :

Hastaneye yattıktan 48 saat sonra ölen hasta sayısının aynı süre içinde ölen (48 saatte ölenler hariç) ve taburcu olan hasta sayılarının toplamına bölünmesiyle hesaplanır.

$$\text{Net Ölüm Hızı(NÖH)} = \frac{\text{Belirli bir sürede 48 saatten sonra ölen hasta sayısı}}{\text{Ölen + taburcu hasta sayısı (48 saatten önce ölenler hariç)}} \times 100$$

2.5.2. Hastalık Değerlendirme Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinde değerlendiremeye tabi tutulan fonksiyonlardan biri de hastalıktır. Bilindiği üzere dünyada binlerce hastalık türüne rastlamamız mümkündür. Bu hastalıkların çeşitli analizlerini yapmak istediğimizde binlerce hastalık için belki onbinlerce parametre ve değer elde etmiş olacağız. Bu da bize istatistiksel açıdan çok yarar sağlamayacaktır. Oysa ki binlerce hastalık hepsi farklı özellikler gösteren hastalıklar değildir ve benzer yanları ve özellikleri vardır.

Bu noktadan hareketle hastalıkların da belirli kurallara göre belirli biçimlerde sınıflandırılarak incelenmesi zorunluluğu ortaya çıkmıştır.

Hastalık nedenleri sınıflandırılırken bölgelere, ülkelere vb. parametrelere göre sınıflandırma yapmak beraberinde dünya üzerinde farklı tabloların ortaya çıkmasına neden olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü bu sıkıntılardan hareketle tüm dünyada geçerli ve uygulama sahası bulan hastalık, travma ve ölüm nedenlerini içeren standartlaştırılmış bir tablo üzerinde çalışmalar yapmıştır.

Dünya sağlık Örgütü ilk sınıflandırmayı 1946 yılında yapmıştır. Bu sınıflandırmayı 1955, 1965 (ICD-8), 1975 (ICD-9) ve 1989 (ICD-10) yıllarında yeniden gözden geçirmiş ve günün gereksinimlerine göre bir kısım değişiklikler ve düzenlemeler yapmıştır. 1975 düzenlemesinin 1 Ocak 1979, 1989 düzenlemesinin 1993 yılından itibaren yürürlüğe konmasını önermiştir. Ancak bir düzenden diğerine geçmek belirli bir hazırlık aşamasını gerektirir. Bu nedenle ülkemizde halen 1965 düzenlemesine göre sınıflandırma yapılmaktadır. 1994 yılının ikinci yarısından itibaren 1989 düzenlemesine geçilmesi amaçlanmıştır (43).

Fakat üniversite hastanemizde ve ülkedeki bir çok sağlık kuruluşunda bu uygulamaya geçilebilmiş değildir. Bu uygulamaya geçmek için yeterli alt yapı hazırlıkları maalesef tamamlanamamıştır. Halen Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1965 düzenlemesine göre oluşturulan 150 başlıklı liste kullanılmaktadır. 1965 yılında yapılan düzenlemeye göre hastalık, travma ve ölüm nedenleri değişik 7 liste halinde sınıflandırılmıştır. Ülkemizde halihazırda kullanılan form 150 Başlıklı A Sınıflandırmasıdır. Bunlara kısaca bakacak olursak;

a) 999 Başlıklı Sınıflandırma : Büyük hastaneler ile eğitim ve araştırma yapan hastanelerde kullanılır,

000-796 : Hastalıkları

E800-E999 : Travmanın Dış Nedenlerini

N800-N999 : Travmanın Cinsini

Y00-Y89 : Ek Sınıflama (Hastalık ve Travma dışındakiler)

b) 150 Başlıklı A Sınıflandırması : Daha çok küçük hastaneler ve sahalarda kullanılır.

A1-A137 : Hastalıkları

AE138-AE150 : Travmanın Dış Nedenlerini

AN138-AN150 : Travmanın Cinsini

c) 50 Başlıklı B Sınıflaması : Ülkemizde ölüm nedenlerini sınıflandırılmasında kullanılmıştır.

B1-B46 : Hastalıkları

BE47-BE50 : Travmanın Dış Nedenlerini

BN47-BN50 : Travmanın Cinsini

d) 70 Başlıklı C Sınıflandırılması : Yalnız hastalıklar için kullanılmıştır.

C1-C65 : Hastalıkları
CE66-CE70 : Travmanın Dış Nedenlerini
CN66-CN70 : Travmanın Cinsini

e) 300 Başlıklı D Sınıflandırması : Yalnız hastanelerde hastalık (morbidite) sınıflaması için kullanılır.

D1-D268 : Hastalıkları
DY269-DY271 : Ek Sınıflandırmayı (bakım ve çalışmalar)
DE272-DE300 : Travmanın Dış Nedenlerini
DN272-DN300 : Travmanın Cinsini

f) 100 Başlıklı P Sınıflandırması : Yalnız perinatal hastalık ve ölüm nedenleri için kullanılır.

g) 17 Başlıklı Sınıflandırma : Daha çok sahada ve romen rakamıyla kullanılır.

I : Enfektif ve Parazit Hastalıklar
II : Neoplazmalar
III : Endokrin, Beslenme ve Metabolik Hastalıklar
I-XVII : Hastalıkları
EXVII : Travmanın Dış Nedenlerini
NXVII : Travmanın Cinsini

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma 2001 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde yapılmış retrospektif (geriye dönük) bir araştırmadır. Araştırmanın kapsamında 1998-2000 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde yatarak tedavi gören hastalara verilen hizmetlerin değerlendirilmesi yer almıştır.

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri araştırma, eğitim ve uygulama hastaneleri kapsamında sınıflandırılan üniversite hastaneleridir. 1976 yılında kurulmuş olan hastane zaman içerisinde imkan ve kapasite artışıyla birlikte, bir ana ve üç branş hastanesiyle toplam dört binada 2001 yılı itibarıyla 1303 yatak kapasitesi, 86 profesör, 48 doçent, 57 yardımcı doçent, 24 öğretim görevlisi, 322 asistan, 478 hemşire, 103 sağlık teknisyeni ve yardımcısı, 5 eczacı, 12 fizyoterapist, 6 diyetisyen, 7 laborant, 43 idari personel, 139 hizmetli ve hastabakıcı ile hizmet veren bir hastanedir. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi bulunduğu coğrafi bölge itibarı ile geniş bir bölgeye hizmet sunan bir özelliğe sahiptir.

Araştırma yapılırken hastanede bilgisayarda tutulan hasta yatış kayıtları, hastane istatistik bölümünün Sağlık Bakanlığı'na gönderdiği üç aylık ve yıllık bildirimler, hastalık kodlaması kayıtları, ameliyat kayıtları, doğum kayıtları bilgi olarak temel kayıtları oluşturmaktadır.

Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 yılları arasında yatan hastalara ilişkin kayıtların incelenmesi sonucunda; yatan, taburcu olan ve ölen hastalara ait sayılar, bu hastalara ilişkin yatış gün sayıları, yatak işgal oranları, ameliyat sayıları, doğum sayıları ve görülen hastalıkların kodlanması (Ek-1) sonucunda ortaya çıkan hastalık sayılarına ilişkin bilgiler elde edilmiştir. Hastane hizmetlerinin değerlendirilmesinde şu ölçütler kullanılmıştır;

Ortalama Yatış Gün Sayısı (OYGS), Klinikte Yatan Ortalama Hasta Sayısı (KYOHS), Yatak İşgal Oranı (YİO), Yatak Devir Aralığı (YDA), Yatak Devir Hızı (YDH), Yatan Hasta Oranı (YHO), Doktor Başına Poliklinik Sayısı (DBPS), Ameliyat Hızı (AH), Kaba Ölüm Hızı (KÖH), Net Ölüm Hızı (NÖH).

Veriler bilgisayar yardımıyla değerlendirildi. Hastanede verilen hizmetlerin değerlendirilmesi için çeşitli ölçütler hesaplandı. Bu ölçütler açısından yıllar arasında ve hizmet birimleri arasındaki farklılıklar ki-kare testiyle değerlendirildi.

4.BULGULAR

Tablo V. Kayseri İli Merkezinde 1998-2000 Yılları Arasında Fiili Yatak Sayıları (FYS) ve Mevcut Yatak Dağılımı (42)

Hastaneler	1998		1999		2000	
	FYS	%	FYS	%	FYS	%
Erciyes Ünv.Tıp Fak.	876	40.8	1,050	42.7	1,081	42.7
Devlet Hastaneleri	868	40.4	994	40.4	1,022	40.3
SSK	306	14.2	316	12.8	310	12.2
Özel Hastaneler	98	4.6	101	4.1	120	4.7
Toplam	2,148	100.0	2,461	100.0	2,533	100.0

Tablo V'ten yatak kapasitesi dağılımlarını incelediğimizde, Tıp Fakültesi 1998 yılında 876 yatak ile % 40.8'lik bir paya sahip iken, 2000 yılında bu 1.081 yatak ile % 42.7'ye yükselmiştir. Tıp fakültesi yatak sayısını diğer hastaneler ve kurumlara göre daha fazla arttırmıştır.

İl genelinde yatak kapasitesinde 1998 yılına göre % 18'lik bir kapasite artışı gerçekleşmişken, Erciyes Üniversitesi Hastanelerinde bu oran % 24 olmuştur. Bu artışta son yıllarda yapılan yatırımların ve yeni açılan 3 dal hastanesinin payı büyüktür.

Tablo VI. Erciyes Üniversitesi Hastanelerinde 1998-2000 Yılları Arasında Personel Dağılımı

Personel	1998		1999		2000	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hekim	425	35.4	458	36.8	490	35.8
Hekim Dışı Sağlık Personeli	533	44.5	522	42.0	634	46.4
İdari ve yardımcı hizmet personeli	241	20.1	263	21.2	243	17.8
TOPLAM	1,199	100.0	1,243	100.0	1,367	100.0

$$X^2 = 0.26, SD = 4, P > 0.05$$

Tablo VI'da Tıp Fakültesi hastanelerinde çalışan personelin dağılımı yer almaktadır. Çalışan hekim sayılarına, 1998 yılında 425 kişi iken, 2000 yılında bu sayı 490'a yükselmiştir. Burada hekim sayısında 1998 yılına göre % 15'lik bir artış kaydedilmiştir.

Hekim dışı sağlık personeli olarak sınıflandırdığımız grupta ise hemşire, ebe, sağlık teknisyenleri, eczacı, diyetisyen vb. personel baz alınmış ve 1998 yılında 533 kişi çalışmakta iken 2000 yılında bu sayı 634'e ulaşmıştır. Bu personel grubunda ise 1998 yılına göre % 19'lük bir artış vardır.

İdari ve yardımcı hizmet personeline baktığımızda 1998 yılında 241 kişi ile hizmet verilirken, 2000 yılında bu sayı 243 olmuştur. Burada kayda değer bir artış söz konusu değildir. Hastanelerde çalışan tüm personel genelinde ise 2000 yılında 1998 yılına göre % 14'lük bir artış söz konusudur.

Hastane genelinde çalışan personelin dağılımına baktığımızda 1998 yılında hastane geneline göre hekimler % 35.4'lük bir orana sahipken, 2000 yılında % 35.8'lik bir oranındadırlar. Diğer sağlık personeli ise, 1998 yılında % 44.5, 2000 yılında ise % 46.4'tür. 1998-2000 yılları arasında hekim ve diğer sağlık personelinin oranı artarken, idari personelin tüm personel içindeki payı % 20.1'den % 17.8'e düşmüştür. Ancak personelin dağılımında yıllara göre önemli bir fark saptanmıştır ($X^2 = 0.26, SD = 4, P > 0.05$).

Tablo VII. Erciyes Üniversitesi'nde 1998-2000 Yılları Arasında Hekim Başına Düşen Yatan Hasta Sayıları

Yıllar	Hekim	Yatan Hasta	Hasta / Hekim
1998	425	25,330	60
1999	458	27,599	60
2000	490	28,311	58

Tıp Fakültesi bir uygulama ve araştırma hastanesi olmasından dolayı tedavi hizmeti çalışan uzman hekimler ve araştırma görevlileri tarafından verilmektedir. Personel sayısına paralel olarak hasta sayısındaki artışlarda göz önüne alındığında Tablo VII'den görülebileceği üzere, 1998 yılında 425 hekim 60 hasta ortalaması ile, 1999 yılında 458 hekim 60 hasta ortalaması ve 2000 yılında 490 hekim 58 hasta ortalaması ile hizmet vermiştir.

Burada hekim başına düşen hasta sayısında 1998 yılına göre % 1.8 düzeyinde bir azalma söz konusudur. Bu azalmanın sağlanabilmesi için hekim sayısında 1998 yılına göre % 15'lik bir artış vardır.

Tablo VIII. Erciyes Üniversitesi'nde 1998-2000 Yılları Arasında Hemşire Başına Düşen Yatan Hasta Sayıları

Yıllar	Hemşire	Yatan Hasta	Hasta / Hemşire
1998	400	25,330	63
1999	398	27,599	69
2000	505	28,311	56

Tablo VIII'da bir hemşireye düşen ortalama hasta sayısı görülmektedir. 1998 yılında bir hemşireye 63 hasta düşerken, 1999 yılında 69 hasta, 2000 yılında ise 56 hasta düşmektedir. 1998 yılına göre hasta/hemşire oranında % 7.2'lik bir azalma olmuştur. Bu azalmanın sağlanması için hemşire sayısında 1998 yılına göre % 26'lık bir artış vardır.

Tablo IX. Erciyes Üniversitesi'nde 1998-2000 Yılları Arasında Labratuvar ve Sağlık Teknisyeni Başına Düşen Yatan Hasta Sayıları

Yıllar	Lab. + Sağlık Teknisyeni	Yatan Hasta	Hasta / Teknisyen
1998	106	25,330	239
1999	96	27,599	288
2000	97	28,311	292

Hastanelerde verilen labratuvar, radyolojik ve diğer tetkiklerin işlemlerinin yapılması ve sonuçlarının alınıp izlenmesini sağlık ve labratuvar teknisyenleri gerçekleştirmektedir. Tablo IX'da labratuvar ve sağlık teknisyenlerinin yatan hasta sayısına oranlaması bulunmaktadır. Baktığımızda, 1998 yılında bir teknisyene 239 hasta düşerken bu oran 2000 yılında 292 hastaya yükselmiştir. Teknisyenlerin hizmet verdiği hasta sayısındaki artış % 22'dir.

Tablo X. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarına Göre Poliklinik ve Yatan Hasta Sayıları

Yıllar	Poliklinik Hasta Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Yatış / Poliklinik Oranı (%)
1998	204,565	25,330	12.4
1999	219,958	27,599	12.7
2000	211,623	28,311	13.4

Tablo X'da hastanemize tedavi için polikliniklere gelen ve yatarak tedavi gören hastalarımızın sayıları görülmektedir. 1998 yılında 204,565 kişi polikliniklerde muayene ve tedavi olurken, 1999 yılında 219,958 hasta ve 2000 yılında 211,623 hasta başvurmuştur. Polikliniklere tedavi için başvuran hasta sayısındaki artış oranı 1998 yılına göre % 3.5'tir.

1998 yılında kliniklere yatarak tedavi gören hasta sayısı 25,530 iken, 2000 yılında bu sayı 28,311 olmuştur. Kliniklerde tedavi olan hasta sayılarına baktığımızda 1998 yılına göre artış % 12'dir.

Polikliniklere müracaat edip yatış yaptıran hastaların oranı 1998 yılında % 12.4, 2000 yılında % 13.4 olarak gerçekleşmiştir. Buna göre 1998 yılına göre 2000 yılında yatış oranında % 1'lik artış vardır.

Tablo XI. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Yatan Hastaların Servislere Göre Dağılımı

Servisler	1998		1999		2000	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Dahiliye	2,586	10.2	4,910	17.8	5,498	19.4
Kardiyoloji	2,707	10.7	2,841	10.3	3,617	12.8
Pediatri	4,124	16.3	3,822	13.8	3,543	12.5
Kadın Doğum	3,230	12.8	2,970	10.8	2,827	10.0
Genel Cerrahi	2,006	7.9	1,946	7.1	1,835	6.5
Beyin Cerrahi	1,304	5.1	1,459	5.3	1,451	5.1
Ortopedi	1,473	5.8	1,497	5.4	1,624	5.7
Çocuk Cerrahi	652	2.6	750	2.7	857	3.0
GKDC	1,312	5.2	1,273	4.6	1,178	4.2
Göz	1,008	4.0	1,115	4.0	926	3.3
KBB	949	3.7	928	3.4	916	3.2
Nöroloji	866	3.4	814	2.9	870	3.1
Üroloji	926	3.7	783	2.8	843	3.0
Plastik Cerrahi	304	1.2	573	2.1	590	2.1
İntaniye	573	2.3	623	2.3	532	1.9
Psikiyatri	513	2.0	481	1.7	468	1.7
Dermatoloji	360	1.4	348	1.3	281	1.0
Fizik Tedavi	331	1.3	346	1.3	352	1.2
Yanık	106	0.4	120	0.4	103	0.4
TOPLAM	25,330	100.0	27,599	100.0	28,311	100.0

$$X^2 = 1400.5, SD = 36, P < 0.001$$

Tablo XI'de görüldüğü gibi hastanemize yatarak tedavi gören hastaların sayısı 1998 yılında 25,330 kişi, 1999 yılında 27,599 kişi ve 2000 yılında ise 28,310 kişiye yükselmiştir. Hastanenin yatak sayısındaki artışa paralel olarak tedavi gören hasta sayısında da benzer bir artış gözlenmektedir. 2000 yılı baz alındığında yatan hasta sayısında 1998 yılına göre % 12'lik bir artış gözlenmektedir.

Servislerin hastane genelindeki ağırlığına baktığımızda 1998 yılında yatan hasta sayılarında en çok pediatri servisinin 4,124 hastaya (% 16.3), ikinci olarak kadın doğum servisinin 3,230 hastaya (% 12.8) ve üçüncü sırada kardiyoloji servisinin ise 2,707 hastaya (% 10.7) hizmet verdiğini görmekteyiz.

1999 yılında servisler arasında en fazla 4,910 hasta (% 17.8) ile dahiliye servisi birinci, 3,822 hasta (% 13.8) ile pediatri servisi ikinci ve 2,841 hasta (% 10.3) ile kardiyoloji servisi üçüncü sırada bulunmaktadır.

2000 yılında ise, 5,498 hasta (% 19.4) ile dahiliye servisi, 3,617 hasta (% 12.8) ile kardiyoloji servisi ve 3,543 hasta (% 12.5) ile pediatri servisi en fazla hastaya hizmet vermiştir.

Tabloda görüldüğü gibi 1998 yılında en fazla pediatri hastalarının sayıları fazla iken daha sonraki yıllarda dahiliye ve kardiyoloji dallarını ilgilendiren branş hastanelerinin devreye alınmasıyla dahiliye ve kardiyoloji hastalarındaki sayılar daha fazla artmıştır.

Servislerdeki hasta hareketlerini incelediğimizde dahiliye, kardiyoloji, beyin cerrahi, ortopedi, çocuk cerrahi, nöroloji, plastik cerrahi ve fizik tedavi servislerindeki hasta sayısı 1998 yılına göre artış kaydederken, tabloda yer alan diğer servislerde hasta sayısı 1998 yılına göre azalma göstermiştir.

Servislerin yıllara göre tedavi hizmeti sunulan hasta değişimlerine baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($X^2 = 1400.5$, $SD = 36$, $P < 0.001$). Bu değişimi en çok Dahiliye, Pediatri ve Kardiyoloji servisleri etkilemiştir.

Tablo XII. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Yatan Hastaların Toplam Yattığı Gün Sayılarına Göre Dağılımı

Servisler	Yıllara Göre <i>Toplam Yatış Süresi (Gün)</i>					
	1998		1999		2000	
	Süre	%	Süre	%	Süre	%
Dahiliye	34,494	13.8	61,051	22.5	69,283	24.7
Kardiyoloji	12,542	5.0	13,486	5.0	17,962	6.4
Pediyatri	46,845	18.7	51,172	18.8	45,004	16.1
Kadın Doğum	12,803	5.1	10,462	3.9	11,211	4.0
Genel Cerrahi	27,064	10.8	22,725	8.4	25,489	9.1
Beyin Cerrahi	14,329	5.7	12,222	4.5	13,662	4.9
Ortopedi	20,769	8.3	18,389	6.8	19,101	6.8
Çocuk Cerrahi	4,617	1.8	5,339	2.0	4,881	1.7
GKDC	13,908	5.6	13,948	5.1	14,889	5.3
Göz	7,500	3.0	8,632	3.2	6,575	2.3
KBB	8,444	3.4	8,290	3.1	7,932	2.8
Nöroloji	8,804	3.5	7,628	2.8	7,207	2.6
Üroloji	8,793	3.5	7,091	2.6	9,077	3.2
Plastik Cerrahi	2,797	1.1	3,587	1.3	3,795	1.4
İntaniye	3,888	1.6	3,634	1.3	3,378	1.2
Psikiyatri	10,732	4.3	11,121	4.1	9,843	3.5
Dermatoloji	4,781	1.9	5,084	1.9	4,100	1.5
Fizik Tedavi	5,078	2.0	5,498	2.0	5,488	2.0
Yanık	1,802	0.7	2,152	0.8	1,502	0.5
TOPLAM	249,990	100.0	271,511	100.0	280,379	100.0

$$X^2 = 14385, SD = 36, P < 0.001$$

Tablo XII'de hastaların servislerde yattığı toplam süreler verilmiştir. Tabloyu incelediğimizde 1998 yılında 249,990, 1999 yılında 271,511 ve 2000 yılında ise toplam 280,379 gün hasta bakım hizmeti sunulmuştur. 1998 yılı baz alındığında toplam yatılan gün sayısında 2000 yılında % 12 oranında bir artış olmuştur.

Servislerin paylarına baktığımızda, 1998 yılında pediatri servisi 46,845 gün (% 18.7) ile en fazla hasta bakım hizmeti sunmuştur. Daha sonra sırasıyla 34,494 gün (% 13.8) ile dahiliye servisi ve 27,064 gün (% 10.8) ile genel cerrahi servisi sıralanmaktadır.

1999 yılı verilerine baktığımızda birinci sırada 61,051 gün (% 22.5) ile dahiliye servisi, ikinci sırada 51,172 gün (% 18.8) ile pediatri servisi ve üçüncü sırada ise 22,725 gün (% 8.4) ile genel cerrahi servisi yer almaktadır.

2000 yılına baktığımızda, 69,283 gün (% 24.7) ile dahiliye servisi birinci sırayı alırken, ikinci sırada 45,004 gün (% 16.1) ile pediatri servisi, üçüncü sırada ise 25,489 gün (% 9.1) ile genel cerrahi servisleri sıralanmaktadır.

Servislerdeki hasta yatış sürelerini incelediğimizde dahiliye, kardiyoloji, çocuk cerrahi, göğüs kalp damar, üroloji, plastik cerrahi ve fizik tedavi servislerindeki hasta yatış süreleri 1998 yılına göre artış kaydederken, tabloda yer alan diğer servislerde hasta yatış sürelerinde 1998 yılına göre azalma görülmektedir.

Toplam yatış süresinin yıllara göre değişimi açısından servisler arasındaki fark önemli bulunmuştur ($X^2 = 14385$, $SD = 36$, $P < 0.01$). Bu farkın ortaya çıkmasını en çok Dahiliye, Pediatri ve Genel Cerrahi servislerindeki değişimler etkilemiştir.

Tablo XIII. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Servislere Göre Yatan Hastaların Ortalama Yatış Süreleri (Gün) Dağılımı

Servisler	Yıllara Göre Ortalama Yatış Süresi (Gün)		
	1998	1999	2000
Dahiliye	13.3	12.4	12.6
Kardiyoloji	4.6	4.7	5.0
Pediyatri	11.4	13.4	12.7
Kadın Doğum	4.0	3.5	4.0
Genel Cerrahi	13.5	11.7	13.9
Beyin Cerrahi	11.0	8.4	9.4
Ortopedi	14.1	12.3	11.8
Çocuk Cerrahi	7.1	7.1	5.7
GKDC	10.6	11.0	12.6
Göz	7.4	7.7	7.1
KBB	8.9	8.9	8.7
Nöroloji	10.2	9.4	8.3
Üroloji	9.5	9.1	10.8
Plastik Cerrahi	9.2	6.3	6.4
İntaniye	6.8	5.8	6.3
Psikiyatri	20.9	23.1	21.0
Dermatoloji	13.3	14.6	14.6
Fizik Tedavi	15.3	15.9	15.6
Yanık	17.0	17.9	14.7
Genel Ortalama	9.9	9.8	9.9

Tablo XIII'de yer alan hastaların servislerde yattığı ortalama yatış sürelerine baktığımızda, 1998-2000 yıllarının geneli itibarı ile en fazla ortalama 21.6 gün ile psikiyatri servisi, ikinci olarak 16.5 gün ortalama ile yanık servisi ve üçüncü sırada ise 15.6 gün ile fizik tedavi servisinde yatan hastalar oluşturmaktadır. Bu üç servisin

özellikleri itibarı ile tedavi sürelerinin zamana yayılması ve iyileşme sürecinin zaman alması bu sıralamanın değişmemesinin en önemli nedenlerindedir.

Servislerin kendi içerisinde yıllara göre ortalama yatış sürelerine baktığımızda çok fazla bir değişiklik gözükmemektedir. Genellikle bir servise gelen hasta o servisi ilgilendiren benzer hastalık teşhisleri ile tedavi olduğu ve tedavi süreleri de hastalarda birbirine benzerlik gösterdiği için bu ortalamalarda çok fazla değişim göstermemektedir. Nitekim hastane geneline baktığımızda 1998 yılında ortalama yatış süresi 9.9, 1999 yılında 9.8 ve 2000 yılında da 9.9 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo XIV. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Servislere Göre Günlük Ortalama Hasta Sayıları

Servisler	Yıllara Göre Günlük Ortalama Hasta Sayısı		
	1998	1999	2000
Dahiliye	27.5	18.1	20.3
Kardiyoloji	75.2	78.9	41.6
Pediyatri	27.3	25.8	23.9
Kadın Doğum	54.7	50.3	44.9
Genel Cerrahi	25.7	24.9	23.5
Beyin Cerrahi	21.4	23.9	28.5
Ortopedi	19.9	20.2	21.9
Çocuk Cerrahi	16.3	18.8	28.6
GKDC	26.2	25.5	23.6
Göz	36.0	39.8	33.1
KBB	38.0	37.1	36.6
Nöroloji	21.7	20.4	23.5
Üroloji	37.0	31.3	33.7
Plastik Cerrahi	13.2	24.9	25.7
İntaniye	52.1	56.6	48.4
Psikiyatri	16.0	15.0	14.2
Dermatoloji	15.7	15.1	12.2
Fizik Tedavi	19.5	20.4	20.7
Yanık	11.8	13.3	14.6
Toplam	555.2	560.5	519.4

Tablo XIV’de Tıp Fakültesi hastanesinde yatan hastaların kliniklere göre ortalama hasta sayısı gösterilmiştir. Hastane genelinde tüm servislerin toplamına bakıldığında; 1998 yılında ortalama hasta sayısı 555.2 iken, 1999 yılında 560.5’e yükselmiş, 2000 yılında ise 519.4’e inmiştir.

Ortalama hasta sayısındaki bu azalma yeni yapılan branş hastanelerinin devreye alınması ve mevcut servislerde yapılan düzenlemeler sonucunda yatak sayılarının artmasıyla mümkün olmuştur. En fazla ortalama hasta sayısı değişen servisler dahiliye, kardiyoloji servisleri olmuştur. Çünkü yatak ilavelerinin çoğu bu servisleri ilgilendiren branş hastanelerinin devreye alınmasıyla artmıştır. Bazı servislerde ise yatak kapasitesinde değişiklik olmamasına rağmen hasta sayısı artmış ve sonucunda ortalama hasta sayısı yükselmiştir.

Yatak sayısı artınca hastalar daha kısa sürede yer bulabilmekte ve tedavi için fazla bir süre beklemeleri gerekmemektedir. Bu hem hastaların zamanında tedavi görmesi hem de hastanenin kapasitesinin daha verimli kullanılmasını sağlamaktadır.

Tablo XV. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Servislere Göre Yatak İşgal Oranları

Servisler	Yatak İşgal Oranı (%)		
	1998	1999	2000
Dahiliye	100.0	61.7	70.0
Kardiyoloji	95.4	100.0	56.6
Pediyatri	85.0	94.7	83.3
Kadın Doğum	59.5	48.6	48.8
Genel Cerrahi	95.1	79.8	89.5
Beyin Cerrahi	64.4	54.9	73.4
Ortopedi	76.9	68.1	70.7
Çocuk Cerrahi	31.6	36.6	44.6
GKDC	76.2	76.4	81.6
Göz	73.4	84.5	64.3
KBB	92.5	90.8	86.9
Nöroloji	60.3	52.2	53.4
Üroloji	96.4	77.7	99.5
Plastik Cerrahi	33.3	42.7	45.2
İntaniye	96.8	90.5	84.1
Psikiyatri	91.9	95.2	81.7
Dermatoloji	57.0	60.6	48.8
Fizik Tedavi	81.8	88.6	88.4
Yanık	54.9	65.5	58.8
Toplam	78.2	70.8	71.1

Tablo XV'te servislerin yatak işgal oranları belirtilmektedir. 1998 yılında yatak işgal oranı en yüksek servis % 100 ile dahiliye olurken, ikinci sırada % 96.8 ile intaniye ve üçüncü sırada ise % 96.4 ile üroloji servisi şeklinde sıralanmıştır.

1999 yılında ise ilk üç servis % 100 ile kardiyoloji, % 95.2 ile psikiyatri ve % 94.7 ile pediatri şeklinde sıralanmıştır. 2000 yılındaki oranlara baktığımızda ilk sırayı % 99.5 ile üroloji alırken, ikinci sırada % 89.5 ile genel cerrahi ve üçüncü olarak % 88.4 oranında fizik tedavi servislerinde yatak işgal oranları gerçekleşmiştir.

1999 yılından itibaren özellikle dahiliye ve kardiyoloji hastanelerinin açılması ve yatak sayısının artmasıyla dahiliye ve kardiyoloji servislerinin yatak işgal oranlarında belirgin bir azalma görülmüştür.

Beyin cerrahi, çocuk cerrahi, göğüs kalp damar cerrahisi, üroloji, plastik cerrahi, fizik tedavi ve yanık servislerinde yatak işgal oranlarında 1998 yılına göre 2000 yılında bir artış söz konusudur. Hastane ortalamasına baktığımızda ise 1998 yılında işgal oranı % 78.2 iken, 1999 yılında % 70.8 ve 2000 yılında da % 71.1 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo XVI. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Servislere Göre Yatak Devir Aralıkları

Servisler	Yatak Devir Aralığı (Gün)		
	1998	1999	2000
Dahiliye	0.0	7.9	5.4
Kardiyoloji	0.2	0.0	3.8
Pediyatri	2.0	0.7	2.5
Kadın Doğum	2.7	3.7	4.2
Genel Cerrahi	0.7	2.9	1.6
Beyin Cerrahi	6.0	6.8	3.4
Ortopedi	4.2	5.7	4.9
Çocuk Cerrahi	15.4	12.2	7.1
GKDC	3.3	3.4	2.9
Göz	2.7	1.4	3.9
KBB	0.7	0.9	1.3
Nöroloji	6.6	8.6	7.4
Üroloji	0.4	2.6	0.1
Plastik Cerrahi	18.4	8.5	7.7
İntaniye	0.2	0.6	1.2
Psikiyatri	1.9	1.1	4.7
Dermatoloji	10.0	9.5	14.9
Fizik Tedavi	3.4	2.0	2.0
Yanık	14.3	9.3	10.2
Genel Ortalama	2.7	4.0	4.0

Tablo XVI'de servislerdeki yatak devir aralıkları hesaplanmıştır. 1998 yılına baktığımızda en yüksek aralığa sahip servis 18.4 gün ile plastik cerrahi servisidir. İkinci sırada 15.4 gün ile çocuk cerrahi servisi ve üçüncü sırada ise 14.3 gün ile yanık servisi gelmektedir.

1999 yılında devir aralıkları ise şöyle gerçekleşmiştir. En fazla 12.2 günle çocuk cerrahi servisi, 9.5 günle dermatoloji servisi ve 9.3 günle yanık servisi sıralanmaktadır. 2000 yılına baktığımızda ise sıralama, 14.9 gün ile dermatoloji, 10.2 günle yanık servisi ve 7.7 günle plastik cerrahi servisi şeklinde olmuştur.

Tüm servislerin genel ortalamasına baktığımızda yatak devir aralığı 1998 yılında 2.7, 1999 ve 2000 yıllarında ise 4 gün olarak hesaplanmıştır.

Tablo XVII. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Ölen Hastaların Dağılımı

Servisler	1998		1999		2000	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Dahiliye	113	13.5	248	23.7	189	21.7
Kardiyoloji	67	8.0	112	10.7	110	12.7
Pediyatri	318	38.0	375	35.9	289	33.3
Genel Cerrahi	58	6.9	47	4.5	32	3.7
Beyin Cerrahi	14	1.7	28	2.7	12	1.4
Ortopedi	9	1.1	9	0.9	12	1.4
Çocuk Cerrahi	22	2.6	17	1.6	22	2.5
GKDC	49	5.9	48	4.6	30	3.5
Nöroloji	130	15.6	108	10.3	106	12.2
Üroloji	4	0.5	4	0.4	3	0.3
İntaniye	40	4.8	39	3.7	42	4.8
Psikiyatri	1	0.1	1	0.1	0	0.0
Yanık	11	1.3	8	0.8	12	1.4
Toplam	836	100.0	1,045	100.0	868	100.0

$$X^2 = 76.3, SD = 24, P < 0.01$$

Tablo XVII’de servislere göre ölen hastaların sayısı ve yüzdeleri verilmiştir. Tabloya baktığımızda tüm hastane genelinde 1998 yılında 836 hasta, 1999 yılında 1045 hasta ve 2000 yılında ise 868 hasta ölmüştür. Servislerdeki ölümlerin değişime baktığımızda anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 76.3$, $SD = 24$, $P < 0.01$). Bu farkın oluşmasında Pediatri, Dahiliye ve Nöroloji servislerinde görülen değişim etkili olmuştur.

Servis bazında incelediğimizde 1998 yılında 318 kişi (% 38) ile pediatri servisinde en çok ölüm vakası görülmüş, daha sonra 130 kişi (% 15.6) ile nöroloji servisinde ve 2000 yılında 113 kişi (% 13.5) ile dahiliye servisinde tedavi gören hastalarda ölüm vakası gerçekleşmiştir.

1999 yılında ölüm vakaları sırasıyla pediatri servisinde 375 kişi (% 37.9), dahiliye servisi 248 kişi (%23.7) ve kardiyoloji servisinde 112 kişi (% 10.7) şeklinde sıralanmıştır. 2000 yılında da 1999 yılına benzer bir sıralama gerçekleşmiş ve en fazla pediatri servisi, dahiliye servisi ve kardiyoloji servisi şeklinde sıralanmıştır.

Tablo XVIII. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Servislere Göre Kaba Ölüm Hızları

Servisler	1998	1999	2000
	Kaba Ölüm Hızı (%)	Kaba Ölüm Hızı (%)	Kaba Ölüm Hızı (%)
Dahiliye	4.4	5.2	3.4
Kardiyoloji	2.5	4.0	3.1
Pediatri	7.8	9.8	8.1
Genel Cerrahi	2.9	2.4	1.8
Beyin Cerrahi	1.1	1.9	0.8
Ortopedi	0.6	0.6	0.7
Çocuk Cerrahi	3.4	2.2	2.6
GKDC	3.7	3.8	2.6
Nöroloji	14.8	13.3	12.4
Üroloji	0.4	0.5	0.4
İntaniye	7.0	6.2	7.9
Psikiyatri	0.2	0.2	0.0
Yanık	10.6	6.6	11.7
Genel Ortalama	4.6	4.4	4.3

Servisler genelinde kaba ölüm hızı 1998 yılında % 4,6, 1999 yılında % 4,4 ve 2000 yılında % 4,3'tür. Servislere göre bir değerlendirmeye tabi tuttuğumuzda Nöroloji servisi 1998-2000 yılları ortalaması göz önüne alınarak % 13.5 ile kaba ölüm hızının en yüksek olduğu servis olmuş, bunu sırası ile % 9.6 ile yanık servisi ve % 8.6 ile pediatri servisi takip etmiştir.

Göz, KBB, Kadın Doğum, Plastik Cerrahi, Dermatoloj ve Fizik Tedavi servislerinde 1998-2000 yılları arasında ölüm vakalarına rastlanmamıştır.

Servislerdeki ölüm hızlarına baktığımızda 1998 yılına göre dahiliye, pediatri, ortopedi, intaniye ve yanık servislerinde kaba ölüm hızları artmış, diğer servislerde ise ya azalmış yada aynı düzeyde kalmıştır. Ölümlerin servislere göre dağılım açısından yıllar arasında önemli bir fark saptanmıştır.

Tablo XIX. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde Yıllara Göre Ameliyat Hızları

Yıllar	Yatan Hasta Sayısı	Ameliyat Olan Hasta Sayısı	Ameliyat Hızı (%)
1998	25,330	10,956	43.3
1999	27,599	11,585	42.0
2000	28,311	11,777	41.6
TOPLAM	81,240	34,322	42.3

$$X^2 = 6.5, SD = 2, P < 0.05$$

Tablo XIX'da yapılan ameliyatların yıllara göre dağılımı yer almaktadır. 1998 yılında 25.330 hasta yatarak tedavi görürken, 2000 yılında 28.311 hasta tedavi görmüştür. Buradaki artış oranı % 12'dir. Buna karşılık 1998 yılında 10.956 hasta ameliyat olurken, 2000 yılında bu sayı 11.781'dir. Ameliyat sayılarındaki artış oranı ise % 7.5'tir. Ameliyat olan hasta sayılarında yıllara göre önemli bir fark bulunmuştur ($X^2 = 6.5, SD = 2, P < 0.05$).

Tablo XIX'dan da görüldüğü gibi ameliyat hızları da buna paralel olarak % 43.25'ten % 41.61'e düşmüştür. Ameliyat oranının düşmesinin nedeni, son yıllarda

hastalıkların tedavisinin cerrahi uygulamalardan çok girişimsel ve benzeri tedavilerin gelişmesi ve bunların uygulama alanlarının genişlemesine bağlı olabilir.

Tablo XX. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Yapılan Ameliyat Sayılarının Servislere Dağılımı

Servisler	1998		1999		2000	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Beyin Cerrahi	943	8.6	1.068	9.2	1,041	8.8
Çocuk Cerrahi	1,196	10.9	1.365	11.8	1,313	11.1
Genel Cerrahi	1,686	15.4	1.777	15.3	1,812	15.4
GKDC	894	8.2	900	7.8	903	7.7
Göz	991	9.0	1.010	8.7	847	7.2
KBB	907	8.3	903	7.8	939	8.0
Kadın Doğum	1,144	10.4	1.140	9.8	1,260	10.7
Ortopedi	1,905	17.4	1.981	17.1	2,039	17.3
Plastik Cerrahi	580	5.3	833	7.2	915	7.8
Üroloji	710	6.5	608	5.2	708	6.0
TOPLAM	10,956	100.0	11.585	100.0	11,777	100.0

$$X^2 = 112.3, SD = 18, P < 0.01$$

Hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların bir kısmına cerrahi tedavi yöntemleri de uygulanmaktadır. Tıp fakültesi hastanelerinde 1998-2000 yılları arasında ameliyat olan hastaların dağılımı Tablo XX'de görülmektedir. Hastane genelinde 1998 yılında 10.956 hasta ameliyat edilmiş, 1999 yılında 11.585 hasta, 2000 yılında ise 11.777 hastaya ameliyat hizmeti verilmiştir. 1998 yılı baz alındığında 2000 yılında ameliyat sayılarındaki artış % 7'dir.

Ameliyatların cerrahi servislere göre dağılımına baktığımızda üç yılın ortalaması olarak, ortopedi servisinde 1975 hasta ile en fazla ameliyat gerçekleştirmiş ve hastane genelinde ameliyat edilen hasta sayıları içinde % 17.3'lük bir paya sahiptir. İkinci sırada ameliyatı genel cerrahi servisi 1758 hasta ve % 15.4'lük payla gerçekleştirmiş ve üçüncü sırada 1291 hasta ve % 11.3 oranıyla çocuk cerrahi servisi yer almaktadır.

Yıllara göre baktığımızda servisler bazında da ameliyat sayıları 1998 yılına göre artmıştır. Sadece göz servisinde 1998 yılına göre bir azalma söz konusudur. Ameliyatların servislere dağılım açısından yıllara göre önemli bir değişim olduğu saptanmıştır ($X^2 = 112.3$, $SD = 18$, $P < 0.01$). Bu değişimin oluşmasında Ortopedi, Genel Cerrahi ve Çocuk Cerrahi servislerinde yapılan ameliyatlar en çok etkili olmuştur.

Tablo XXI. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yıllarında Yapılan Ameliyatların Anestezi Türüne Göre Dağılımı

Anestezi Türü	1998		1999		2000	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Genel Anestezi	9,356	85.4	9,995	86.3	10,149	86.2
Lokal Anestezi	1,147	10.5	1,119	9.7	1,138	9.7
Spinal Anestezi	417	3.8	441	3.8	466	4.0
Diğer	36	0.3	30	0.3	24	0.2
TOPLAM	10,956	100.0	11,585	100.0	11,777	100.0

$$X^2 = 9.3, SD = 6, P > 0.05$$

Tablo XXI'den yapılan ameliyatlarda kullanılan anestezi türlerine baktığımızda en fazla genel anestezi altında yapılan ameliyatları görmekteyiz. 1998 yılında 9,356 vakaya (% 85.4), 1999 yılında 10,120 vakaya (% 83.1) ve 2000 yılında 10,149 vakaya (% 86.2) genel anestezi uygulaması yapılarak hastalar ameliyat edilmişlerdir.

Anestezi türlerindeki değişime baktığımızda tablodan da görülebileceği gibi istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2 = 9.3$, $SD = 6$, $P > 0.05$).

Tablo XXII. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde Gerçekleşen Doğumların Yıllara ve Doğumun Oluş Biçimine Göre Dağılımı

Doğum Biçimi	1998		1999		2000	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Normal Doğum	1,621	72.7	1,328	70.6	1,059	66.1
Sezaryen	609	27.3	554	29.4	544	33.9
TOPLAM	2,230	100.0	1,882	100.0	1,603	100.0

$$X^2 = 500.1, SD = 2, P < 0.001$$

Tablo XXII’de Kadın Doğum servisinde gerçekleştirilen doğumların yıllara göre sayıları belirtilmiştir. Doğumlar 1998 yılında 1621 vakada (%72.7), 1999 yılında 1328 vakada (%70.6) ve 2000 yılında 1059 vakada (% 66.1) normal doğum olarak gerçekleşmiştir.

Sezaryen ile doğumlar ise 1998 yılında 609 vakada (%27.3), 1999 yılında 554 vakada (% 29.4) ve 2000 yılında 544 vakada (%33.9) görülmüştür. Sezaryen ile doğumlar tablodan da görüleceği üzere yıllar itibarı ile normal doğuma göre oranının arttığı görülmektedir.

Yıllara göre toplam doğum sayılarına baktığımızda 1998 yılında 2230, 1999 yılında 1882 ve 2000 yılında 1603 doğum vardır. 1998 yılına göre doğumlarda % 28’lik bir azalma görülmektedir. Doğumun oluş biçimine baktığımızda yıllara göre önemli fark olduğu saptanmıştır ($X^2 = 500.1$, $SD = 2$, $P < 0.001$).

Hastanemize yatarak tedavi gören hastalarında görülen ilk 10 hastalık erkekler için Tablo XXIII ve kadınlar için ise Tablo XXIV’de yer almaktadır.

Tablo XXIII. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yılları Arasında Yatarak Tedavi Olan Erkek Hastalarda Görülen İlk 10 Hastalık

Sıra	1998 Yılı			1999 Yılı			2000 Yılı		
	Hast. Kodu	Sayı	%	Hast. Kodu	Sayı	%	Hast. Kodu	Sayı	%
1	A86	937	7.1	A86	2,075	14.2	A86	1,834	12.5
2	A85	607	4.6	AE138	800	5.5	A104	1,106	7.5
3	A83	528	4.0	A104	687	4.7	A111	988	6.7
4	A111	466	3.6	A85	624	4.3	A96	857	5.8
5	A84	465	3.5	A96	610	4.2	AE138	635	4.3
6	A79	456	3.5	A84	558	3.8	A79	580	4.0
7	A104	426	3.2	A79	519	3.6	A137	554	3.8
8	A64	388	3.0	A111	500	3.4	A133	524	3.6
9	A125	373	2.8	A83	486	3.3	A83	440	3.0
10	AE138	372	2.8	A125	476	3.3	A85	411	2.8
	Diğer	8,103	61.9	Diğer	7,251	49.7	Diğer	6,758	46.0
TOPLAM		13,121	100.0		14,586	100.0		14,687	100.0

Erkek hastalarda görülen hastalıklarda 1998 yılında ilk sırayı 937 hasta (%7.1) ile Arter, arteriol ve kapiller hastalıkları yer almaktadır. İkinci sırada 607 hasta (% 4.6) ile Serebro-vasküler hastalıklar görülmekte ve üçüncü sırada ise iskemik kalp hastalıkları yer almaktadır.

1999 yılına baktığımızda ise en fazla Arter, arteriol ve kapiller hastalıkları, daha sonra motorlu taşıt kazalarından kaynaklanan kafatası travmaları ve üçüncü sırada ise sindirim sistemine bağlı diğer hastalıklar sıralanmaktadır. 2000 yılında bu sıralama Arter, arteriol ve kapiller hastalıkları, sindirim sistemine bağlı diğer hastalıklar ve Ürogenital sistemin diğer hastalıkları şeklinde oluşmaktadır.

Tablo XXIV. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yılları Arasında Yatarak Tedavi Olan Kadın Hastalarda Görülen İlk 10 Hastalık

Sıra	1998 Yılı			1999 Yılı			2000 Yılı		
	Hast. Kodu	Sayı	%	Hast. Kodu	Sayı	%	Hast. Kodu	Sayı	%
1	A118	2,079	17.1	A118	2,005	14.2	A118	1,626	11.9
2	A86	585	4.9	A86	670	5.5	A86	1,125	8.3
3	A85	456	3.7	AE138	568	4.7	A110	997	7.3
4	A79	382	3.1	A104	525	4.3	A104	981	7.2
5	A111	367	3.0	A85	505	4.2	A96	735	5.4
6	A83	363	3.0	A96	478	3.8	A79	535	3.9
7	A104	359	2.9	A125	460	3.6	A137	529	3.9
8	A64	335	2.7	A79	449	3.4	A133	418	3.1
9	A84	323	2.6	A117	424	3.3	AE138	402	3.0
10	A117	305	2.5	A111	379	3.3	A85	361	2.6
	Diğer	6,655	54.6	Diğer	6,550	49.8	Diğer	5,915	43.4
TOPLAM		12,209	100.0		13,013	100.0		13,624	100.0

Kadın hastalarda görülen hastalıklarda 1998 yılında ilk sırayı 2079 hasta (%17.1) ile normal komplikasyonsuz doğum vakaları yer almaktadır. İkinci sırada 585 hasta (% 4.9) ile Arter, arteriol ve kapiller hastalıkları görülmekte ve üçüncü sırada ise Serebro-vasküler hastalıklar yer almaktadır.

1999 ve 2000 yıllarına baktığımızda ilk iki sırayı yine normal komplikasyonsuz doğum vakaları ve Arter, arteriol ve kapiller hastalıkları yer almaktadır. 1999 yılında üçüncü sırada kazalara bağlı kafa travmaları yer alırken, 2000 yılında meme hastalıkları görülmektedir.

Tablo XXV. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yılları Arasında Yatarak Tedavi Olan Erkek Hastalarda Ölüm Nedeni Olan İlk 10 Hastalık

Sıra	1998 Yılı			1999 Yılı			2000 Yılı		
	Hast. Kodu	Sayı	%	Hast. Kodu	Sayı	%	Hast. Kodu	Sayı	%
1	A135	55	10.6	AE138	62	9.5	A85	43	8.1
2	A85	52	10.0	A85	60	9.2	AE138	41	7.7
3	A83	39	7.5	A135	51	7.8	A135	41	7.7
4	A84	39	7.5	A84	49	7.5	A104	32	6.0
5	AE138	33	6.4	A86	48	7.3	A83	29	5.5
6	A86	31	6.0	A134	37	5.7	A86	27	5.1
7	A139	31	6.0	A83	34	5.2	A110	26	4.9
8	A64	20	3.9	A104	30	4.6	A84	24	4.5
9	A96	19	3.6	A130	30	4.6	A21	23	4.3
10	A58	18	3.4	A96	29	4.4	A134	22	4.1
	Diğer	182	35.1	Diğer	224	34.2	Diğer	224	42.1
TOPLAM		519	100.0		654	100.0		532	100.0

Tablo XXV’de tıp fakültesi hastanelirnde yatarak tedavi gören erkek hastaların ölüm nedenlerine göre sorguladığımızda 1998 yılında en fazla 55 kişi de perinatal hastalıklardan dolayı ölümler gerçekleşmiştir. İkinci sırada 52 kişi serebro-vasküler hastalıklar ve üçüncü sırada ise 39 kişi ile iskemik kalp rahatsızlıkları yer almaktadır.

1999 yılında ilk sırada 62 kişi motorlu araç kazası sonucunda kafa travması ile ölmüş, daha sonra 60 kişi serobro-vasküler hastalıklardan dolayı, üçüncü sırada ise 51 vaka ile perinatal hastalıklar nedeniyle ölüm görülmüştür.

2000 yılına baktığımızda en fazla 43 vaka ile serobro-vasküler rahatsızlıklardan dolayı ölüm vakası görülmüş, ikinci olarak motorlu taşıt kazası sonucunda kafa

travması nedeniyle 41 vakada ölüm görülmüş ve üçüncü sırada da 41 vaka ile perinatal hastalıklar nedeniyle ölüm vakaları görülmüştür.

Tablo XXVI. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 Yılları Arasında Yatarak Tedavi Olan Kadın Hastalarda Ölüm Nedeni Olan İlk 10 Hastalık

Sıra	1998 Yılı			1999 Yılı			2000 Yılı		
	Hast. Kodu	Sayı	%	Hast. Kodu	Sayı	%	Hast. Kodu	Sayı	%
1	A135	42	13.2	A85	44	11.3	A135	41	12.2
2	A85	30	9.5	AE138	42	10.7	A85	34	10.1
3	A84	29	9.1	A135	32	8.2	A104	22	6.5
4	A83	21	6.6	A84	32	8.2	A110	22	6.5
5	A86	21	6.6	A134	28	7.2	A83	21	6.3
6	A64	16	5.0	A130	26	6.6	AE138	20	6.0
7	AE138	13	4.1	A86	20	5.1	A134	18	5.4
8	A96	11	3.5	A104	18	4.6	A86	15	4.5
9	A104	11	3.5	A83	17	4.3	A21	14	4.2
10	A137	10	3.2	A21	15	3.8	A84	13	3.9
	Diğer	113	35.6	Diğer	117	29.9	Diğer	116	34.5
TOPLAM		317	100.0		391	100.0		336	100.0

Tablo XXVI’de tıp fakültesi hastanelerinde yatarak tedavi gören kadın hastaların ölüm nedenlerine baktığımızda 1998 yılında en fazla 42 kişi de perinatal hastalıklardan dolayı ölümler gerçekleşmiştir. İkinci sırada 30 kişi serebro-vasküler hastalıklardan dolayı ve üçüncü sırada ise 29 kişi ile kalp hastalıklarının diğer sebeplerinden rahatsızlıklarından dolayı ölümler vakaları görülmüştür.

1999 yılında ilk sırada 44 kişi serebro-vasküler hastalıklar sonucunda ölmüş, daha sonra 42 kişi motorlu taşıt kazalarına bağlı kafa travmaları sonucunda ölmüş, üçüncü sırada ise 32 vaka ile perinatal hastalıklar nedeniyle ölüm görülmüştür.

2000 yılına baktığımızda en fazla 41 vaka motorlu taşıt kazalarına bağlı kafa travmaları sonucunda ölüm vakası görülmüş, ikinci olarak serebro-vasküler hastalıklara bağlı 34 vakada ölüm görülmüş ve üçüncü sırada da 22 vaka ile sindirim sistemine bağlı diğer hastalıklar nedeniyle ölüm vakaları görülmüştür.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 1998-2000 yılları arasında yatan hastalara verilen hizmetler incelenmiş ve elde edilen bulgular diğer sağlık kuruluşlarına ilişkin bulgularla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Kayseri il merkezinde 1998 yılında toplam 2148 kullanılan yatak vardı. Bu yatakların % 40.8'i Erciyes Üniversitesi Hastanelerine, % 40.4'ü Devlet Hastanesine, % 14.2'si SSK Hastanesine ve % 4.6'sı Özel Hastanelere aittir. 2000 yılında il geneline göre Erciyes Üniversitesinin yatak kapasite oranı % 42.7'ye yükselmiş, Devlet Hastanesinin % 40.3'e ve SSK'nın % 12.2'ye gerilemiş ve Özel Hastanelerin ise % 4.7'e yükselmiştir.

1991 yılında yapılan bir incelemede ilde askeri ve özel hastaneler dışında 10 tane yataklı tedavi kurumu 1746 yatak ile faaliyet göstermiştir. 10,000 kişiye düşen

yatak sayısı 21.7'dir ve bu yatakların % 40'ı üniversite hastanesine aittir (45). 1997 nüfus sayılarına göre Kayseri'de 10,000 kişiye düşen yatak sayısı 26.0'a ulaşmıştır.

OECD ülkelerinde 1995 yılı verilerine göre 10000 kişiye düşen yatak sayısı oranlarına baktığımızda, ABD 4.1, İngiltere 4.9, Türkiye 2.5, İsveç 6.5, Norveç 13.5, İspanya 4.0, Portekiz 4.1, Yeni Zelanda 7.3, Hollanda 11.3, Meksika 1.2, Japonya 16.2, İtalya 6.5, Almanya 9.7, Fransa 8.9, Belçika 7.6 vb. dir (46). Görüldüğü gibi OECD ülkelerinde en az yatak oranı Türkiye, Meksika gibi az gelişmiş ülkelerde görülmektedir.

1999 yılı itibarı ile Türkiye genelinde toplam 1213 hastanede 169365 yatak bulunmaktadır. Yatakların % 49.6'sı Sağlık Bakanlığı, % 16.0'sı Üniversite Hastaneleri, % 14.2'si SSK Hastaneleri, % 9.4'ü Askeri Hastaneler, % 6.7'si Özel Sektör Hastaneleri ve % 4.1'i Belediye, Azınlık, Dernek ve diğer bakanlıklara bağlı hastanelere aittir (34).

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri 1999 yılı verilerine göre 42 üniversite hastanesi içinde 1050 yatak kapasitesi ile % 4.4'lük bir paya sahiptir (37).

Ülkemizde hastanelerde olduğu gibi hasta yataklarının dağılımında da yurt çapında dengesizlikler vardır. Toplam yatakların % 37'sinin üç büyük ilde bulunması sağlık insangücünün de bu şehirlerde yoğunlaşması ile paralellik göstermektedir (47).

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanelerinde çalışan hekim, hekim dışı sağlık personeli ve idari personel sayısında 1998-2000 yılları arasında önemli bir fark görülmemektedir. Hastanede çalışan personel sayısı 1998 yılında 1199 iken, 1999 yılında 1243 ve 2000 yılında ise 1367 olmuştur. 1998 yılında hekimler tüm personel içinde % 35.4 bir paya sahipken, 2000 yılına ise % 35.8'e yükselmiştir. Sağlık personeli ise 1997 yılında % 44.5 paya sahipken, 2000 yılında % 46.4'e yükselmiştir. İdari ve diğer personel oranında ise % 20.1'den % 17.8'e düşme olduğu görülmektedir.

Tablo VII'de görüldüğü gibi yatarak tedavi gören hastalara hizmet verilirken bir hekime 1998 yılında 60 hasta, 1999 yılında 60 hasta ve 2000 yılında ise 58 hasta düşmektedir. Hekim sayısının artmasından dolayı bir hekime düşen hasta sayısında 1998 yılına göre düşüş görülmektedir.

Tablo VIII'de ise yıllara göre hemşire başına düşen yatan hasta sayılarına baktığımızda, 1998 yılında 63 hasta, 1999 yılında 69 hasta ve 2000 yılında ise 56 hasta

düşmektedir. Hemşire sayısının artması ile 1998 yılına göre bir hemşireye düşen hasta sayısında azalma olmuştur.

Labratuvar ve sağlık teknisyenlerinde Tıp Fakültesi hastanelerine bir teknisyene 1998 yılında 239 hasta, 1999 yılında 288 hasta ve 2000 yılında ise 292 hastaya yükselmiştir. Tablo IX'dan da görüleceği üzere teknisyen sayısında yıllara göre bir azalma vardır.

Tablo X'da görüldüğü gibi hastaneye başvuran poliklinik hasta sayısında yıllara göre bir artış vardır. Bunun yanında yatarak tedavi olan hasta sayısında da bir artış söz konusudur. Polikliniğe müracaat eden hastaların yatış oranlarına baktığımızda 1998 yılında % 12.4, 1999 yılında % 12.7 ve 2000 yılında ise % 13.4 şeklinde artarak gitmektedir.

Kayseri il merkezindeki hastanelerin polikliniklerine müracaat eden hasta sayısı 1998 yılında 1,640,971 yatan hasta sayısı 82,758 dir ve yatış oranı ise % 5.1 olmuştur. 1999 yılında poliklinik sayısı 1,969,090, yatan hasta sayısı 87,581 ve yatış oranı % 4.5 olmuştur. 2000 yılında poliklinik sayısı 1,835,404, yatan hasta sayısı 88,762 ve yatış oranı % 4.8 dir (37).

Sağlık Bakanlığı hastanelerine Türkiye genelinde, 1998 yılında polikliniklere toplam 53,163,176 hasta müracaat etmiş, bunların 2,523,523'ü yatarak tedavi görmüş ve yatış oranı % 4.7 olmuştur. 1999 yılı verilerine baktığımızda ise polikliniklerde toplam 57,161,341 hasta müracaat etmiş, bunların 2,586,129'u yatarak tedavi görmüş ve yatış oranı % 4.5 olmuştur (37).

2000 yılında Türkiye çapında tüm üniversite hastanelerine baktığımızda hasta yatış oranı % 11.8 olmuştur. Bazı üniversitelerde ise, İzzet Baysal Üniversitesi % 29.6, Mersin Üniversitesi % 24.5, Hacettepe Üniversitesi % 18.7, Gazi Üniversitesi % 17.3, Kocaeli Üniversitesi % 15.9, Çukurova Üniversitesi % 13.2, Ege Üniversitesi % 11.3, Dokuz Eylül Üniversitesi % 9.3, Dicle Üniversitesi % 9.0, Ondokuz Mayıs Üniversitesi % 8.4, İnönü Üniversitesi % 7.7, Ankara Üniversitesi % 6.7 ve Cumhuriyet Üniversitesi % 6.4 oranında gerçekleşmiştir.

Ülkeler düzeyinde polikliniğe müracaat eden hastaların yatarak tedavi görme oranlarına bakacak olursak; ABD % 13.7, Almanya % 20.9, Avustralya % 23.0, Belçika % 18.0, Danimarka % 21.2, Fransa % 23.3, Hollanda % 10.9, İngiltere % 15.9, İrlanda % 15.2, İspanya % 9.8, İsveç % 19.5, İtalya % 15.3, Japonya % 8.3, Kanada % 14.0,

Lüksemburg % 19.9, Portekiz % 10.8, Yeni Zelanda % 13.7, Yunanistan % 12.6 ve Türkiye % 5.6'dır (47).

Tablo XI'de görüldüğü gibi servislerin yıllara göre tedavi hizmeti sunulan hasta sayılarındaki değişime baktığımızda anlamlı bir artış olduğu gözlenmektedir ($P < 0.001$). Tablodan da görüleceği üzere en çok hasta tedavi eden dahiliye, kardioloji, pediatri ve kadın doğum servislerinin verdikleri toplam sağlık hizmetini yıllara göre oranladığımızda toplam hastaların, 1998 yılında % 49.9'una, 1999 yılında % 52.7'sini ve 2000 yılında ise % 54.7'sine hizmet verdiğini görmekteyiz. Bu dört servisin yıllara göre hasta sayıları artmıştır. Dahiliye ve kardioloji hastalarında 1999-2000 yıllarında artış oranı daha fazla olmuştur. Bunun nedeni bu yıllarda yeni hizmete giren özel dal hastanelerinin (Kalp-damar hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Diyaliz hastanesi) yatak kapasitesinin ilave olması ile daha fazla hastaya hizmet verme imkanının ortaya çıkmasındandır.

Hastanede yatan hastaların toplam tedavi gördükleri süreler Tablo XII'den baktığımızda, 1998 yılında 25,330 hasta 249,990 gün, 1999 yılında 27,599 hasta 271,511 gün ve 2000 yılında ise 28,310 hasta toplam 280,379 gün süreyle tedavi görmüşlerdir. Toplam yatış süresinde 1998 yılına göre % 12 oranında bir artış olmuştur. Bu artışın oluşması için yatan hasta sayısında ise % 11.8'lik bir artış vardır. Bu iki oranın birbirlerine göre paralellik göstermesi aynı servislerde yatan hastaların benzer tedavi metotları ve süreleri uygulandığı için toplam yattıkları sürelerin de birbirine yakın çıkması doğaldır.

Servislerde yatan hastaların toplam yattıkları süreler tablo XII'den de baktığımızda görülen değişim ve artış istatistiksel yönden de anlamlıdır ($P < 0.001$).

Tablo XIII'de görüldüğü gibi hastane genelinde 1998 ve 2000 yıllarında ortalama yatış süresi 9.9 gün ve 1999 yılında ise 9.8 gün olarak gerçekleşmiştir. Servislere baktığımızda kendi içinde yıllara göre fazla değişmedikleri görülmektedir. Tedavi süreci uzun zaman alan psikiyatri, yanık ve fizik tedavi gibi servisler ortalama olarak en fazla yatış süresi olan servislerdir.

Kayseri ilinde 1998 yılında bir hastanın ortalama yatış gün sayısı Devlet Hastanesinde 5.8, Nuh Naci Yazgan Göğüs Hastalıkları Hastanesinde 14.4, SSK Hastanesinde 4.0, özel sağlık kuruluşlarında ise 2.1 civarındadır. Kayseri ili genelindeki tüm hastanelerde 1998 yılı ortalama yatış süresine baktığımızda 5.8 olduğunu

görmekteyiz. 2000 yılında ise Devlet Hastanesinde 6.1, Nuh Naci Yazgan Göğüs Hastalıkları Hastanesinde 13.7, SSK Hastanesinde 4.0, özel sağlık kuruluşlarında ise 1.5 civarındadır. Kayseri ili genelindeki tüm hastanelerde 2000 yılı ortalama yatış süresine baktığımızda 5.9 olduğunu görülmektedir (37).

Türkiye genelinde tüm hastanelerdeki ortalama yatış sürelerine yıllara göre bakacak olursak, 1998 ve 1999 yılında 6.0 gün, 2000 yılında ise 6.7 gün olarak hesaplanmış, sadece Türkiye genelinde üniversiteleri göz önüne aldığımızda ortalama yatış süresi 1998 yılında 9.4 gün, 1999 yılında 9.5 gün ve 2000 yılında ise 9.3 gün olarak hesaplanmıştır (37).

2000 yılında üniversitelerden bazılarında ortalama yatış süresine baktığımızda Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesinde 12.1, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 6.5, Başkent Üniversitesi Ayaş Fizik Tedavi ve Reh. Hastanesinde 20.8, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde 11.7, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 9.8, Cumhuriyet Üniversitesinde 11.2, Konya Selçuk Üniversitesi hastanesinde 10.0'dır.

Yapılan bir incelemeye göre, Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ortalama yatış süresi 1997 yılında 9.61 olarak hesaplanmıştır. Eskişehir Devlet Hastanesinde 1997 yılında ortalama yatış süresi 6.55 gündür (44).

Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Standardını Gözden Geçirme Komitesine göre ortalama hastane kalış gün sayısı 6-10 arasında değişmektedir. Hastanelerde ortalama kalış gün sayısının azaltılması ile verimde artış sağlanabilmektedir.

Bazı ülkelerdeki ortalama yatış sürelerine baktığımızda, ABD 9.3, Almanya 16.6, Belçika 16.3, Danimarka 8.6, Fransa 13.5, Hollanda 34.7, İngiltere 15.0, İrlanda 8.1, İsveç 20, İtalya 10.9, Japonya 52.1, Kanada 13.2, Yeni Zelanda 13.7, Portekiz 12.2, Yunanistan 11.0 ve Türkiye 5.6'dır.

Tablo XIV'de görüldüğü gibi servislere göre günlük ortalama hasta sayılarına baktığımızda hastane genelinde 1998 yılında 555.2, 1999 yılında 560.5 ve 2000 yılında 519,4 hasta yattığını görmekteyiz. Servislerdeki hasta sayılarındaki ortalama değişime baktığımızda anlamlı bir fark bulunamamıştır ($P>0.05$).

Kayseri ili genelindeki hastanelerde yatak devir hızlarına baktığımızda 1998 yılında 40.1, 1999 yılında 37.2 ve 2000 yılında ise 36.9 olmuştur. Türkiye genelinde ise yatak devir hızları 1998 yılında 35.7, 1999 yılında 36.4 ve 2000 yılında ise 34.2 dir.

Türkiye'deki tüm üniversite hastanelerinin yatak devir hızlarına baktığımızda 1998 yılı için 27.3, 1999 yılı için 27.8 ve 2000 yılı için ise 28.6 olarak hesaplanmıştır. Bazı üniversite hastanelerinin 2000 yılındaki yatak devir hızına bakacak olursak, Dokuz Eylül Üniversitesi 57.1, Akdeniz Üniversitesi 46.4, Marmara Üniversitesi 42.4, Uludağ Üniversitesi 38.1, Fırat Üniversitesi 34.4, Çukurova Üniversitesi 29.4, Konya Selçuk Üniversitesi 27.7, Ege Üniversitesi 26.7, Hacettepe Üniversitesi 24.4, Osman Gazi Üniversitesi 24.2, Trakya Üniversitesi 16.4 şeklinde sıralanmaktadır.

Hastane yataklarının etkin ve ekonomik kullanımını belirleyen, yatak işgal oranı ve ortalama hastanede kalış gün sayısı ile ilgili olan yatak devir hızının düşük bir değer olmaması gerekmektedir (49).

Tablo XV'de yatak işgal oranlarına baktığımızda tüm hastane genelinde 1998 yılı için % 78.2, 1999 yılı için % 70.8 ve 2000 yılı için ise % 71.1 olarak hesaplanmıştır. Dahiliyenin 1998 yılındaki, kardiyolojinin ise 2000 yılındaki yatak işgal oranı % 100 olarak gerçekleşmiştir. Bu değerler bu servislerdeki yatakların ilgili yıllarda hiç boş kalmadan yatak boşaldığında hemen diğer hastanın yatırılmasından dolayı kaynaklanmıştır. Daha sonraki yıllarda bu servislerle ilgili branş hastaneleri devreye alınınca tablodan da gözlenebileceği gibi yatak işgal oranları önemli ölçüde düşmüştür. 1998-2000 yıllarında servislerin yatak işgal oranlarının ortalamasını aldığımızda en yüksek işgal oranı % 91.2 ile üroloji servisinde, ikinci olarak % 90.5 ile intaniyede ve üçüncü olarak % 90.1 ile Kulak-Burun-Boğaz servisinde olmuştur.

Kayseri ili genelinde baktığımızda yatak işgal oranları şu şekilde gerçekleşmiştir. 1998 yılında % 64.0, 1999 yılında % 59.2 ve 2000 yılında ise % 59.8'dir. Türkiye geneline baktığımızda 1998 yılında % 59.0, 1999 yılında % 59.4 ve 2000 yılında ise % 62.7 olarak hesaplanmıştır.

Türkiye'deki üniversite hastaneleri genelinde baktığımızda 1998 yılında % 69.9, 1999 yılında % 72.1 ve 2000 yılında ise % 72.9 şeklinde yatak işgal oranlarını görmekteyiz. 2000 yılı verilerine göre bazı üniversitelere göz atacak olursak, Marmara Üniversitesi Hastanesi % 96.1, İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi % 94.6, İnönü Üniversitesi Hastanesi % 92.1, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi % 83, Selçuk

Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi % 75.9, 19 Mayıs Üniversitesi Hastanesi % 71.6, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi % 68.3, Osman Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi % 67.4'dir (37).

Bazı ülkelerdeki yatak işgal oranlarına baktığımızda ABD % 69.5, Almanya % 86.5, Belçika % 86.7, Danimarka % 82.2, Fransa % 80.4, Hollanda % 88.5, İngiltere % 80.0, İspanya % 77, İtalya % 70.3, Japonya % 83.6, Kanada, Norveç % 85.0, Portekiz % 69.4, Yunanistan % 72.0 ve Türkiye % 58.0 şeklinde sıralanmaktadır.

Yatak işgal oranının % 80 dolayında olması normal karşılanmaktadır. Yatak işgal oranı gelişmiş ülkelerde % 80-85 oranında değişirken (43), Türkiye'de 2000 yılı için yatak işgal oranı % 62.7 dir.

Tablo XVI'da görüldüğü gibi yatak devir aralıklarına baktığımızda hastane genel ortalaması 1998 yılında 2.7 gün, 1999 ve 2000 yıllarında ise 4.0 gün olmuştur. Servislerin 1998-2000 yıllarının ortalamalarını aldığımızda 11.6 günle çocuk cerrahi servisi, 11.5 günle plastik cerrahi ve dermatoloji ve 11.3 günle yanık servisi ilk sıraları almıştır. En az devir aralığı da 0.7 günle intaniye servisinde.

Kayseri iline baktığımızda tüm hastaneler genelinde 1998 yılında yatak devir aralığı 3.3 gün, 1999 ve 2000 yılında ise 4.0 gün şeklinde görülmektedir. Erciyes üniversitesi hastaneleri ile bir paralellik sergilemektedir.

Türkiye genelinde yatak devir aralıkları 1998 yılında 4.2 gün, 1999 yılında 4.1 gün ve 2000 yılında 4.0 gündür. Üniversite hastanelerinin tümünü göz önüne aldığımızda 1998 yılında 4.0 gün, 1999 yılında 3.7 gün ve 2000 yılında ise 3.5 gün olmuştur. Üniversiteler içinde en fazla devir aralığına sahip üniversite hastanesi Başkent Üniversitesi Ayaş Fizik Tedavi hastanesidir (16.9 gün). En düşük devir aralığı ise Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde (0.3 gün) görülmüştür.

Tablo XVII'de görüldüğü gibi hastanede gerçekleşen ölümler 1998 yılında 836 vakada, 1999 yılında 1045 vakada ve 2000 yılında ise 868 vakada gerçekleşmiştir. Ölüm sayılarında yıllara göre değişime baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P>0.05$).

1998-2000 yıllarında olan ölümlerin ortalamasını aldığımızda en fazla pediatri servisinde (327 ölüm), daha sonra dahiliye servisinde (183 ölüm) ve üçüncü olarak nöroloji servisi (115 ölüm) sıralanmaktadır.

Kayseri ilinde 1998 yılında toplam 1229 kişi, 1999 yılında 1428 kişi ve 2000 yılında da 1232 kişi ölmüştür.

Hastanede gerçekleşen ölümlerin kaba ölüm hızlarına Tablo XVIII'e bakacak olursak, 1998 yılında % 4.6, 1999 yılında % 4.3 ve 2000 yılında % 4.3 olduğunu görmekteyiz. 1998 yılına göre kaba ölüm hızında % 0.3'lük bir azalma söz konusudur.

İl genelinde ise 1998 yılında ‰ 14.3, 1999 yılında ‰ 15.7 ve 2000 yılında ise ‰ 13.2 şeklinde kaba ölüm hızları gözükmektedir. 1998 yılında 2000 yılına kadar kaba ölüm hızında ‰ 1.1'lik bir azalma söz konusudur. 2000 yılında Kayseri ili içindeki bazı hastanelerdeki kaba ölüm hızlarını hesaplayacak olursak, Devlet Hastanesinde ‰ 8.5, Nuh Naci Yazgan Göğüs Hastanesi ‰ 15.7, SSK ‰ 3.7 ve Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanelerinde ‰ 43.2 şeklindedir.

Üniversitede kaba ölüm hızının diğer hastanelere göre yüksek çıkmasının sebebi Tıp Fakültesi hastanesi ilde ve bölgede referans hastanesi niteliğindedir. Bundan dolayı ağır ve problemlili vakalar gelmekte ve dolayısıyla ölüm vakaları daha fazla görülmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Standartlarını Gözden Geçirme Komitesine göre hastane kaba ölüm hızının ‰ 30'u geçmemesi gerekmektedir.

Ülke genelinde baktığımızda 1998 yılında ‰ 17.5, 1999 yılında ‰ 17.2 ve 2000 yılında ise ‰ 17.3 şeklindedir. Üniversite hastanelerini baz aldığımızda ise kaba ölüm hızları 1998 yılında ‰ 33.4, 1999 yılında ‰ 33.0 ve 2000 yılında ise ‰ 32.2 olmuştur. Bazı üniversite hastanelerine 2000 yılına baktığımızda kaba ölüm hızları, Karadeniz Üniversitesi ‰ 58.7, Dicle Üniversitesi ‰ 55.6, Çukurova Üniversitesi ‰ 53.8, Uludağ Üniversitesi ‰ 47.0, Osman Gazi Üniversitesi ‰ 41.0, Ankara Üniversitesi 35.9, Ege Üniversitesi ‰ 31.2 ve Hacettepe Üniversitesi ‰ 26.3'tür.

Tablo XIX'da görüldüğü gibi 1998 yılında hastanede 10956 kişi, 1999 yılında 11585 kişi ve 2000 yılında 11777 kişi ameliyat olmuştur. Yıllara göre ameliyat olan hasta sayısında bir artış vardır. Fakat ameliyat hızlarına baktığımızda 1998 yılında % 43.3, 1999 yılında % 42.0 ve 2000 yılında ise % 41.6 şeklinde gerilemiştir.

Kayseri ilinde yapılan ameliyatlara baktığımızda 1998 yılında 23,184 kişi, 1999 yılında 25,799 kişi ve 2000 yılında ise 27,504 kişi ameliyat olmuştur. Yıllara göre ameliyat olma sayısında bir artış vardır. Ameliyat hızları da benzer şekilde artmıştır.

Türkiye genelinde ameliyat hızlarına baktığımızda 1998 yılında % 31.0, 1999 yılında % 30.1 ve 2000 yılında ise % 32.9 oranında gerçekleşmiştir. Üniversiteleri baz aldığımızda, ameliyat hızları 1998 yılında % 43.4, 1999 yılında % 43.9 ve 2000 yılında ise % 44.6 şeklinde görülmektedir.

Bu sonuçlara göre üniversite hastanelerindeki ameliyat hızları birbirleriyle paralellik göstermektedir. Bunun yanında Türkiye ve Kayseri genelinde yapılan ameliyatların hızları ise bir hayli düşük kalmaktadır.

Tablo XX'de görüldüğü üzere, yapılan ameliyatlar servislere göre dağıtılmıştır. Ameliyat sayılarının servislere göre dağılımındaki artışa baktığımızda anlamlı bir fark görülmektedir ($P < 0.01$).

Yıllara göre yapılan ameliyat sayıları artmıştır. Üç yılın ortalaması göz önüne alınarak bakacak olursak sırasıyla en fazla ortopedi servisi, daha sonra genel cerrahi servisi ve üçüncü sırada da çocuk cerrahi servisinin ameliyatlarının olduğunu görürüz. En az ameliyat yapılan servislerde üroloji servisi, plastik cerrahi ve göğüs kalp damar cerrahisidir.

Tablo XXI'de yapılan ameliyatlarda kullanılan anestezi türlerinin dağılımına baktığımızda, genel anestezi kullanılarak yapılan ameliyat sayısı 1998 yılında 9356, 1999 yılında 9995 ve 2000 yılında ise 10149 şeklinde artmıştır. Buradaki artış oranı % 9 olmuştur. Lokal anestezi, spinal anestezi ve diğer anestezi yöntemleri yıllara göre benzer artışlar göstermiştir.

Anestezi yöntemlerinin sayısının yıllara göre artışına baktığımızda önemli bir fark olmadığı görünmektedir ($P > 0.05$).

Tablo XXII'de görüldüğü gibi kadın doğum servisinde gerçekleştirilen doğumların yıllara göre dağılımı mevcuttur. Tabloyu incelediğimizde, 1998 yılında 2230 doğum varken, 2000 yılında 1603 doğum olmuştur. Burada doğumlarda % 28 azalma olmuştur.

Doğumun oluş biçimine baktığımızda üç yılın ortalamasına aldığımızda % 70.1 oranında normal doğum, % 29.9 oranında ise sezaryen doğum olduğunu görmekteyiz. 1998 yılında sezaryenle yapılan doğumların hızına baktığımızda % 27.3 iken, 1999 yılında % 29.4'e ve 2000 yılında ise % 33.9'a yükselmiştir. 1998 yılını baz aldığımızda sezaryenle yapılan doğumların hızında % 6.6'lık bir artış olduğu gözlenmektedir.

Kayseri ilinde hastanelerde gerçekleştirilen doğum sayısı 1998 yılında toplam 19,526, 1999 yılında 20,657 ve 2000 yılında 20,076 olmuştur. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi il genelinde yapılan doğumların yaklaşık % 9'unu gerçekleştirdiğini söylemek mümkündür.

Türkiye genelinde hastanelerde 1998 yılında 855,016 doğum, 1999 yılında 883,996 doğum ve 2000 yılında ise 921,409 doğum gerçekleştirilmiştir.

Tablo XXIII'de görüldüğü gibi 1998-2000 yılları arasında erkeklerde en fazla görülen hastalık 1998 yılında % 7.1, 1999 yılında % 14.2 ve 2000 yılında ise % 12.5 oranında Arter, arterior ve kapiller hastalıkları (A86) şeklindedir.

Tıp fakültesi hastanesinde 1998-2000 yıllarında kadın hastalarda görülen hastalıklara baktığımızda doğum vakalarını hariç tuttuğumuzda en fazla Arter, arterior ve kapiller hastalıkları (A86) görülmüştür.

Eskişehir Devlet Hastanesinde yapılan bir araştırmaya göre ise erkekler ve kadın hastalarda 1991-1997 yılları arasında en fazla beyin damarlarının-serebro vasküler-kanama, tıkanma vb. hastalıkları (A86) gözlenmiştir (44).

Tablo XXV ve XXVI'da görüldüğü gibi Tıp Fakültesi hastanelerinde yatarak tedavi gören hastaların ölüm nedenlerine baktığımızda erkek ve kadın hastalarda 1998-2000 yılları arasında en fazla serebro-vasküler hastalıklar ilk sırayı daha sonra motorlu taşıt kazalarından kaynaklanan kafa travmalarına bağlı ölümler gelmektedir.

1991 yılında Kayseri ilinde yapılan bir araştırmaya göre ölüme neden olan hastalıklar erkeklerde en fazla sırasıyla kalp hastalığı, serebro-vasküler hastalıklar ve iskemik kalp hastalıkları yer almaktadır. Ayrıca kadınlarda ise bu sıralama görülen kalp hastalığı serebro-vasküler hastalıklar ve perinatal nedenler şeklinde sıralanmıştır (6).

Yapılan bu çalışmada, hastane hizmetlerinin değerlendirme kriterleri arasında yer alan bazı hususlara ilişkin bilgiler hesaplanamamıştır. Bunlar;

- Gereksiz Ameliyat Hızı,
- Enfeksiyon Hızları (Kaba Enfeksiyon Hızı, Net Enfeksiyon Hızı, Ameliyat Sonrası Enfeksiyon Hızı),
- Anestezi Ölüm Hızı,
- Ameliyat Sonrası Ölüm Hızı,

- Uygulanan radyolojik, patolojik, biyokimya, mikrobiyoloji vb. tetkiklerinin dağılımı,

Yukarıda sıralanan kriterlerin hesaplanamamasının en önemli sebebi bu işlemlere ilişkin verilerin ya hiç tutulmaması yada çok yetersiz ve dağınık bir yapıda tutulmasından kaynaklanmaktadır. Kayıtların doğru ve belirli prensiplere göre tutulması verilen hizmetin değerlendirilmesi açısından çok önemlidir.

Bu araştırmada ortaya konan bulguların bir çoğu Türkiye'deki benzer hastanelerle bir paralellik sergilemektedir. Bazı parametrelerde görünen ufak farklılıkların Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin geniş bir sahaya hizmet vermesinden kaynaklanmaktadır. Buna rağmen ortaya koyduğu kapasite ve ekipman artışından dolayı her geçen yıl daha etkin ve kaliteli bir hizmet sunduğunu gözlemekteyiz. Hastanede tutulan verilerin eksikliğinden dolayı daha net olarak söyleyememekle beraber, elde edilen veriler doğrultusunda verilen hizmetler WHO'nun standartları ile karşılaştırıldığında benzerlikler göstermektedir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- Verilen her türlü hizmet kayıt altına alınmalı ve yöneticiler tarafından kayıtların doğru tutulmasının önemi vurgulanmalı ve bunun için insanlar teşvik edilmelidir. Unutulmamalıdır ki doğru bilgi doğru kararın en büyük destekçisidir.
- Verilerin doğru ve düzenli tutulmasını sağlamak üzere yönetim sistematik olarak denetimlerde bulunmalıdır.
- Kaliteli hizmet sunulmasında hekim, hemşire, sağlık personeli ve diğer personelin eksikliği giderilmeli, sayı ve nitelik yönünden yeterli hale getirilmelidir.
- Hastanelerde kullanılan 150 Başlıklı Hastalık listesinden vazgeçilip, daha çağdaş bir düzenlemeye sahip 999 Başlıklı Hastalık listesi kullanılmalı ve buna ilişkin bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır.
- Ayrıca bu hastalık kodlamaları sadece klinik hastaları için değil poliklinik hastaları için de uygulanmalıdır.

6. KAYNAKLAR

1. Tümerdem Y: Halk Sağlığı II (Toplum Hekimliği). İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi Üniversite Yayın No 3626, Fakülte Yayın No 183, İstanbul 1992, ss 21-117.
2. Özgen H ve Öztürk A, Devlet Hastanelerinde Karşılaşılan Yönetim Sorunları ve Bir Model Önerisi, Milli Prodüktivite Merkezi Verimlilik Dergisi, 1994:1:17-24.
3. Tokat M, Sağlık Sektörü ve Verimlilik, Milli Prodüktivite Merkezi Verimlilik Dergisi, Özel Sayı, Ankara, 1990, ss 42-55.
4. Canpaş M, Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin Hastane Hizmetlerinin 1985-1995 Yıllarına Göre İstatistiksel Yöntemlerle Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, OĞÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, 1997.
5. WorldHealth Organization Regional Office for Europe: Health for all Europe on Epidemiological Review, Copenhagen 1990, pp 5-47.
6. Çetinkaya F: Kayseri İl'in de 1991 Yılında Rutin Kayıtlara Göre Mevcut Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Kayseri 1992.

7. WHO Terminology for the European Health Policy Conference: Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994, pp 16-21.
8. Bertan M, Güler Ç: Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 1995, ss 371-387.
9. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. , SSYB, Ankara 1961, ss 1-69.
10. Roberts, JL: Terminology for the WHO Conference on European Health Care Reform. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996, pp 46-51.
11. Tümerdem Y: Halk Sağlığı I (Toplum Hekimliği). İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi Üniversite Yayın No 3625, Fakülte Yayın No 182, İstanbul 1992, ss 3-167.
12. Schulz R, Johnson AC: Management of Hospitals. Mc Graw-Hill Inc. New York 1976, p 30.
13. Judwing VB: General Systems Theory. Number 8, 1987, p 27.
14. Dever A: Community Health Analysis, A Holistic Approach, Aspen systems corporation. Germantown, Maryland, London 1980, p13.
15. Freeman HE, Levine S, Reeder LG: Handbook of Medical Sociologys. Prentice Hall Inc. Englewood Cliffs 1976, pp 131-132.
16. Eren N: Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1987, s 131.
17. SSYB: Yataklı Tedavi Kurumları İstatistiksel Yıllığı (1989), Ankara 1990, s 12.
18. Fişek N: Halk Sağlığına Giriş. HÜ ve DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No 2, Ankara 1983.
19. Ünver Ç, Sağlık Hizmetlerinde Yöneylem Araştırması, ODTÜ, Ankara 1982, s 158.
20. Akın Ü, Aksoy S: Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım, MPM Yayını, Ankara, 1985, s 10.
21. Dirican R: Toplum Hekimliği. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1990, ss 76-93.
22. Özgen H: “Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı ve Türkiye’deki Uygulamalar”, Hastane İşletmeciliği, Eskişehir, 1995, s 73.
23. T.C Sağlık Bakanlığı, 1.Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları, Ankara, 1992, s 193.
24. SSYB, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmenliği, Ankara, 1973, Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğü Yayını, No: 285, s 4.
25. Brown, R.E. “Evaluating Hospital Administration” , Hospitals, Vol.35, No.19, ss. 155-161, October 1961.

26. Alpugan O: "Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler", Hastane İşletmeciliği, Eskişehir, 1995, s 160.
27. Menderes M: "Sağlık Kurumlarında Muhasebenin Önemi", Hastane İşletmeciliği, Eskişehir, 1995, s 311.
28. Ak B, Hastane Yöneticiliği, Ankara, 1990, ss 75-76.
29. Kurtulmuş S: Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, 1998, s 233-245.
30. Menderes M, Ersoy K: "Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi", Hastane İşletmeciliği, Eskişehir, 1995, s 62.
31. Weisbrod, Burton A: "Competition in Health Care: A Cautionary View", Institute for Research on Poverty Discussion Paper, University of Wisconsin, 1991, ss 1-18.
32. Erdoğan S, Ekuklu G: "Almanya Sağlık Sistemi", Toplum ve Hekim, 1995:9:64-65.
33. Devlet Planlama Teşkilatı: Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-94, Ankara, 1989, ss 12-46.
34. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri, Ankara, 1999, ss 4-81.
35. Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü: Sosyal Sigortalar Kurumu 1988-1990 Faaliyetleri, Yayın No 528, Ankara, 1991, ss 7-34.
36. Bodur S: Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri, Türk Aile Ansiklopedisi, TC Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, C:3, Ankara 1991, ss 17-22.
37. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri, Ankara, 2000, ss 1-93
38. Soyer A, Belek İ: Türkiye'de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme, Toplum ve Hekim, 1998:3:35-45
39. Cilingiroğlu N, Sağlık Ekonomisi: Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Sağlık Vakfı, Ankara, 1995, ss 391-419.
40. Seçim H: Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No 130, Eskişehir, 1985, s 5.
41. Soysal M, Gülnihal TK, Emre A, Hameşoğlu S, Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı, Ankara, 1993, s 72.
42. Öztürk A, Hastane İşletmelerinde Yönetim ve Organizasyon, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü, Adana, 1991, s 16.
43. Sümbüloğlu K, Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler, Ankara, 1994, ss 177-239
44. Er A, Eskişehir Devlet Hastanesi'nin Hastane Hizmetlerinin 1990-1997 Yıllarına Göre İstatistiksel Yöntemlerle Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, 1998.

45. Çetinkaya F, Öztürk Y, Kayseri İlinde 1991 Yılında Sağlık Kurumları, Sağlık İnsangücü ve Sağlık Kurumlarına Başvuru ile İlgili Mevcut Durum Değerlendirmesi, XI.Gevher Nesibe Tıp Günleri Kongre Kitabı, Kayseri, 1993, s 107.
46. Hayran O, Sur H, Hastane Yöneticiliği, Nobel Kitabevi, İstanbul, 1997, s 39.
47. Yıldırım, S, Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, DPT Yayın No 2350, Ankara, 1994.
48. Günaydın G, Türkiye’de Sağlık Sektörünün Ekonomik Etkinliği, Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, 1994.
49. Tokat M, Kısaer H, Hastanelerde Maliyet Etkinlik ve Performans Analizi, Milli Produktivite Merkezi Yayınları, Ankara, 1991, s 1-74.



ÖZGEÇMİŞ

1969 yılında Kayseri ili Felahiye ilçesi Taşlık Köyü'nde doğdu. İlkokulu 1979 yılında Taşlık Köyü İlkokulu'nda, ortaokulu 1983 yılında Kayseri Sümer Ortaokulu ve liseyi 1986 yılında Kayseri Sümer Lisesi'nde bitirdi.

Daha sonra Ankara Üniversitesi Kastamonu Meslek Yüksek Okulu Bilgisayar Programcılığı'ndan 1988 yılında, Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi İktisat Bölümü'nünden 1993 yılında mezun oldu. 1989-1993 yılları arasında özel sektörde programcı olarak çalıştı.

1994 yılında Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Biyoistatistik Yüksek Lisans programına başladı. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilgi İşlem Merkezi'nde 1993 yılından beri analist-programcı olarak çalışmaktadır. Evli ve bir kız çocuğu babasıdır.

EK 1 : HASTALIKLARIN 150 BAŞLIKLİ “A” LİSTESİNE GÖRE KODLANMASI**KOD NO HASTALIK ADLARI**

A1	Kolera
A2	Tifo
A3	Paratifolar ve diğer salmonella enfeksiyonları
A4	Basilli dizanteri ve amibiyazis
A5	Enterit ve diğer diyare hastalıkları
A6	Solunum sistemi hastalıkları
A7	Menenjitlerin ve merkezi sinir sisteminin tüberkilozu
A8	Barsak, periton ve mezenter ganglionları tüberkilozu
A9	Kemik ve eklem tüberkilozu
A10	Diğer tüberkilozlar (sonraki etkileri dahil)
A11	Veba
A12	Şarbon
A13	Brüseloz
A14	Cüzzam
A15	Difteri
A16	Boğmaca
A17	Streptikok anjini ve kızıl
A18	Yılancık (erizipel)
A19	Menengokok enfeksiyonu
A20	Tetanoz
A21	Bakterilerin diğer hastalıkları
A22	Akut poliomyelit
A23	Akut poliomyelitin sonraki sekelleri
A24	Çiçek
A25	Kızamık
A26	Sarı humma
A27	Viral ensefalit
A28	Enfeksiyöz hepatit

A29	Virüslerin diğer hastalıkları
A30	Tifüs ve diğer riketsiya hastalıkları
A31	Sıtma
A32	Tripanasomiyazis
A33	Tekrarlayan ateş (relapsing fever)
A34	Doğuştan frengi
A35	Erken frengi semptomatik
A36	Merkezi sinir sistemi frengisi
A37	Diğer firengiler
A38	Gonokok enfeksiyonları
A39	Şistozomiyazis
A40	Hidatik hastalık
A41	Flariyal enfeksiyon
A42	Antilotomyaz
A43	Barsak kurtlarından doğan diğer hastalıklar
A44	Diğer enfeksiyon ve parazit hastalıkları
A45	Ağız boşluğu ve farenksin habis uru
A46	Özofagusun habis uru
A47	Midenin habis uru
A48	Barsakların habis uru
A49	Rektum ve rektosigmoid bağlantının habis uru
A50	Larenksin habis uru
A51	Trake bronş ve akciğerlerin habis uru
A52	Kemiğin habis uru
A53	Derinin habis uru
A54	Memenin habis uru
A55	Rahim boyunun habis uru
A56	Rahimin habis uru
A57	Prostatın Habis uru
A58	Vücutun diğer belirtilmeyen yerlerindeki habis urlar
A59	Lösemi
A60	Lenfatik ve hemotopoetik dokuların diğer urları
A61	Selim urlar ve cinsi belirtilmeyen urlar
A62	Toksik olmayan guatr
A63	Guatrlı ve guatrsız tirotoksikoz

A64	Şekerli diyabet
A65	Vitaminsizlik ve diğer beslenme yetersizlikleri
A66	Diğer iç salgı bezi ve metabolizma hastalıkları
A67	Anemiler
A68	Kan ve kan yapan organların diğer hastalıkları
A69	Psikozlar
A70	Nevrozlar, kişilik bozuklukları, diğer psikotik olmayan zeka bozuklukları
A71	Zeka geriliği
A72	Menenjit
A73	Multiple skleroz
A74	Epilepsi
A75	İltihaplı göz hastalıkları
A76	Katarakt
A77	Glokom
A78	Orta kulak iltihabı ve mastoidit
A79	Sinir sistemi ve duyu organlarının diğer hastalıkları
A80	Aktif eklem romatizması
A81	Kronik romatizmal kalp hastalıkları
A82	Hipertansiyon
A83	İskemik kalp hastalığı
A84	Kalp hastalıklarının diğer şekilleri
A85	Serebro-vasküler hastalıklar
A86	Arter, arterior ve kapiller hastalıkları
A87	Ven trombozu ve embolizm
A88	Dolaşım sisteminin hastalıkları
A89	Akut solunum yolu enfeksiyonları
A90	Grip
A91	Viral pnömoni
A92	Diğer pnömoniler
A93	Bronşit, amfizem ve astma
A94	Tonsil ve adenoid hipertrofisi
A95	Ampiyem ve akciğer hastalıkları
A96	Solunum sisteminin diğer hastalıkları
A97	Diş ve dişi taşıyan dokuların hastalıkları
A98	Peptik ülser

A99	Gastrik ve düödonit
A100	Apandisit
A101	Barsak tıkanması ve fitik
A102	Karaciğer sirozu
A103	Safra taşı ve kolesistit
A104	Sindirim sisteminin diğer hastalıkları
A105	Akut nefrit
A106	Diğer nefrit ve nefrozlar
A107	Böbrek enfeksiyonu
A108	Üriner sistemde taş
A109	Prostat hiperplazi
A110	Meme hastalıkları
A111	Ürogenital sistemin diğer hastalıkları
A112	Gebelik ve lohusalık toksemileri
A113	Gebelik ve doğum kanamaları
A114	Kanuni yoldan çocuk düşürme
A115	Diğer ve belirtilmeyen çocuk düşürmeler
A116	Doğum ve lohusalık enfeksiyonları
A117	Gebelik, doğum ve lohusalık sırasındaki diğer komplikasyonları
A118	Komplikasyosuz normal doğum
A119	Deri ve derialtı dokusunun enfeksiyonları
A120	Deri ve derialtı dokusunun diğer hastalıkları
A121	Artrit, spondilit
A122	Eklemde ilgili olmayan belirtilmeyen romatizma
A123	Osteomiyelit ve periostit
A124	Ankiloz ve sonradan olma iskelet-kas deformiteleri
A125	İskelet-kas sistemi ve bağ dokusunun diğer hastalıkları
A126	Spina bifida
A127	Doğuştan kalp bozuklukları
A128	Dolaşım sisteminin doğuştan diğer bozuklukları
A129	Yarık damak ve yarık dudak
A130	Doğuştan olma diğer bütün bozukluklar
A131	Doğum travması ve güç doğum
A132	Plesanta ve kordonun bozuk durumları
A133	Yenidoğan hematolojik hastalığı

- A134 Başka yerde sınıflandırılmayan anoksik ve hipoksik durumlar
A135 Perinatal hastalık ve ölümlerin nedenleri
A136 Psikozdan söz edilmeksizin ihtiyarlık
A137 Semptomlar ve iyice belirtilmeyen diğer nedenleri

TRAVMANIN DIŞ NEDENLERİ

- AE138 Motorlu taşıt kazaları
AE139 Diğer taşıt kazaları
AE140 Kaza sonucu zehirlenme
AE141 Kaza sonucu düşme
AE142 Yangınların sebep olduğu kazalar
AE143 Kaza sonucu suda boğulma ve suya düşme
AE144 Ateşli silahlardan doğan kazalar
AE145 Endüstriyel kazalar
AE146 Diğer bütün kazalar
AE147 İntihar ve kendini yaralama
AE148 Adam öldürme, başkaları tarafından kasten yaralanma
AE149 Kaza sonucu veya kasıtlı olduğu belirtilmeyen travmalar
AE150 Harp hareketinden doğan travmalar

TRAVMANIN CİNSİ

- AN138 Kafatası kırığı
AN139 Belkemiği ve gövde kemiklerinde kırık
AN140 Ekstremitte kırıkları
AN141 Kırıksız çıkık
AN142 Eklemler ve bitişik kasların burkulma, incilmeleri
AN143 Kafa içi travması
AN144 Göğüs, karın ve pelvisin iç travmaları
AN145 Yırtıklar ve yaralar
AN146 Yüzeysel travmalar, deri yüzeyini bozmayan kontizyonlar ve çürükler
AN147 Vücudun boşluklarından giren yabancı cisimler
AN148 Yanıklar
AN149 Kimyasal maddelerin ters etkileri
AN150 Diğer ve belirtilmeyen dış nedenlerin etkisi