

18 OECD Ülkesinde 2002-2018 Yılları Arası Kişi Başı Ortalama Hasta Muayene Sürelerinin Karşılaştırılması

İletişim / Correspondence:

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof
Yozgat Bozok Üniversitesi, Yozgat
cirakli@hacettepe.edu.tr

Geliş Tarihi: 24.06.2020

Kabul Tarihi: 29.06.2020

Received Date: 24.06.2020

Accepted Date: 29.06.2020

Anahtar Kelimeler:

Hasta muayene süresi, Türkiye, OECD ülkeleri, Pratik kapasite.

Keywords:

Patient examination time, Turkey, OECD countries, Practical capacity.

Özet

Bu çalışma, Türkiye de dahil olmak üzere 18 OECD ülkesinde hasta muayene sürelerinin 2002-2018 yılları arasındaki gelişimini ortaya koymak ve söz konusu yıllar arasında ortalama muayene sürelerini karşılaştırmalı olarak sunmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca 2002-2018 yılları arasında 18 OECD ülkesinde muayene sürelerindeki değişim ile hekim sayısı ve sağlık kurumlarına başvuru sayıları arasında ilişkilerin irdelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında, muayene sürelerinin karşılaştırılmasında bir sağlık kurumunun pratik veya gerçekleştirilebilir kapasitesi dikkate alınarak ülkelerde kişi başı ortalama muayene süreleri temel veri olarak kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda ülkelerin kişi başına ortalama muayene süreleri açısından, Türkiye’de kişi başı ortalama muayene süresinin her geçen yıl azaldığı sonucuna ulaşılmıştır ve Türkiye’de kişi başı ortalama muayene süresinin OECD ortalamasının altında olduğu da tespit edilmiştir. Türkiye’de hekim sayısı yıllar itibarıyla önemli ölçüde artmasına karşın muayene sürelerinin artmamasındaki önemli bir etkenin müracaat sayılarındaki önemli artış olabileceği değerlendirilmektedir. Ayrıca çalışmada kişi başı ortalama muayene süresinin 2018 yılı için en düşük olduğu ülkenin 16 dakika ile Güney Kore olduğu tespit edilmiştir. Kişi başı ortalama muayene süresinin en yüksek olduğu ülke ise İsveç olarak bulunmuştur.

Comparison of Average Patient Examination Times Per Capita Between 2002-2018 in 18 OECD Countries

Ümit Çıraklı

Abstract

This study is conducted in order to reveal the development of patient examination time in 18 OECD countries between 2002 and 2018 including Turkey and, in order to provide a comparative examination of the average time between the year in question. In addition, it was aimed to examine the relationship between the changes in examination times in 18 OECD countries and the number of physicians and the number of applications to health institutions between 2002-2018. Within the scope of the research, considering the practical or realizable capacity) of a health institution in the comparison of examination times, average examination times per capita in countries are used as basic data.

Research results in terms of average time per capita of the countries examined, the average inspection time per capita in Turkey has reached

the conclusion that decreases with each passing year. However, the average inspection time per capita is below the OECD average in Turkey have also been identified. Despite important increase of the number of physicians over the years in Turkey, important increase in the number of applications are considered to be an important factor in increasing the examination time. In addition, in the study, the country with the lowest average examination time for 2018 was determined to be South Korea with 16 minutes. Sweden is the country with the highest average examination time per capita.

1. Giriş

Sağlık kurumlarında hekim ile hastanın karşılaştığı ilk ortam polikliniklerdir. Hasta-hekim ve hasta-hastane ilişkileri ile hastaların aldıkları hizmetlere ilişkin kalite algıları ve memnuniyet düzeyleri büyük ölçüde polikliniklerde şekillenmektedir. Ayrıca hastaların polikliniklerde sunulan hizmetlere ilişkin kalite algıları ve memnuniyet düzeyleri daha sonraki dönemlerde aynı hastane başvuru kararını da önemli ölçüde etkilemektedir (Casey vd., 1998; Çelik, 2013; Cirhinlioğlu, 2017). Bu kapsamda hastane hakkında olumlu bir imaj oluşturabilmek için polikliniklerde sunulan hizmetlerin iyi yönetimine ve kalite hizmet sunumuna özen gösterilmelidir. Sağlık kurumlarında ayaktan tanı, tedavi ve koruyucu izlemlere ayrılan süreler çeşitli nedenlerle değişmektedir (Yardım ve Eser, 2017). Hasta bekleme ve muayene süresi ile ilgili durumlar sağlık hizmeti kalite algısını etkileyen önemli unsurlar arasında yer almaktadır (James vd., 2017). Yeterli sürenin ayrılmadığı ayaktan tanı ve tedavi başvurularının, hekim ve hasta doyumunu düşürdüğü; iyi bir öykü almaya engel olabildiği ve bunun da sağlık sorununun hekim tarafından iyi yönetilememesine neden olacağı ifade edilmektedir (Yardım ve Eser, 2017). Bir hastanın muayene sürecinde yer alan işlemler genellikle şu aşamaları içermektedir:

- Hastanın şikayetlerinin dinlenmesi,
- Muayenesinin yapılması,
- Yaptırdığı tetkiklerin gözden geçirilmesi,
- Bilgilerin Sağlık Bakanlığı'nın Medulla sistemine kaydedilmesi,
- Reçete yazılması,
- Hastaya hastalığı ve tedavisi konusunda bilgi verilmesi,
- Ek sorularının cevaplanması.

Hasta muayene sürelerinin ideal olarak ne kadar olması gerektiği konusunda kesin bir süre bulunmamaktadır. Türk Toraks Derneği (2016) göğüs hastalıklarında muayene işlemleri için gereken ortalama sürenin Devlet Hastanesi ile Eğitim Araştırma Hastaneleri'nde ortalama 17,5 dakika, Üniversite Hastanelerinde ise ortalama 23 dakika gerektiğini ifade etmektedir. Genel olarak da bir sağlık kurumunda muayene işlemleri için ortalama 15-20 dakika arasındaki bir sürenin

genel olarak ideal olduğu ifade edilmektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2016; Türk Toraks Derneği, 2016). Muayene sürelerinin uzun olmasında müracaat sayılarının fazla olması ve hekim sayısının yetersizliği iki temel neden olarak ifade edilebilir.

Bu çalışmanın temel amacı, Türkiye de dâhil olmak üzere 18 OECD ülkesinde muayene sürelerinin 2002-2018 yılları arasındaki gelişimini ortaya koymak ve söz konusu yıllar arasında ortalama muayene sürelerini karşılaştırmalı olarak sunmaktır. Ayrıca 2002-2018 yılları arasında 18 OECD ülkesinde muayene sürelerindeki değişim ile hekim sayısı ve sağlık kurumlarına başvuru sayıları arasında ilişkilerin irdelenmesi amaçlanmaktadır.

2. Yöntem

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırma kapsamında, muayene sürelerinin karşılaştırmasında bir sağlık kurumunun gerçek kapasitesi (pratik veya gerçekleştirilebilir kapasite) dikkate alınarak ülkelerde kişi başı ortalama muayene süreleri temel veri olarak kullanılmıştır. Bir işletmenin sahip olduğu tüm makine ve teçhizatın hiç duraksamadan, uzman çalışanlar ile yapabileceği en yüksek üretim miktarı teorik kapasite olarak ifade edilmektedir. Pratik veya gerçek kapasite ise uygulamada ortaya çıkan ihtiyaçlar ve eksiklikler veya üretim süresinde meydana gelen aksaklıklar sonucu teorik kapasitenin altında oluşan en yüksek üretim miktarı olarak ifade edilmektedir. Fiili kapasite ise gerçekleşen üretim miktarını ifade etmektedir (Uğurluoğlu, 2013; Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2018). Bu çalışmada bir hekimin yıllık pratik kapasitesi 110.400 dakika olarak hesaplanmıştır. Bu hesaplama hekimin hafta içlerinde çalıştığı, yılda 30 gün izin kullandığı, günlük 8 saat duraksama olmadan çalıştığı ve ülkede hekimlerin tamamının muayene işlemi yaptığı varsayılarak yapılmıştır.

Araştırma Türkiye'nin de yer aldığı toplam 18 OECD ülkesi için ve bu ülkelerin 2002-2018 yılları arasındaki verileri kullanarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada değerlendirilen ülkeler şunlardır: Avustralya, Avusturya, Kanada, Danimarka, Finlandiya, Almanya, Macaristan, İzlanda, Japonya, Güney Kore, Letonya, Lüksemburg, Litvanya, Meksika, Hollanda, Polonya, İsveç ve Türkiye'dir. Ülkelerin ve yılların seçiminde, ilgili veri tabanlarında muayene sürelerinin hesaplan-

bilmesi için gerekli verilerin ortak olarak bulunduğu yıllar ve ülkeler olması kriteri göz önünde bulundurulmuştur. Yıllar arası verilerinin ortak bir şekilde bulunması nedeniyle bu ülkeler ve yıllar seçilmiştir. Ülkeler için kişi başı ortalama muayene sürelerinin hesaplanmasında OECD ve World Bank veri tabanlarında elde edilen aşağıdaki veriler kullanılmıştır:

- Toplam nüfus
- Bin kişi başına düşen hekim sayısı
- Hekim sayısı
- Hekim başına müracaat sayısı
- Toplam müracaat sayısı

Araştırmada kişi başı ortalama muayene süresinin hesaplanmasında aşağıdaki işlemler gerçekleştirilmiştir:

- $$\frac{\text{Toplam Hekim Sayısı} \times \text{Pratik Kapasite (110400)}}{\text{Toplam Müracaat Sayısı}}$$
 formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

Tablo 1. 18 OECD Ülkesinde Bin Kişi Başına Hekim Sayısını 2002-2018 Arası Gelişimi

Ülkeler	2002	2010	2018	2002 Baz Yıla Göre Artış /Azalış Oranı (%)
Avustralya	2,5	3,3	3,7	32
Avusturya	3,3	4,8	5,3	37
Kanada	1,9	2,0	2,7	29
Danimarka	2,9	3,6	4,6	36
Finlandiya	3,2	3,0	4,1	23
Almanya	3,3	3,8	4,3	24
Macaristan	3,7	2,9	3,4	-8
İzlanda	3,6	3,6	4,2	14
Japonya	2,1	2,2	2,5	17
Güney Kore	1,5	2,0	2,4	38
Letonya	3,4	3,1	3,3	-4
Lüksemburg	2,6	2,8	3,0	15
Litvanya	4,0	3,9	4,4	8
Meksika	1,5	2,2	2,4	37
Hollanda	3,1	3,0	3,7	15
Polonya	2,3	2,2	2,4	5
İsveç	3,3	3,9	4,9	33
Türkiye	1,4	1,7	1,9	24

Kaynak: World Bank, 2020; OECD, 2020; TÜİK, 2020.

- Toplam Müracaat Sayısı (Hekime kişi başı müracaat sayısı x Nüfus) formülü kullanılarak hesaplanmıştır.
- Kişi Başı Ortalama Muayene süresi
$$\frac{\text{Toplam Hekim Sayısı} \times \text{Pratik Kapasite (110400)}}{\text{Toplam Müracaat Sayısı}}$$
 formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

3. Bulgular ve Tartışma

3.1. Temel İstatistiksel Bulgular

18 OECD ülkesinde 2002-2018 yılları arasında bin kişi başına hekim sayıları yataklı sağlık kurumu sayıları, toplam yataklı sağlık kurumu sayısı içindeki payları ve 2008 yılına göre artış yüzdeleri Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1’de yer alan bilgilerden, Türkiye’de bin kişi başına düşen hekim sayısının 2002 yılında 1,4 iken 2018 yılında 2002 yılına göre yaklaşık %24 artarak 1,9’a yükseldiği görülmektedir. Yine Tablo1’de yer alan bilgilerden, 18 OECD ülkelerinin içinde bin kişi başına düşen hekim sayısı en düşük olan ülkenin, hem 2002 yılında hem de 2018 yılında, Türkiye (2002 yılı için binde 1,4 ve 2018 yılı için binde 1,9), en yüksek olan ülkenin ise, 2002 yılı için binde 4,0 ile Litvanya

ve 2018 yılın için binde 5,3 ile Avusturya olduğu görülmektedir. Ayrıca bin kişiye düşen hekim sayısının 2002 yılına göre 2018 yılında 18 OECD ülkesinde ortalama %21 arttığı, ancak bu ülkelerden Letonya ve Macaristan’da diğer ülkelerdeki artışın aksine düşüş gerçekleştiği görülmektedir (Düşüş oranı sırasıyla; Letonya %4 ve Macaristan için %8).

18 OECD ülkesinde 2002-2018 yılları arası toplam nüfusun gelişimi Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. 18 OECD Ülkesinde Nüfusun 2002-2018 Arası Gelişimi (Milyon)

Ülkeler	2002	2010	2018	2002 Yılına Göre Artış/Azalış %’si
Avustralya	19,7	22,0	25,0	21,4
Avusturya	8,1	8,4	8,8	8,6
Kanada	31,4	34,0	37,1	15,4
Danimarka	5,4	5,5	5,8	7,3
Finlandiya	5,2	5,4	5,5	5,8
Almanya	82,5	81,8	82,9	0,5
Macaristan	10,2	10,0	9,8	-4,0
İzlanda	0,3	0,3	0,4	18,7
Japonya	127,4	128,1	126,5	-0,7
Güney Kore	47,6	49,6	51,6	7,7
Letonya	2,3	2,1	1,9	-19,9
Lüksemburg	0,4	0,5	0,6	26,6
Litvanya	3,4	3,1	2,8	-23,4
Meksika	101,7	114,1	126,2	19,4
Hollanda	16,1	16,6	17,2	6,3
Polonya	38,2	38,0	38,0	-0,7
İsveç	8,9	9,4	10,2	12,4
Türkiye	65,1	72,3	82,3	20,9

Kaynak: World Bank, 2020 verilerinden yazarca oluşturulmuştur.

Tablo 2’deki verilerden, Türkiye’de 2002 yılında toplam nüfusun yaklaşık 65 milyon olduğu ve 2018 yılına gelindiğinde bu sayının yaklaşık %21 artarak

yaklaşık 82 milyona ulaştığı anlaşılmaktadır. Yine Tablo 2’deki verilerine göre 2002 yılına göre 2018 yılında nüfus artışının en fazla gerçekleştiği ülke yaklaşık %27’lik artışla Lüksemburg olmuştur. Nüfus

artışının en az olduğu ülkenin yaklaşık %0,5'lik artışla Almanya olduğu ve. Macaristan, Japonya, Letonya, Litvanya ve Polonya nüfusun 2018 yılında 2002 yılına göre azaldığı görülmektedir. Nüfusun en fazla azaldığı ülke ise yaklaşık %23'lik düşüşle Litvanya olmuştur. Ayrıca yaklaşık %20'lik bir nüfus azalışı yaşayan

Letonya'da Litvanya'dan sonra göze çarpan bir ülke olarak görülmektedir.

18 OECD ülkesinde 2002-2018 yılları arası hekime kişi başı müracaat sayılarının gelişimi Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. 18 OECD Ülkesinde Hekime Kişi Başına Müracaat Sayısının 2002-2018 Arası Gelişimi

Ülkeler	2002	2010	2018	2002 Yılına Göre Artış/Azalış %'si
Avustralya	6,3	6,6	7,89	20,2
Avusturya	6,7	6,9	6,6	-1,5
Kanada	6,9	7	6,8	-1,5
Danimarka	4,3	4,6	3,8	-13,2
Finlandiya	4,2	4,3	4,4	4,5
Almanya	8	9,9	10,53	24,0
Macaristan	11	11	10,9	-0,9
İzlanda	6,1	6,1	6,2	1,6
Japonya	14,1	13,1	12,9	-9,3
Güney Kore	10,6	13,5	16,6	36,1
Letonya	4,6	5,9	6,2	25,8
Lüksemburg	6,1	5,8	5,8	-5,2
Litvanya	6,5	7,3	9,7	33,0
Meksika	2,6	2,9	3	13,3
Hollanda	5,6	6,6	8,5	34,1
Polonya	5,6	6,6	7,7	27,3
İsveç	3	2,9	2,8	-7,1
Türkiye	3,1	7,3	9	65,6

Kaynak: World Bank, 2020; OECD, 2020; TÜİK, 2020 verilerinden yazarca oluşturulmuştur.

Tablo 3'teki bilgilerden, Türkiye'de 2002 yılında hekime kişi başı müracaat sayısının 3,1 olarak gerçekleştiği ve bu sayının 2018 yılında 2002 yılına göre yaklaşık %66 artarak 9'a yükseldiği görülmektedir. Ayrıca 18 OECD ülkesinin 11'inde 2002 yılına göre 2018 yılında hekime kişi başı müracaat sayısının arttığı, 7'sinde ise azaldığı anlaşılmaktadır. Türkiye artış

gerçekleşen ülkeler arasında ilk sırada yer alırken, en fazla azalış gerçekleşen ülke ise yaklaşık %13'lük düşüş ile Danimarka olmuştur. Nüfus sayısındaki değişim ile birlikte değerlendirildiğinde Türkiye'de hekime kişi başı müracaat sayısının önemli ölçüde arttığını söylemek mümkündür. Ayrıca nüfusu 2002 yılına göre 2018 yılında yaklaşık %20 azalmasına karşılık hekime

kişi müracaat sayısı yaklaşık %26 artan Letonya'daki artış da dikkat çekmektedir. Sağlık kurumuna başvuru etkileyen birçok etken bulunmakla birlikte Letonya için hastalık yükünün artmış olma olasılığı bulunmaktadır.

18 OECD ülkelerinde 2002-2018 yılları arası heki-me toplam müracaat sayılarının gelişimi tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4. 18 OECD Ülkesinde Hekime Toplam Müracaat Sayısının 2002-2018 Arası Gelişimi

Ülkeler	2002	2010	2018	2002 Yılına Göre Artış / Azalış Oranı (%)
Avustralya	123.803.820	145.409.550	197.189.791	37
Avusturya	54.149.112	57.707.488	58.390.444	7
Kanada	216.384.545	238.034.223	252.000.221	14
Danimarka	23.116.503	25.519.342	22.030.295	-5
Finlandiya	21.842.512	23.062.414	24.279.420	10
Almanya	659.907.960	809.591.607	873.231.019	24
Macaristan	111.744.688	110.000.253	106.479.757	-5
İzlanda	1.753.890	1.940.050	2.192.159	20
Japonya	1.796.974.500	1.677.717.000	1.632.225.390	-10
Güney Kore	505.034.202	668.980.512	857.145.250	41
Letonya	10.626.796	12.375.575	11.944.560	11
Lüksemburg	2.721.668	2.940.327	3.524.822	23
Litvanya	22.379.936	22.610.159	27.058.470	17
Meksika	264.380.371	330.869.593	378.572.364	30
Hollanda	90.434.002	109.661.600	146.463.645	38
Polonya	214.090.038	251.082.440	292.434.820	27
İsveç	26.774.874	27.196.565	28.512.890	6
Türkiye	201.950.638	527.987.012	740.877.516	73

Kaynak: World Bank, 2020; OECD, 2020; TÜİK, 2020 verilerinden yazarca oluşturulmuştur.

Tablo 4'te yer alan bilgilerden, 18 OECD ülkesi içinde hekime toplam müracaat sayılarının 2002 yılı baz alındığında 2018 yılında 15 ülkede arttığı ve 3 ülkede ise azaldığı anlaşılmaktadır. Hekime müracaat sayısının en fazla arttığı ülkenin %73'lük artışla Türkiye olduğu, %41'lik artışla Güney Kore'nin ikinci sırada, %38'lik artışla Hollanda'nın 3'üncü sırada olduğu görülmektedir. Hekim müracaat sayısında azalış gerçek-

leşen ülkeler ise Danimarka, Macaristan ve Japonya olmuştur.

3.2. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Ortalama Muayene Sürelerine İlişkin Bulgular

18 OECD ülkelerinde 2002-2018 yılları arası kişi başına ortalama muayene sürelerine ilişkin sonuçlar tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo 5. 18 OECD Ülkesinde Kişi Başı Ortalama Müracaat Süresinin 2002-2018 Arası Gelişimi

Ülkeler		2002	2005	2008	2009	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ort.
Avustralya	KOMS*	43,8	47,6	47,9	48,3	56,0	52,8	52,7	52,4	52,5	52,1	52,2	51,8	50,6
	MSD*		8,7	9,3	10,3	27,8	20,4	20,3	19,5	19,9	19,0	19,2	18,2	15,5
	Dr. Art. %*		9,3	21,9	27,5	50,1	52,6	59,5	65,4	70,7	76,6	82,5	88,2	43,3
	Mür. Art. %*		0,5	11,6	15,6	17,5	26,7	32,6	38,4	42,4	48,5	53,0	59,3	23,4
Avusturya	KOMS*	54,4	58,8	65,9	71,1	76,3	78,7	80,1	81,1	84,8	86,0	88,4	88,0	73,2
	MSD*		8,1	21,2	30,8	40,3	44,7	47,2	49,1	56,0	58,2	62,5	61,8	34,6
	Dr. Art. %*		10,0	28,5	39,0	49,5	53,1	56,8	60,1	64,3	68,5	71,6	74,5	41,7
	Mür. Art. %*		1,8	6,0	6,3	6,6	5,9	6,5	7,3	5,3	6,5	5,6	7,8	5,0
Kanada	KOMS*	30,4	30,0	30,0	31,5	32,1	37,8	39,2	39,9	40,6	41,7	42,4	43,1	35,3
	MSD*		-1,1	-1,0	3,9	5,9	24,5	29,2	31,6	33,8	37,3	39,6	42,1	16,3
	Dr. Art. %*		3,1	9,5	13,0	16,5	39,8	44,5	48,7	52,4	55,8	60,3	65,4	28,2
	Mür. Art. %*		4,3	10,6	8,8	10,0	12,3	11,9	13,0	13,8	13,5	14,8	16,5	9,7
Danimarka	KOMS*	75,1	78,5	81,4	81,6	85,9	85,6	87,3	89,4	92,2	114,4	114,9	132,3	90,1
	MSD*		4,5	8,5	8,7	14,4	14,0	16,3	19,0	22,8	52,4	53,0	76,1	20,0
	Dr. Art. %*		10,3	18,6	19,5	26,3	29,7	30,0	30,8	32,8	62,3	64,0	67,8	28,5
	Mür. Art. %*		5,5	9,3	9,9	10,4	13,7	11,7	9,9	8,2	6,5	7,2	-4,7	7,4
Finlandiya	KOMS*	82,9	78,6	70,2	75,7	76,7	80,7	82,8	84,3	90,1	97,8	99,3	103,0	83,3
	MSD*		-5,3	-15,3	-8,7	-7,5	-2,7	-0,2	1,7	8,6	17,9	19,7	24,2	0,4
	Dr. Art. %*		-2,2	-11,4	-6,3	-2,3	1,3	4,4	6,8	17,2	27,6	32,8	38,0	5,6
	Mür. Art. %*		3,3	4,6	2,7	5,6	4,1	4,6	5,0	7,9	8,2	11,0	11,2	4,9
Almanya	KOMS*	45,5	46,6	45,3	43,7	41,9	44,6	44,7	45,5	45,7	46,5	47,6	45,6	45,9
	MSD*		2,2	-0,5	-4,0	-8,1	-2,2	-1,9	0,0	0,3	2,0	4,6	0,1	0,7
	Dr. Art. %*		3,5	6,5	9,6	12,8	15,7	18,6	21,5	24,2	27,3	29,7	32,4	14,3
	Mür. Art. %*		1,2	7,0	14,2	22,7	18,2	21,0	21,5	23,8	24,8	24,0	32,3	13,8
Macaristan	KOMS*	36,8	30,2	38,3	35,5	29,0	30,9	32,1	33,2	31,0	32,1	34,5	34,4	33,3
	MSD*		-17,9	4,2	-3,6	-21,2	-16,1	-12,8	-9,7	-15,8	-12,7	-6,2	-6,5	-9,6

	Dr. Art. %*		-12,6	-2,7	-4,9	-22,5	-17,3	-14,3	-11,5	-17,7	-14,9	-10,4	-10,9	-10,7
	Mür. Art. %*		6,5	-6,6	-1,3	-1,6	-1,5	-1,7	-2,0	-2,2	-2,5	-4,5	-4,7	-1,2
İzlanda	KOMS*	65,3	61,6	64,3	63,7	64,5	65,6	65,7	68,0	69,9	70,9	71,6	75,0	66,1
	MSD*		-5,6	-1,6	-2,4	-1,1	0,6	0,7	4,1	7,2	8,6	9,7	14,8	1,3
	Dr. Art. %*		3,8	14,0	13,4	9,3	8,5	11,5	14,7	20,7	25,7	31,5	43,5	14,0
	Mür. Art. %*		10,0	15,8	16,2	10,6	7,9	10,8	10,1	12,6	15,7	19,8	25,0	12,3
Japonya	KOMS*	16,1	17,2	18,7	18,9	18,9	19,5	19,9	20,4	20,5	21,1	21,2	21,1	19,1
	MSD*		7,1	16,0	17,3	17,8	21,0	23,8	26,6	27,5	31,4	31,8	31,2	18,8
	Dr. Art. %*		4,3	9,1	9,5	9,9	10,9	12,4	13,9	15,4	17,0	18,1	19,2	10,5
	Mür. Art. %*		-2,6	-5,9	-6,7	-6,6	-8,4	-9,2	-10,0	-9,4	-11,0	-10,4	-9,2	-6,8
G. Kore	KOMS*	15,6	16,4	16,5	17,1	16,2	16,1	16,4	15,0	15,6	15,4	15,7	16,0	16,2
	MSD*		5,0	5,8	9,2	3,8	3,0	5,1	-3,9	-0,2	-1,6	0,7	2,6	3,8
	Dr. Art. %*		18,2	32,6	37,5	37,5	46,4	53,2	57,4	61,3	65,8	70,4	74,1	41,6
	Mür. Art. %*		12,6	25,3	25,9	32,5	42,1	45,8	63,8	61,6	68,4	69,2	69,7	36,9
Letonya	KOMS*	81,5	75,9	69,2	69,5	57,6	48,8	56,0	60,5	59,4	59,8	58,3	58,0	64,0
	MSD*		-6,9	-15,1	-14,8	-29,4	-40,1	-31,2	-25,7	-27,1	-26,7	-28,5	-28,8	-21,5
	Dr. Art. %*		4,0	7,8	1,3	-17,8	-19,7	-19,3	-19,2	-20,0	-20,2	-20,3	-19,9	-9,5
	Mür. Art. %*		11,7	27,0	18,9	16,5	34,0	17,4	8,8	9,8	8,8	11,5	12,4	15,7
Lüksemburg	KOMS*	47,1	52,5	52,1	50,6	52,6	51,1	52,4	53,4	54,7	53,8	58,6	57,9	52,8
	MSD*		11,5	10,6	7,6	11,8	8,6	11,3	13,6	16,2	14,3	24,6	23,1	12,3
	Dr. Art. %*		14,4	19,2	20,0	20,8	27,1	31,1	37,0	43,5	46,7	55,6	59,4	27,8
	Mür. Art. %*		2,5	7,7	11,6	8,0	17,0	17,8	20,6	23,5	28,3	24,9	29,5	13,5
Litvanya	KOMS*	68,1	62,5	55,4	56,7	59,2	57,3	57,5	54,7	53,9	52,0	50,7	49,9	57,9
	MSD*		-8,2	-18,7	-16,7	-13,1	-16,0	-15,6	-19,7	-20,8	-23,6	-25,6	-26,8	-15,0
	Dr. Art. %*		-4,6	-15,2	-15,3	-12,2	-10,2	-9,6	-9,5	-9,6	-9,9	-10,6	-11,5	-9,1
	Mür. Art. %*		3,9	4,3	1,8	1,0	6,8	7,0	12,7	14,2	17,9	20,1	20,9	7,5
Meksika	KOMS*	63,7	71,5	75,9	74,6	82,8	75,4	82,5	90,8	92,1	85,6	92,3	87,7	84,1
	MSD*		12,3	19,2	17,1	30,0	18,4	29,5	42,6	44,5	34,4	44,9	37,7	32,0

	Dr. Art. %*		21,6	39,9	44,4	62,7	57,6	62,9	68,7	79,9	81,8	91,5	97,1	58,1
	Mür. Art. %*		8,3	17,4	23,4	25,1	33,1	25,8	18,4	24,4	35,3	32,1	43,2	19,9
Hollanda	KOMS*	61,1	75,8	67,3	63,4	49,4	57,8	58,9	47,2	47,0	44,0	47,6	47,4	59,0
	MSD*		24,1	10,2	3,8	-19,2	-5,4	-3,7	-22,8	-23,2	-28,0	-22,1	-22,4	-3,5
	Dr. Art. %*		20,9	18,2	8,1	-2,0	8,7	11,0	15,2	18,0	19,3	22,5	25,6	14,8
	Mür. Art. %*		-2,6	7,3	4,2	21,3	14,9	15,2	49,2	53,6	65,7	57,2	62,0	23,0
Polonya	KOMS*	45,3	34,5	34,8	35,0	36,3	35,0	34,6	35,1	34,5	35,3	35,1	34,9	35,8
	MSD*		-23,9	-23,2	-22,7	-19,9	-22,8	-23,7	-22,6	-24,0	-22,1	-22,6	-23,1	-21,1
	Dr. Art. %*		-14,5	-7,0	-6,4	-6,1	-3,9	-3,7	-1,0	-0,2	3,6	4,4	5,1	-3,4
	Mür. Art. %*		12,3	21,1	21,2	17,3	24,5	26,2	27,8	31,3	33,0	34,8	36,6	22,8
İsveç	KOMS*	120,9	135,3	143,5	147,3	148,0	153,8	157,1	160,1	163,2	212,9	202,4	191,9	155,5
	MSD*		12,0	18,8	21,8	22,4	27,3	30,0	32,5	35,0	76,2	67,5	58,8	28,7
	Dr. Art. %*		5,7	18,6	22,7	24,4	31,2	35,2	39,1	43,3	82,8	76,1	69,1	30,6
	Mür. Art. %*		-5,6	-0,1	0,7	1,6	3,1	4,0	5,0	6,1	3,8	5,2	6,5	0,9
Türkiye	KOMS*	50,3	35,6	26,5	25,2	25,8	23,4	23,8	23,4	23,6	23,3	22,9	22,8	28,1
	MSD*		-29,1	-47,3	-50,0	-48,6	-53,4	-52,7	-53,4	-53,0	-53,7	-54,4	-54,6	-44,2
	Dr. Art. %*		9,7	23,0	29,0	34,3	41,3	45,8	47,9	53,6	57,5	63,1	66,5	34,3
	Mür. Art. %*		54,7	133,6	157,8	161,4	203,1	208,3	217,4	226,6	239,9	257,4	266,9	159,4
OECD Ort.		55,8	55,7	59,6	56,1	57,3	56,4	55,7	56,1	56,1	55,8	56,4	58,0	58,6

*KOMS= Kişi Başı Ortalama Muayene Süresi; MDS= Kişi Başı Ortalama Muayene Süresi Değişimi (2002 Baz Yılına Göre); Dr. Art.: Hekim Artış %si ((2002 Baz Yılına Göre); Mür. Art. %'si (2002 Baz Yılına Göre).

Tablo 5'te yer alan bulgulara göre, Türkiye'de 2002 yılında kişi başı ortalama muayene süresi yaklaşık 50 dakika iken, her geçen yıl bu sürenin azalarak 2018 yılına gelindiğinde yaklaşık 23 dakikaya düştüğü görülmektedir. 2002 yılı ile karşılaştırıldığında 2018 yılında muayene sürelerinin azaldığı diğer ülkeler Macaristan, Japonya, Letonya, Litvanya, Hollanda ve Polonya'dır. Bunların dışındaki 13 ülkede ise kişi başına ortalama muayene sürelerinin arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca kişi ortalama muayene süresinin 2018 yılı için en düşük olduğu ülkenin 16 dakika ile Güney Kore olduğu tespit edilmiştir. OECD ortalamasının 2002 yılında yaklaşık 56 dakika iken 2018 yılında 58 dakikaya çıktığı bulunmuştur. Bu bulgulara göre Türki-

ye'de kişi başı ortalama muayene süresinin OECD ortalamasının altında olduğu sürenin azaldığı görülmektedir. Türkiye'de hekim sayısının yıllar itibariyle önemli ölçüde artmasına karşılık bu artışın muayene süresine yansımamasındaki önemli etkenden birisinin müracaat sayılarındaki önemli artış olabileceği değerlendirilmektedir (müracaat artış oranı baz yıla göre 2018 yılında %266 artmıştır).

Tablo 5'teki bilgilere göre, kişi başı ortalama muayene süresinin en yüksek gerçekleştiği ülkenin İsveç olduğu anlaşılmaktadır. İsveç'te 2002 yılında kişi başı ortalama muayene süresi yaklaşık 121 dakika iken, bu süre 2018 yılında 191 dakikaya çıkmıştır. Ayrıca İsveç 2002 yılına göre muayene süresinin 2018 yılında en

fazla arttığı ülkeler arasında Danimarka (%76) ve Avusturya'nın ardından (%62) yaklaşık %59'luk artışla üçüncü sırada yer almaktadır. İsveç için hekim sayısında yaşanan %69'luk artışın önemli ölçüde muayene sürelerinin artışına yansımada söylemek mümkündür.

Tablo 5'teki sonuçlardan, Macaristan'da 2002 yılında yaklaşık 37 dakika olan kişi başı ortalama muayene süresinin 2018 yılında %6,5 azalarak 34 dakikaya gerilediği tespit edilmiştir. Macaristan'da hekime başvurusunun baz yıla göre azalması ile birlikte, hekim sayısının da azalmasının bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde Letonya ve Litvanya'da da hekim sayısındaki önemli azalışların, ciddi ölçüde kişi başına muayene süresini azalttığı görülmektedir. Tablo 5'te dikkat çeken bir ülke de Almanya'dır. Almanya'da kişi başı ortalama muayene sürelerinin çok önemli değişikliğe uğramadığı görülmektedir. Almanya'da 2002 yılında kişi başı ortalama muayene süresi 45,5 dakika iken 2018 yılında 45,6 dakika olmuştur. Ayrıca Almanya'da hekim artış yüzdesi ile müracaat artış yüzdelilerinin de birbirine yakın bir seyir izlediği anlaşılmaktadır. Bu bulgudan, toplumun hastalık yükünün belli bir düzeyde olmasının yanında, hekim sayısını bununla doğru orantılı artırmanın belli bir standardı yakalamada etkili olabileceği değerlendirilmektedir.

4. Sonuç

Bu çalışma, Türkiye ile birlikte 18 OECD ülkesinde kişi başı muayene sürelerinin 2002-2018 yılları arasındaki gelişimini ortaya koymak ve söz konusu yıllar arasında ortalama muayene sürelerini karşılaştırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca çalışmada hekim sayıları ve müracaat sayılarındaki değişimlerin muayene sürelerindeki değişim ile ilişkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır. Çalışmada 2018 yılında 18 OECD ülkesi içinde bin kişi başına düşen hekim sayısı en düşük olan ülkenin Türkiye olduğu en yüksek olan ülkenin ise, Avusturya olduğu ortaya çıkmıştır. Yine çalışma sonucunda Türkiye'nin hekime kişi başı müracaat sayısında artış gerçekleşen ülkeler arasında ilk sırada yer aldığı, en fazla azalış gerçekleşen ülkenin ise Danimarka olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda ülkelerin kişi başına ortalama muayene süreleri açısından, Türkiye'de kişi başı ortalama muayene süresinin her geçen yıl azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Yine Türkiye'de kişi başı ortalama muayene süresinin OECD ortalamasının altında olduğu da tespit edilmiştir. Türkiye'de hekim sayısının yıllar itibariyle önemli ölçüde rağmen muayene sürelerinin artmamasındaki önemli bir etkenin müracaat sayılarındaki önemli artış olabileceği değerlendirilmektedir.

Hastaya yeterli sürenin ayrılması, hekim-hasta ilişkisini güçlendirmesinin yanında hasta memnuniyetini artırması, sağlık problemlerinin daha iyi ortaya konularak hizmet kalitesini ve etkililiğini artırmak açısından son derece önemlidir (Çıraklı ve Gözlü, 2019). Bu nedenle hekim sayısının artırılması önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmakla birlikte Türkiye için hekim sayısı artışının muayene süresine yansımaması başka önlemler almayı gerekli kılmaktadır. Bu kapsamda önerilebilecek uygulamaların başında randevu sistemi gelmektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler için internet üzerinden randevu sistemi, "MHRS – Merkezi Hekim Randevu Sistemi" dir. Telefonla randevu için ise "ALO182" çağrı merkezi bu işlevi görmektedir. Sağlık Bakanlığı MHRS istemi 2018 yılında Dünya Çağrı Merkezi Ödüllerinde "Dünyanın En İyisi" ödülünü almıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2018; Çıraklı, 2019). Bu sistemleri kullanarak polikliniklere başvurmanın hastalar açısından hizmet sürecini önemli ölçüde kolaylaştırarak hastalara yeterli süre ayırmanın gelişebileceği değerlendirilmektedir.

Çalışmada kişi başı ortalama muayene süresinin 2018 yılı için en düşük olduğu ülkenin 16 dakika ile Güney Kore olduğu tespit edilmiştir. Kişi başı ortalama muayene süresinin en yüksek olduğu ülke ise İsveç olarak bulunmuştur. İsveç ile birlikte Danimarka ve Avusturya muayene süreleri en fazla artan ilk üç ülke olmuştur. Bu ülkelerdeki artışlarda hekim sayısındaki önemli artışların etkili olabileceği değerlendirilmektedir. Bindiği gibi muayene sürecinin en önemli hizmet sunucusu hekimlerdir ve muayene sürelerinin uzunluğu büyük ölçüde hekime bağlı olarak değişmektedir. Bu kapsamda hekim sayısının artırılmasının hastaya yeterli zamanı ayırmada temel bir unsur olduğunu ve hekimin hastaya ayırdığı süre artarken hasta yükünün de azalmasının hizmet kalitesine etkisi olacağı açıktır.

Çalışmada elde edilen bulgular sonucunda, ülkelerin hekim sayısındaki önemli azalışların, kişi başına muayene süresini azalmasına önemli ölçüde etkide buldukları değerlendirilmektedir. Bu kapsamda, ülkelerin hekim sayılarını toplumun hastalık yükünü dikkate alarak arttırmalarının önemli bir unsur olduğu değerlendirilmektedir. Zira çalışmada Almanya'da hekim sayısı artışı ile müracaat sayısı artışının paralellik göstermesi ve nihayetinde kişi başı ortalama muayene sürelerinin çok önemli değişikliğe uğramamış olması hekim sayısını hastalık yükünü dikkate alarak artırmanın önemini ortaya koymaktadır. Bu kapsamda toplumun hastalık yükünün belli bir düzeyde olmasının yanında, hekim sayısını bununla doğru orantılı artırmanın belli bir standardı yakalamada etkili olabileceği değerlendirilmektedir.

Sonuç olarak muayene sürelerinin yeterli olması hizmet kalitesi açısından önemli bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Muayene sürelerinin yeterli uzunlukta olması hizmet memnuniyetini artırmasının yanında tedavinin daha etkin olmasına da katkı sağlamaktadır. Bu kapsamda muayene sürelerinin yeterli uzunlukta olması hekimin zaman baskısı nedeniyle tetkik istemesine önleyerek daha etkin bir hizmet sunumuna imkan sağlayabilir. Yine muayene süreleri hekimlerin reçete yazma davranışını da etkileyebilir. Bu kapsamda Serçe ve Bakır (2013) poliklinik başvurularında fiziki muayene sürelerinin uzun tutmanın antibiyotik reçete edilmesini azalttığı sonucuna ulaşmışlardır.

Bu araştırmada 18 OECD ülkesinde bir hekimin pratik kapasitesi dikkate alınarak kişi başı ortalama muayene süreleri hesaplanmış ve ülkeler karşılaştırılmış olmakla birlikte araştırmanın bazı önemli sınırlılıklar bulunmaktadır. İlk olarak araştırmada hesaplanan kişi başı ortalama muayene süreleri hekimlerin hafta içinde çalıştığı, yıllık 30 gün izin kullandıkları, günlük 8 saat duraksama olmadan çalıştıkları ve ülkedeki tüm hekimlerin muayene yaptığı varsayımları altında elde edilmiştir. Bu nedenle elde edilen sürelerin gerçek durumu yansıtmaya olasılığının düşük olduğu dikkate alınarak sonuçlar yorumlanmalıdır. İkinci olarak kişi başı ortalama muayene süreleri hekim sayıları ve müracaat sayıları dikkate alınarak karşılaştırıldığı için muayene sürelerini etkileyebilecek diğer faktörler dikkate alınmamıştır. Ancak muayene sürelerini gerçekte etkileyebilecek bunların dışında birçok faktör bulunmaktadır. Üçüncü olarak hesaplanan kişi başı ortalama muayene sürelerinin artışının iyi bir durum olduğu bakış açısıyla yorumlar yapılmıştır. Ancak burada hesaplanan muayene süreleri içinde bekleme zamanları dikkate alınmadığı için sürenin ne kadarının bekleme ne kadarının muayene için harcandığına dair bir veri yoktur. Bu yüzden muayene süresi artışının her zaman iyi bir durum olabileceği şeklinde algılanmamalıdır.

Bu çalışmanın, sınırlılıklarına rağmen, hizmet kalitesi açısından önemli bir unsur olan muayene sürelerinin makro düzeyde ülkeleri karşılaştırması açısından alana önemli bir katkısının olabileceği değerlendirilmektedir. Bu açıdan fiili muayene süreleri ile yapılacak başka bir çalışmada daha sağlam sonuçların elde edilmesi mümkün olabilecektir. Ayrıca muayene sürelerini etkileyen diğer değişkenleri de içine alacak daha kapsamlı bir çalışmaya yol gösterebileceği de değerlendirilmektedir. Yine sağlıkla ilgili veriler sunan WHO, OECD veya World Bank gibi kuruluşların muayene süreleriyle ilgili makro düzeyde ulusal verileri toplayıp

ilgililere sunacak bir veri tabanı oluşturmaları konu ile ilgili çalışmaların sayısını arttırabilecektir.

5. Kaynaklar

- Casey, D. L., McKay, M., Rosenthal, C. & Darnell, C. (1998). Assessment of hospital-related stress in children and adolescents admitted to a psychiatric inpatient unit. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 11(4), 135-145.
- Cirhinlioğlu, Z. (2017). *Sağlık sosyolojisi* (7. Basım). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Çelik, Y. (2013). Poliklinik ve Klinik Hizmetleri Yönetimi. Y. Çelik (Ed.), *Sağlık Kurumları Yönetimi-II* (ss. 28-57). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2861.
- Çıraklı, Ü. (2019). Sağlık Kurumlarında Poliklinik ve Klinik Hizmetleri. Y. Akbulut (Ed.), *Sağlık Kurumları Yönetimi-II* (ss. 108-137). Erzurum: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını.
- Çıraklı, Ü. ve Gözlü, K. (2019). Hekim-Hasta, Hasta-Hastane İlişkileri. Ö. Özer ve Fa. Şantaş (Eds.), *Sosyolojik Boyutlarıyla Sağlık* (ss. 45-73). Ankara: Nobel Yayınevi.
- Göğüs Hastalıkları polikliniklerinde hastaya ayrılacak süre ne olmalıdır?. *Türk Toraks Derneği 19. Yıllık Kongresi Bildiri Kitabı*.
- James, T. L., Calderon, E. D. V. ve Cook, D. F. (2017). Exploring patient perceptions of healthcare service quality through analysis of unstructured feedback. *Expert Systems With Applications*, 71, 479-492.
- OECD. (2020). *Healthcare Utilization*. <https://stats.oecd.org/> (Erişim Tarihi: 17 Şubat 2020).
- Serçe, Ö. ve Bakır, M. (2013). Poliklinik Başvurularında Fizik Muayene Süresini Uzun Tutmak Antibiyotik Reçete Edilmesini Azaltıyor. *Güncel Pediatri Dergisi*, 11, 45-50.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2018a). MHRs dünyanın "En İyisi" seçildi. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,26188/mhrs-dunyanin-en-iyisi-secildi.html>, (Erişim Tarihi: 6 Haziran 2019).
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. & Akbolat M. (2019). Sağlık işletmeleri yönetimi (Gözden Geçirilmiş p. basım). Ankara: Nobel Yayınevi.
- TÜİK. (2020). Hekim sayısı, hekim başına düşen kişi sayısı ve hekim başına hasta müracaat sayısı, 2009-2018. http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1612 (Erişim Tarihi: 17 Şubat 2020).
- Türk Tabipleri Birliği. TTB 2014-16 Yıllık Çalışma Raporu. 2016.

Türk Torak Derneği. (2016). Muayene Süresi. <https://www.toraks.org.tr/news.aspx?detail=3426>, (Erişim Tarihi: 10 Haziran 2019).

Uğurluoğlu, Ö. (2013). Sağlık Kurumları Kuruluş Yeri Çalışmaları. Y. Çelik (Ed.), Sağlık Kurumları Yönetimi II (ss. 2-28). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2861.

World Bank. (2020). Health Nutrition and Population Statistics. <https://databank.worldbank.org/home.aspx> (Erişim Tarihi: 17 Şubat 2020).

Yardım, M. ve Eser, E. (2017). Ayaktan tanı ve tedavi başvurularında hasta başına kaç dakika ayrılmalıdır?. Turk J Public Health, 15(1), 58-67.