T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELER İLE ÜLKEMİZDE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINA İLİŞKİN DEĞİŞİMLER VE YÖNELİMLER

RÜMEYSA AYDIN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. OSMAN EROL HAYRAN

İSTANBUL-2020

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi

Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (X) Doktora ( )

Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Sahibi : Rümeysa AYDIN

Tez Başlığı : Bazı Gelişmiş Ülkeler İle Ülkemizde Gelişmiş Yataklı Tedavi Kurumlarına İlişkin Değişimler ve Yönelimler

Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi

Sınav Tarihi : 27.07.2020

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman	**Kurumu**	**İmza**
Prof.Dr. Osman Erol HAYRAN	İstanbul Medipol Üniversitesi	

Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr. Yeter DEMİR USLU	İstanbul Medipol Üniversitesi
Prof.Dr. Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../ ..... tarih ve ...../..... - ..... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığını, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Rümeysa AYDIN



TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca, kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan, bu süreçte beni tezim için motive eden ve danışmanım olduğu için kendimi şanslı hissettiğim saygıdeğer hocam Prof. Dr. Osman HAYRAN'a teşekkürü bir borç bilirim. Yüksek lisans yapmam için beni cesaretlendiren sevgili ağabeyim İsmail AKSU'ya teşekkür ederim. Çalışmaya başladığım ilk günden itibaren yardımını ve desteğini hiç esirgemeyen çok kıymetli Mine AÇIKGÖZ'e teşekkür ederim. Eğitim hayatım boyunca maddi manevi destekleriyle her zaman yanımda olan anne ve babama sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU i
BEYAN ii
TEŞEKKÜR iii
KISALTMALAR LİSTESİ vi
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ vii
1. ÖZET 1
2. ABSTRACT 2
3. GİRİŞ VE AMAÇ 3
4. GENEL BİLGİLER 5
4.1. SAĞLIK HİZMETLERİ 5
4.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 5
4.1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri 5
4.1.1.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri 6
4.1.1.1.2. Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri 6
4.1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 6
4.1.1.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri 7
4.1.1.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri 7
4.1.1.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri 7
4.1.1.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri 8
4.1.1.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon 8
4.1.1.3.2. Sosyal Rehabilitasyon 8
4.1.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri 8
4.2. HASTANE 9
4.2.1. Hastanelerin İşlevleri 12

4.2.1.1. Tedavi Hizmetleri 12
4.2.1.2. Koruyucu Ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri 12
4.2.1.3. Eğitim Hizmetleri 12
4.2.1.4. Araştırma Hizmetleri 13
4.2.2. Hastanelerin Sınıflandırılması 13
4.2.2.1. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler 13
4.2.2.1.1.Kamu Hastaneleri 13
4.2.2.1.2.Kar Amacı Gütmeyen Hastaneler 13
4.2.2.1.3. Kar Amaçlı Özel Hastaneler 14
4.2.2.2. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler 14
4.2.2.3. Hizmet Türüne Göre Hastaneler 14
4.2.2.4. Büyüklüklerine Göre Hastaneler 14
4.2.2.5. Hastaların Kalış Süresine Göre Hastaneler 14
4.2.2.6. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler 15
4.2.2.7. Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler 15
5. GEREÇ VE YÖNTEM 16
6. BULGULAR 17
7. TARTIŞMA 60
7.1.Hastane Sayıları 60
7.2.Hastane Yatak Sayıları 65
7.3.Hastane Yataklarının Kullanımı 68
7.4.Demografik Özellikler 72
7.5.Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları 74
7.SONUÇ VE ÖNERİLER 76
8. KAYNAKLAR 79
9. ÖZGEÇMİŞ 86

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD Amerika Birleşik Devletleri

CDC Hastalık Kontrol Ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention)

M.Ö. Milattan Önce

EUROSTAT Avrupa İstatistik Ofisi (European Community Statistical Office)

KUTTAM Koç Üniversitesi Translasyonel Tıp Araştırmaları Merkezi

NCATS Ulusal Translasyonel Bilimi Geliştirme Merkezi (National Center for Advancing Translational Sciences)

NCHS Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (National Center for Health Statistics)

NHS ENGLAD İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service England)

NIH Ulusal Sağlık Enstitüleri (National Instıtutes of Health)

NPHS Galler Ulusal Halk Sağlığı Merkezi (National Public Health Service for Wales)

OECD Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)

SOCIALSTYRELSEN İsveç Ulusal Sağlık Ve Refah Kurulu (Swedish National Board of Health and Welfare)

TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu

WHO Dünya Sağlık Örgütü (Worl Health Organization)

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Şekil 6. 1: Toplam Hastane Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 18
Şekil 6. 2: Milyon Kişi Başına Düşen Hastane Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 19
Şekil 6. 3: Toplam Hastane Yatak Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19)... 21
Şekil 6. 4: Bin Kişiye Düşen Hasta Yatağı Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 23
Şekil 6. 5: Akut (Tedavi Edici) Bakım Yatağının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) (23) 25
Şekil 6. 6:Bin Kişiye Düşen Akut (Tedavi Edici) Bakım Yatağının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi 26
Şekil 6. 7: Uzun Süreli Bakım Yataklarının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) (23) 28
Şekil 6. 8: Bin Kişiye Düşen Uzun Süreli Bakım Yatağının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 30
Şekil 6. 9: Kamu Hastanelerine Ait Yataklarının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 32
Şekil 6. 10: Bin Kişiye Düşen Kamu Hastane Yatağının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 33
Şekil 6. 11: Kar Amacı Gütmeyen Özel Hastanelerdeki Yatak Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 35
Şekil 6. 12: Kar Amacı Gütmeyen Özel Hastanelerde Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 36
Şekil 6. 13: Kar Amaçlı Özel Hastanelerdeki Yatak Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 38
Şekil 6. 14: Kar Amaçlı Özel Hastanelerde Bin Kişiye Düşen Hasta Yatağının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 40
Şekil 6. 15: Akut Bakım Hastanede Kalış Günü Ortalamasının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 42
Şekil 6. 16:Akut Bakım Yatağı Doluluk Oranının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 44
Şekil 6. 17: Toplam Akut Hastane Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (23) .. 46
Şekil 6. 18:Yüz Bin Kişiye Düşen Akut Hastane Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (23) 47

Şekil 6. 19:Hastanede Ortalama Kalış Süresinin Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (23) 49
Şekil 6. 20: Araştırma Grubundaki Ülkelerin Yıllara Göre Nüfusları (19) 51
Şekil 6. 21: Yaşlı Bağımlı Nüfus Oranının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19)..... 52
Şekil 6. 22: 15 Yaş Altı Bağımlı Nüfus Oranının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 54
Şekil 6. 23:Yaşlı Nüfus Yüzdesinin Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (43)..... 55
Şekil 6. 24: Genç Nüfus Yüzdesinin Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (44)..... 57
Şekil 6. 25: Kişi Başı Sağlık Harcamasının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (Abd Doları) (19)..... 58

Tablo 6. 1: Toplam Hastane Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 17
Tablo 6. 2: Milyon Kişi Başına Düşen Hastane Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19)..... 19
Tablo 6. 3: Toplam Hastane Yatak Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19). 21
Tablo 6. 4: Bin Kişiye Düşen Hasta Yatağı Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19)..... 22
Tablo 6. 5: Akut (Tedavi Edici) Bakım Yatağının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19)..... 24
Tablo 6. 6: Bin Kişiye Düşen Akut (Tedavi Edici) Bakım Yatağının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 26
Tablo 6. 7: Uzun Süreli Bakım Yataklarının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19).. 27
Tablo 6. 8: Bin Kişiye Düşen Uzun Süreli Bakım Yatağının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19)..... 29
Tablo 6. 9: Kamu Hastanelerine Ait Yataklarının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19)..... 31
Tablo 6. 10: Bin Kişiye Düşen Kamu Hastane Yatağının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19)..... 33
Tablo 6. 11: Kar Amacı Gütmeyen Özel Hastanelerdeki Yatak Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 34
Tablo 6. 12: Kar Amacı Gütmeyen Özel Hastanelerde Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19)..... 36

Tablo 6. 13: Kar Amaçlı Özel Hastanelerdeki Yatak Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 38
Tablo 6. 14: Kar Amaçlı Özel Hastanelerde Bin Kişiye Düşen Hasta Yatağının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 40
Tablo 6. 15: Akut Bakım Hastanede Kalış Günü Ortalamasının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 42
Tablo 6. 16: Akut Bakım Yatağı Doluluk Oranının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 44
Tablo 6. 17: Toplam Akut Hastane Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (23). 45
Tablo 6. 18: Yüz Bin Kişiye Düşen Akut Hastane Sayısının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (23) 47
Tablo 6. 19: Hastanede Ortalama Kalış Süresinin Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (23) 49
Tablo 6. 20: Araştırma Grubundaki Ülkelerin Yıllara Göre Nüfusları (19) 50
Tablo 6. 21: Yaşlı Bağımlı Nüfus Oranının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 52
Tablo 6. 22: 15 Yaş Altı Bağımlı Nüfus Oranının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (19) 53
Tablo 6. 23: Yaşlı Nüfus Yüzdesinin Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (43) 55
Tablo 6. 24: Genç Nüfus Yüzdesinin Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (44) 56
Tablo 6. 25: Kişi Başı Sağlık Harcamasının Ülkelere Ve Yıllara Göre Değişimi (Abd Doları) (19) 58

1. ÖZET

BAZI GELİŞMİŞ ÜLKELER İLE ÜLKEMİZDEKİ YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINA İLİŞKİN YÖNELİMLER VE EĞİLİMLER

Bu araştırma Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere ve ABD ile Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarının 1993-2018 yılları arasında toplam sayısı, toplam hastane yatak sayısı, hastane kalış günü ortalaması ve tedavi edici bakım yatağı doluluk ortalaması gibi göstergelerinin ne tür değişimler gösterdiğini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma kapsamında incelenen veriler başta OECD, WHO, ve TÜİK olmak üzere, ulusal ve uluslararası güvenilir veri tabanlarından tarama yöntemiyle alınmıştır. Ülkelerin 1993-2018 yılları arası nüfusları, genç-yaşlı nüfus yüzdeleri ve sağlık harcamalarındaki değişim de dikkate alınarak, elde edilen literatür bilgileri doğrultusunda yataklı tedavi kurumlarında son yıllarda gözlemlenen yönelimler tartışılmıştır. İncelenen veriler neticesinde hastane ve hastane yatağı sayılarının Türkiye'de artma diğer ülkelerde ise azalma eğiliminde olduğu gözlemlenmiş, Türkiye'deki artışlar, milyon kişi başına düşen hastane ve bin kişi başına düşen hastane yatağı sayılarında diğer ülkelerin gerisinde olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Hastanede ortalama kalış günü ile akut bakım hastanede kalış günü ortalamalarında ülkelerin tamamı azalma göstermiştir. Demografik ve epidemiyolojik değişim göz önünde bulundurularak ileriye yönelik ön görülerle hastane ve yatak ihtiyaçları konusunda değerlendirmeler yapılmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda hastane yatağına olan ihtiyacın azalacağı, hastanelerin hizmet sunumunda değişiklik yaşanacağı, daha fazla uzmana ve araştırma merkezine ihtiyaç duyulacağı öngörülüştür.

Anahtar Kelimeler: Demografik değişim, Hastane sayısı, Hastane yatak kullanımı, Hastane yatak sayısı, Kişi başı sağlık harcaması.

2. ABSTRACT

TENDENCIES AND TRENDS TOWARDS INPATIENT TREATMENT CENTERS IN DEVELOPED COUNTRIES AND TURKEY

This study aimed to investigate have affected total number of inpatient treatment centers, total number of hospital beds, average hospitalisation days and average occupancy rate of treatment beds between the years 1993 and 2018 in Germany, France, Sweden, Japan, England, USA and Turkey. The data in this study was obtained by scanning the national and international reliable databases, particularly OECD, WHO and TÜİK. The obtained literature was discussed the observed developments in inpatient treatment centers over the years, considering the countries' population, young-old ratio and healthcare expenditures between the years 1993 and 2018. In conclusion, it was seen that the number of hospitals and hospital beds in Turkey had a tendency to increase, while other countries had a tendency to decrease. The increases in Turkey were associated with Turkey's being behind other countries with regards to hospitals per million capita and hospital beds per thousand capita. All countries had a tendency to decrease for average hospitalisation days and acute care hospitalisation days. Considering the changes in demographics and epidemiology, future hospital and bed needs were assessed. This assessment showed that the need for bed in hospitals will decrease, there will be changes in hospital healthcare services, and more specialist and research centers will be needed.

Key words: Demographic change, Health expenditure per capita, Hospital bed numbers, Hospital numbers, Occupancy rate of hospital beds.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Güvenli, erişilebilir, kaliteli, insan merkezli ve entegre sağlık hizmeti sunumu, evrensel sağlık kapsamına geçmek için kritik öneme sahiptir. Hizmet sunum sistemleri sadece hastalar için değil, kişiler, aileler, topluluklar ve genel olarak nüfus için sağlık hizmetleri sunmaktan sorumludur. (1) Etkili bir sağlık hizmeti sunumu da ülkelerin gelişmişlik seviyelerini büyük ölçüde etkilemektedir. Bugün gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülke sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi adına sağlık sistemlerinde ve özellikle sağlık hizmeti sunumlarında yaptıkları düzenlemelerle sağlığı iyileştirme yönünde önemli adımlar atmaktadır.

Sağlık hizmeti sunumunun sağlandığı sağlık kurumlarının başında ise hastaneler gelmektedir. Bu kurumlar hasta veya yaralıların teşhis, tedavi ve rehabilite edilebildiği aynı zamanda kısa veya uzun süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlardır. Topluma her zaman fayda sağlamak amacıyla kesintisiz şekilde çalışan hastaneler, tüm bunların yanında araştırma, geliştirme çalışmaları yapmakta ve sağlık uzmanları yetiştirmektedirler. Hastanelerin, insan yaşamının devam ettirilebilmesi, korunması ve yaşam kalitesinin oluşturulmasında sağlık hizmeti sunumunda önemli bir yeri bulunmaktadır.

Sağlık sisteminin en önemli paydaşlarından biri olan hastaneler geçmişten günümüze oldukça önemli değişim ve gelişim göstermiştir. Yaşanan bu süreç hasta ihtiyaç ve beklentilerini etkilemiş ülkeleri sağlık hizmetleri sunumunda değişime gitmeye zorlamıştır.

Yirminci yüzyıl modern hastaneciliğin yaygınlaştığı ve geliştiği bir dönemdir. Bu dönemde 19. yüzyılda koğuş şeklinde olan hasta yatakları özel ya da yarı özel odalar, mekânlar şeklinde düzenlenmeye başlamış, hastaneler çevredeki halka sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra sağlık personelinin uygulamalı eğitiminin yapıldığı, hizmet içi eğitim ve sürekli eğitim faaliyetlerinin yürütüldüğü, tıbbi araştırmaların gerçekleştirildiği mekânlar haline gelmeye başlamıştır. (2)

Günümüzde hastaneler yataklı sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlar olmaktan çıkarak, ileri düzeyde özellik arz eden teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği kurumlar haline gelmiştir. Sonuçta, modern hastanelerin asıl rolü artık yatan hasta

bakımı olmaktan çıkmıştır. Hastaneler gittikçe kısa süreli yatış gerektiren uzmanlaşmış teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği merkezler haline gelmektedir. (3)

Tarihteki ilk hastane yapılarından, günümüzdeki hastane yapılarına kadar geçirilen evrimde hastalık ve sağlık kavramlarının birçok defa değiştiği ve tıp biliminde birçok ilerlemeler olduğu görülmektedir. Sağlık yapıları, tarihleri boyunca politik, sosyal, teknik ve ekonomik faktörler, demografik yapılardaki dönüşümler, tıp bilim alanındaki gelişmeler ve zamanlarının felsefeleri tarafından biçimlendirilmişlerdir. Bu durum günümüzde de devam etmektedir. (4)

Sağlık hizmetlerinin sunumunda diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de kademeli bir sağlık sistemi mevcuttur. (5) Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri örgütlenmesinde merkezi konumda olup tedavi hizmetlerinden daha çok koruyucu sağlık hizmetlerini içermekte ve toplumun sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri, uzman tıp ve sağlık personelinin yer aldığı, değişik büyüklüklerde hastaneler tarafından verilen tedavi amaçlı hizmetleri içermektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren sağlık kurumları birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında verilmesi olası olmayan, yoğun bilgi ve teknolojik olanaklar gerektiren karmaşık, ağır olgulara yönelik hizmetler sağlamaktadır. (6) (7)

Sağlık Bakanlığı'nca 2003 yılından itibaren uygulanmış olan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde ülkenin sağlık sistemi yeniden yapılandırılmıştır. (8) Başta koruyucu sağlık ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmiş, çağdaş sağlık anlayışının temel unsurları arasında yer alan aile hekimliği uygulaması başlatılmış ve ülkenin tamamında yaygınlaştırılmıştır. (9) Tüm Dünya ülkelerinde de aile hekimliğinin önemi giderek artmakta, aile hekimliğine atfedilen değer yükselmektedir. (7)

Çalışmamızda konunun önemi dikkate alınarak; Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere ve ABD ülkeleri ile Türkiye'deki, 1993-2018 yılları içerisinde yataklı tedavi kurumlarının büyüklükleri, yatak sayıları, yatak işgal oranları ve diğer hizmet göstergeleri yönünden, ne tür değişimler gösterdiği, gerek diğer ülkelerde gerekse ülkemizde bu konuda söz konusu olabilen yönelimler ve eğilimlerin neler olduğu incelenerek ileriye yönelik öneriler geliştirilmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetleri, insanlık tarihi kadar eski olup zamanla meydana gelen gelişmeler doğrultusunda değişim gösteren, insanlığın yaşamını devam ettirebilmesi için duyulan en temel ihtiyaçlardan biridir. Hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak, bireylerin ve toplumun sağlığını korumak aynı zamanda da geliştirmek için sunulan hizmetlerin tümünü kapsamaktadır.

Başlarda ilkel yöntemlerle mağara ve tapınaklarda sunulan sağlık hizmetleri ilerleyen dönemlerde bu ihtiyacı karşılamak adına inşa edilen çeşitli yapılarda sunulmuştur. Günümüzde ise hastalıkların veya sakatlıkların meydana gelmesine engel olmak ve bireyler hastalandıklarında veya sakatlandıklarında tıbbi ve sosyal destek sağlamak amacıyla çeşitli sağlık kurumlarında sağlık profesyonelleri tarafından sunulmaktadır.

Sağlık hizmetleri, toplumların gelişmişlik seviyelerine paralel olarak gelişme göstermektedir. Günümüzde bilimsel kriterlere göre yönlendirilen, tanı ve tıbbi tedavi süreçlerini kapsayan "batı tipi" sağlık hizmetleri anlayışı yaygındır. Bunun dışında kalan ve çoğunlukla şifacılık, bitkisel ve metafizik kürler vb. şekilde görülebilen ve ağırlıklı olarak Doğu (Çin, Asya) tıbbı ya da "alternatif tıp" olarak bilinen tarzda sağlık hizmeti üretimleri de söz konusudur. Ancak genel kabul gören ve ülkemizde de yaygın olan bilimsel kriterler ışığında bulgulara ve neden sonuç ilişkilerine dayanan "batı tipi tıp anlayışı", sağlık politikalarını ve uygulamalarını yönlendirmektedir. (5)

4.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirici hizmetler olarak dört gruba ayrılmıştır.

4.1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığının korunmasına ve kişilerde hastalıkların meydana gelmesini engellemeye yönelik sunulan hizmetlerdir. Hastalık veya sakatlık durumu oluşmadan alınan önlemleri içermektedir. Bulaşıcı hastalık

riskinin azaltılmasını sağlayarak toplumu salgın hastalıklardan koruma ve sağlıklı yaşam kalitesini arttırma amaçlanmıştır.

Kişiye yönelik olarak yapılan bağışıklama, ilaçla ve serumla koruma, erken tanı, aile planlaması, beslenme durumlarının iyileştirilmesini sağlamak için gıda güvenliği ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sağlık eğitimi gibi işler ile fizik, biyolojik ve sosyal çevredeki olumsuz koşullardan kaynaklanan sağlık problemlerini önlemek amacıyla çevreye yapılan müdahaleler koruyucu hizmetlerdir. (6)

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

4.1.1.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen fiziksel, kimyasal ve biyolojik olumsuz çevre koşullarını yok etmeyi amaçlayan hizmetler bütünüdür.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri besin kontrolü ve güvenliği, yeterli ve temiz su sağlanması, hava kirliliğinin kontrolü, atıkların kontrolü, konut sağlığı, iş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü, gibi çevreyi hedefleyen hizmetleri kapsamaktadır. (10)

4.1.1.1.2. Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, insanı hedef alarak bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama, kişisel hijyen, yeterli ve dengeli beslenme, hastalıkların erken tanı ve tedavisi gibi hizmetlerin hekim, hemşire ve ebe gibi sağlık profesyonelleri tarafından sunulduğu hizmetlerdir.

Kişileri dolayısı ile de toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde tanı konularak, yıkımsız veya en az yıkımla tedavi etmeyi amaçlayan hizmetler bu grup altında toplanmaktadır. (11)

4.1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici hizmetler bireylerde hastalığın veya sakatlığın meydana gelmesinden sonraki evreyi kapsamakla beraber muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakımın sunulduğu kişiye yönelik hizmetler bütününü oluşturmaktadır. Bu hizmet

türündeki amaç sağlıklı olma durumu bozulan bireyleri eski sağlıklarına kavuşmalarını sağlamaktır.

Hastalık ya da sakatlık durumunun oluşmasıyla birlikte verilen bu hizmetler kendi içinde üç gruba ayrılmaktadır.

4.1.1.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Birinci basamak tedavi hizmetleri hastaların tedavilerinin yatırılmadan ayakta veya evde yapıldığı hizmetleri içermektedir. Bu hizmetlerin verildiği kuruluşlar hastaların ilk başvurduğu ve genellikle yerleşim yerlerine yakın ulaşılması kolay kuruluşlardır.

Sağlık ocakları, aile sağlığı merkezleri, özel muayenehaneler, hemşirelik bakım merkezleri, ayaktan cerrahi bakım merkezleri bu basamağa örnek gösterilebilir.

4.1.1.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavisinin yapıldığı hizmetler ikinci basamak tedavi hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Uzman tıp ve sağlık personelinin sunduğu temel amacı tedavi olan ikinci basamak tedavi hizmetleri, farklı büyüklüklerdeki hastanelerde sunulmaktadır.

Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavi edildiği bu kurumlarda birinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavi edilemeyen hastalıkların tedavisi gerçekleştirilmektedir.

Ülkemizde tam teşekküllü devlet hastaneleri, yataklı sağlık merkezleri, özel hastaneler ve vakıf hastaneleri örnek gösterilebilir.

4.1.1.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri hastalıkların teşhis ve tedavisi için ileri tetkik, teknoloji ve uzmanlık gerektiren hastane hizmetlerini kapsamaktadır. İkinci basamakta olduğu gibi tedavi amacı ön plandadır.

Üçüncü basamak sağlık kuruluşları genellikle sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra eğitim ve araştırma faaliyetlerinin de yürütüldüğü kuruluşlardır. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir. (10)

4.1.1.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleri hastalık veya kaza sonrasında bireylerin bedensel ya da ruhsal yönden yaşanan kayıplarının geri kazandırılmasına yönelik verilen hizmetlerin tümünü kapsamaktadır.

Rehabilitasyon hizmetleri, eş güdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere mümkün olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır. (11)

Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılmaktadır.

4.1.1.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinde bireyin yaşam kalitesini arttırmak amacıyla, bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıklarının düzeltilmesi hizmetleri sunulmaktadır.

Kaza sonucu bireylerin organlarında meydana gelen hasarı gidermek amacıyla bireylere protezler takılarak veya sakatlanan organını güçlendirip kişinin kendi ihtiyaçlarını karşılama yeteneği kazandırılmaya çalışılmaktadır. (12)

Ülkemizde tıbbi rehabilitasyon kuruluşlarına örnek olarak fizik tedavi hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri örnek gösterilebilir.

4.1.1.3.2. Sosyal Rehabilitasyon

Sosyal rehabilitasyon sakatlığı ya da özürü bulanan bireylerin hayatlarını başkalarına bağımlı olmadan sürdürebilmeleri için iş bulma, yeni işe uyum sağlama yada öğretme hizmetlerini içermektedir. Bu hizmetler bireylerin hayata aktif katılımlarını sağlamaktadır.

Rehabilitasyon yolu ile kapsamlı ve birbirleri ile ilişkili hizmetler götürerek sakat veya sosyal bakımdan dezavantajlı durumda olan kişilerin dezavantajlı durumları olabildiğince ortadan kaldırılarak, aynı zamanda toplumun refahına da katkı sağlanmaktadır. (11)

4.1.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlıklı bireyleri içinde bulundukları sağlık durumundan daha üst seviyeye ulaştırmak için verilen hizmetlerin tümü sağlığın geliştirilmesi hizmetleridir. Bu hizmetle amaçlanan bireyin yaşam kalitesini arttırmak ve yaşam süresini uzatmaktır.

Bugün birçok hastalığın bireylerin yaşam tarzlarından ve alışkanlıklarından kaynaklandığı bilinmektedir. Kişiler kendi yaşam biçimlerini geliştirerek sağlık durumlarını daha üst seviyelere çıkarabilirler. Örneğin kişinin spor yapması, sigara ve alkol kullanmaması, sağlığı bozucu rafine gıdaların tüketiminden uzak durması ve kişisel hijyen sağlaması sağlık seviyesinin yükselmesine katkı sağlayabilecektir. (11)

4.2. HASTANE

Hastaneler hasta veya yaralı olan bireylere sağlık profesyonelleri tarafından, ayakta ya da yatarak teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerin sunulduğu kurumlardır.

Tarih öncesi dönemde bilindiği kadarıyla insanların tedavileri mağaralarda sihirbaz iyileştiriciler tarafından yapılmaya başlanmışken, Antik Yunan'a gelindiğinde temeli din, büyü ve doğaüstü güçlere dayanan tıbbi uygulamalar, din adamları ya da büyücüler tarafından bu amaçla inşa edilen tapınaklarda uygulanmaya başlanmıştır.

Bugünkü hastanelerin öncüsü diyebileceğimiz ilk kurumlara ise M. Ö. 600 yıllarında Hindistan'da rastlanmaktadır. Bu dönemde 10 köye bir hekim görevlendirilmiş, bakıma muhtaç kişiler ve sakatlar içinde Buda gözetiminde olan hastaneler yapılmıştır. (2)

Eski Yunan döneminde başlayıp Roma döneminde de kullanılan tapınaklara "Asklepion" denilmektedir. Asklepionlar hem ilk hastaneler, hem ilk tıp okulları hem de tapınaklardır. (13) Romalılarda Asklepionlar dışında sadece hasta ve köleler ile yaralı ve hasta askerler için hastane benzeri geçici mekanların varlığına rastlanmaktadır. (2) Ancak Hristiyanlığı kabul etmeleriyle beraber dini bir vazife düşüncesiyle hastaların ve acı çekenlerin bakımı için çok çeşitli kurumlar oluşturulmuştur. Hristiyan kurumlarında belirgin bir yenilik vardı. Asıl görevleri savaşabilecek insanları tekrar cepheye göndermek olan Romalıların askeri hastanelerinde geniş çaplı bir tedavi veya hemşirelik bakımı amaç olarak belirlenmemişken Hristiyan hastaneleri hastaların, fakirlerin ve muhtaç durumda olanların uzun süreli desteğine ilk cevap verenler olmuştur. (14)

İslamiyet'in doğuşundan sonra ortaya çıkan gelişmelere koşut olarak rasathane, hastane ve bilgelik evi gibi, çeşitli bilim ve eğitim kurumları oluşturulmuştur. 707

yılında da cüzzamlı, kötürüm, kör, yatalak ve kimsesizleri barındırmak amacıyla İslam dünyasında ilk hastane kurulmuştur. İslam dünyasında kurulan bu ilk hastanenin ardından bir yüzyıl sonra çok daha yetkin konuma sahip, eğitim ve tedavi kurumu olarak hizmet verecek hastaneler kurulmuştur. (15) Bu hastanelerde hastalara özel giysiler giydirilmiş, tedaviye destek amaçlı gıda rejimi uygulanmış ve hastanenin koğuşları farklı hastalıklara ayrılmış, dolayısıyla hastalar hastalıklarına göre sınıflandırılmıştır. (15)

Ortaçağ Avrupa'sının hastanelerinin o dönemki İslam hastaneleri ile kıyaslanamayacak kadar geri olduğu birçok Batılı müellif tarafından dile getirilmektedir. (14) Bu dönem düşünce özgürlüğüne izin verilmediği, sadece dini inancın ön planda olduğu ve büyük bir yoksulluğun yaşandığı karanlık çağ olarak da adlandırılan bir dönemdir. Dönemin başlarında kilise bilime dayalı tıp anlayışından uzaklaşmış ve dini inanca dayalı tıp anlayışını benimsemiştir. Hastaların tedavisi Tanrı'nın mucizelerine bırakılmış ve dualarla iyileşmeleri beklenmiştir. Bu durum Avrupa'da tıbbın gerilemesine neden olmuştur.

Kargaşa ortamından kaçan bazı bilim adamları Monte Cassino manastırına sığınarak çeşitli antik çağ kitaplarını çoğaltmış ve burada tıbbi bitkilerle hastalara yardımcı olmaya çalışılmıştır. Kilise ise, manastırda ilkel şartlarda hastalara yardımcı olmaya çalışan rahiplere, duayla geçirilmesi gereken zamanı hastalara ayırarak israf ettikleri gerekçesiyle iyi gözle bakmamıştır. (16)

On dördüncü yüzyıldan itibaren başlayan Rönesans hareketi ile birlikte Avrupa' da tıp ve sağlık hizmetlerinde de yenilenme başlamıştır. Rönesans döneminde hastanecilik gelişmekle birlikte asıl önemli gelişmeler tıp eğitiminde olmuştur. Özellikle cerrahi alanda gelişmeler hızlanmış, hastalar hastanelerde özelliklerine göre farklı bölümlere yatırılmaya, hastane yönetimi önem kazanmaya başlamıştır. (2)

On altınca yüzyıldan itibaren bilimsel araştırmalar ve hastaların tedavi edilmesi önem kazanmaya başlamıştır. Üniversitelerde tıp eğitimi verilmeye başlanmış ve matbaanın icadı ile de kitaplar çoğaltılarak bilimsel bilginin yayılması kolaylaştırılmıştır.

On yedinci yüzyıla gelindiğinde bilim dünyası araştırmalarda deneysel metodu kabul etmiş, mikroskobun icadıyla tıp ve biyoloji alanında ilerleme sağlanmış bununla birlikte hastalıkların insan üzerinde incelenmesiyle de önemli gelişmeler yaşanmıştır. Aynı zamanda bu dönemde hastane binaları büyümüş, bir avlu etrafını saracak şekilde tasarlanmıştır.

On sekizinci yüzyıl kliniklerin yenilendiği ve hastanelerin gerçek anlamda ve tam olarak kullanıldığı bir dönemdir. Bu dönemde çeşitli dal hastanelerinin kurulduğu ve yarı uzmanlaşmanın ortaya çıktığı görülmüştür. (17) Kırdan kente göçün de artmasıyla hastane sayıları artış göstermiştir. İç avlulu kare bloklar şeklinde tasarlanan hastaneler eleştirilmiş, hastane tasarımında doğru havalandırmanın sağlanması ve güneş ışığının kullanılabilmesi vurgulanmıştır.

Modern tıbbın başladığı yüzyıl olarak kabul edilen on dokuzuncu yüzyıl hastanecilik anlayışında bir dönüm noktası sayılır. (2) Anestezinin keşfi ile cerrahi tedavi yöntemleri bulunmuş, tıbbi araç ve gereçler buharla temizlenmeye başlanmış, ilk laboratuvar açılmış, tıbbi teşhis amaçlı ilk kez röntgen çekilmiştir. Aynı yüzyıl içerisinde Florance Nathingale hemşireliği bir meslek haline getirerek, temizliği ön planda tutan disiplinli bir hemşirelik bakımının oluşturulmasını sağlamıştır. Hekimler de tam gün çalışmaya geçerek hastanede daha fazla zaman geçirmeye başlamıştır. Sağlık alanında yapılan bu buluşlar hastanelerin gelişmesine önemli derecede katkı sağlamıştır.

Tıbbi eğitimlerin hastanelerde gerçekleştirilmeye başlandığı yirminci yüzyılda, hastaneler bugünkü rolünü üstlenmeye ve bakım yerine tedavi sunmaya başlamıştır. Nüfusun hızla artmaya başlamasıyla birlikte de kapasitelerini arttırmışlardır. Hastaların taleplerini ve beklentilerini karşılayabilmek için hastane sayıları arttırılmış, hasta yataklarının bulunduğu koğuşlar yerini özel veya yarı özel hasta odalarına bırakmıştır.

20. ve 21. yy'da sağlık hizmetlerinde eğitim ve teknolojik olarak yaşanan gelişmelerle birlikte dünya genelinde kamu ve özel hastane sayıları artış göstermiştir. Bu gelişmelere bağlı olarak sağlık hizmetlerinde devletlere ekonomik bir yük oluşturmasından dolayı son yıllarda özel hastanelerin sayısı artış göstermektedir. (17)

Günümüzde hastaneler; çok dinamik ve değişken bir yapıya sahip olup, kesintisiz sağlık hizmeti üreten ve bireylerin doğumdan ölüme kadar sağlıklı olabilmek için ihtiyaç duyabileceği en önemli kurumlardan biri olmuştur. Bununla birlikte sadece tıbbi hizmet vermekle kalmayıp yaşanan çevre sorunlarını dikkate alarak, sağlıklı bir çevre ve sağlıklı bir toplum oluşturabilmek adına "Yeşil Hastane" yaklaşımını benimsemeye başlamışlardır.

4.2.1. Hastanelerin İşlevleri

Gelişen ve değişen tıp dünyasında hastaneler, sadece teşhis ve tedavi hizmeti vermekle kalmayıp hekim ve sağlık personeli için eğitim veren, sağlığı koruyucu ve geliştirici yönde araştırmalar yapan kurumlar halini almışlardır.

Hastanelerin, amaç ve misyonlarına göre değişmekle birlikte dört temel işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler; tedavi hizmetleri, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, eğitim ve araştırma olarak dört grupta incelenmektedir. (18)

4.2.1.1. Tedavi Hizmetleri

Tedavi hizmetleri, hastalara teşhis ve tedavinin ayaktan veya yatarak yapıldığı, hastanelerin en temel işlevlerindendir. Hastanelerin kuruluşundan itibaren var olmakla birlikte kesintisiz devam ettirilmesi gereken hizmetlerdir.

4.2.1.2. Koruyucu Ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, teşhis ve tedavi hizmetleri gibi hastalara hastanelerde de sunulan hizmetlerdendir. Anne-çocuk sağlığını korumak adına verilen aşılama hizmetleri, kişisel sağlık bakım uygulamaları, sağlığa zararlı maddelere olan alışkanlıklarla mücadele için verilen hizmetler hastanelerin toplum sağlığını geliştirmesine katkı sağlamaktadır.

4.2.1.3. Eğitim Hizmetleri

Hastaneler, birer eğitim kurumlarıdır. Hastanelerde verilen eğitim ya da hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri hasta ve yaralıların eğitimi, öğrencilerin eğitimi, asistan eğitimi, hastane personelinin hizmet içi eğitimi ve sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilir. (11)

4.2.1.4. Araştırma Hizmetleri

Hastanelerin, tedavi, koruyucu ve geliştirici sağlık ve eğitim hizmetlerinin yanında, tıbbi ve idari olarak yürüttüğü araştırma hizmetleri bulunmaktadır. Bu hizmetler etik kurallar çerçevesinde sağlık problemini çözmeye yönelik yapılan klinik araştırmalar (deneysel, kadavralar üzerinde, kobay kullanımı vb.) ve hastanelerin yönetsel sorunlarına yönelik yapılan araştırmalardır.

4.2.2. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler, topluma çok yönlü hizmet veren kuruluşlardır. Bu özelliklerinden dolayı da çeşitli şekillerde sınıflandırılırlar. Hastaneler işlevlerine (hizmet verdikleri alana), finansal kaynaklarının türüne (mülkiyetine), büyüklüklerine (yatak sayılarına), hastaların hastanede kalış sürelerine, vb. pek çok nitelikleri dikkate alınarak sınıflandırılmaktadır. (11)

4.2.2.1. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler

Mülkiyet durumu bakımından hastaneler, mülkiyetinin hangi kurum veya kuruluşlara ait olduğuna veya kurum ve kuruluşların niteliğine göre sınıflandırılmaktadır. Kendi içinde kamu hastaneleri, kar amacı gütmeyen hastaneler ve kar amaçlı özel hastaneler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır.

4.2.2.1.1.Kamu Hastaneleri

Kamu hastaneleri, kamu bütçesinden ayrılan paralarla yapılan ve işletilen, amaçları kar elde etmek değil toplumsal ihtiyaçları karşılamak olan, devlete doğrudan bağlı hastanelerdir. Hastane çalışanları devlet memuru olarak istihdam edilmektedir. Ülkemizdeki devlet hastaneleri ve askeri hastaneler örnek gösterilebilir.

4.2.2.1.2.Kar Amacı Gütmeyen Hastaneler

Kar amacı gütmeyen hastaneler, sahibi devlet olmayan ancak devlete dolaylı yoldan bağlı olan kamu adına hizmet üreten hastanelerdir. Üniversite ve vakıf hastaneleri örnek olarak gösterilebilir. Bu hastanelerde üçüncü basamak sağlık hizmetleriyle beraber araştırma ve eğitim hizmetleri de sunulmaktadır.

4.2.2.1.3. Kar Amaçlı Özel Hastaneler

Kar amaçlı özel hastaneler, özel şahısların kar amacı ile kurup işlettikleri hastanelerdir. Mülkü ve işletimi devlete ait olmayan hastanelerdir. Son yıllarda bu hastanelerin sayısında önemli bir artış yaşanmaktadır.

4.2.2.2. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler

Hastaneler, eğitim statüsü bakımından, eğitim hastaneleri ve eğitim amaçlı olmayan hastaneler olarak ikiye ayrılır. Eğitim hastanesi, tanı ve tedavi hizmetleri yanında, sağlık profesyonellerinin eğitimine yönelik hizmetler de sağlamaktadırlar. Eğitim amacı olmayan hastaneler ise, geleneksel teşhis ve tedavi hizmetlerini sağlamakla birlikte, sınırlı ölçüde uygulamaya yönelik eğitim (staj) hizmetleri de vermektedir. (18)

4.2.2.3. Hizmet Türüne Göre Hastaneler

Hastaneler verdikleri hizmet türüne göre genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olarak iki grupta incelenir. Genel hastaneler, hiçbir ayrım yapılmaksızın her türlü acil vakanın yaş ve cinsiyet farkına bakılmadan kabul edildiği hastanelerdir. Özel dal hastaneleri ise belirli bir yaş ve cinsiyet grubu veya belirli bir hastalık ve organ grubu hastalarının kabul edildiği hastaneler olarak tanımlanmaktadır.

4.2.2.4. Büyüklüklerine Göre Hastaneler

Genellikle yatak sayısı esas alınarak sınıflandırılan hastaneler, personel sayısı ve hasta günü sayısı da ölçüt alınarak da büyüklüklerine göre sınıflandırılabilmektedir. Yatak sayısı bakımından hastaneler, 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır. Ülkemizde 25 ile 99 yataklı hastaneler küçük hastane, 100 ile 399 yataklı hastaneler orta büyüklükte hastane, 400 ve daha fazla yatak kapasiteli hastaneler ise büyük hastane olarak adlandırılmaktadır.

4.2.2.5. Hastaların Kalış Süresine Göre Hastaneler

Hastaneler, hastaların kalış süresine göre akut bakım hastaneleri (kısa süreli kalış) ve kronik bakım hastaneleri (uzun süreli kalış) olmak üzere iki grupta toplanmaktadır. Akut bakım hastaneleri, hastaların yarısından fazlasının otuz günden daha az sürede hastanede kaldıkları hastanelerdir. Kronik bakım hastaneleri ise hastaların yarısından fazlasının otuz günden daha uzun sürede kalış gösterdikleri ve tedavi gördükleri hastanelerdir. Ülkemizde tüm genel devlet hastaneleri akut bakım

hastanelerine, psikiyatri ve fizik tedavi hastaneleri de kronik bakım hastanelerine örnek olarak gösterilebilir.

4.2.2.6. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler

Akreditasyon sağlık kuruluşunun hizmet kalitesini iyileştirmek için tasarlanan ve kuruluşun organizasyon ve hasta odaklılığı karşılayıp karşılamadığının müstakil ve bağımsız kuruluş tarafından değerlendirildiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır. (11)

Akredite edilme durumunu göre de hastaneler akredite edilen ve akredite edilmeyen olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Akredite edilen hastaneler, bağımsız kuruluş tarafından önceden belirlenen standartlara uygunluğu kabul edilmiş hastanelerdir. Ülkemizde akreditasyon hizmeti sunan bir kuruluş olmadığı için bu hizmet dışardan alınmaktadır.

4.2.2.7. Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler

Dikey entegrasyona göre hastaneler birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak hastaneler olmak üzere üç grupta toplanmaktadır. Birinci basamak hastaneler genellikle ayaktan hastaların başvurduğu günübirlik tedavi uygulayan hastanelerdir. İkinci basamak hastaneler kısa süreli yatarak tedavi hizmeti sunan hastanelerdir. Üçüncü basamak hastaneler ise birinci ve ikinci basamakta tedavi edilemeyen hastalıkların tedavisiyle ilgilenen hastanelerdir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma uluslararası veri tabanlarından yararlanılarak yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır. Sağlık hizmetleri yönünde gelişmiş olduğu kabul edilen Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere ve ABD ile Türkiye' deki, 1993-2018 yılları içerisinde yataklı tedavi kurumlarının sayıları, yatak sayıları, yatak işgal oranları ve diğer hizmet göstergeleri yönünden, ne tür değişimler gösterdiği incelenerek, gerek diğer ülkeler gerekse ülkemizde bu konuda söz konusu olabilen yönelimler ve eğilimler tartışılmıştır.

Yataklı tedavi kurumlarının büyüklükleri ve kullanımları konusundaki değişimler ve yönelimler güvenilir kaynaklardan elde edilen veriler kanalıyla tanımlanmıştır. Demografik ve epidemiyolojik değişim de dikkate alınarak ileriye yönelik öngörülerle hastane ve yatak ihtiyaçları konusunda değerlendirmeler yapılmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ülkeler ve yıllardır. Bağımlı değişkenleri ise toplam hastane sayısı, milyon kişi başına düşen hastane sayısı, hastane yatak sayısı, bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı, hastane kalış günü ortalaması, tedavi edici bakım yatağı doluluk oranıdır.

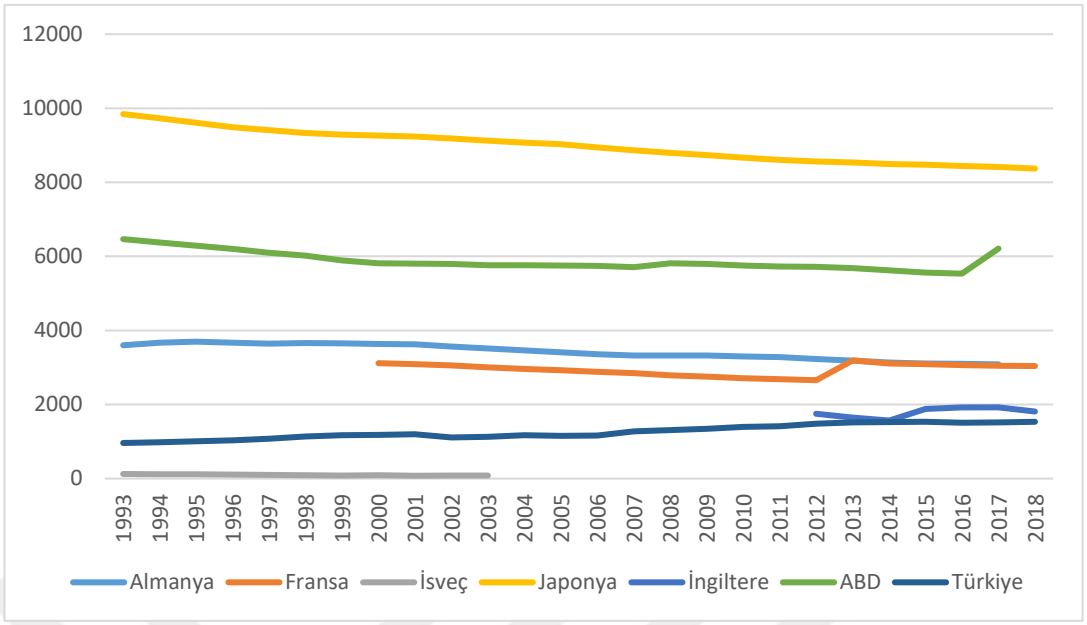
Veriler başta OECD, WHO ve TÜİK olmak üzere, ulusal ve uluslararası güvenilir veri tabanlarından alınmıştır.

6. BULGULAR

Tablo 6.1 ve Şekil 6.1'de Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2013 yılları arasındaki toplam hastane sayılarının değişimi sunulmuştur.

Tablo 6. 1: Toplam Hastane Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	3599	-	124	9844	-	6467	962
1994	3666	-	117	9731	-	6374	982
1995	3698	-	113	9606	-	6291	1009
1996	3673	-	108	9490	-	6201	1034
1997	3645	-	97	9413	-	6097	1078
1998	3658	-	87	9333	-	6021	1138
1999	3650	-	86	9286	-	5890	1171
2000	3635	3120	89	9266	-	5810	1183
2001	3628	3089	77	9239	-	5801	1199
2002	3564	3057	80	9187	-	5794	1114
2003	3515	3000	81	9122	-	5764	1132
2004	3460	2960	-	9077	-	5760	1175
2005	3409	2924	-	9026	-	5756	1154
2006	3359	2883	-	8943	-	5747	1161
2007	3326	2845	-	8862	-	5708	1275
2008	3322	2790	-	8794	-	5815	1308
2009	3324	2757	-	8739	-	5795	1347
2010	3301	2707	-	8670	-	5754	1397
2011	3278	2681	-	8605	-	5724	1410
2012	3229	2657	-	8565	1747	5723	1483
2013	3183	3192	-	8540	1645	5686	1517
2014	3138	3111	-	8493	1568	5627	1528
2015	3108	3089	-	8480	1882	5564	1533
2016	3100	3065	-	8442	1922	5534	1510
2017	3084	3046	-	8412	1920	6210	1518
2018	-	3042	-	8372	1810	-	1534 (20)



Şekil 6. 1: Toplam Hastane Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

Tablo 6.1 ve Şekil 6.1'de İngiltere ve Türkiye'nin toplam hastane sayılarında artış yaşandığı diğer ülkelerde ise genel olarak azalma olduğu görülmektedir. Özellikle Japonya'da incelenen süreçte toplam hastane sayılarındaki azalmanın süreklilik göstermesi dikkat çekmektedir. Türkiye'de ise yaşanan artış milyon kişi başına düşen hastane sayısının birçok ülkenin gerisinde olması ile ilişkilendirilmiştir. (Tablo 6.2)

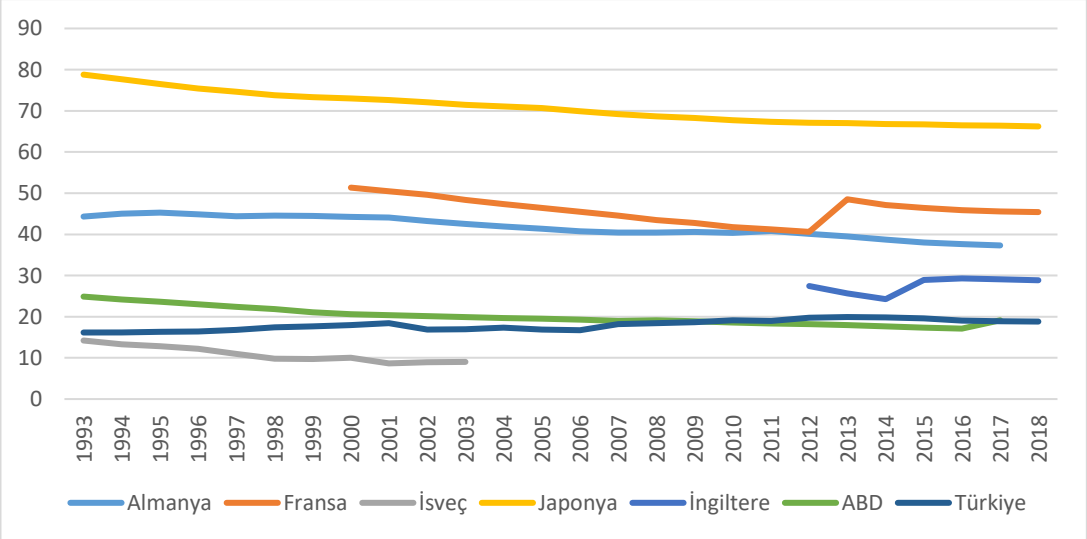
Fransa'da toplam hastane sayısında 1999 yılı ve öncesi için veri girişi yapılmamakla birlikte, 2012-2013 yılları arasında paylaşılan verilere göre önemli bir artış yaşanmıştır. Fransa ve İngiltere'nin nüfusları birbirine çok yakınken (Tablo 6.20) Tablo 6.1'de görüldüğü üzere Fransa'daki toplam hastane sayısı İngiltere'deki toplam hastane sayısından daha fazladır. Bununla birlikte 2014-2016 yılları arasında İngiltere toplam hastane sayısını arttırmış, Fransa ise aynı yıllarda toplam hastane sayısını azaltmıştır. İngiltere'nin 2011 yılı ve öncesi için veri girişi yapılmamıştır.

OECD İsveç için ise 2004'ten bu yana kaç hastane olduğu hakkında bilgi bulunmadığını belirtmiştir. (21)

Tablo 6.2 ve Şekil 6.2'de Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasındaki milyon kişi başına düşen hastane sayılarının değişimi sunulmuştur.

Tablo 6. 2: Milyon Kişi Başına Düşen Hastane Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	44.35	-	14.22	78.79	-	24.88	16.16
1994	45.02	-	13.32	77.68	-	24.22	16.19
1995	45.28	-	12.8	76.5	-	23.63	16.33
1996	44.84	-	12.22	75.4	-	23.02	16.44
1997	44.43	-	10.97	74.61	-	22.36	16.83
1998	44.58	-	9.83	73.79	-	21.83	17.45
1999	44.46	-	9.71	73.3	-	21.11	17.65
2000	44.22	51.35	10.03	73	-	20.59	17.98
2001	44.06	50.47	8.66	72.58	-	20.36	18.4
2002	43.21	49.59	8.96	72.09	-	20.14	16.88
2003	42.56	48.33	9.04	71.48	-	19.87	16.95
2004	41.93	47.34	-	71.09	-	19.67	17.38
2005	41.34	46.41	-	70.64	-	19.48	16.86
2006	40.78	45.45	-	69.92	-	19.26	16.75
2007	40.43	44.57	-	69.22	-	18.95	18.17
2008	40.46	43.47	-	68.66	-	19.12	18.41
2009	40.58	42.74	-	68.26	-	18.89	18.7
2010	40.37	41.76	-	67.7	-	18.6	19.1
2011	40.83	41.17	-	67.31	-	18.37	19
2012	40.15	40.6	-	67.13	27.43	18.23	19.73
2013	39.47	48.53	-	67.03	25.65	17.98	19.92
2014	38.75	47.08	-	66.75	24.27	17.66	19.8
2015	38.05	46.39	-	66.72	28.9	17.33	19.6
2016	37.64	45.84	-	66.51	29.3	17.11	19.05
2017	37.31	45.55	-	66.39	29.06	19.11	18.9
2018	-	45.43	-	66.21	28.82	-	18.84



Şekil 6. 2: Milyon Kişi Başına Düşen Hastane Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

Tablo 6.2 ve Şekil 6.2'de görüldüğü gibi ülkelerin milyon kişi başına düşen hastane sayıları birbirlerinden oldukça farklıdır. İncelenen ülkeler arasında en yüksek değere sahip olan Japonya sürekli azalma göstermektedir.

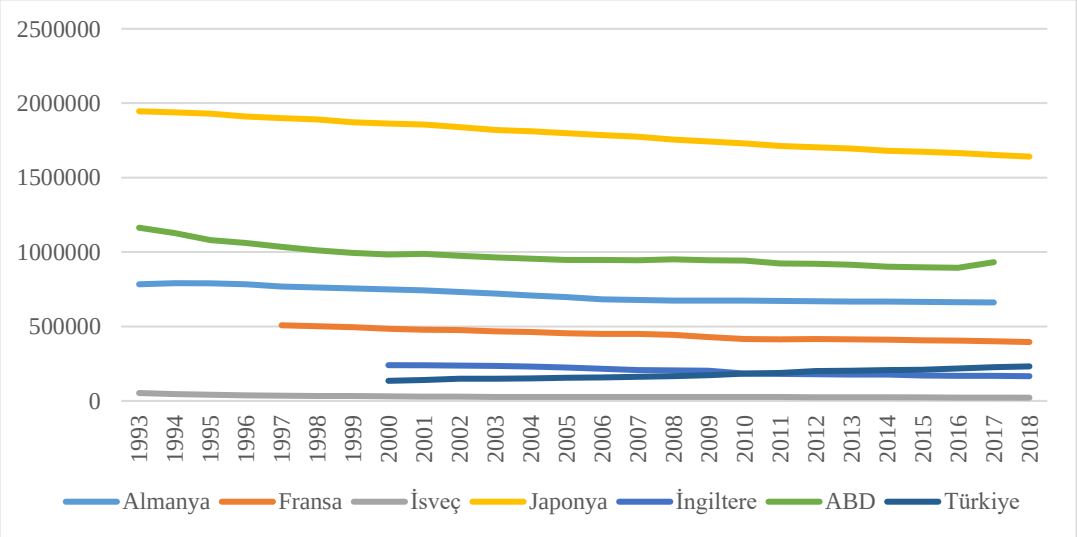
Son yıllarda ABD ile Türkiye' de milyon kişi başına düşen hastane sayısının ABD' de azalarak Türkiye' de ise artarak birbirine yaklaşmış olması göze çarpmaktadır.

Milyon kişi başına düşen hastane sayısında Fransa'da 2012-2013, İngiltere'de ise 2014-2015 yılları arasında dikkat çeken bir artış yaşanmıştır. Bununla birlikte Fransa'da 1999 yılı ve öncesi, İngiltere'de ise 2011 yılı ve öncesi için veri girişi yapılmamıştır.

Tablo 6.3 ve Şekil 6.3' te Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında toplam hastane yatak sayılarının değişimi sunulmuştur.

Tablo 6. 3: Toplam Hastane Yatak Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	784289	-	52991	1946035	-	1163460	-
1994	790851	-	45537	1939314	-	1128066	-
1995	790756	-	42359	1929196	-	1080601	-
1996	783631	-	38139	1911408	-	1061688	-
1997	769294	507996	34885	1900555	-	1035390	-
1998	762596	500846	33234	1891945	-	1012582	-
1999	754865	494960	32755	1872351	-	993866	-
2000	749473	484279	31765	1864008	240144	983628	134950
2001	741933	479025	29122	1856341	238641	987440	140710
2002	731919	475431	27925	1839189	236205	975962	148571
2003	721690	468418	27332	1820035	235512	965256	149565
2004	707806	462143	27088	1812554	231399	955885	150807
2005	698303	455175	26478	1798473	224882	946997	155072
2006	683484	451110	26223	1786487	215513	947412	158442
2007	677799	450615	26196	1775316	207789	945199	162100
2008	674420	443008	25862	1755971	205976	951045	167283
2009	674830	429674	25653	1743293	203326	944277	172738
2010	674473	414710	25566	1730215	183831	941995	184339
2011	672573	414204	25566	1712439	181972	924333	188047
2012	670443	414840	24927	1703853	178841	920829	200072
2013	667560	413206	24905	1695114	176791	914513	202031
2014	666337	410921	24612	1680625	176324	902202	206836
2015	664364	408245	23904.34	1673594	169995	897961	209648
2016	663941	404248	23207.09	1664456	168934	894574	217771
2017	661448	399865	22376.69	1653234	167589	931203	225863
2018	-	395570	21753.95	1641407	165844.39	-	231913 (20)



Şekil 6. 3: Toplam Hastane Yatak Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

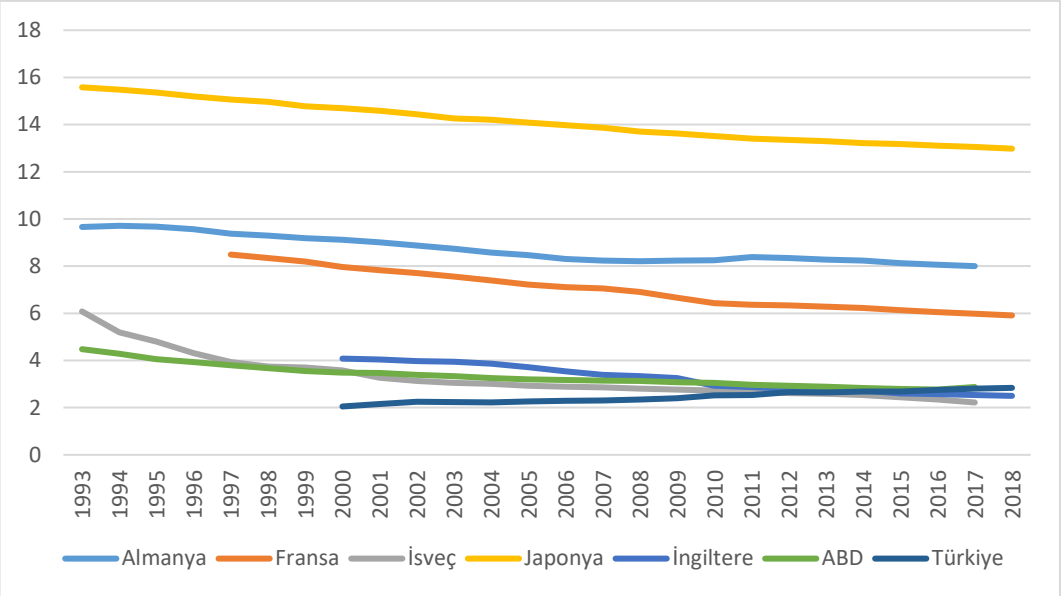
Toplam hastane yatağı sayısında ani değişimler yaşanmamakla birlikte Türkiye dışındaki ülkeler yatak sayılarını azaltırken Türkiye arttırmıştır.

Fransa ve İngiltere'nin toplam nüfusları (Tablo 6.20) birbirine çok yakın iken Tablo 6.3'te görüldüğü gibi Fransa'nın toplam hastane yatak sayısı İngiltere'nin toplam hastane yatak sayısından fazladır. Bununla birlikte iki ülkenin de yatak sayıları incelenen süreçte azalma göstermiştir.

Tablo 6.4 ve Şekil 6.4'te Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasındaki bin kişiye düşen hastane yatağı sayılarının değişimi sunulmuştur.

Tablo 6. 4: Bin Kişiye Düşen Hasta Yatağı Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	9.66	-	6.08	15.58	-	4.48	-
1994	9.71	-	5.19	15.48	-	4.29	-
1995	9.68	-	4.8	15.36	-	4.06	-
1996	9.57	-	4.31	15.19	-	3.94	-
1997	9.38	8.49	3.94	15.06	-	3.8	-
1998	9.29	8.34	3.75	14.96	-	3.67	-
1999	9.19	8.2	3.7	14.78	-	3.56	-
2000	9.12	7.97	3.58	14.69	4.08	3.49	2.05
2001	9.01	7.83	3.27	14.58	4.04	3.47	2.16
2002	8.87	7.71	3.13	14.43	3.98	3.39	2.25
2003	8.74	7.55	3.05	14.26	3.95	3.33	2.24
2004	8.58	7.39	3.01	14.2	3.86	3.26	2.23
2005	8.47	7.22	2.93	14.08	3.72	3.2	2.27
2006	8.3	7.11	2.89	13.97	3.54	3.18	2.29
2007	8.24	7.06	2.86	13.87	3.39	3.14	2.31
2008	8.21	6.9	2.81	13.71	3.33	3.13	2.35
2009	8.24	6.66	2.76	13.62	3.26	3.08	2.4
2010	8.25	6.43	2.73	13.51	2.93	3.05	2.52
2011	8.38	6.36	2.71	13.4	2.88	2.97	2.53
2012	8.34	6.34	2.62	13.35	2.81	2.93	2.66
2013	8.28	6.28	2.59	13.3	2.76	2.89	2.65
2014	8.23	6.22	2.54	13.21	2.73	2.83	2.68
2015	8.13	6.13	2.44	13.17	2.61	2.8	2.68
2016	8.06	6.05	2.34	13.11	2.58	2.77	2.75
2017	8	5.98	2.22	13.05	2.54	2.87	2.81
2018	-	5.91	-	12.98	2.5	-	2.84



Şekil 6. 4: Bin Kişiye Düşen Hasta Yatağı Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

Tablo 6.4 ve Şekil 6.4'te de görüldüğü üzere Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere ve ABD ülkelerinde, son yıllarda düşük oranda olsa da bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı azalırken Türkiye'de artış göstermektedir. Güncel verilere bakıldığında İsveç, İngiltere, ABD ve Türkiye'nin bin kişiye düşen hasta yatağı sayısının yakın değerlere sahip olduğu görülmekle birlikte bu değerlere ulaşırken İsveç, İngiltere ve ABD'nin bin kişiye düşen hasta yatağı sayısında azalış, Türkiye'nin ise artış göstermesi dikkat çekmektedir.

İsveç'te 1993-1997 yılları arasında bin kişiye düşen hasta yatağı sayısında hızlı bir azalma yaşamış ve belirlenen ülkeler arasında en düşük sayıya sahip olan ülke haline gelmiştir. OECD bu durumu, İsveç'in sağlık hizmetlerini yatan hastadan ayakta tedavi ortamına taşımak için sürekli çalışmasının bir sonucu olarak görmektedir. (22)

Fransa ve İngiltere 1993-2018 yılları arasında birbirine çok yakın nüfuslara sahipken (Tablo 6.20) Tablo 6.4'te Fransa'nın bin kişiye düşen hasta yatağı sayısının İngiltere'ninkinden daha yüksek olduğu görülmektedir.

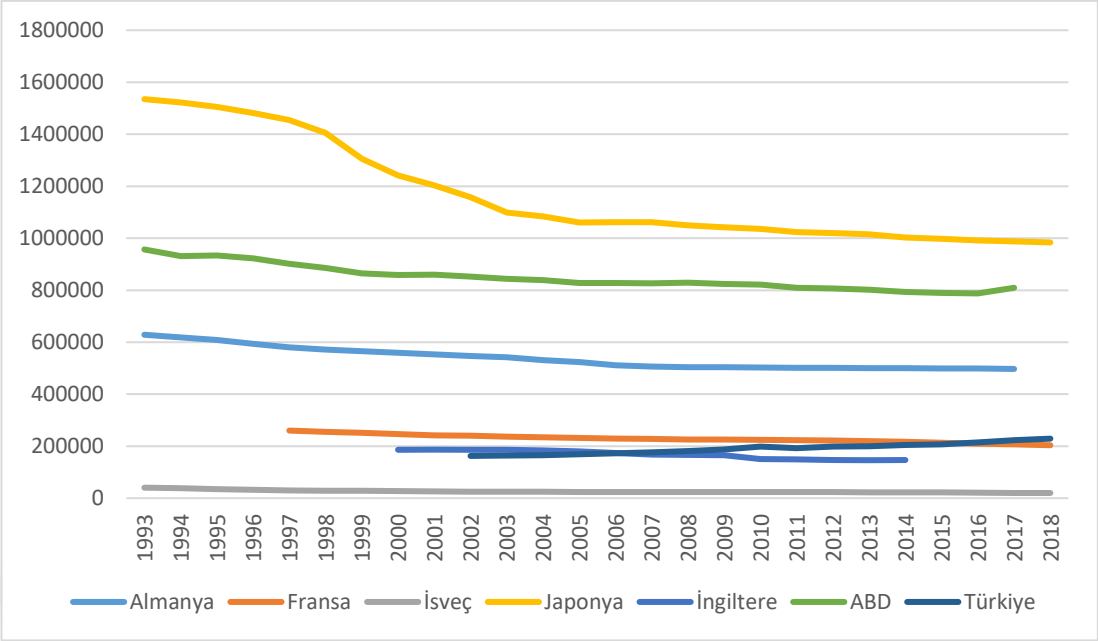
İncelenen süreçte İngiltere ve ABD'de toplam nüfus sayısı (Tablo 6.20) artış gösterirken hasta yatağı sayısı azalmıştır.

Yatak Sayılarının Yatak Türüne Göre Dağılımı

Tablo 6.5 ve Şekil 6.5'te Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasındaki akut (Tedavi Edici) bakım yatağı sayılarının değişimi sunulmuştur.

Tablo 6. 5: Akut (Tedavi Edici) Bakım Yatağının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE (23)	ABD	TÜRKİYE
1993	628658	-	40524	1534900	-	956786	-
1994	618176	-	37968	1521629	-	930817	-
1995	609123	-	35220	1504928	-	933724	-
1996	593743	-	32249	1481461	-	922185	-
1997	580425	260149	30068	1454767	-	902112	-
1998	571629	255095	28623	1405819	-	885305	-
1999	565268	251941	28271	1305571	-	864141	-
2000	559651	246817	27531	1241909	186417	858970	-
2001	552680	241927	26075	1203055	186776	860100	-
2002	547284	240654	25228	1157492	185950	852425	162637
2003	541901	236407	24591	1098404	186101	843906	163790
2004	531333	233832	24529	1083804	184364	838710	165091
2005	523824	232163	24061	1060266	180344	827872	169337
2006	210767	229883	23729	1062236	173661	827712	172700
2007	506954	228664	23782	1061735	167670	826152	176296
2008	503360	225675	23515	1049773	167006	828482	181523
2009	503341	225350	23433	1042423	165869	823700	186978
2010	502749	224385	23404	1035436	149935	821840	198503
2011	502029	223324	23398.9	1024075	149051	808784	192731
2012	501475	222031	23393.78	1019463	147235	806833	198063
2013	500671	219968	23010.9	1014666	146115	802323	199953
2014	500680	216599	22763.26	1002897	146543	793209	204887
2015	499351	213510	22171.07	998246	-	789197	207610
2016	498718	210003	21367.63	992131	-	787683	214828
2017	497182	206619	20476.61	987237	139647 (19)	809880	223386
2018	-	203662	20019.74	983700	-	-	229009



Şekil 6. 5: Akut (Tedavi Edici) Bakım Yatağının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19) (23)

Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere ve ABD ülkelerinde akut bakım yatağı sayısı azalırken Türkiye' de artış yaşanmıştır. Bu artış 2002-2018 yılları arasında %40,8 oranındadır.

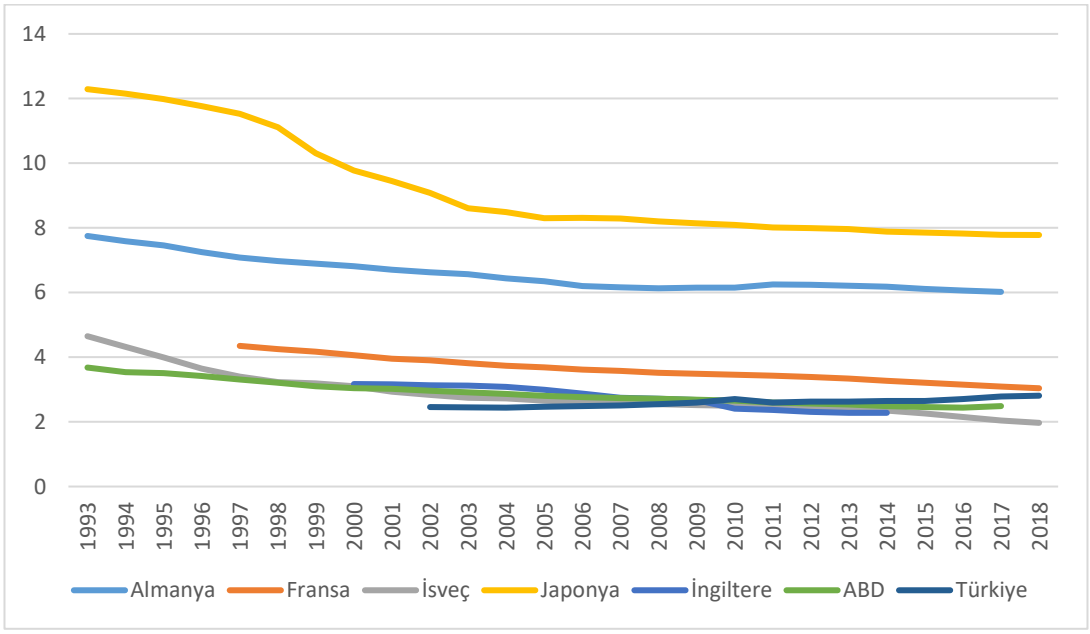
Akut bakım yatağında 1993-2018 yılları arasında %35,91 oranla en dikkat çekici azalma Japonya' da görülmüştür.

1993-2017 yılları Fransa ve İngiltere nüfusu (Tablo 6.20) birbirine çok yakınken Fransa'nın akut bakım yatağı sayısı İngiltere'ninkinden daha fazladır.

Tablo 6.6 ve Şekil 6.6'da Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında bin kişiye düşen akut(tedavi edici) bakım yatağı sayısındaki değişim sunulmuştur.

Tablo 6. 6: Bin Kişiye Düşen Akut (Tedavi Edici) Bakım Yatağının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE (23)	ABD	TÜRKİYE
1993	7.75	-	4.65	12.29	-	3.68	-
1994	7.59	-	4.32	12.15	-	3.54	-
1995	7.46	-	3.99	11.98	-	3.51	-
1996	7.25	-	3.65	11.77	-	3.42	-
1997	7.08	4.35	3.4	11.53	-	3.31	-
1998	6.97	4.25	3.23	11.11	-	3.21	-
1999	6.89	4.17	3.19	10.31	-	3.1	-
2000	6.81	4.06	3.1	9.78	3.17	3.04	-
2001	6.71	3.95	2.93	9.45	3.16	3.02	-
2002	6.63	3.9	2.83	9.08	3.13	2.96	2.46
2003	6.57	3.81	2.75	8.61	3.12	2.91	2.45
2004	6.44	3.74	2.73	8.49	3.08	2.86	2.44
2005	6.35	3.69	2.66	8.3	2.99	2.8	2.47
2006	6.2	3.62	2.61	8.31	2.87	2.77	2.49
2007	6.16	3.58	2.6	8.29	2.75	2.74	2.51
2008	6.13	3.52	2.55	8.2	2.72	2.72	2.55
2009	6.15	3.49	2.52	8.14	2.68	2.69	2.6
2010	6.15	3.46	2.5	8.09	2.41	2.66	2.71
2011	6.25	3.43	2.48	8.01	2.37	2.6	2.6
2012	6.24	3.39	2.46	7.99	2.31	2.57	2.63
2013	6.21	3.34	2.4	7.96	2.28	2.54	2.63
2014	6.18	3.27	2.35	7.88	2.28	2.49	2.65
2015	6.11	3.21	2.26	7.85	-	2.46	2.65
2016	6.06	3.15	2.15	7.82	-	2.44	2.71
2017	6.02	3.09	2.04	7.79	2.11 (19)	2.49	2.78
2018	-	3.04	1.97	7.78	-	-	2.81



Şekil 6. 6:Bin Kişiye Düşen Akut (Tedavi Edici) Bakım Yatağının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19) (23)

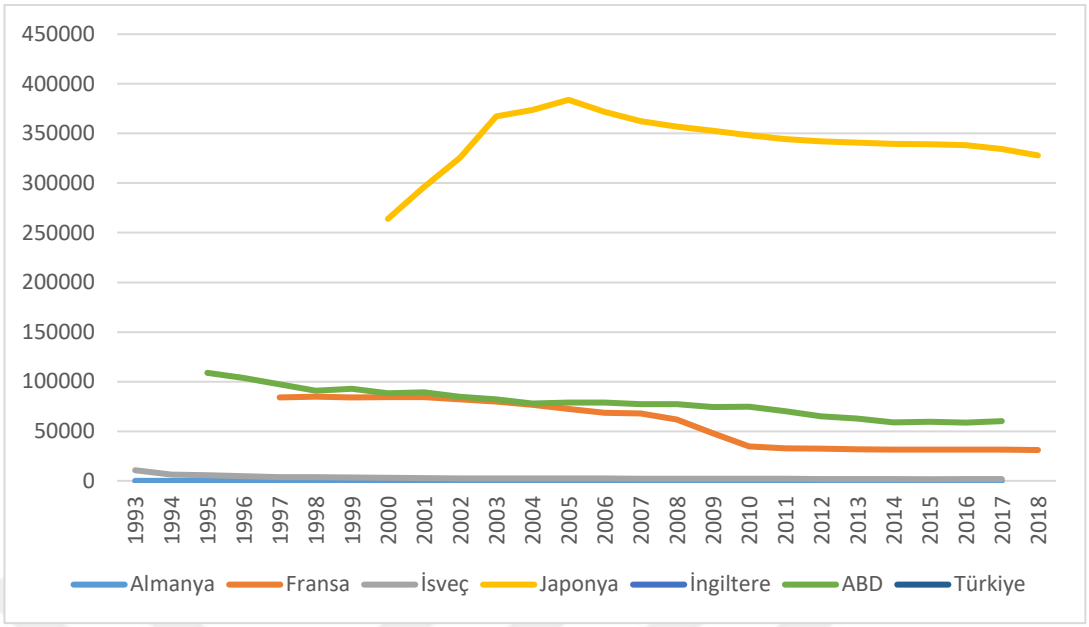
Son yıllarda Almanya ve Türkiye nüfusu (Tablo 6.20) birbirine çok yaklaşmışken Almanya'nın bin kişiye düşen akut(tedavi edici) bakım yatağı sayısı Türkiye'den daha fazladır.

1993-2018 yılları içerisinde son dönem incelendiğinde Fransa, İsveç, İngiltere, ABD ve Türkiye'nin bin kişiye düşen akut bakım yatağı sayısı birbirine yaklaşmıştır. Bu değerlere Fransa, İsveç, İngiltere ve ABD'de azalma göstererek Türkiye'de ise artış göstererek ulaşılmıştır.

Tablo 6.7 ve Şekil 6.7' de Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında uzun süreli bakım yataklarının sayısındaki değişim sunulmuştur.

Tablo 6. 7: Uzun Süreli Bakım Yataklarının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	0	-	10691	-	-	-	-
1994	0	-	6284	-	-	-	-
1995	0	-	5581	-	-	108830	-
1996	0	-	4699	-	-	103629	-
1997	0	83982	3740	-	-	97247	-
1998	0	84824	3627	-	-	90831	-
1999	0	83928	3502	-	-	92845	-
2000	0	84418	3189	263946	-	88170	0
2001	0	84532	2774	295901	-	89329	0
2002	0	82136	2432	325731	-	84751	0
2003	0	79989	2486	367183	-	82034	0
2004	0	76795	2432	373823	-	78018	0
2005	0	72399	2303	383911	-	79024	0
2006	0	68602	2376	371814	-	79005	0
2007	0	67860	2281	362393	-	77253	0
2008	0	61819	2216	356877	-	77373	0
2009	0	47966	2167	352749	-	74373	0
2010	0	34571	2072	348064	-	74675	0
2011	0	32704	2033	344317	-	70174	0
2012	0	32552	1810.47	342196	-	65104	0
2013	0	31803	1798.96	340668	-	62755	0
2014	0	31639	1758.1	339554	-	58800	-
2015	0	31639	1637.58	339063	-	59379	-
2016	0	31396	1749.16	338067	-	58686	-
2017	0	31507	1793,6	334297	-	60295	-
2018	-	31081	-	328015	-	-	-



Şekil 6. 7: Uzun Süreli Bakım Yataklarının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

İsveç, 1993 yılında incelenen ülkeler arasında en yüksek yaşlı bağımlı nüfus oranına (Tablo 6.21) sahipken tablodaki değerler incelendiğinde 25 yıllık süreçte uzun süreli bakım yatağı sayısında %83,22 oranında azalma göstermiştir. Bu azalmanın dönem içinde yapılan politika değişikliği ile İsveç'in toplum temelli uzun süreli bakım sunumuna doğru yönelmesinden kaynaklandığı belirtilmiştir. (24)

Yaşlı bağımlı nüfus oranının sürekli ve yüksek oranda artış gösterdiği Japonya (Tablo 6.21) 2000-2005 yılları arasında uzun süreli bakım yatağı sayısını arttırmış ancak 2005-2018 yılları arasında azaltmıştır.

2007-2011 yılları arasında Fransa'da uzun süreli bakım yatağı sayısında hızlı düşüşler yaşanmıştır.

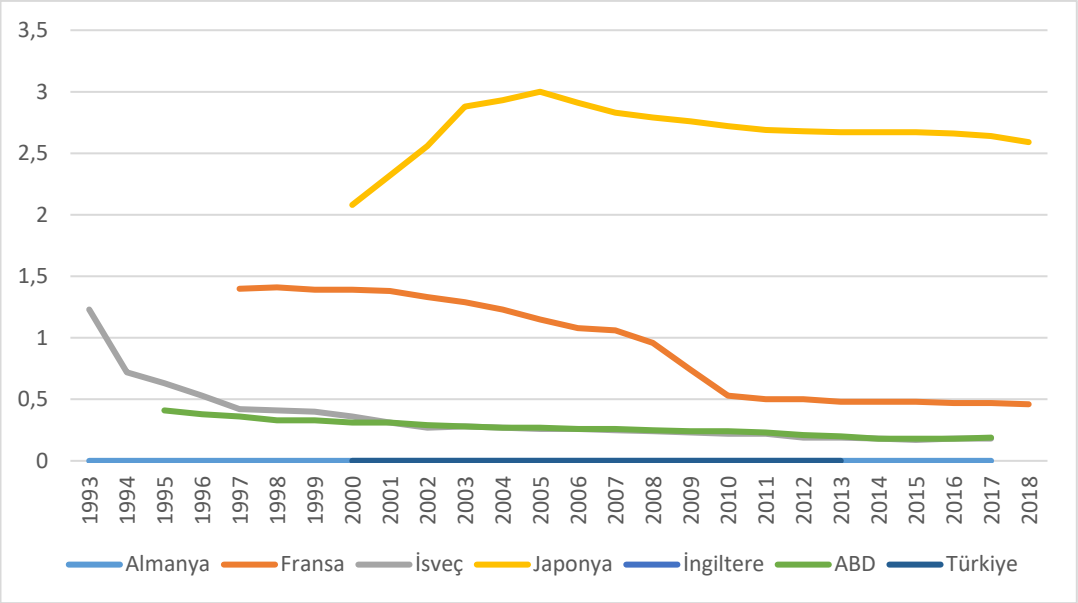
OECD Almanya'daki hastanelerde uzun süreli bakım yatağı olmadığı için veri paylaşımını "0" olarak yaptığını açıklamıştır. Aynı raporda Türkiye için de mevcut veri olmadığı belirtilmiştir. (25) Almanya ve Türkiye'de uzun süreli bakım yatağı için veri bulunmaması, uzun süreli hasta bakımının evde bakım uygulamalarıyla ya da profesyonel hizmetlerin sunulduğu bakım merkezlerinde sağlanmasıyla açıklanabilir.

İngiltere'nin 1993-2018 yılları arası uzun süreli bakım yatak sayısı için WHO (23), OECD (19), Eurostat (26), NHS England (27)'da ve İngiliz Tabipler Birliği'nin yayınladığı 2017 raporunda (28) veri paylaşılmamıştır. OECD bu durumu İngiltere'deki uzun süreli bakım yataklarını akut bakım yataklarından ayırmanın mümkün olmadığını belirterek açıklamıştır. (25) İngiltere'de yayınlanan bir makale de ise uzun süreli bakım yataklarının geriatrik yataklar olarak adlandırıldığı belirtilmiştir. (29)

Tablo 6.8 ve Şekil 6.8'de Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında bin kişiye düşen uzun süreli bakım yataklarının sayısındaki değişim sunulmuştur.

Tablo 6. 8: Bin Kişiye Düşen Uzun Süreli Bakım Yatağının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	0	-	1.23	-	-		-
1994	0	-	0.72	-	-		-
1995	0	-	0.63	-	-	0.41	-
1996	0	-	0.53	-	-	0.38	-
1997	0	1.4	0.42	-	-	0.36	-
1998	0	1.41	0.41	-	-	0.33	-
1999	0	1.39	0.4	-	-	0.33	-
2000	0	1.39	0.36	2.08	-	0.31	0
2001	0	1.38	0.31	2.32	-	0.31	0
2002	0	1.33	0.27	2.56	-	0.29	0
2003	0	1.29	0.28	2.88	-	0.28	0
2004	0	1.23	0.27	2.93	-	0.27	0
2005	0	1.15	0.26	3	-	0.27	0
2006	0	1.08	0.26	2.91	-	0.26	0
2007	0	1.06	0.25	2.83	-	0.26	0
2008	0	0.96	0.24	2.79	-	0.25	0
2009	0	0.74	0.23	2.76	-	0.24	0
2010	0	0.53	0.22	2.72	-	0.24	0
2011	0	0.5	0.22	2.69	-	0.23	0
2012	0	0.5	0.19	2.68	-	0.21	0
2013	0	0.48	0.19	2.67	-	0.2	0
2014	0	0.48	0.18	2.67	-	0.18	-
2015	0	0.48	0.17	2.67	-	0.18	-
2016	0	0.47	0.18	2.66	-	0.18	-
2017	0	0.47	0.18	2.64	-	0.19	-
2018	-	0.46	-	2.59	-	-	-



Şekil 6. 8: Bin Kişiye Düşen Uzun Süreli Bakım Yatağının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

Tablo 6.8'de de görüldüğü üzere toplam nüfus sayılarında (Tablo 6.20) büyük fark olan İsveç ve ABD'nin bin kişiye düşen uzun süreli bakım yatağı sayısı 2016 yılında eşitlenmiştir.

Japonya 2000-2005 yıllarında bin kişiye düşen uzun süreli bakım yatağında artış gösterirken 2005 sonrası azalma göstermiştir.

İngiltere'nin 1993-2018 yılları arası bin kişiye düşen uzun süreli bakım yatak sayısı için WHO (23), OECD (19), Eurostat (26), NHS England (27)' da ve İngiliz Tabipler Birliği'nin yayınladığı 2017 raporunda (28) veri paylaşılmamıştır. OECD İngiltere'deki uzun süreli bakım yataklarını akut bakım yataklarından ayırmanın mümkün olmadığını belirtmiştir. (25) Bu doğrultuda sayısı bilinmeyen uzun süreli bakım yatakları, beraberinde bin kişiye düşen uzun süreli bakım yatağının da sayısının bilinmemesine yol açmıştır.

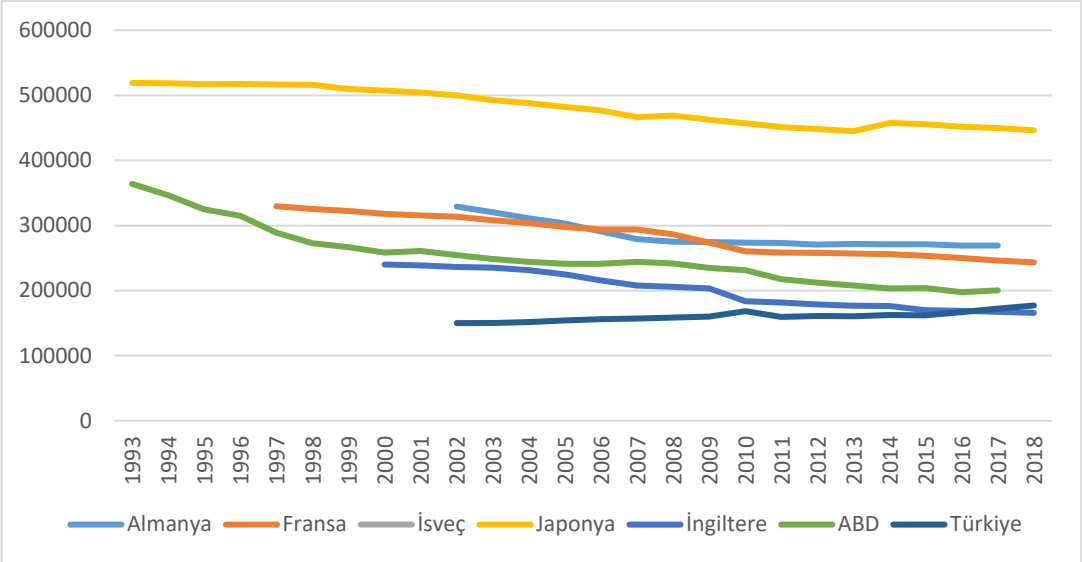
OECD 2019 yılındaki raporunda, Almanya'daki hastanelerde uzun süreli bakım yatağı olmadığı için veri paylaşımını "0" olarak yaptığını açıklamıştır. Aynı raporda Türkiye için ise mevcut veri olmadığı belirtilmiştir. (25) Uzun süreli bakım

yatağı olmadığı için bin kişiye düşen uzun süreli bakım yatağının veri girişi yapılamamıştır.

Tablo 6.9 ve Şekil 6.9' da Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında kamu hastanelerine ait yatakların toplam sayısındaki değişim sunulmuştur.

Tablo 6. 9: Kamu Hastanelerine Ait Yataklarının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	-		-	518975	-	364012	-
1994	-		-	518352	-	346493	-
1995	-		-	517272	-	324884	-
1996	-		-	517591	-	314756	-
1997	-	329674	-	516406	-	288934	-
1998	-	325387	-	516029	-	272873	-
1999	-	322255	-	509691	-	266701	-
2000	-	317782	-	507117	240144	258447	-
2001	-	315512	-	504243	238641	260890	-
2002	329102	313451	-	500126	236205	254644	150122
2003	320581	308013	-	492544	235512	248539	150509
2004	310904	303742	-	488022	231399	244250	151924
2005	303247	297869	-	482015	224882	241441	154007
2006	290672	294088	-	476825	215513	241343	156368
2007	279170	293829	-	466640	207789	243956	157337
2008	275390	286721	-	468731	205976	241816	158698
2009	274502	273499	-	462646	203326	234991	159913
2010	273789	260642	-	457086	183831	231177	168661
2011	273382	258444	-	451044	181972	217751	159606
2012	270813	258158	-	448454	178841	212308	161058
2013	271557	256957	-	444894	176791	207914	160594
2014	271079	256229	-	457542	176324	203303	162769
2015	271236	253364	-	455658	169995	203750	162126
2016	269158	250104	-	451807	168934	197658	167074
2017	269448	246395	-	449713	167589	200376	172310
2018	-	243417	-	446381	165844.39	-	177189



Şekil 6. 9: Kamu Hastanelerine Ait Yataklarının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

Tablo incelendiğinde Türkiye dışında Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere ve ABD ülkelerinde kamu hastanelerine ait yatak sayılarında belirgin bir azalma olduğu görülmektedir.

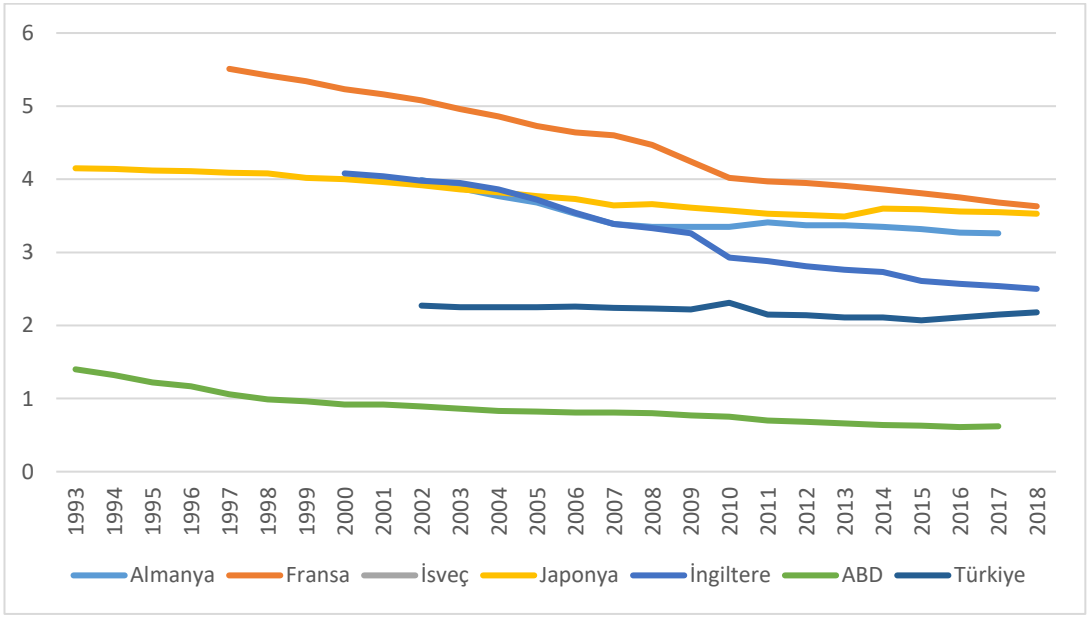
Kamu hastanelerine ait yataklarda en yüksek oranlı azalma %42,08 ile ABD'de yaşanmaktayken Türkiye'de de %18,03 oranıyla artış yaşanmaktadır.

İsveç'in 1993-2018 yılları arası kamu hastanelerine ait yatak sayısı için, WHO (30) ve OECD (31) mevcut veri olmadığını belirtmiş, ayrıca Socialstyrelsen (32) ve Eurostat'ta (26) da İsveç için veri bulunamamıştır. Hastanelerinin büyük bir çoğunluğu kamuya bağlı olan İsveç'in kamu hastanelerine ait yatak sayısı verisini paylaşmaması dikkat çekicidir.

Tablo 6.10 ve Şekil 6.10' da Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında bin kişiye düşen kamu hastanelerine ait yatakların sayısındaki değişim sunulmuştur.

Tablo 6. 10: Bin Kişiye Düşen Kamu Hastane Yatağının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	-	-	-	4.15	-	1.4	
1994	-	-	-	4.14	-	1.32	-
1995	-	-	-	4.12	-	1.22	-
1996	-	-	-	4.11	-	1.17	-
1997	-	5.51	-	4.09	-	1.06	-
1998	-	5.42	-	4.08	-	0.99	-
1999	-	5.34	-	4.02	-	0.96	-
2000	-	5.23	-	4	4.08	0.92	-
2001	-	5.16	-	3.96	4.04	0.92	-
2002	3.99	5.08	-	3.92	3.98	0.89	2.27
2003	3.88	4.96	-	3.86	3.95	0.86	2.25
2004	3.77	4.86	-	3.82	3.86	0.83	2.25
2005	3.68	4.73	-	3.77	3.72	0.82	2.25
2006	3.53	4.64	-	3.73	3.54	0.81	2.26
2007	3.39	4.6	-	3.64	3.39	0.81	2.24
2008	3.35	4.47	-	3.66	3.33	0.8	2.23
2009	3.35	4.24	-	3.61	3.26	0.77	2.22
2010	3.35	4.02	-	3.57	2.93	0.75	2.31
2011	3.41	3.97	-	3.53	2.88	0.7	2.15
2012	3.37	3.95	-	3.51	2.81	0.68	2.14
2013	3.37	3.91	-	3.49	2.76	0.66	2.11
2014	3.35	3.86	-	3.6	2.73	0.64	2.11
2015	3.32	3.81	-	3.59	2.61	0.63	2.07
2016	3.27	3.75	-	3.56	2.57	0.61	2.11
2017	3.26	3.68	-	3.55	2.54	0.62	2.15
2018	-	3.63	-	3.53	2.5	-	2.18



Şekil 6. 10: Bin Kişiye Düşen Kamu Hastane Yatağının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

Seçilen tüm ülkelerde bin kişiye düşen kamu hastane yatağı sayısında azalma olduğu görülmektedir.

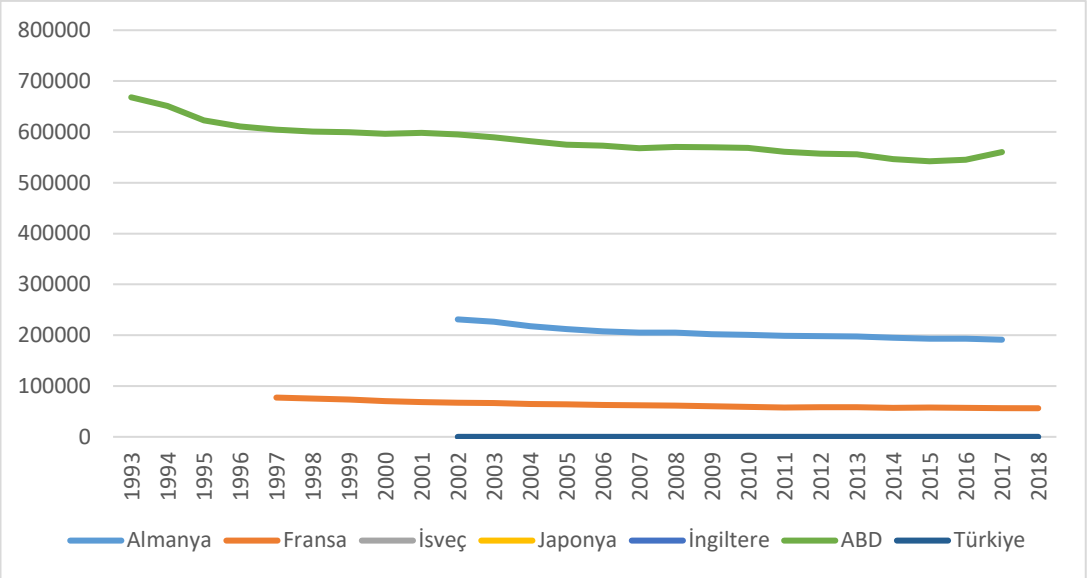
Tablo 6.10 incelendiğinde bin kişiye düşen kamu hastane yatağının toplamda en yüksek nüfusa (Tablo 6.20) sahip olan ABD'de sürekli azalma göstererek seçilen diğer ülkelere göre en düşük değeri göstermesi dikkat çekmektedir.

İsveç'in 1993-2018 yılları arası kamu hastanelerine ait yatak sayısı için, WHO (30) ve OECD (31) mevcut veri olmadığını belirtmiş, ayrıca Socialstyrelsen (32) ve Eurostat'ta (26) da İsveç için veri bulunamamıştır. Bu durum bin kişiye düşen kamu hastane yatağının da bulunamamasına ve veri girişinin yapılamamasına neden olmuştur.

Tablo 6.11 ve Şekil 6.11' de Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında kar amacı gütmeyen özel hastanelerdeki toplam yatak sayılarının değişimi sunulmuştur.

Tablo 6. 11: Kar Amacı Gütmeyen Özel Hastanelerdeki Yatak Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	-	-	-	-	-	668021	-
1994	-	-	-	-	-	651229	-
1995	-	-	-	-	-	622938	-
1996	-	-	-	-	-	610889	-
1997	-	77274	-	-	-	604273	-
1998	-	75276	-	-	-	600881	-
1999	-	73543	-	-	-	599556	-
2000	-	70479	-	-	-	596091	-
2001	-	68505	-	-	-	598382	-
2002	231095	67389	-	-	-	594719	0
2003	226311	66651	-	-	-	589427	0
2004	217687	64881	-	-	-	581688	0
2005	212162	64045	-	-	-	574838	0
2006	207821	62923	-	-	-	573054	0
2007	204905	62255	-	-	-	567957	0
2008	204763	61432	-	-	-	570303	0
2009	202121	59914	-	-	-	569941	0
2010	200672	58818	-	-	-	568610	0
2011	198911	57997	-	-	-	560899	0
2012	198412	58137	-	-	-	556851	0
2013	197267	58241	-	-	-	555631	0
2014	195052	57176	-	-	-	546373	0
2015	193286	57384	-	-	-	542168	0
2016	193358	56994	-	-	-	544867	0
2017	191111	56482	-	-	-	560085	0
2018	-	56270	-	-	-	-	0



Şekil 6. 11: Kar Amacı Gütmeyen Özel Hastanelerdeki Yatak Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

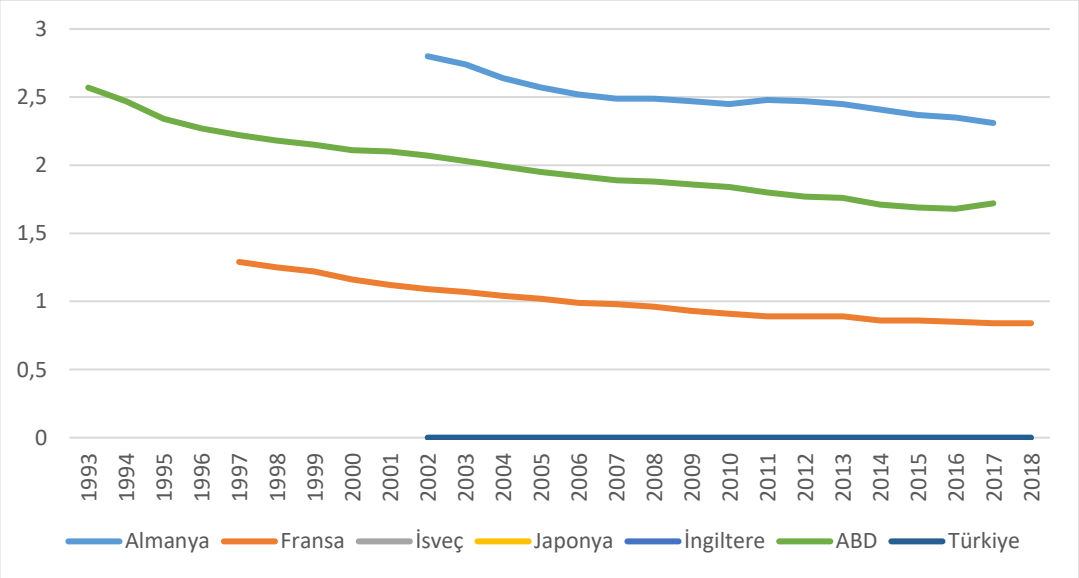
Almanya, Fransa, ABD verileri incelendiğinde ani değişimler yaşanmamakla birlikte kar amacı gütmeyen hastanelerdeki toplam yatak sayısında azalma olduğu görülmektedir. Aynı zamanda da verisi bulunan ülkeler arasında kar amacı gütmeyen hastane yatak sayılarında büyük farklılıklar olduğu dikkat çekmektedir.

Tablo 6.11 ve Şekil 6.11'de de görüldüğü gibi 1993-2018 yılları arası kar amacı gütmeyen özel hastanelerdeki yatak sayısında İsveç, İngiltere ve Japonya için WHO (23) ve OECD' de (19) veri girişi yapılmamış, Eurostat (26), Socialstyrelsen (32), Ministry of Health, Labour and Welfare (33), NHS England' da (27) paylaşılmamıştır. Türkiye için ise "0" değeri paylaşılmıştır. OECD ve WHO bu durumu İsveç, Japonya ve İngiltere için mevcut veri bulunmadığı, Türkiye'de ise açıklamaya karşılık gelen, kar amacı gütmeyen özel hastanelerde yatak bulunmadığı şeklinde açıklamışlardır. (34) (35)

Tablo 6.12 ve Şekil 6.12' de Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında kar amacı gütmeyen özel hastanelerde bin kişiye düşen yatak sayılarının değişimi sunulmuştur.

Tablo 6. 12: Kar Amacı Gütmeyen Özel Hastanelerde Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	-	-	-	-	-	2.57	-
1994	-	-	-	-	-	2.47	-
1995	-	-	-	-	-	2.34	-
1996	-	-	-	-	-	2.27	-
1997	-	1.29	-	-	-	2.22	-
1998	-	1.25	-	-	-	2.18	-
1999	-	1.22	-	-	-	2.15	-
2000	-	1.16	-	-	-	2.11	-
2001	-	1.12	-	-	-	2.1	-
2002	2.8	1.09	-	-	-	2.07	0
2003	2.74	1.07	-	-	-	2.03	0
2004	2.64	1.04	-	-	-	1.99	0
2005	2.57	1.02	-	-	-	1.95	0
2006	2.52	0.99	-	-	-	1.92	0
2007	2.49	0.98	-	-	-	1.89	0
2008	2.49	0.96	-	-	-	1.88	0
2009	2.47	0.93	-	-	-	1.86	0
2010	2.45	0.91	-	-	-	1.84	0
2011	2.48	0.89	-	-	-	1.8	0
2012	2.47	0.89	-	-	-	1.77	0
2013	2.45	0.89	-	-	-	1.76	0
2014	2.41	0.86	-	-	-	1.71	0
2015	2.37	0.86	-	-	-	1.69	0
2016	2.35	0.85	-	-	-	1.68	0
2017	2.31	0.84	-	-	-	1.72	0
2018	-	0.84	-	-	-	-	0



Şekil 6. 12: Kar Amacı Gütmeyen Özel Hastanelerde Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

Tablo 6.12 ve Şekil 6.12 incelendiğinde seçilen ülkelerdeki kar amacı gütmeyen özel hastanelerde bin kişiye düşen yatak sayısı farklılık göstermekle birlikte zamanla azaldığı görülmektedir.

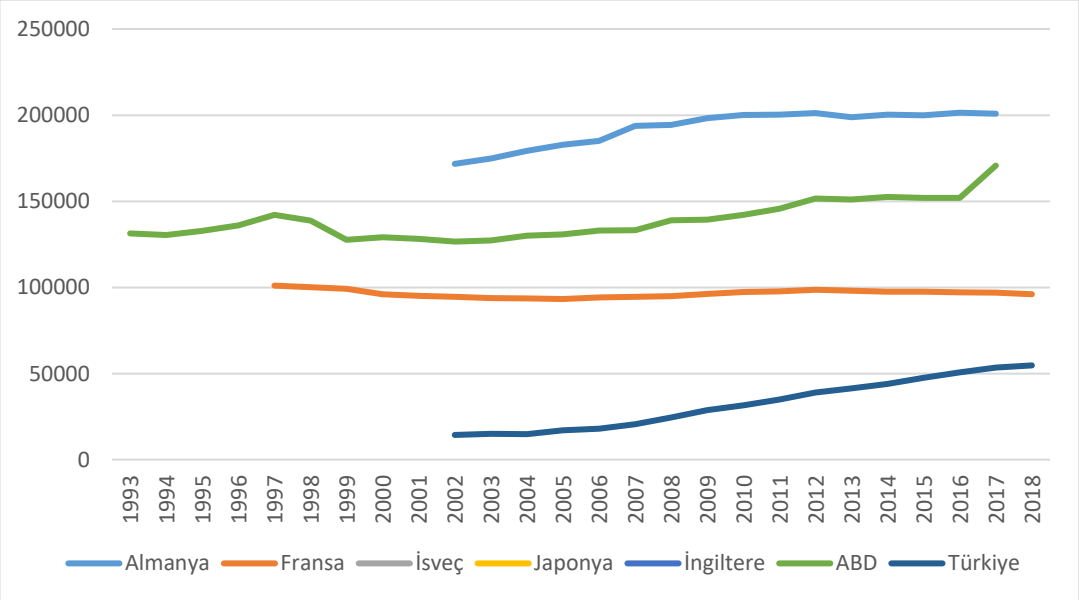
ABD'nin kar amacı gütmeyen özel hastanelerdeki yatak sayısı (Tablo 6.12) ve toplam nüfusu (Tablo 6.20) Almanya'dan çok daha fazla olmasına rağmen, kar amacı gütmeyen özel hastanelerde bin kişiye düşen yatak sayısının Almanya'nın gerisinde kalması dikkat çekmektedir.

İsveç, İngiltere ve Japonya'nın 1993-2018 yılları arası kar amacı gütmeyen özel hastanelerdeki bin kişiye düşen yatak sayısı için WHO (23) ve OECD' de (19) veri girişi yapılmamış, Eurostat (26), Socialstyrelsen (32), Ministry of Health, Labour and Welfare (33), NHS England'da (27) paylaşılmamıştır. 2002-2017 yılları arası ise Türkiye için "0" değeri paylaşılmıştır. OECD ve WHO kar amacı gütmeyen hastanelerdeki yatak sayısı için İsveç, Japonya ve İngiltere'de mevcut veri bulunmadığını, Türkiye'de ise açıklamaya karşılık gelen kar amacı gütmeyen özel hastanelerde yatak bulunmadığını açıklamışlardır. (34) (35) Bu durum İsveç, İngiltere ve Japonya için kar amacı gütmeyen hastanelerde bin kişiye düşen yatak sayısı verisinin neden olmadığını, Türkiye için ise neden "0" olduğunu açıklar niteliktedir.

Tablo 6.13 ve Şekil 6.13' de Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında kar amaçlı özel hastanelere ait toplam yatak sayılarının değişimi sunulmuştur.

Tablo 6. 13: Kar Amaçlı Özel Hastanelerdeki Yatak Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	-	-	-	-	-	131427	-
1994	-	-	-	-	-	130344	-
1995	-	-	-	-	-	132779	-
1996	-	-	-	-	-	136043	-
1997	-	101048	-	-	-	142183	-
1998	-	100183	-	-	-	138828	-
1999	-	99162	-	-	-	127609	-
2000	-	96018	-	-	-	129090	-
2001	-	95008	-	-	-	128168	-
2002	171722	94591	-	-	-	126599	14349
2003	174798	93754	-	-	-	127290	14956
2004	179215	93520	-	-	-	129947	14783
2005	182894	93261	-	-	-	130718	16965
2006	184991	94099	-	-	-	133015	17974
2007	193724	94531	-	-	-	133286	20663
2008	194267	94855	-	-	-	138926	24485
2009	198207	96261	-	-	-	139345	28725
2010	200012	97250	-	-	-	142208	31578
2011	200280	97763	-	-	-	145683	34898
2012	201218	98545	-	-	-	151670	39014
2013	198736	98008	-	-	-	150968	41437
2014	200206	97516	-	-	-	152526	44067
2015	199842	97497	-	-	-	152043	47522
2016	201425	97150	-	-	-	152049	50697
2017	200889	96988	-	-	-	170742	53553
2018	-	95983	-	-	-	-	54724



Şekil 6. 13: Kar Amaçlı Özel Hastanelerdeki Yatak Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

Şekil 6.13'te görüldüğü gibi Almanya, ABD ve Türkiye'de zaman içerisinde kar amaçlı özel hastanelere ait toplam yatak sayısı artmaktayken Fransa'da azalmıştır.

Türkiye'de 2002-2018 yılları arasında kar amaçlı hastanelere ait toplam yatak sayısındaki yaşanan artış, değişim gösteren diğer ülkelere göre daha fazla oranda olmuştur.

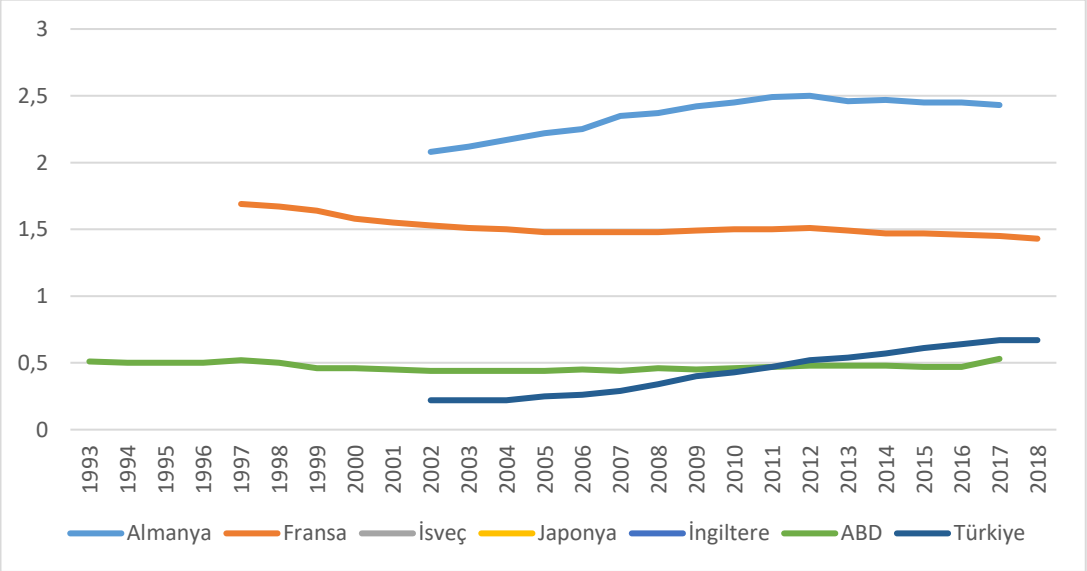
İsveç, İngiltere ve Japonya'nın 1993-2018 yılları arası kar amaçlı özel hastanelerdeki yatak sayısı için WHO (23) ve OECD'de (19) veri girişi yapılmamış, Eurostat (26), Socialstyrelsen (32), Ministry of Health, Labour and Welfare (33), NHS England'da (27) da paylaşılmamıştır. OECD (36) ve WHO (37) İsveç, İngiltere ve Japonya için bu durumu mevcut veri olmamasıyla açıklamışlardır.

Türkiye Sigorta Birliği'nin 2015 yılında yayınladığı raporda İngiltere'de özel sağlık sektörü verilerini derleyen bir kuruluş olmaması sebebi ile özel sektöre yönelik veriye erişimin güç olduğu belirtilmiştir. (38)

Tablo 6.14 ve Şekil 6.14'te Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında kar amaçlı özel hastanelerde bin kişiye düşen hasta yatağı sayılarının değişimi sunulmuştur.

Tablo 6. 14: Kar Amaçlı Özel Hastanelerde Bin Kişiye Düşen Hasta Yatağının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	-	-	-	-	-	0.51	-
1994	-	-	-	-	-	0.5	-
1995	-	-	-	-	-	0.5	-
1996	-	-	-	-	-	0.5	-
1997	-	1.69	-	-	-	0.52	-
1998	-	1.67	-	-	-	0.5	-
1999	-	1.64	-	-	-	0.46	-
2000	-	1.58	-	-	-	0.46	-
2001	-	1.55	-	-	-	0.45	-
2002	2.08	1.53	-	-	-	0.44	0.22
2003	2.12	1.51	-	-	-	0.44	0.22
2004	2.17	1.5	-	-	-	0.44	0.22
2005	2.22	1.48	-	-	-	0.44	0.25
2006	2.25	1.48	-	-	-	0.45	0.26
2007	2.35	1.48	-	-	-	0.44	0.29
2008	2.37	1.48	-	-	-	0.46	0.34
2009	2.42	1.49	-	-	-	0.45	0.4
2010	2.45	1.5	-	-	-	0.46	0.43
2011	2.49	1.5	-	-	-	0.47	0.47
2012	2.5	1.51	-	-	-	0.48	0.52
2013	2.46	1.49	-	-	-	0.48	0.54
2014	2.47	1.47	-	-	-	0.48	0.57
2015	2.45	1.47	-	-	-	0.47	0.61
2016	2.45	1.46	-	-	-	0.47	0.64
2017	2.43	1.45	-	-	-	0.53	0.67
2018	-	1.43	-	-	-	-	0.67



Şekil 6. 14: Kar Amaçlı Özel Hastanelerde Bin Kişiye Düşen Hasta Yatağının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

Fransa ve ABD' de kar amaçlı hastanelerde bin kişiye düşen hasta yatağı sayısında ani değişimlerin yaşanmadığı görülmektedir.

Seçilen ülkeler arasında Türkiye' nin kar amaçlı hastanelerde bin kişiye düşen hasta yatağı sayısında sürekli artış gösteren tek ülke olması dikkat çekmektedir.

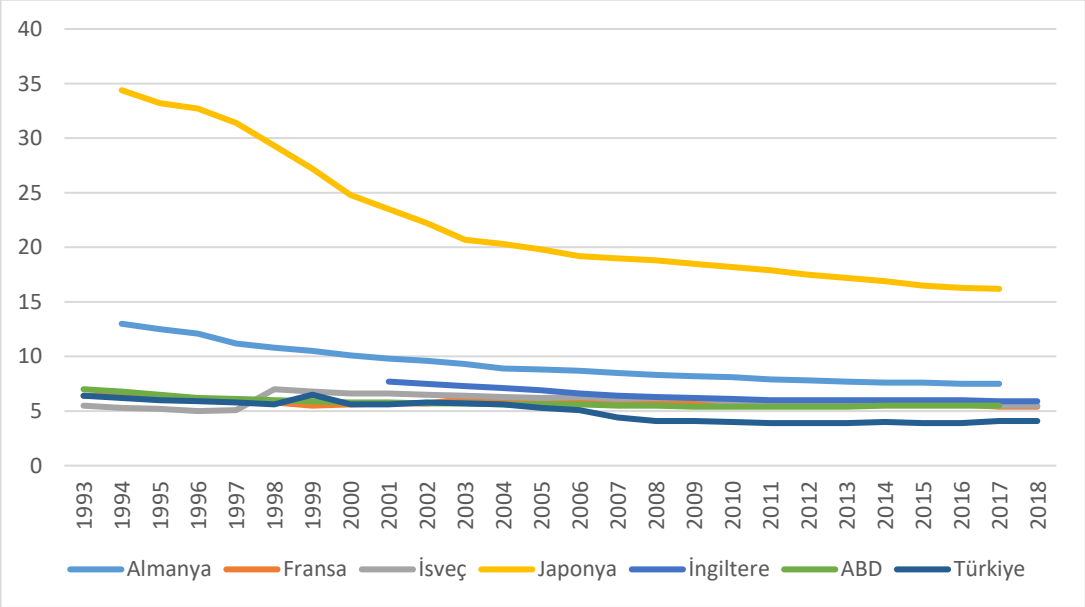
Almanya' da kar amaçlı hastanelerde bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı 2002-2012 yılları arasında artarken, 2012-2017 yılları arasında azalmıştır.

İsveç, İngiltere ve Japonya'nın 1993-2018 yılları arası kar amaçlı özel hastanelerde bin kişiye düşen yatak sayısı için WHO (23) ve OECD'de (19) veri girişi yapılmamış, Eurostat (26), Socialstyrelsen (32), Ministry of Health, Labour and Welfare (33), NHS England'da (27) veri paylaşılmamıştır. OECD ve WHO İsveç, Japonya ve İngiltere için kar amaçlı özel hastanelerdeki yatak sayısı verisinin mevcut olmadığını açıklamışlardır. (36) (37) Bu nedenle kar amaçlı hastanelerde bin kişi başına düşen yatak sayısı verisi paylaşılamamıştır.

Tablo 6.15 ve Şekil 6.15'te Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında akut bakım hastanelerinde kalış günü ortalamasındaki değişim sunulmuştur.

Tablo 6. 15: Akut Bakım Hastanede Kalış Günü Ortalamasının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	-	6.4	5.5	-	-	7	6.4
1994	13	6.4	5.3	34.4	-	6.8	6.2
1995	12.5	6.2	5.2	33.2	-	6.5	6
1996	12.1	6.1	5	32.7	-	6.2	5.9
1997	11.2	5.9	5.1	31.4	-	6.1	5.8
1998	10.8	5.8	7	29.3	-	6	5.6
1999	10.5	5.5	6.8	27.2	-	5.9	6.5
2000	10.1	5.6	6.6	24.8	-	5.8	5.6
2001	9.8	5.7	6.6	23.5	7.7	5.8	5.6
2002	9.6	5.7	6.5	22.2	7.5	5.7	5.8
2003	9.3	6.1	6.4	20.7	7.3	5.7	5.7
2004	8.9	6	6.3	20.3	7.1	5.6	5.6
2005	8.8	5.9	6.2	19.8	6.9	5.6	5.3
2006	8.7	5.9	6.3	19.2	6.6	5.6	5.1
2007	8.5	5.9	6.1	19	6.4	5.5	4.4
2008	8.3	5.8	6.2	18.8	6.3	5.5	4.1
2009	8.2	5.7	6.2	18.5	6.2	5.4	4.1
2010	8.1	5.8	5.8	18.2	6.1	5.4	4
2011	7.9	5.7	5.7	17.9	6	5.4	3.9
2012	7.8	5.7	5.6	17.5	6	5.4	3.9
2013	7.7	5.8	5.6	17.2	6	5.4	3.9
2014	7.6	5.7	5.6	16.9	6	5.5	4
2015	7.6	5.7	5.7	16.5	6	5.5	3.9
2016	7.5	5.6	5.6	16.3	6	5.5	3.9
2017	7.5	5.4	5.5	16.2	5.9	5.5	4.1
2018	-	5.4	5.5	-	5.9	-	4.1



Şekil 6. 15: Akut Bakım Hastanede Kalış Günü Ortalamasının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

Tablo 6.15 ve Şekil 6.15'e bakıldığında ülkeler genel olarak akut bakım hastanede kalış günü ortalamasını azaltma eğilimindedirler.

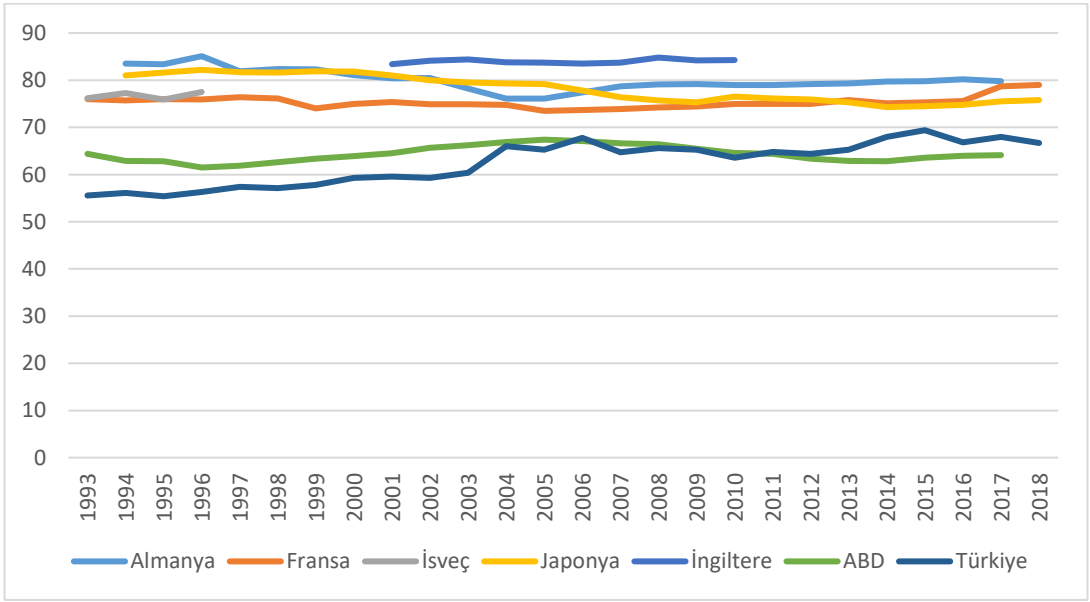
Tablo 6.15'te görüldüğü üzere akut bakım hastanelerinde kalış günü ortalamasında 1994 yılında en yüksek ortalamaya sahip olan Japonya, zaman içerisinde yaklaşık %52,9 oranında azalma göstermiş olmasına rağmen 2017 yılında da en yüksek ortalamaya sahip olan ülkedir. Bu durumun nedeni olarak Japonya'daki bazı akut bakım yataklarının yaşlılar için uzun süreli bakıma ayrılmış olması gösterilmektedir. (39)

Türkiye ve Fransa 1993 yılında aynı değeri gösterirken iki ülkede de yıllar içerisinde akut bakım hastanelerinde kalış günü ortalamasında azalma yaşanmıştır. Ayrıca Türkiye 2003 yılından itibaren incelenen ülkeler arasında en az kalış günü ortalamasına sahip olmuş ve bu durum en güncel veri olan 2018 yılına kadar devam etmiştir.

Tablo 6.16 ve Şekil 6.16'da Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında akut bakım yatağı doluluk oranındaki değişim sunulmuştur.

Tablo 6. 16: Akut Bakım Yatağı Doluluk Oranının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19) (40)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	-	76	76.2	-	-	64.4	55.6
1994	83.5	75.7	77.3	81	-	62.9	56.1
1995	83.4	76	75.9	81.6	-	62.8	55.4
1996	85.1	75.9	77.5	82.2	-	61.5	56.3
1997	81.9	76.4	-	81.7	-	61.9	57.4
1998	82.4	76.1	-	81.6	-	62.6	57.1
1999	82.3	74	-	81.9	-	63.4	57.8
2000	81.1	75	-	81.8	-	63.9	59.3
2001	80.4	75.4	-	81	83.4	64.5	59.6
2002	80.5	74.9	-	80	84.1	65.7	59.3
2003	78.2	74.9	-	79.5	84.4	66.2	60.4
2004	76.1	74.8	-	79.3	83.8	66.9	66
2005	76.1	73.5	-	79.2	83.7	67.4	65.3
2006	77.4	73.7	-	77.8	83.5	67.1	67.8
2007	78.7	73.9	-	76.4	83.7	66.6	64.7
2008	79.1	74.2	-	75.7	84.8	66.4	65.6
2009	79.2	74.4	-	75.3	84.2	65.5	65.3
2010	79	75	-	76.5	84.3	64.6	63.6
2011	79	75	-	76.1	-	64.4	64.8
2012	79.2	75	-	75.9	-	63.4	64.4
2013	79.3	75.8	-	75.3	-	62.9	65.3
2014	79.7	75.1	-	74.3	-	62.8	68
2015	79.8	75.3	-	74.5	-	63.6	69.4
2016	80.2	75.6	-	74.8	-	64	66.8
2017	79.8	78.7	-	75.5	-	64.1	68
2018	-	79	-	75.8	-	-	66.7 (40)



Şekil 6. 16:Akut Bakım Yatağı Doluluk Oranının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19) (40)

Tablo 6.16'nın geneline bakıldığında ülkelerin akut bakım yatağı doluluk oranlarının birbirlerine yakınlık gösterdiği görülmektedir.

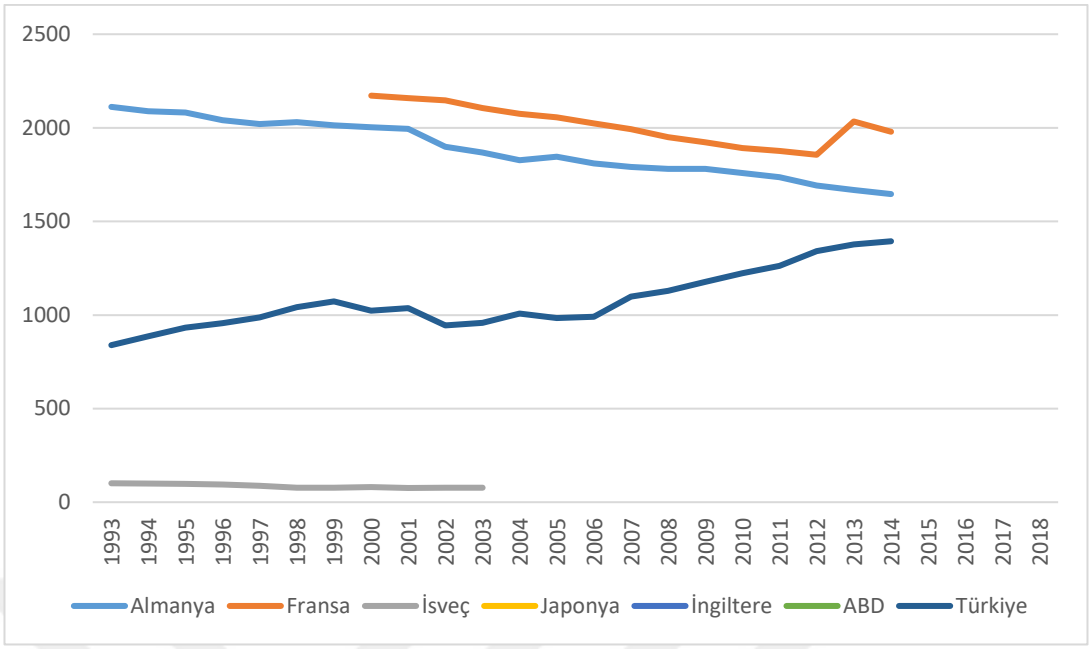
İncelenen süreç içerisinde ülkeler akut bakım yatağı doluluk oranında zaman zaman artış zaman zaman ise azalış yaşamış ancak bu süreçte dikkat çekici ani değişimler yaşanmamıştır.

Toplam nüfus sayılarında (Tablo 6.20) önemli bir fark olan Fransa ve Japonya' da akut bakım yatağı doluluk oranının son yıllarda birbirine çok yaklaştığı görülmüştür.

Tablo 6.17 ve Şekil 6.17' de Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında toplam akut hastane sayılarının değişimi sunulmuştur.

Tablo 6. 17: Toplam Akut Hastane Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (23)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	2112	-	101	-	-	-	839
1994	2089	-	100	-	-	-	886
1995	2081	-	98	-	-	-	932
1996	2040	-	94	-	-	-	957
1997	2020	-	87	-	-	-	988
1998	2030	-	78	-	-	-	1042
1999	2014	-	77	-	-	-	1073
2000	2003	2172	80	-	-	-	1023
2001	1995	2159	76	-	-	-	1037
2002	1898	2147	77	-	-	-	945
2003	1868	2105	78	-	-	-	959
2004	1827	2075	-	-	-	-	1008
2005	1846	2056	-	-	-	-	983
2006	1809	2023	-	-	-	-	990
2007	1791	1993	-	-	-	-	1098
2008	1781	1950	-	-	-	-	1129
2009	1780	1923	-	-	-	-	1177
2010	1758	1892	-	-	-	-	1224
2011	1736	1876	-	-	-	-	1262
2012	1692	1856	-	-	-	-	1341
2013	1668	2034	-	-	-	-	1377
2014	1646	1979	-	-	-	-	1394
2015	-	-	-	-	-	-	-
2016	-	-	-	-	-	-	-
2017	-	-	-	-	-	-	-
2018	-	-	-	-	-	-	-



Şekil 6. 17: Toplam Akut Hastane Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (23)

Tablo 6.17 ve Şekil 6.17 incelendiğinde Almanya, Fransa ve İsveç'in toplam akut hastane sayısını azalttığı Türkiye' nin ise arttırdığı görülmektedir.

Tablodaki verilere göre Fransa toplam akut hastane sayısında tek artışı 2013 yılında yaşamıştır.

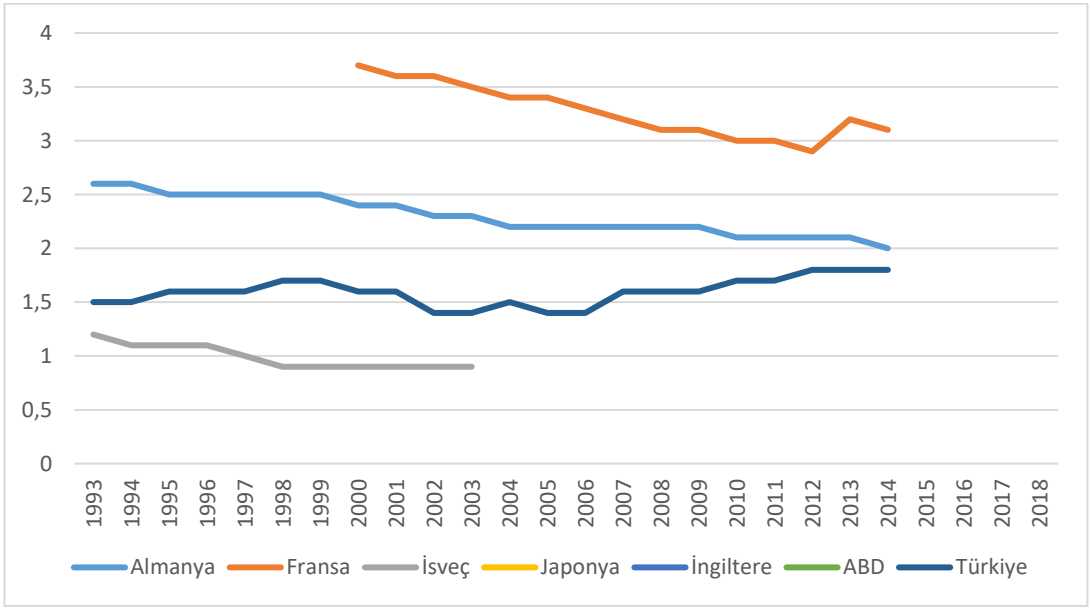
İngiltere için 1993-2018 yılları arası toplam akut hastane sayısında WHO' da (23) verinin olmadığı paylaşılmış, OECD (19), NHS England (27), Eurostat' da (26) da konunun istatistikleri verilmemiştir.

Japonya ve ABD için 1993-2018 yılları arası toplam akut hastane sayısında WHO (23), OECD (19), Eurostat (26), CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (41), Ministry of Health, Labour and Welfare' da (33) da konunun istatistikleri verilmemiştir.

Tablo 6.18 ve Şekil 6.18' de Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında yüz bin kişiye düşen akut hastane sayısındaki değişim sunulmuştur.

Tablo 6. 18: Yüz Bin Kişiye Düşen Akut Hastane Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (23)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	2.6	-	1.2	-	-	-	1.5
1994	2.6	-	1.1	-	-	-	1.5
1995	2.5	-	1.1	-	-	-	1.6
1996	2.5	-	1.1	-	-	-	1.6
1997	2.5	-	1	-	-	-	1.6
1998	2.5	-	0.9	-	-	-	1.7
1999	2.5	-	0.9	-	-	-	1.7
2000	2.4	3.7	0.9	-	-	-	1.6
2001	2.4	3.6	0.9	-	-	-	1.6
2002	2.3	3.6	0.9	-	-	-	1.4
2003	2.3	3.5	0.9	-	-	-	1.4
2004	2.2	3.4	-	-	-	-	1.5
2005	2.2	3.4	-	-	-	-	1.4
2006	2.2	3.3	-	-	-	-	1.4
2007	2.2	3.2	-	-	-	-	1.6
2008	2.2	3.1	-	-	-	-	1.6
2009	2.2	3.1	-	-	-	-	1.6
2010	2.1	3	-	-	-	-	1.7
2011	2.1	3	-	-	-	-	1.7
2012	2.1	2.9	-	-	-	-	1.8
2013	2.1	3.2	-	-	-	-	1.8
2014	2	3.1	-	-	-	-	1.8
2015	-	-	-	-	-	-	-
2016	-	-	-	-	-	-	-
2017	-	-	-	-	-	-	-
2018	-	-	-	-	-	-	-



Şekil 6. 18:Yüz Bin Kişiye Düşen Akut Hastane Sayısının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (23)

Tablo 6.18'de İsveç' in yüz bin kişiye düşen akut hastane sayısı diğer ülkelerden daha düşük değerlere sahipken ilerleyen süreçte bu sayıyı azaltmaya devam ettiği görülmektedir.

Tablo 6.18'deki verilere göre yüz bin kişiye düşen akut hastane sayısının en fazla olduğu ülke Fransa'dır.

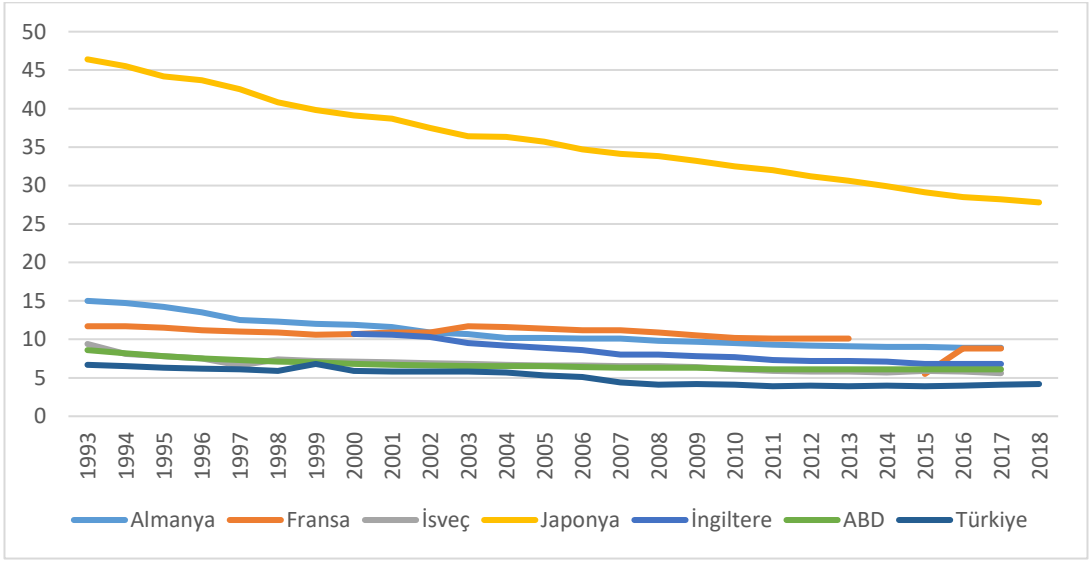
İngiltere için 1993-2018 yılları arası yüz bin kişiye düşen akut hastane sayısında WHO'da (23) verinin olmadığı paylaşılmış, OECD (19), NHS England (27), Eurostat' da (26) da konunun istatistikleri verilmemiştir.

Japonya ve ABD için 1993-2018 yılları arası yüz bin kişiye düşen akut hastane sayısında WHO (23), OECD (19), Eurostat (26), CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (41), Ministry of Health, Labour and Welfare' da (33) da konunun istatistikleri verilmemiştir.

Tablo 6.19 ve Şekil 6.19' da Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında hastanelerde ortalama kalış süresindeki değişim sunulmuştur.

Tablo 6. 19: Hastanede Ortalama Kalış Süresinin Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (23) (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD (19)	TÜRKİYE
1993	15	11.7	9.4	46.4	-	8.6	6.7
1994	14.7	11.7	8.1	45.5	-	8.2	6.5
1995	14.2	11.5	7.8	44.2	-	7.8	6.3
1996	13.5	11.2	7.5	43.7	-	7.5	6.2
1997	12.5	11	6.6	42.5	-	7.3	6.1
1998	12.3	10.9	7.4	40.8	-	7.1	5.9
1999	12	10.6	7.2	39.8	-	7	6.8
2000	11.9	10.7	7.1	39.1	10.7	6.8	5.9
2001	11.6	10.9	7	38.7	10.6	6.7	5.8
2002	10.9	10.9	6.9	37.5	10.3	6.6	5.8
2003	10.7	11.7	6.8	36.4	9.5	6.5	5.8
2004	10.2	11.6	6.7	36.3	9.2	6.5	5.7
2005	10.2	11.4	6.6	35.7	8.9	6.5	5.3
2006	10.1	11.2	6.6	34.7	8.6	6.4	5.1
2007	10.1	11.2	6.5	34.1	8	6.3	4.4
2008	9.8	10.9	6.5	33.8	8	6.3	4.1
2009	9.7	10.5	6.4	33.2	7.8	6.2	4.2
2010	9.5	10.2	6.1	32.5	7.7	6.1	4.1
2011	9.3	10.1	5.9	32	7.3	6.1	3.9
2012	9.2	10.1	5.8	31.2	7.2	6.1	4
2013	9.1	10.1	5.8	30.6	7.2	6.1	3.9
2014	9		5.7	29.9	7.1	6.1	4
2015 (19)	9	5.5	5.9	29.1	6.8	6.1	3.9
2016 (19)	8.9	8.8	5.8	28.5	6.8	6.1	4
2017 (19)	8.9	8.8	5.6	28.2	6.8	6.1	4.1
2018	-	8.8	5.7	27.8	6.8	-	4.2



Şekil 6. 19:Hastanede Ortalama Kalış Süresinin Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (23) (19)

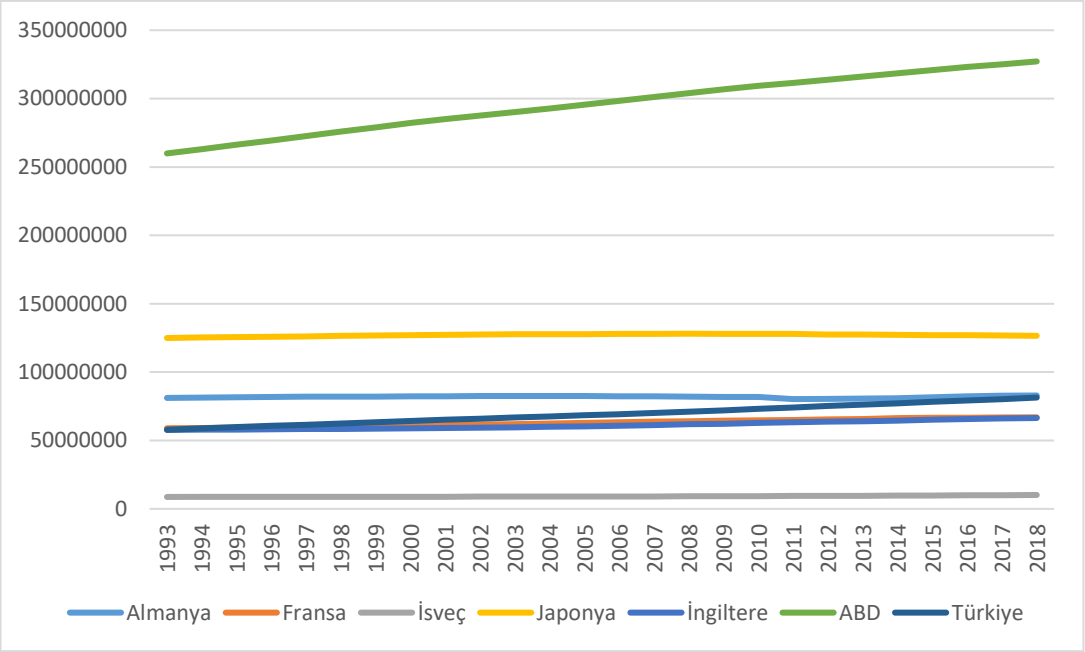
Ülkelere göre değerler oldukça farklılık göstermekle birlikte incelenen ülkelerin ortak noktaları hastanede kalış ortalamasının azalması olmuştur.

OECD İsveç'in Almanya, Fransa ve İngiltere'den daha düşük hastanede kalış günü ortalamasına sahip olmasını sağlık hizmetlerini yatan hastadan ayakta tedavi ortamına taşımak için sürekli çalışmasının bir sonucu olarak görmektedir. (22)

Tablo 6.20 ve Şekil 6.20' de Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında toplam nüfus sayılarındaki değişim sunulmuştur.

Tablo 6. 20: Araştırma Grubundaki Ülkelerin Yıllara Göre Nüfusları (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	81156368	58961049	8718558	124938000	57713889	259918588	57913000
1994	81438346	59175335	8780741	125265000	57862145	263125821	58837000
1995	81678046	59383991	8826944	125570264	58024799	266278393	59756000
1996	81914834	59589289	8840999	125864000	58164374	269394284	60671000
1997	82034775	59795263	8846059	126166000	58314249	272646925	61582000
1998	82047197	60011008	8850975	126486000	58474943	275854104	62464000
1999	82100243	60315406	8857879	126686000	58684427	279040168	63364000
2000	82211501	60724780	8872112	126925843	58886065	282162411	64268751
2001	82349926	61163237	8895963	127291000	59113016	284968955	65166331
2002	82488493	61604550	8924959	127435000	59365677	287625193	66002506
2003	82534175	62037544	8958233	127619000	59636662	290107933	66794551
2004	82516268	62490800	8993533	127687000	59950364	292805298	67598736
2005	82469421	62958328	9029567	127767994	60413276	295516599	68435380
2006	82376447	63393406	9080506	127900515	60827067	298379912	69295253
2007	82266373	63781275	9148093	128032743	61319075	301231207	70158112
2008	82110097	64133174	9216639	128083960	61823772	304093966	71051689
2009	81902308	64458715	9298510	128031514	62260486	306771529	72039215
2010	81776936	64773169	9378130	128057352	62759456	309326085	73142162
2011	80274981	65087317	9449216	127834233	63285145	311580009	74223642
2012	80425826	65402998	9519378	127592657	63705030	313874218	75175836
2013	80645605	65735961	9600375	127413888	64105654	316057727	76147634
2014	80982495	66276671	9696105	127237150	64596752	318386421	77181894
2015	81686608	66512558	9799183	127094745	65110034	320742673	78218488
2016	82348669	66685530	9923085	126932772	65648054	323071342	79277971
2017	82656997	66829563	10057695	126706210	66040229	325147121	80312708
2018	82914191	66941698	10175214	126443180	66435550	327167434	81407211



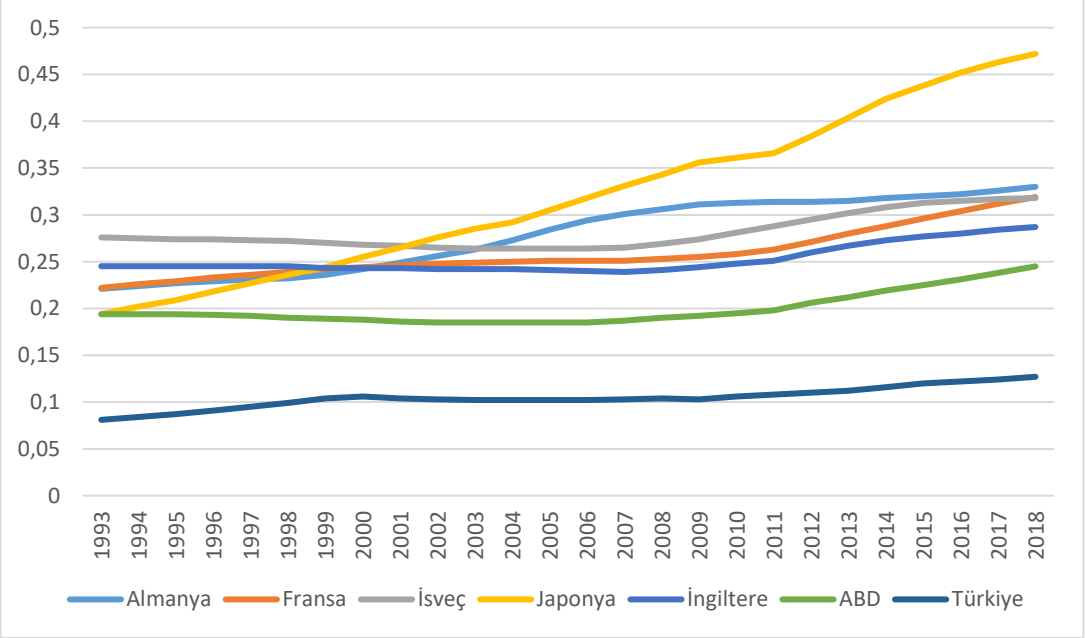
Şekil 6. 20: Araştırma Grubundaki Ülkelerin Yıllara Göre Nüfusları (19)

İncelenen dönemde ülkelerin toplam nüfuslarında ani değişimler yaşanmamakla beraber toplam nüfus sürekli artış göstermiştir.

Tablo 6.21 ve Şekil 6.21' de Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye için 1993-2018 yılları arasında yaşlı bağımlı nüfus oranındaki değişim sunulmuştur.

Tablo 6. 21: Yaşlı Bağımlı Nüfus Oranının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	0.221	0.222	0.276	0.194	0.245	0.194	0.081
1994	0.224	0.226	0.275	0.202	0.245	0.194	0.084
1995	0.227	0.229	0.274	0.209	0.245	0.194	0.087
1996	0.229	0.233	0.274	0.218	0.245	0.193	0.091
1997	0.231	0.236	0.273	0.227	0.245	0.192	0.095
1998	0.232	0.239	0.272	0.236	0.245	0.19	0.099
1999	0.236	0.242	0.27	0.244	0.243	0.189	0.104
2000	0.242	0.244	0.268	0.255	0.243	0.188	0.106
2001	0.249	0.246	0.267	0.265	0.243	0.186	0.104
2002	0.256	0.248	0.265	0.276	0.242	0.185	0.103
2003	0.263	0.249	0.264	0.285	0.242	0.185	0.102
2004	0.273	0.25	0.264	0.292	0.242	0.185	0.102
2005	0.284	0.251	0.264	0.305	0.241	0.185	0.102
2006	0.294	0.251	0.264	0.318	0.24	0.185	0.102
2007	0.301	0.251	0.265	0.331	0.239	0.187	0.103
2008	0.306	0.253	0.269	0.343	0.241	0.19	0.104
2009	0.311	0.255	0.274	0.356	0.244	0.192	0.103
2010	0.313	0.258	0.281	0.361	0.248	0.195	0.106
2011	0.314	0.263	0.288	0.366	0.251	0.198	0.108
2012	0.314	0.271	0.295	0.384	0.26	0.206	0.11
2013	0.315	0.28	0.302	0.404	0.267	0.212	0.112
2014	0.318	0.288	0.308	0.424	0.273	0.219	0.116
2015	0.32	0.296	0.313	0.438	0.277	0.225	0.12
2016	0.322	0.304	0.315	0.452	0.28	0.231	0.122
2017	0.326	0.312	0.317	0.463	0.284	0.238	0.124
2018	0.33	0.319	0.318	0.472	0.287	0.245	0.127



Şekil 6. 21: Yaşlı Bağımlı Nüfus Oranının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

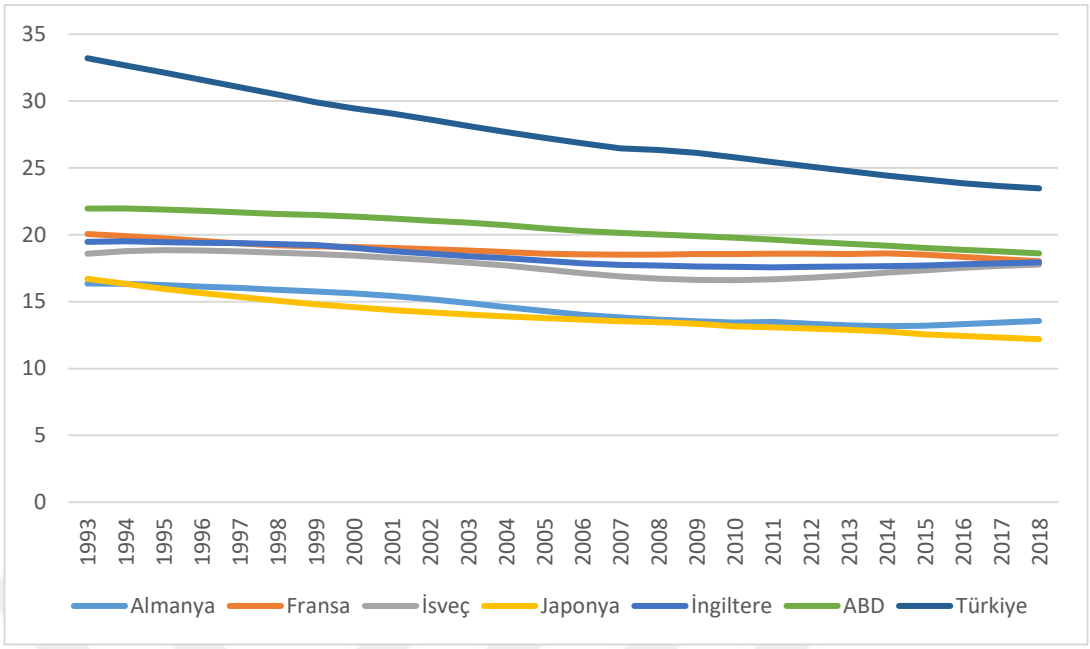
En yüksek oranla artış gösteren Japonya, 2002 yılı itibariyle yaşlı bağımlı nüfus oranı en yüksek olan ülkedir.

Tablo ve şekilde görüldüğü üzere yaşlı bağımlı nüfus oranı en düşük olan ülke Türkiye'dir.

Tablo 6.22 ve Şekil 6.22'de Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında 15 yaş altı bağımlı nüfus oranındaki değişim sunulmuştur.

Tablo 6. 22: 15 Yaş Altı Bağımlı Nüfus Oranının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	16,357	20,057	18,59	16,704	19,482	21,967	33,204
1994	16,333	19,912	18,781	16,328	19,515	21,968	32,675
1995	16,242	19,73	18,852	15,955	19,459	21,884	32,138
1996	16,13	19,532	18,815	15,641	19,397	21,791	31,594
1997	16,021	19,345	18,742	15,35	19,369	21,672	31,043
1998	15,892	19,209	18,659	15,068	19,309	21,562	30,484
1999	15,759	19,133	18,561	14,794	19,23	21,486	29,919
2000	15,615	19,08	18,431	14,58	19,026	21,364	29,452
2001	15,42	19,014	18,273	14,363	18,789	21,213	29,065
2002	15,174	18,923	18,108	14,205	18,59	21,056	28,624
2003	14,889	18,819	17,922	14,03	18,405	20,899	28,143
2004	14,595	18,705	17,694	13,889	18,246	20,714	27,675
2005	14,293	18,594	17,411	13,763	18,053	20,479	27,244
2006	14,016	18,53	17,127	13,645	17,869	20,282	26,841
2007	13,811	18,505	16,896	13,534	17,751	20,145	26,473
2008	13,653	18,512	16,726	13,451	17,691	20,029	26,341
2009	13,529	18,552	16,625	13,341	17,639	19,913	26,13
2010	13,429	18,572	16,605	13,15	17,612	19,785	25,798
2011	13,489	18,579	16,664	13,072	17,565	19,632	25,44
2012	13,339	18,585	16,787	12,977	17,603	19,471	25,104
2013	13,222	18,565	16,968	12,876	17,638	19,322	24,759
2014	13,169	18,604	17,162	12,774	17,66	19,176	24,431
2015	13,202	18,505	17,344	12,546	17,71	19,018	24,13
2016	13,315	18,351	17,525	12,432	17,787	18,874	23,848
2017	13,441	18,19	17,676	12,306	17,879	18,749	23,632
2018	13,549	18,025	17,761	12,191	17,929	18,61	23,473



Şekil 6. 22: 15 Yaş Altı Bağımlı Nüfus Oranının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (19)

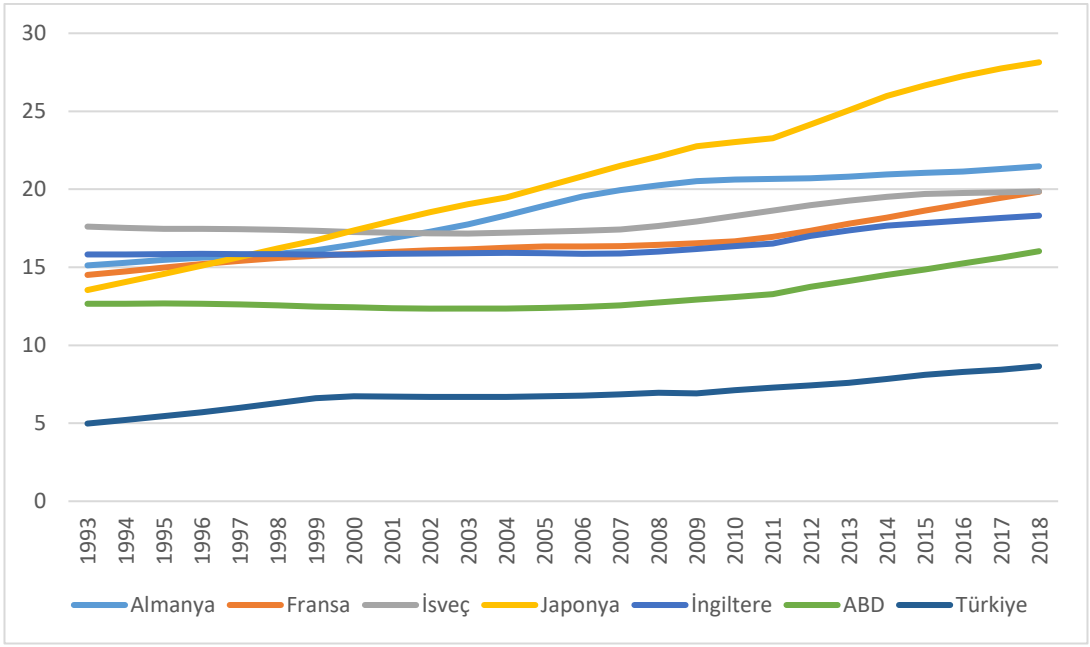
İncelenen ülkelerde 1993-2018 yılları arasında 15 yaş altı bağımlı nüfus oranı azalma göstermiştir.

15 yaş altı bağımlı nüfus oranının en yüksek olduğu ülke Türkiye'dir.

Tablo 6.23 ve Şekil 6.23'te Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında yaşlı nüfus yüzdesindeki değişim sunulmuştur.

Tablo 6. 23: Yaşlı Nüfus Yüzdesinin Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (42)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	15.12	14.51	17.61	13.54	15.83	12.66	4.98
1994	15.29	14.74	17.52	14.06	15.82	12.67	5.21
1995	15.47	14.97	17.47	14.56	15.85	12.68	5.45
1996	15.62	15.20	17.46	15.11	15.86	12.67	5.71
1997	15.74	15.41	17.44	15.66	15.85	12.62	5.99
1998	15.87	15.59	17.40	16.21	15.85	12.55	6.29
1999	16.09	15.74	17.33	16.72	15.81	12.47	6.60
2000	16.45	15.87	17.26	17.37	15.81	12.43	6.74
2001	16.86	15.99	17.21	17.96	15.86	12.38	6.71
2002	17.28	16.09	17.18	18.54	15.88	12.35	6.68
2003	17.75	16.16	17.16	19.05	15.91	12.36	6.68
2004	18.32	16.26	17.21	19.48	15.93	12.36	6.69
2005	18.94	16.34	17.27	20.16	15.91	12.40	6.72
2006	19.53	16.34	17.33	20.82	15.87	12.46	6.78
2007	19.95	16.36	17.43	21.50	15.89	12.56	6.85
2008	20.25	16.44	17.64	22.10	16.00	12.75	6.96
2009	20.53	16.55	17.94	22.75	16.18	12.92	6.92
2010	20.63	16.67	18.28	23.02	16.35	13.09	7.12
2011	20.67	16.94	18.64	23.28	16.52	13.27	7.29
2012	20.71	17.35	18.98	24.15	17.02	13.74	7.43
2013	20.81	17.79	19.27	25.06	17.36	14.12	7.60
2014	20.96	18.19	19.52	25.97	17.66	14.50	7.83
2015	21.05	18.63	19.70	26.65	17.83	14.86	8.11
2016	21.14	19.05	19.77	27.25	18.00	15.24	8.29
2017	21.3	19.45	19.80	27.74	18.16	15.62	8.43
2018	21.47	19.84	19.86	28.14	18.31	16.03	8.65



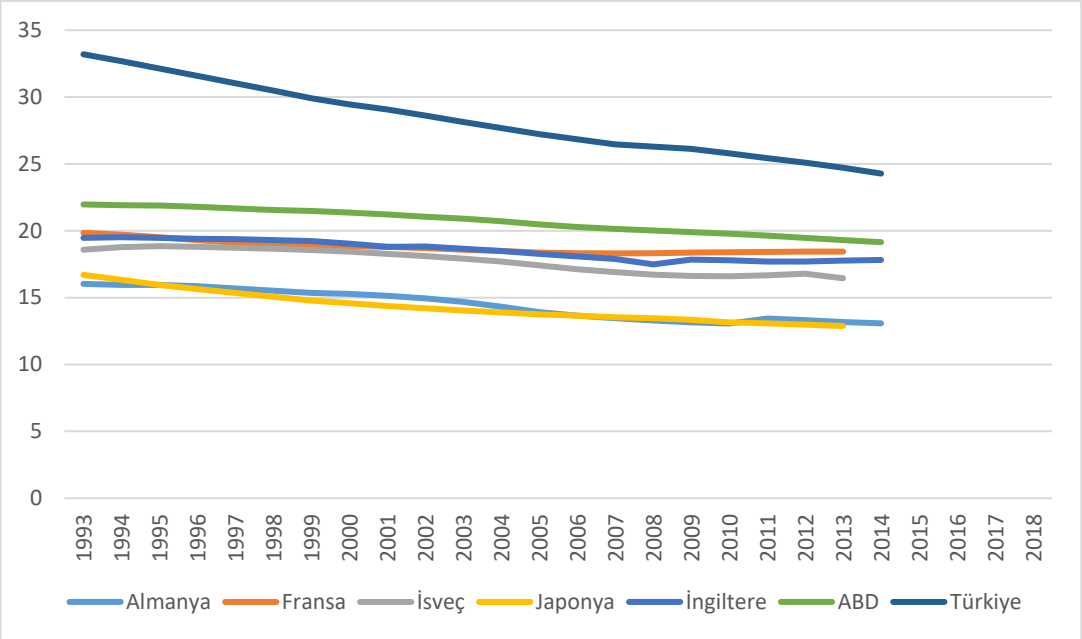
Şekil 6. 23:Yaşlı Nüfus Yüzdesinin Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (42)

Tablo 6.23'teki verilere göre yaşlı nüfus yüzdesinin en yüksek olduğu ülke Japonya, yaşlı nüfus yüzdesinin en düşük olduğu ülke ise Türkiye'dir. Tablo genelinde incelenen ülkelerdeki yaşlı nüfus yüzdesi artış göstermiştir.

Tablo 6.24 ve Şekil 6.24'te Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında genç nüfus yüzdesindeki değişim sunulmuştur.

Tablo 6. 24: Genç Nüfus Yüzdesinin Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (43)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	16.03	19.85	18.59	16.70	19.48	21.97	33.20
1994	15.94	19.70	18.78	16.33	19.52	21.91	32.68
1995	15.95	19.51	18.85	15.95	19.46	21.88	32.14
1996	15.86	19.31	18.81	15.64	19.40	21.79	31.59
1997	15.68	19.12	18.74	15.35	19.37	21.67	31.04
1998	15.53	18.99	18.66	15.07	19.31	21.56	30.48
1999	15.36	18.91	18.56	14.79	19.23	21.49	29.92
2000	15.29	18.86	18.43	14.58	19.03	21.36	29.45
2001	15.13	18.79	18.27	14.36	18.79	21.21	29.07
2002	14.95	18.70	18.11	14.20	18.82	21.06	28.62
2003	14.68	18.59	17.92	14.03	18.65	20.90	28.14
2004	14.33	18.48	17.69	13.89	18.49	20.71	27.68
2005	13.92	18.38	17.41	13.76	18.28	20.48	27.24
2006	13.66	18.33	17.13	13.65	18.08	20.28	26.84
2007	13.45	18.31	16.90	13.53	17.90	20.14	26.47
2008	13.29	18.32	16.73	13.45	17.49	20.03	26.29
2009	13.15	18.37	16.63	13.34	17.84	19.91	26.13
2010	13.06	18.40	16.60	13.15	17.79	19.78	25.80
2011	13.44	18.42	16.66	13.07	17.71	19.63	25.44
2012	13.31	18.43	16.79	12.98	17.71	19.46	25.10
2013	13.17	18.43	16.45	12.88	17.77	19.31	24.72
2014	13.07	-	-	-	17.81	19.15	24.28
2015	-	-	-	-	-	-	-
2016	-	-	-	-	-	-	-
2017	-	-	-	-	-	-	-
2018	-	-	-	-	-	-	-



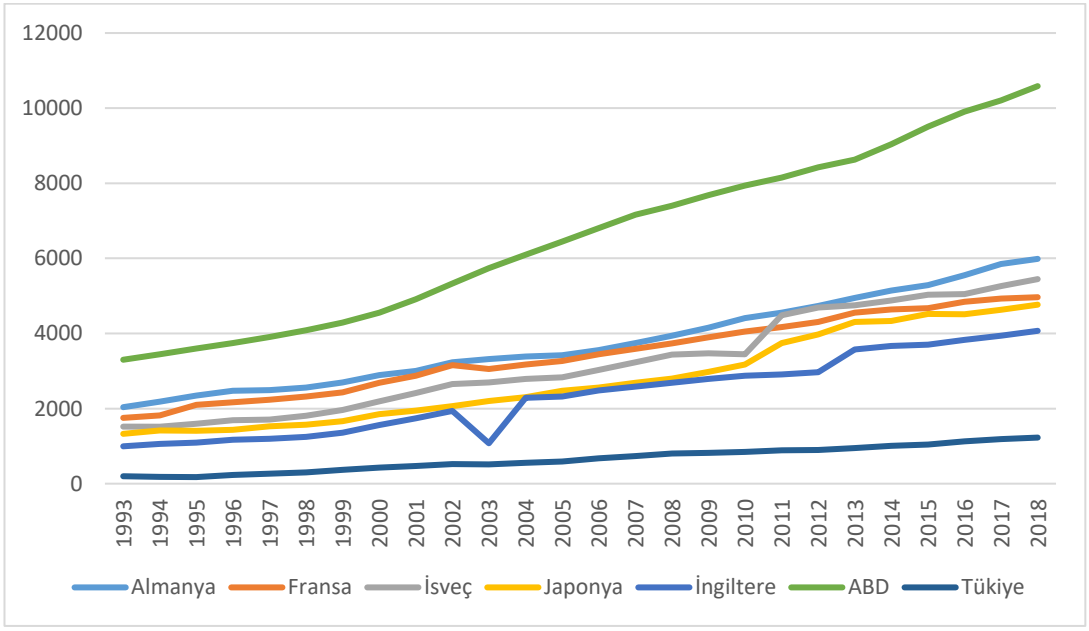
Şekil 6. 24: Genç Nüfus Yüzdesinin Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (43)

Tablo 6.24'teki verilere göre genç nüfus yüzdesi en yüksek olan ülke Türkiye, genç nüfus yüzdesi en düşük olan ülke ise Japonya'dır. Tablo genelinde incelenen ülkelerdeki genç nüfus yüzdesi azalma göstermiştir.

Tablo 6.25 ve Şekil 6.25'te Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkeleri için 1993-2018 yılları arasında kişi başı sağlık harcamasındaki değişim sunulmuştur.

Tablo 6. 25: Kişi Başı Sağlık Harcamasının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (ABD Doları) (19)

YILLAR	ALMANYA	FRANSA	İSVEÇ	JAPONYA	İNGİLTERE	ABD	TÜRKİYE
1993	2037	1752	1521	1327	995	3300	196
1994	2184	1815	1517	1415	1057	3442	179
1995	2344	2099	1593	1408	1093	3598	175
1996	2476	2168	1690	1432	1171	3748	230
1997	2491	2234	1708	1526	1198	3905	265
1998	2561	2321	1808	1569	1250	4083	300
1999	2694	2431	1959	1668	1356	4290	369
2000	2889	2686	2195	1851	1561	4557	432
2001	3003	2874	2414	1943	1744	4909	473
2002	3235	3152	2657	2065	1939	5326	520
2003	3322	3056	2697	2197	1076	5736	510
2004	3382	3171	2793	2306	2284	6094	559
2005	3421	3265	2831	2471	2318	6443	588
2006	3554	3446	3026	2559	2480	6807	678
2007	3740	3594	3233	2689	2582	7161	733
2008	3942	3734	3434	2799	2687	7403	807
2009	4157	3895	3473	2974	2789	7682	817
2010	4412	4048	3446	3170	2871	7939	843
2011	4558	4168	4484	3741	2910	8154	888
2012	4734	4306	4694	3971	2968	8423	895
2013	4948	4557	4750	4308	3574	8629	948
2014	5142	4642	4882	4328	3668	9042	1007
2015	5291	4676	5027	4517	3703	9505	1040
2016	5550	4844	5049	4513	3833	9904	1127
2017	5848	4931	5264	4630	3943	10207	1186
2018	5986	4965	5447	4766	4070	10586	1227



Şekil 6. 25: Kişi Başı Sağlık Harcamasının Ülkelere ve Yıllara Göre Değişimi (ABD Doları) (19)

Tablo 6.25 ve Şekil 6.25'in geneline bakıldığında incelenen ülkelerde kişi başı sağlık harcamaları 1993 yılından 2018 yılına gelene kadar önemli derecede artış göstermiştir.

Tablo 6.25 ve Şekil 6.25'te de görüldüğü üzere kişi başı sağlık harcamasının en yüksek olduğu ülke ABD, en düşük olduğu ülke ise Türkiye'dir.

İngiltere' de kişi başı sağlık harcaması artış gösterirken tek azalma 2003 yılında yaşanmıştır.

7. TARTIŞMA

Sağlık hizmetleri yönünde gelişmişliği kabul edilen Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere ve ABD ülkeleri ile Türkiye' de 1993-2018 yılları arasında, yataklı tedavi kurumlarına ilişkin göstergelerin ne tür değişimler gösterdiğinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları, konuyla ilgili literatür bilgileri ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

7.1.Hastane Sayıları

Araştırmada kullanılan Almanya, Fransa, İsveç, Japonya, İngiltere, ABD ve Türkiye ülkelerinin 1993-2018 yılları arasındaki toplam hastane sayısındaki değişimleri incelenmiş olup İngiltere ve Türkiye dışındaki ülkelerde toplam hastane sayısında azalma olduğu görülmüştür. (Tablo 6.1) Bu ülkelerin toplam hastane sayılarındaki azalma, sağlık hizmetlerinin hastane duvarlarının ötesine geçtiğinin kanıtı niteliğinde olmuştur.

Toplam hastane sayısında Almanya ve Japonya' da, 1993/2017 yılları arasında sırasıyla %14.3 ve %14.5 azalma oranıyla değişim yaşanmıştır. Bu azalma Japonya' da süreklilik gösterirken Almanya' da toplam hastane sayısı zaman zaman artmıştır. Aynı dönemde Türkiye ise %57.79 artışla seçilen ülkeler arasında en dikkat çekici değişim oranlarından birine sahiptir. Bu yüksek oranlı artışın altında yatan sebep milyon kişi başına düşen hastane sayısına bakıldığında anlaşılmaktadır. (Tablo 6.2) 2017 yılında milyon kişi başına düşen hastane sayısı Almanya' da 37.3, Japonya' da ise 66 iken Türkiye'de bu sayının 18.9 olduğu ve belirtilen ülkelerin oldukça gerisinde kaldığı görülmektedir.

İsveç' te ise 1993/2003 yılları toplam hastane sayısı %34.67 azalma göstermiştir. Toplam hastane sayısında büyük azalma yaşanırken aynı yıllarda İsveç toplam nüfusu %2.74 oranında artmıştır. Bunun yanında İsveç 2003 yılında milyon kişi başına düşen hastane sayısında en düşük orana sahip olan ülkedir. (Tablo 6.2)

1993-2017 yılları arasında yaklaşık %14 azalmayla Almanya ve Japonya toplam hastane sayılarını azaltmışlardır. 2015 yılında Japonya'da 8.480 hastane, 7.961 hasta tıbbi kliniği, 93.034 ayakta tedavi kliniği ve 68.737 diş kliniği bulunmaktadır. Sağlık tesislerinde 1987'den 2015'e kadarki değişimlere bakıldığında,

hastane sayısı 0.86 oranında azalırken, ayakta tedavi kliniği sayısı 1.7 oranında artmıştır. (44) Japonya' da yaşanan bu değişim, hastaların gün geçtikçe ayakta tedavi hizmetlerini daha fazla tercih ettiklerini ve ülkenin bu talep doğrultusunda sağlık hizmetlerini şekillendirdiğini göstermektedir.

İngiltere' de toplam hastane sayısı 2012/2014 yılları arasında %10.24 azalırken, 2014/2016 yılları arasında %22.57 artış göstermiş olup son üç yılda da %0.62' lik oranla tekrar azalmaya başlamıştır. Bu azalmanın altında yatan sebep İngiltere NHS uzun vadeli planında görülmektedir.

İngiltere NHS uzun vadeli planında; hastane dışı bakımı arttırmayı, dijital olarak etkinleştirilmiş birincil ve ayakta tedavi hizmetini yaygınlaştırmayı ve ayaktan sağlık hizmeti sunumunu yeniden tasarlamayı hedeflemiştir. Böylece hastaların yüz yüze ayakta tedavi ziyaretlerinin üçte biri kadar önlenebileceğini ve yılda 30 milyona kadar ayakta tedavi ziyareti yapılması gerekmeyeceğini vurgulamıştır.(45)

ABD' de ise toplam hastane sayısı yaklaşık %14 azalmıştır. (Tablo 6.1) Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (NCHS) tarafından sunulan 2017 raporunda 1975-2015 yılları arasında hastaneler yatak sayılarına göre gruplandırılmış ve yaşanan değişim paylaşılmıştır. Bu rapora göre ABD' de 1990-2015 yılları arasında 6-24 ve 25-49 gibi az yataklı hastanelerin sayısı artarken, 300-399, 400-499 gibi çok yataklı hastanelerin sayısı azaltılmıştır. Rapor incelendiğinde ABD' de küçük hastanelerin 1990 ve 2010 yılları arasında hızla artmış olması ve aynı dönemde orta ve büyük ölçekli hastanelerin sürekli olarak azalması dikkat çekmektedir. (46)

Sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmeler ve tıbbi yeniliklerle ihtiyaç ve beklentiler zaman içerisinde farklılaşmış ve bu durum hastanelerin rol ve fonksiyonlarında değişime yol açmıştır.

McKee ve Healy yaşanan değişimi "Hastaneye hala ihtiyacımız var mı yoksa işlevleri başka bir yerde mi yapılıyor?" sorusuyla gündeme getirmişlerdir. (47)

Daha önceleri hastanelerde sağlanan hizmetler şimdi sık sık toplum ortamlarına taşınmaktadır. Tıp teknolojilerindeki son gelişmeler, daha önce hastanelerde sağlanan hizmetlerin toplum kliniklerinde, mobil sağlık birimlerinde ve hastaların evlerinde sağlanmasına izin vermektedir. (48) Evlerde kullanılabilen telekomünikasyon ve

video-konferans teknolojileri sayesinde gerçekleştirilen “sanal visit”ler ile hastaların yerinde izlenmesi mümkün hale gelmektedir. (49) Bu doğrultuda 2015 yılında ABD eyaleti olan Missouri’ de dünyanın ilk ve tek teletıp uygulamalarına adanmış tesisi olan Mercy Sanal Bakım Merkezi kurulmuştur. Yataksız bir hastane olan bu merkezde hastalara yüksek hassasiyetli iki yönlü kameralar ile gerçek zamanlı yaşamsal belirtileri kullanılarak sanal bakım sağlanmaktadır. Mercy Sanal Bakım Merkezi’nde kronik hastalığa sahip hastalara uzaktan bakım sağlayarak hastaneye başvurularını azaltmak, aynı zamanda da hastaya ihtiyaç duyduğu yerde bakımı sağlamak adına sanal bakım programı oluşturulmuştur. (50) Böylelikle hasta sağlık kuruluşuna gitmeden de ihtiyacı olan sağlık hizmetini bulunduğu ortamda veya çok yakınındaki bir merkezde en kısa sürede almış olacaktır. Bu durum ihtiyacı olan hizmete kısa sürede ve daha kolay ulaşmış olan hastaların memnuniyet artışını da beraberinde getirecektir.

Yaşanan bu gelişmeler ülkelerin hastane sayılarını azaltmalarının altında yatan sebeplerden bazıları olarak gösterilebilir. Zamanla değişen ihtiyaç ve beklentilere karşılık verebilmek için, bir zamanlar sadece hastanelerin sunabildiği hizmetler günümüzde çeşitli merkezler tarafından verilebilir hale gelmiş hatta hizmetlerin bazıları hastaların evlerine kadar taşınmıştır. Teknolojinin sağlık hizmetlerine kattığı yenilikler de birinci basamakta çözülebilen birçok sorunun etkisini ve sayısını arttırmıştır. Hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıran yeniliklerin, gün geçtikçe bilinçlenen hasta profiliyle birlikte daha fazla talep göreceği ise kaçınılmaz bir gerçek olmuştur.

Green, gittikçe artan ayakta tedavi işlemleri nedeniyle hastane kullanımı azalsa da, kritik derecede hasta olan hastaların hala hastanelere ve yoğun bakım ünitesi kaynaklarına ihtiyaç duyduklarından söz etmiştir. (51) Kısalan ve yoğunlaşan hastanede kalış süreleri sonrasında kalan hastalar daha ağır hasta olma eğilimindedir. (48) Bu tip ağır hastalar sürekli gözetim altında tutulur ve her türlü tıbbi müdahale anında yapılır. Bunun için gerekli donanıma sahip hastaneler kolay ulaşım sağlanabilecek yerlerde ve ihtiyaca cevap verebilecek sayıda olmalıdır. Aksi takdirde gecikmelere yol açabilir ve yaşanan gecikmeler hastalar için yıkıcı tıbbi sonuçlar doğurabilir.

Bu doğrultuda ülkemizde de Sağlık Bakanlığı'nın 2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre toplam yoğun bakım yatağı sayısı 2002 yılında 2214 iken geçen zaman içerisinde artış göstererek 2018 yılında 38098 olmuştur. (40)

Geleneksel hastaneler uzun yıllar boyunca sağlık hizmetlerinde belirli bir hizmet anlayışına sahip olsalar da, yeni bakım yolları geliştikçe ve bakım ortamları oluştukça hastaların hastanelerden farklı şekilde yararlanacakları kesinleşmiştir. (52) Hastalar her zaman en iyi koşullarda sağlık hizmeti almayı istemekte ve yaşanan gelişmeler her geçen gün bu beklentilerin daha fazla artmasına yol açmaktadır. Sağlık hizmeti sunucuları ise bu beklentiyi karşılayabilmek için sağlık alanında kullanılabilecek her yeniliği ve gelişmeyi takip etmek aynı zamanda da kullanmak durumunda kalmaktadırlar.

Örneğin İngiltere' de 2000'den fazla yetişkinin katıldığı kamuoyunun kendi pratisyen hekimleri ile video konsültasyonu kullanma isteği araştırılmıştır. Araştırmada ankete katılanların %63'ünün küçük bir rahatsızlık hakkında, %55'inin devam eden bir problem veya durum hakkında, %43'ünün ise acil tıbbi yardım için pratisyen hekimleri ile video konsültasyonu yapmaya istekli oldukları sonucuna varılmıştır. (53) Yapılan araştırma sonucundan da anlaşılıyor ki hastalar her sağlık sorununda hastaneye başvurmak yerine sağlık hizmetini öncelikli olarak evlerinden almayı, gerektiği takdirde de hastaneye gitmeyi tercih ediyorlar.

İnternet sayesinde e-sağlık, teletıp, tele-sağlık, tele-eğitim uygulamaları yaygınlaşmakta, nanoteknoloji sayesinde tanı ve tedavi için kullanılan araç ve gereçler küçülmekte, robotik tıp uygulamaları önem kazanmakta, tele-patolojiyle bilgiler ameliyat sırasında patoloji laboratuvarına gönderilerek tanı saptanmakta, sanal gerçeklik sayesinde de bilgisayar yöntemleriyle eğitim-öğretim imkânları oluşturulmakta ve bu şekilde hastalıkların teşhis ve tedavilerinde önemli ilerlemeler kaydedilmektedir. (54) (55) Dijitalleşmenin beraberinde getirdiği sayısallaştırılan reçeteler ve hastanın sağlık bilgilerine ulaşabileceği aplikasyonlar gibi yaşanan teknolojik gelişmeler sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmış ve hızlandırmıştır. Günümüzde bilinçlenen hasta da kendi tedavi ve bakımında bir paydaş haline gelmiştir. Anestezi ve cerrahi tekniklerdeki gelişmeler, ağrı kontrolü ve iyileşmenin yönetilme şeklindeki değişiklikler artan sayıda hastanın hastanede geçmişte

olduğundan daha az zaman harcadığı anlamına gelmektedir. (29) Tablo 6.15 de bunu kanıtlar niteliktedir. İncelenen yıllarda hastanede ortalama kalış süresinin düştüğü gözlemlenmiştir. Hastanede ortalama kalış süresini %35,9 düşüren ve yayınlanan son 2017 verileriyle de en düşük değere sahip olan ülke ise Türkiye olmuştur.

Neredeyse tüm Avrupa ülkeleri hastane hizmetlerinde değişiklik yapmıştır. Daha iyi hizmet sunmak, kaliteyi ve verimliliği artırmak için büyük çabalar sarf edilmiştir. Bakım sunumunun kolaylaştırılması, ikincil bakım kurumlarının büyüklüğündeki keskin bir düşüşle başlamış ve daha sonra hastane merkezli bakım modeline bir son verebilecek olan daha entegre ve etkili bakım yollarına doğru ilerlemeye başlamıştır. (56)

2019 yılında yayınlanan İngiltere NHS Uzun Vadeli Planında, önümüzdeki beş yıl boyunca, ülkenin tüm bölgelerinden, toplum ve ara bakım hizmetlerinin kapasitesini ve yanıt verilebilirliğini arttırması isteneceği ve birinci basamak ile toplum sağlığı hizmetleri arasındaki tarihi ayrımın çözüleceği belirtilmiştir. (45) Bunun yanında Galler'deki Ulusal Halk Sağlığı Merkezi (NPHS), kronik koşulların kötü yönetilmesinin hastanelerde acil başvurularının artmasına yol açabileceğini, bunun önüne ancak birinci basamak ve toplum temelli bakımın iyi yönetilmesiyle geçilebileceğini belirtmiştir. (57) Blunt ise hastaneye yapılan her beş acil başvurusundan birinin toplumda daha iyi ve daha koordineli bakım yönetimi ile önlenebileceğini savunmuştur. (58)

Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı 2019-2023 Stratejik Planın'da birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilerek sağlık sistemi içerisindeki etkinliğini arttırmak ve aile hekimliği sistemini güçlendirerek sistemin merkezinde konumlandırmak amaç edinilmiştir. Bu doğrultuda da aile hekimliği uzmanlık eğitimleri için bir program tasarlanarak tıbbi ve idari personelin yetkinliğinin yüksek seviyede tutulması, bunun yanı sıra beslenme uzmanı, fizyoterapist, sosyal çalışmacı ve psikolog gibi destekleyici disiplinleri birinci basamakta bir araya getirerek bütünleşik sağlık hizmetleri sunularak, aile hekimleri desteklenerek ve seçili kronik hastalıkların takibinde birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelikli rol verilerek kuvvetlendirilmiş bir aile hekimliği yapısıyla çok disiplinli ve tercih edilen birinci basamak sağlık hizmetleri vermek hedeflenmiştir. (59)

Güçlü bir birincil bakım ile hastalıktan kaçınılarak ve uygun fiyatlı erişilebilir bakım sağlayarak gereksiz harcamaların önüne geçilebilmekte, ayrıca hastaların ihtiyaçları doğrultusunda gerekli olan bakım sağlayıcıları arasında entegrasyon ve sürekliliği sağlayarak genel sağlık sistemi performansının güçlendirilmesine katkıda bulunulabilmektedir. (60)

7.2.Hastane Yatak Sayıları

Sağlık hizmetlerinde yaşanan iyileşmelerle ve gelişen teknolojiyle ayaktan teşhis ve tedavi kolaylaşmış, ayaktan daha fazla işlem yapılır hale gelmiştir. Bu değişim, hastanede kalış süresini azaltarak hastane yatağı ihtiyacına etki etmiştir. (Tablo 6.15) Artık birçok ülke de, yaşanan değişime uyum sağlamaya çalışan ve farklı roller üstlenen hastanelerde ayakta tedavi ve uzun süreli bakım için çeşitli alternatiflerin oluşmasıyla birlikte, elde edilen verilerden de görüldüğü üzere yatak sayısı sürekli azalma eğilimi göstermektedir. (Tablo 6.3)

İncelenen ülkelerde 1993-2018 yılları arasında toplam yatak sayısı azalma gösterirken, Türkiye' de bu sayının sürekli artış göstermesi dikkat çekmiştir. Bu artışa neden olarak Türkiye'nin 2000 yılı itibariyle bin kişi başına düşen hasta yatağında en düşük orana sahip olan ülke olması gösterilebilir. Bu durum 2012 yılında değişmiş, sürekli azalma eğiliminde olan İsveç, Türkiye' nin de gerisine düşerek bin kişi başına düşen hasta yatağında 1993-2018 yılları arasında toplam 63.48 azalma yaşayarak en düşük orana sahip olan ülke olmuştur. (Tablo 6.4)

McKee İsveç'te yaşanan yatak sayısındaki azalmayı sağlık sisteminin bir bölümünü sosyal sektöre devretme kararına bağlamıştır. Belediyeler uzun süreli hasta bakımı için sorumluluk üstlenmiştir. Bu durum mevcut tesislerin yeniden tasarlanmasına olanak sağlamıştır. (61) Belediyelerin yaşlılar için evde veya özel merkezlerde bakım sağlama, fiziksel engellilere veya psikolojik bozuklukları olan bireylere hizmet sunma, okullarda sağlık hizmetleri ile hastaneden taburcu olmuş vatandaşlara destek ve hizmet verme yükümlülükleri bulunmaktadır. (62)

Türkiye' de ise hastane yatak sayısında yaşanan artış beraberinde yeterli personel ve ekipmanın sağlanıp sağlanamayacağı sorusunu akıllara getirmektedir. Litvak ve Bisonano artan hasta talebini karşılamak için yeni yataklar eklenerek hastane kapasitesinin arttırılabileceğini söylerken, yapılan araştırmaları da dikkate alarak yatak

kapasitesi arttırılan bölgelerde her zaman daha iyi sağlık sonuçlarıyla karşılaşılmadığını vurgulamıştır. (63) Buradan da anlaşılabileceği üzere hastanelerdeki yatak sayısını arttırmak tek başına bir anlam ifade etmeyebilir. Önemli olan hem mevcut yatakların kullanılabilir durumda olması hem de yeni eklenen kapasite için gereken personel ve ekipman desteği ile yatakların çalışabilir hale getirilmesidir. Durum böyleyken hastane kapasitelerini arttırmak yerine öncelikli olarak mevcut kaynakların kullanımını daha doğru ve etkin bir şekilde yönetmek, daha fazla uzmanlaşma sağlamak ve bakım kalitesinde iyileşmelere yönelmek hastanelerde verimliliği arttırma konusunda önemli adımlar atılmış olmasını sağlayacaktır.

TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması sonucunda ülkemizdeki sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının 2003-2016 yılları arasında artarken, 2017 yılından itibaren azalmaya başladığı görülmüştür. (40) Tablolar incelendiğinde 2003-2016 yılları arasında Türkiye'de artan hastane yatağı sayısının ve akut bakım yatağı doluluk oranının, azalan akut bakım hastanede kalış ortalamasının 2017 yılından itibaren de aynı şekilde artarak devam ettiği görülmüştür. (Tablo 6.3, 6.16, 6.15) İncelenen verilerden de yola çıkarak eğilim aynı yönde devam ederken azalma gösteren memnuniyet oranı ile yetersiz yatak sorunu ya da yüksek doluluk seviyeleri gibi nedenler arasında bir bağlantı kurulamamaktadır. Bu anlamda memnuniyetin azalmasında son yıllarda sunulan sağlık hizmetleri kalitesinin günümüz hastalarının beklentisini karşılayıp karşılayamamasının ne derece etkisi olduğunun incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Avustralya' da yapılan bir çalışma sonucunda, ek hastane yatağı oluşturmak için yatırım yapmadan önce hastanelerdeki klinik sürecin yeniden tasarlanmasının, hastane dışı bakım hizmetlerinin ve kronik hastalık yönetimi programlarının kapasitesinin arttırılmasının, öncelikli olarak düşünülmesi gereken etkili stratejiler olduğu sonucuna varılmıştır. (64) İngiltere'de yayınlanan bir makalede ise başarının tanımı; yatak sayılarını azaltmadan ya da arttırmadan önce gelecekteki olası talep artışlarını yönetmek olarak yapılmıştır. (29) Buradan da anlaşıldığı üzere ülkelerin yatak sayılarını değiştirmeye çalışmadan önce mevcut kaynakların iyileştirebilmesi ve gelecekte oluşabilecek yatak ihtiyacının önüne geçilebilmesi için ne tür çalışmalar yapılabileceği yönünde planlamalar yapması gerekmektedir. Eğer kamu hastane yataklarının sayısı mevcut kullanım oranlarına ve beklenen demografik değişikliklere

paralel olarak arttırılırsa, hastaneye yatışların artan ortalama maliyetiyle birlikte, sektörün tek başına olması gereken mevcut sağlık bütçesinin tamamını tüketmesiyle sonuçlanacaktır. (64)

Amerika' da hastane kapasitesinin arttırılması gerekip gerekmediğiyle ilgili yapılan bir çalışmada; öncelikle kapasite arttırılmalı görüşünün yaygın olduğu ancak hastanelerin değişen ihtiyaçlara cevap verebilmek adına var olan kapasitelerini yeniden yapılandırmanın, pahalı bir seçenek olan yeni hastane kapasitesi oluşturmaktan daha mantıklı bir strateji olduğu savunulmuştur. Kapasite yeterliliğiyle ilgili karar verilmeden önce daha geniş kapsamlı analizlerin yapılması gerektiğinin altı çizilmiştir. (65)

Amerika 2016 yılı itibariyle bin kişi başına düşen hastane yatağı sayısında 2.77 ile Türkiye' ye en yakın değere sahip olan ülkedir. Toplam nüfusu sürekli artış gösterirken toplam hastane yatak sayısı azalmıştır. (Tablo 6.20) Son 25 yılda ülke genelinde hastane yatak sayısında yaklaşık %23.1 azalma olmuştur. (Tablo 6.3) Bunun yanında 2009-2014 yılları arasında hastalara sağlık hizmeti veren ayakta tedavi merkezlerinin sayısı 5039'dan 5446'ya yükselmiş ve ayakta tedavi ziyaretlerinde 1995-2001 yılları arasında yaklaşık %30 artış yaşanmıştır. Ülkede daha fazla değer ve daha az hacim sağlama genel eğilimi, ülke çapındaki hastalara sunulan hastane yataklarının sayısını azaltmıştır. (52) (65) Sürekli azaltılan hastane yatak sayısına rağmen, bir yandan da hastane yatağı sayısının fazlalığı, sağlık bakım maliyetlerinin yüksek olmasına neden olduğu belirtilmektedir. (51) Hastane yatağı fazlası yüksek bakım maliyetleri doğururken, eksikliğinden kaynaklanan gecikmeler de acil tanı ve tedavi gerektiren hastalarda olumsuz sonuçlara neden olabilir. Bu nedenle optimum yatak sayısını belirlemek için yapılan çalışmalar oldukça önemlidir.

Hastane hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve yatak talebinin azaltılmasına yönelik olarak, hastaların hastaneden çıkışlarının hızlandırılmasına imkan verecek sistemlerin geliştirilmesi, kalite ve kullanım uygunluğunun incelenmesi gibi stratejilere yer verilmeye başlanmıştır. (3) Teknolojinin sağladığı imkanlardan da yararlanarak yapılan cerrahi müdahaleler değişmiş, geniş kesiler atılmadan yapılan kapalı ameliyatlar sayesinde hastaların iyileşme süreleri hızlanmış ve hastanede kalış süresi azalmıştır. Gelişen ilaç sanayisiyle ilaçlar cerrahi müdahale gerektiren

işlemlerin yerini alarak bazı hastalıkların tedavi şeklini değiştirmiştir. Bu değişiklikler beraberinde akut bakım yatağına olan ihtiyacı azaltmış ve belirlenen ülkeler de incelenen süreçte akut bakım yatağı sayısını düşürmüştür. Akut bakım yatağında en fazla azalma yaşanan ülke ise %49.4 ile İsveç olmuştur. (Tablo 6.5)

Tablo 3 incelendiğinde İngiltere' de toplam yatak sayısının 2000-2017 yılları arasında yaklaşık %30 oranında azaldığı görülmüştür. Bu azalma, artan İngiltere nüfusuyla birlikte (Tablo 6.20) 2017 yılı itibariyle bin kişi başına düşen hasta yatağı sayısını 4.08' den 2.54' e düşürmüştür. (Tablo 6.4) Yatak sayısı azaltılırken mevcut kapasitenin talebin sadece yarısını karşılamak için yeterli olduğu ve bu durumun hastaların bekleme sürelerinin artmasına neden olduğu belirtilmiştir. (29) Dikkat çeken bir diğer nokta da 2017 verilerine göre İngiltere akut bakım yatağı sayısının, toplam hastane yatağı sayısının %83.3 gibi büyük bir kısmını oluşturması ve bunun yanında nüfusuna göre diğer ülkelerden daha az akut bakım yatağına sahip olmasıdır. (Tablo 6.3, 6.5, 6.6)

7.3.Hastane Yataklarının Kullanımı

İngiltere'de akut yataklarda yaşanan azalma, bakım yataklarındaki artışla ilişkilendirilmiştir. Günübirlik cerrahide yaşanan artış da dahil olmak üzere tıbbi inovasyon, birçok hastanın hastanede geçirdiği zamanı azaltmıştır. (29) Akut hastanelerinde azalan ortalama kalış süresiyle hastane yataklarının azaltıldığı ve yatak sayısının özel bakım evlerindeki yatakların artmasıyla dengelendiği savunulmuştur. (61) Akut bakım hastanelerinde ortalama kalış süresindeki azalan eğilim son yıllarda yavaşlamıştır. (Tablo 6.15) Azalan akut bakım yatağı sayısı ise akut bakım yatağı doluluk oranını arttırmıştır. Tablo 6.16' da 2010 yılı itibariyle en yüksek akut bakım yatağı doluluk oranına sahip olan ülkenin İngiltere olduğu görülmektedir.

2016'da İngiltere'de sunulan sürdürülebilirlik ve dönüşüm planının ana teması akut ve toplum hastanelerinin rolünü değiştirmek ve hastane kullanımı azaltmak olmuştur. (29) Bu plana göre toplumdaki hizmetler yeniden tasarlanacak ve hastaneler yeniden yapılandırılacaktır. (66)

Ülkelerin sağlık hizmeti sunumunu farklı şekillerde yapması yatak sayısı baz alınarak yapılan kıyaslamayı zorlaştırmaktadır. Ancak tablolardaki veriler incelendiğinde son 25 yılda genel olarak hem toplam hastane yatak sayısının hem de

bin kişiye düşen hastane yatağı sayısının önemli ölçüde azaltıldığını, bunun yanında azalmanın değil artışın yaşandığı tek ülkenin ise Türkiye olduğunu görmekteyiz. Milyon kişiye düşen hastane sayısında olduğu gibi bin kişiye düşen hasta yatağı sayısında da birçok ülkenin gerisinde olan Türkiye yaşanan artışla birlikte İsveç, İngiltere ve ABD'nin önüne geçmiştir. (Tablo 6.4)

2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine bakıldığında ülkemizdeki yatan hasta sayısı 2014 yılı itibariyle sürekli azalan ya da sürekli artan bir grafik çizmemiştir. Örneğin 2016-2017 yılları arasında yatan hasta sayısı 256617 kişi artarken, 2017-2018 yılları arasında 57926 kişi azalmıştır. (40) Bu veriler doğrultusunda ülkemizde yatan hasta sayısının büyük oranda artışlar göstermediği hatta zaman zaman azaldığı göze çarpmaktadır. Durum böyleyken toplam hastane yatağı sayısının sürekli arttırılmasının ne derece ihtiyaca yönelik olduğu tartışma konusu olmuştur. Avrupa Birliği Raporu'nda ise asıl tartışmanın "nasıl daha fazla yatırım yapılacağından ziyade daha iyi nasıl yatırım yapılabilir" olduğu vurgulanmıştır. (60)

McKee' ye göre hastane yataklarına olan ihtiyacı azaltmanın yolu nüfusun sağlığını arttırmaktır. (61) Bunu sağlayabilmek adına sağlık sistemleri, herkes için erişilebilir durumda, değişen ortamlara ve gelecekteki zorluklara karşı dirençli olmalıdır. (60) Günümüzde toplum hizmetlerine daha fazla önem verilerek ve halk sağlığı alanında yapılan çalışmalar arttırılarak, bireyler hastalanmadan önlem almak ve sağlıksızlığı önlemeye çalışmak birinci amaç olmuştur. Bu doğrultuda birinci basamak sağlık hizmetlerine daha fazla sorumluluk yüklenmiş, evde bakım hizmetlerine erişim arttırılmış ve daha koordineli hastane dışı hizmet sunumu yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır. Böylelikle de geliştirilen birincil bakımın akut bakım ihtiyacını azaltması hedeflenmiştir.

Sağlık hizmetleri insanlar var oldukça ihtiyaç duyulan hizmetlerdendir. Sadece bugünkü nüfusun sağlığını iyileştirmeye çalışmak ve ihtiyaçlarına cevap vermek yeterli olmayacaktır. Gün geçtikçe hastalar da, hastalıklar da değişecektir. Bugün uygulanan tedavi yöntemlerinin şekli ve hızı yarın yeterli gelmeyecektir. Bu nedenle teknolojiye yapılan yatırım doğru bir şekilde planlanmalı ve geçen zaman en verimli şekilde kullanılmalıdır. Bu süreçte de sürekli araştırma ve öğrenmenin, öğrenilenlerin

ise yeni nesillere eksiksiz aktarmanın devamlılığın sağlanması için ne kadar önemli olduğunun farkında olunması gerekmektedir.

Örneğin ABD 2012 yılında, Ulusal Sağlık Enstitüleri' nde (NIH) translasyonel bilim sürecini dönüştürmek üzere hastalara yeni ve daha hızlı tedavilerin verilmesi için National Center Advancing Translational Sciences' ı (NCATS) kurmuştur. (67) Ülkemizde ise temel bilimsel araştırmaya dayalı, son teknoloji ürünü tıbbi cihazları üretmek ve geliştirmek amacıyla 2019 yılında Koç Üniversitesi Translasyonel Tıp Araştırmaları Merkezi (KUTTAM) kurulmuştur. İleri seviyede bilimsel araştırmalar yapan bu merkez, nitelikli insan gücü ve yenilikçi ürünlerin üretimi ile sağlık endüstrisinin gelişimine ve sürekliliğinin sağlanmasına hizmet edecektir. (68)

New York' ta 2014 yılında Albert Einstein Tıp Fakültesi Hastanesi Montefiore Sağlık Sistemi tarafından, yatan hasta yatağı bulunmayan 12 katlı ambulatuvar cerrahi merkezi açılmıştır. Bu yeni tesis; gelişen teknolojiyi de bünyesine katarak, hastanelerde geleneksel olarak gerçekleştirilen prosedürlerin ayaktan yapıldığı ve hastaneye yatmaya gerek kalmadan gerekli tedavilerin uygulandığı sağlık hizmetini sunmaktadır. (69) Cerrahi bakımdaki teknik gelişmeler, ayaktan cerrahi tesislerinde daha fazla tedaviye izin vermektedir. Ambulatuvar cerrahiyi arttırmak, daha az yatak ancak daha fazla ameliyathane ve anestezi gerektirmektedir. Kaliteli bakım için ilk adım uygun tesisleri sağlamaktır. Bu tesisler değişen koşullara uyum sağlamak için yeterince esnek olmalıdır. (70) Yataksız hastaneler henüz sağlık hizmetlerinde bir dayanak noktası olmamasına rağmen, eğilim ayaktan tedavi hizmetlerine doğru kaymaktadır. (52)

Hastanelerin verimliliği ve optimal büyüklüğü ile ilgili yapılan sistematik bir araştırmada, büyük hastanelerin genişletilmesi ve küçük hastanelerin yeniden yapılandırılması/kapatılması politikasının desteklendiği görülmüş ancak sonuçlar büyük hastanelerin genişletilmesinin üretkenlik açısından önemli verimlilik kazanımları vermeyebileceğini göstermiştir. Aynı araştırmada elde edilen sonuçlarda küçük hastanelerin daha verimli olma eğilimindeyken, büyük hastanelerin daha az etkin olma eğiliminde oldukları bulunmuştur. (71)

Bir ülkede ihtiyaç duyulan yatak sayısı, hastalık kalıpları ve alternatif bakım ortamlarının mevcudiyeti gibi birçok faktöre bağlıdır. (61) Bunun yanında hastane

kapasitesi, hastanenin bulunduğu konum ve hizmet sunduğu popülasyona bağlı olarak farklılıklar gösterebilmektedir. Hastanelerin, hizmet verdikleri nüfusun sağlık ihtiyaçlarına uygun hizmetler sağlamaları gerekir. (48) Bu nedenle asıl önemli olan toplam hastane yatak sayısı değil, hastane kapasitesinin hastanenin bulunduğu bölgedeki ihtiyaca yönelik bir şekilde belirlenip belirlenmediğidir. Örneğin aynı şehirde bulunan hastanelerin birinde yatak fazlasının bulunması, diğerinde ise yetersiz yatak sıkıntısı yaşanması hastane verimliliği açısından doğru planlama yapılmadığını göstermektedir. Böyle bir durumda yatak sıkıntısı yaşanan hastanede bekleme süreleri uzarken ve beraberinde hasta için çeşitli sağlık sorunları ortaya çıkarken, yatak fazlası bulunan hastanede kullanılmayan kapasite gerekenden fazla maliyetin oluşmasına neden olur.

Ne yazık ki, sağlık hizmeti kapasitesini planlamada basit bir yaklaşım yoktur. Yatak kapasitesi geleneksel olarak tercih edilen planlama birimi olmuştur. Finlandiya, İtalya, Yeni Zelanda, Kanada ve Almanya'daki çoğu bölge/eyalet planlamada yatak kapasitesini tercih ederken, İngiltere ve Fransa servis hacimlerini ve faaliyetlerini tercih ederek bu yaklaşımdan ayrılmışlardır. (57)

İngiliz Tabipler Birliği Raporu' nda hastanelerin %100 doluluk oranıyla çalışamayacağı, talepteki doğal değişkenleri karşılamak ve hastaların sistemde "akışını" sağlamak için bir miktar yedek kapasitenin bulunması gerektiği vurgulanmıştır. Yatak ihtiyacı sadece ortalama talep seviyesine göre planlandığında ve talep ortalamanın üstüne çıktığında yatak sıkıntısı yaşanacağından bahsedilmiş, aynı zamanda yüksek doluluk oranının hastane kaynaklı enfeksiyon oranını arttırdığına dair kanıtların olduğuna dikkat çekmiştir. (28)

Green ise kapasite planlamasını ve yönetimini doluluk seviyelerine değil, klinik ve hizmet performans standartlarına dayandırılması gerektiğini savunmuştur. Bu standartlar olmadan, doğru yatak sayısının ne olduğu konusunda gerçek bir tespit yapmanın mümkün olmadığını belirtmiştir. (51)

1991-1993 yılları arasında Kanada' da yapılan bir araştırma, Manitoba eyaletinde Minnipeg şehrindeki akut hastane yataklarının neredeyse %10' unun elendiği ve bu durumun sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz etkilemediği, ambulatuar cerrahi ve erken taburculuklarda artışa yol açtığı sonucuna varmıştır. (61) Görülüyor

ki tedavi yöntemlerindeki değişimlerle birlikte bazı cerrahi müdahalelerin hastaneye yatış gerektirmemesi gibi gelişmeler sonucunda bir yandan hastane yatak sayısında ciddi düşüşler yaşanırken, bir yandan da kısa sürede taburcu olma hızlanmış ve hastanede ortalama kalış süresinde azalma yaşanmıştır. (Tablo 6.19) Hastanede ortalama kalış süresi en uzun olan ülke 2002 yılı itibariyle Fransa olmuştur. Avrupa Birliği yayınladığı 2018 raporunda Fransa'nın ortalama kalış süresinin uzun olmasını rehabilitasyon ve psikiyatrik bakımın genel ve uzmanlaşmış hastanelerde sunulmasıyla ilişkili olduğunu belirtmiştir. (72) Bunun yanında ülkeler arasında oldukça farklılık gösteren hastanede kalış ortalamalarının tek ortak noktası incelenen süreçte hepsinin azalma eğiliminde olmasıdır.

Günümüzde sağlık hizmetleri büyük oranda hastane yatağı kullanılmadan ayaktan verilmektedir. Hastane yatağı ihtiyacını etkileyen birçok unsur göz önünde bulundurularak genel nüfus sağlığı ihtiyacını karşılayabilmek için "doğru" hastane yatağı sayısını belirleyebilmek oldukça önemlidir. Bu sayıyı belirlemek zor olduğu için bu alandaki araştırmaların çok detaylı incelenerek yapılması gerekmektedir.

7.4.Demografik Özellikler

İnsanlar, hastalıkların nedenlerini anlamadaki gelişmeler, teşhis tekniklerinde ve tedavilerinde ortaya çıkan iyileşmeler sayesinde daha uzun yaşarlar. (73) Bu durum ülkelerin nüfus yapısını önemli ölçüde etkilemektedir. Tablo 6.24'te de görüldüğü üzere uzayan yaşam süresi beraberinde yaşlı nüfus yüzdesini arttırmıştır. İncelenen ülkelerde yaşlı nüfus yüzdesinin sürekli olarak artış göstermesi ve yüzdelerin ülkeler arasında farklılık göstermesi dikkat çekmektedir. Japonya ve Almanya yaşlı nüfus yüzdesinde en yüksek değerlere sahipken, Türkiye diğer ülkelere göre oldukça düşük bir yüzdeye sahiptir.

Nüfusun demografik bileşimi, hangi sağlık hizmetlerinin gerekli olduğunu büyük ölçüde belirler. Neredeyse tüm Avrupa toplumlarında en önemli demografik trendlerden biri nüfus yaşlanmasıdır. 80 yaş üstü insanların oranının 2080 yılına kadar %12.7 artacağı tahmin edilmektedir. Kesin rakamlarda, sayıları iki katından fazla artacak ve 2080 yılına kadar 66.1 milyona ulaşacaktır. (56) Yaşlanan nüfus, sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın şeklini değiştirmekte ve hastane bakımı talebini arttırmaktadır. Tablo 6.24'e bakıldığında ABD'nin yaşlı nüfus yüzdesi 1993-2014

yılları arasında %1.8 artış göstermiştir. Yaşanan artışın, hastane yatağı talebinde 2027 yılına kadar %46 artışa yol açabileceği tahmin edilmektedir. (48) 1993 yılında birçok ülkeden daha düşük yaşlı nüfus yüzdesine sahip olan Japonya 2000 yılı itibariyle belirlenen ülkeler arasında en yüksek yaşlı nüfus yüzdesine ulaşmış ve sürekli artış göstermiştir. Yaşlı nüfus yüzdesi en dikkat çeken ülke ise Türkiye olmuştur. Yaşlı nüfus yüzdesinde kendisine en yakın yüzdeye sahip olan ABD'nin, 6.6 farkla gerisinde kalmıştır.

McKee yaşlanan popülasyonun akut hastane yataklarına olan ihtiyacı arttıracağının yaygın olarak kabul edildiğini ancak bu varsayımın doğru olmayabileceğini savunmuştur. (61) Her ne kadar yaşlanma birçok ülkede kullanımın artmasına yol açsa da, artış büyük oranda kronik hastalıkları olan, özellikle akut bakımın etkisiz kaldığı bilişsel gerileme, özellikle de hemşirelik bakımı için daha uygun olmak üzere, bilişsel düşüşe sahip olan insanlara atfedilebilmektedir. (61) Uzun süre hastanede kalan nispeten az sayıda yaşlı hasta, yatak günlerinin büyük bir kısmını kullanır. Örneğin, akut ve geriatrik uzmanlıklarında, yedi günden fazla hastanede kalan hastaların yüzde 9'u toplam yatak günlerinin yüzde 72'sinden fazlasını kullanır. (29) Bunun yanında yaşlı insanlar için gerekenden uzun süre hastanede kalmak daha kötü sağlık sorunlarına yol açabilir ve hastaneden ayrıldıktan sonra bakım ihtiyaçlarını arttırabilir. (28)

Artık yaşlıların uzun süreli bakımı büyük ölçüde akut hastanelerden uzaklaşmış olup bakım evlerinde veya kendi evlerinde yapılmaktadır. (29) Böylelikle evde bakımın geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, yataklı tedavi kurumlarına yapılan başvuru sayısının azalmasını ve bu sayede de bekleme süresinin kısalmasını sağlarken, aynı zamanda hastane yatağına olan ihtiyacın da artmasına engel olmaktadır.

Özellikle kronik sağlık sorunları olan ve eve bağımlı yaşamak durumunda olan yaşlı hastaların, hem yaşam kalitelerini arttırmak, hem de bakım maliyetlerini düşürmek amacıyla "akıllı ev" teknolojilerinin geliştirilmesi gündeme gelmiştir. (49) Bu hastalar uzak bölgedeki geniş kapsamlı, büyük kapasiteli hastaneyi tercih etmektense birincil bakım sağlayıcılarıyla uzun vadeli ilişki kurma beklentisine girmektedir. Onlar için sağlık hizmetine kolay erişmek ve hayatlarını kimseye bağımlı olmadan idame ettirebilmek, akıllı cihazların geliştirilmesiyle birlikte kolaylaşmıştır.

Yaşlılar için oluşturulan akıllı evler kapsamında ihtiyaca göre hareket sensörü, akıllı priz, akıllı kilit, akıllı el kumandası ve acil durum butonu gibi cihazlar kullanılmaktadır. (74) Akıllı cihazların yanı sıra yaşlı hasta için gereken tıbbi hizmetlerin de mümkün olduğu kadarının evlerde sunulması hastaların yaşam kalitesini arttırmaktadır.

Bu değişikliklerin, Avrupa genelinde gelecekteki sağlık hizmeti sistemlerinin tasarımı üzerinde güçlü bir etkisi olacaktır, çünkü muhtemelen profesyonel hizmetlere, sosyal bakıma ve sağlık hizmeti sunumuna duyulan ihtiyaçta önemli bir artışa neden olacaktır.(56) Sağlık hizmetlerinin uluslararasılaşması, sağlık turizminin yaygınlaşması, rekabeti ve küreselleşmeyi hızlandıracak, sağlık hizmetleri yönetiminin önemi artacaktır. (2)

7.5.Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları genellikle sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına yapılan harcamaları kapsamaktadır. Genel bütçeden sağlığa ayrılan payın artması, bireylerin yaşam süresini ve kalitesini olumlu etkilemektedir.(75) Yıllar geçtikçe artan gelirler, yeni teknolojiler ve yaşlanan nüfus, sağlık harcamalarındaki büyümenin temel itici güçleri olmuştur. (24)

Ülkelerin kalkınmasında ve gelişmişlik seviyelerinin artmasında sağlığın önemli bir gücü vardır. Bu doğrultuda Tablo 6.25'te de görüldüğü gibi gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler sağlık alanında yaptıkları harcamaları her geçen gün arttırmaktadırlar. Yaşanan artışa, ayakta-yatarak tedavi ve ilaç-tıbbi malzeme harcamaları başta olmak üzere yüksek teknolojili yatırımların ve harcamaların arttırılması gibi birçok faktör etki etmiştir. Şüphesiz kişi başına düşen sağlık harcamalarının miktarı kadar etkililiği de büyük önem arz etmektedir.

İncelenen ülkelerde 1993-2018 yılları arasında kişi başına düşen sağlık harcamasının önemli ölçüde artış gösterdiği oldukça açıktır. (Tablo 6.25) Bu veriler sağlığa verilen önemin her geçen gün daha da arttığının göstergesi niteliğindedir. Tablo 6.25'te bu alanda en çok harcama yapan ülkenin ABD olduğu görülmektedir. ABD verileri, ülkenin 25 yıllık süreç içerisinde belirlenen ülkeler arasında kişi başına düşen sağlık harcamasını her zaman en fazla yaptığını ve sürekli artış halinde olduğunu göstermektedir. ABD'yi sırasıyla Almanya, İsveç, Fransa, Japonya, İngiltere takip

ederken kişi başına düşen sağlık harcamasının en az yapıldığı ülke ise Türkiye'dir. Ancak belirlenen yıllar ve ülkeler arasında Türkiye önemli bir ilerleme göstererek ve sağlık harcamalarını yaklaşık 6 kat arttırarak en hızlı artışın yaşandığı ülke olmuştur. (Tablo 6.23)

Kişi başına düşen sağlık harcaması ile yaşam beklentisi arasında açık bir pozitif ilişki vardır. (24) Verimli bir artış için kişi başına düşen sağlık harcamaları arttıkça yaşam beklentisinin de artması beklenmektedir. Ancak ABD en yüksek sağlık harcamasına sahip olmasına rağmen sağlıklı yaşam yılı beklentisinde 78.6 ile OECD ülkeleri ortalamasının altında kalmıştır. Bunun yanında kişi başına düşen sağlık harcamasının en az ve yaşam beklentisinin 78.1 olduğu Türkiye ile de çok yakın değerlere sahip olması dikkat çekmektedir. (76) Bu noktada sağlık için yapılan harcamaların ve yatırımların ne derece verimli olduğu büyük önem taşımaktadır. Diğer ülkelere göre daha fazla sağlık harcaması yapan ülkelerin daha güçlü sağlık sistemlerine sahip olması, daha erişilebilir sağlık hizmeti sunması, daha kaliteli bakım sağlaması ve daha fazla sağlık profesyoneli bulundurması beklenmektedir.

Japonya OECD verilerine göre sağlıklı yaşam yılı beklentisinin en yüksek olduğu ülke olmasına rağmen kişi başına düşen sağlık harcamasının OECD ortalamasının altında olduğu görülmüştür. (76) (19)

İngiltere ise kişi başına düşen sağlık harcamasında incelenen süreçte hızlı bir artış yaşamasına rağmen belirlenen ülkeler arasında Türkiye'den sonra en az harcamayı yapan ülke olmuştur. OECD yayınladığı 2019 Birleşik Krallık profilinde İngiltere'de sağlık için ayrılan bütçenin artan talebe ayak uyduramadığını belirtmiştir. (77)

7.SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastanelerin geleceğine ilişkin sınırlı fakat gelişmekte olan literatür, muhtemelen kamu hastaneleri, ayakta tedavi merkezleri, birinci basamak sağlık merkezleri ve evde bakım hizmetleri tarafından desteklenen ve büyük insan kitlelerine hizmet verecek daha az sayıda, fakat ileri teknoloji kullanan hastanelerin ortaya çıkacağını öngörmektedir. Ayrıca hastane hizmetlerinden çok temel sağlık hizmetlerinin önem kazanacağı, hastane yönetim yapısının gelecekte daha desantralize yapıya kavuşacağı ve kamu ve özel hastane sektörünün yönetim anlayışlarının daha da benzeşeceği tahmin edilmektedir. (3)

Hastaneler hem yapısal hem de kültürel açıdan değişime karşı oldukça dirençlidir. Ancak 21. yüzyıldaki değişim hızının hiç olmadığı kadar hızlı olması beklenmektedir. Hastaneler için kilit zorluk yüksek derecede esneklik sağlayarak değişen ihtiyaç ve beklentilere hızla uyum sağlayabilmek olacaktır. (48) Tasarım ve inşa aşaması uzun süren hastane binalarının sadece günümüz şartları düşünülerek değil uzun vadede de değişim gösterecek koşullara uyum sağlayabilecek şekilde planlanması gün geçtikçe daha çok önem kazanmaktadır.

Tablo ve şekiller incelendiğinde genel olarak ülkelerin toplam hastane ve milyon kişi başına düşen hastane sayılarında, toplam hastane yatak ve bin kişiye düşen hastane yatak sayılarında, toplam akut bakım yatağı ve bin kişiye düşen akut bakım yatağı sayılarında, akut bakım hastanede kalış günü ortalamasında, hastanede ortalama kalış sürelerinde azalma eğilimi olduğu gözlemlenmiştir. Bu eğilim, ülkelerin teknolojik, demografik ve epidemiyolojik anlamda yaşanan değişime uyum sağlamaya çalıştıklarını aynı zamanda hasta ihtiyaç ve beklentilerine yönelik hareket etmeyi önemsediklerini kanıtlar niteliktedir.

Bakımın sağlanabileceği ortam çeşitliliğinin artması hastanelerin hizmet sunumunda değişikliğe yol açacak, artan ambulatuvar cerrahi yatak ihtiyacını azaltırken ameliyathane ihtiyacını arttıracak, minyatürleşen medikal cihazlar da hastane içinde ihtiyaç duyulan alanların küçültülmesini sağlayacaktır. Hastalıklar ve tedavi yöntemleri çeşitlenecek bu nedenle daha fazla uzmana ve araştırma merkezine ihtiyaç duyulacaktır. Sosyal bakım programlarında yapılan iyileştirmeler ve bu

bakımın uzman kişilerle koordineli bir şekilde uygulanması aynı zamanda da yaygınlaştırılmasıyla ise hastane bakımı ve maliyetler azaltılacaktır.

Verimliliğin ve ulaşılabilirliğin ön planda tutulduğu sağlık hizmetlerinde, ihtiyaç duyulan yatak sayısı zamanla değişmektedir. Yapılan araştırma sonucunda optimum yatak sayısının kesin olarak belirlenemediği ve hastane kapasitesinin planlamasında tek bir yol izlenmediği görülmektedir. Ancak yaşanan gelişmelerin devam etmesiyle ve teknolojinin sağlık hizmetlerinde kullanımının artmasıyla hastaneye yatış gerektiren çeşitli işlemlerin ve hastane yatağına olan ihtiyacın azalacağı, bununla birlikte büyük kapasiteli hastanelerin yerini hastane binası dışında hastane hizmeti sunan sağlık merkezlerinin alacağı tahmin edilmektedir. Bu doğrultuda geleceğin hastaneleri için atılan bütün adımlar, yaşanan değişim dikkate alınarak ve hazırlanan planlar sürekli gözden geçirilip revize edilerek atılmalıdır.

Öneriler

- Hastane merkezli bakım anlayışından yavaş yavaş uzaklaşılmalı, daha entegre ve etkili evde bakım hizmeti sunulmalıdır.
- Hastayı hastaneye çağırmak yerine aile sağlığı merkezleriyle, evde bakım hizmetleriyle, mobil sağlık birimleriyle hastane toplum ortamlarına taşınmalıdır.
- Büyük ve kompleks yapıdaki hastanelerin yerine yüksek teknolojili ambulatuvar merkezlerinin ve ayakta tedavi kliniklerinin sayıları arttırılmalıdır.
- Hastane ve hastane yatağı gibi sağlık bakım kaynakları demografik artışa paralel olarak arttırılmamalıdır.
- Yeni yatak kapasiteleri oluşturmadan önce mevcut yatak kapasitelerinin etkin ve verimli kullanımı sağlanmalıdır.
- Yoğun bakım sağlamak için gereken donanıma sahip hastaneler kolay ulaşılabilir yerlerde ve ihtiyaca cevap verebilecek sayıda olmalıdır.
- Sağlık alanında dijitalleşme yaygınlaştırılmalı ve birinci basamakta da etkin bir şekilde kullanılmalıdır.

- Sağlık alanında yaşanabilecek her türlü ilerlemenin önünü açabilmek için daha fazla uzmanlaşma sağlanmalı ve Araştırma Merkezlerinin sayısı arttırılmalıdır.
- Sağlık harcamalarındaki koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayrılan pay arttırılarak ekonomik yükü daha fazla olan yataklı tedaviye duyulan ihtiyaç azaltılmalıdır.
- Bugünün ihtiyaçlarından kopmadan geleceğe yönelik yatırımlar yapılmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. WHO. https://www.who.int/topics/health_services/en/ Erişim Tarihi: 23 Nisan 2020.

2. Hayran O. Sağlık Sisteminin Önemli Bir Parçası:Hastaneler. Sağlık Yönetimi Yazıları. Ankara: Sage Yayıncılık. s.111-112. 2012.

3. Top M, Şahin B. Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan Son Yirmi Yıllık Süreç. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. Cilt 7. Ankara. s.85-105. 2004.

4. Sungur Erenoğlu A, Aytuğ A. Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar Ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi. Yıldız Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi E-Dergisi. http://www.journalagent.com/megaron/pdfs/MEGARON-97659-ARTICLE-SUNGUR_ERGENOGLU.pdf İstanbul. Cilt 2. s.44-63. 2007.

5. Altay A. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi. Ankara. ISSN: 1300-1981.Sayı 64. 2007.

6. Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitapevi. ISBN: 975-7351-51-2. 2012.

7. Baran Çeçem K, Üstü Y, Uğurlu M. Fransa'da Aile Hekimliği Uygulaması Ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi. Ankara Medical Journal. Ankara. Cilt 15. Sayı 3. s.153-160. e-ISSN: 2148-4570. 2015.

8. Ateş M. Sağlık Sistemleri. İstanbul: Beta Basım. ISBN: 978-605-377-891-2. 2013.

9. Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. 2012.

10. Hayran O. Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Sistemleri. Sağlık Yönetimi Yazıları. Ankara: Sage Yayıncılık. s.35-48. 2012.

11. Tengilimoğlu D, Akbolat M, Işık O. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Yayıncılık. ISBN: 978-605-133-184-3. 2015.

12. Ertürk Atabey S. Sağlık Sistemleri Ve Sağlık Politikası. Ankara: Gazi Kitabevi. ISBN: 978-605-344-000-0. 2012.

13. Çoban H. Roma Dönemi Hastaneleri, Asklepionlar Ve Sarıkaya Roma Hamamı. Yozgat: Bozok Üniversite Yayınları. ISBN: 978-605-60996-2-5. Cilt 1. 2016.

14. Tokaç M, Topçu İ. Hastanelerin Tarihçesi. İçinde: Palteki T, Sur H. Editörler. Hastane Yönetimi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. ISBN: 9789754209501. 2013.

15. Topdemir HG. İslam Dünyasında Tıp. Bilim ve Teknik Dergisi. Ankara: TÜBİTAK. ISSN: 977-1300-3380. Sayı 537. s.90-93. 2012.

16. Bayat AH. Tıp Tarihi. Merkez Efendi Geleneksel Tıp Derneği. İstanbul. ISBN: 978-975-00024-4-1. s.155-156. 2016.

17. Aslan S, Erdem R. Hastanelerin Tarihsel Gelişimi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. Isparta. ISSN: 1305-7774. Cilt 2. Sayı 27. s.7-21. 2017.

18. Kavuncubaşı Ş. Hastane Organizasyonu. İçinde: Palteki T, Sur H. Editörler. Hastane Yönetimi. İstanbul: Nobel Kitabevleri. ISBN: 9789754209501. 2013.

19. OECD. https://stats.oecd.org/ Erişim Tarihi: 28 Ağustos 2019.

20. TÜİK. www.tuik.gov.tr. ErişimTarihi: 11 Haziran 2020.

21. OECD. OECD Health Statistics 2019 Definitions, Sources and Methods General Hospitals. file:///C:/Users/Tosh/Downloads/HEALTH_REAC_14_5_General%20hospitals.pdf Erişim Tarihi: 24 Nisan 2020. June 2019.

22. OECD. State of Health in the EU Sweden Country Health Profile 2019. Paris. ISBN: 9789264564022. 28 November 2019.

23. WHO. https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/ Erişim Tarihi: 20 Nisan 2020.

24. OECD. Health ata Glance 2019 OECD INDICATORS. Paris. ISBN: 978-92-64-80766-2. 07 November 2019.

25. OECD. OECD Health Statistics 2019 Definitions, Sources and Methods Long-term care beds in hospitals. file:///C:/Users/Tosh/Downloads/HEALTH_REAC_15_4_Long-term%20care%20beds%20in%20hospitals.pdf Erişim Tarihi: 24 Nisan 2020. June 2019.

26. Eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database Erişim Tarihi: 28 Ağustos 2019.

27. NHS England. https://www.england.nhs.uk/statistics/ Erişim Tarihi: 28 Ağustos 2019.

28. British Medical Association. State of the Health System Beds in the NHS: UK. London. British Medical Association. 2017.

29. Ewbank L, Thompson J, McKenna H, Anandaciva S. NHS Hospital bed numbers: Past, Present, Future. The King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-hospital-bed-numbers Erişim Tarihi: 5 Mayıs 2020. Son Güncellenme Tarihi: 26 March 2020.

30. WHO. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hlthres_28-beds-in-publicly-owned-hospitals-total/ Erişim Tarihi: 24 Nisan 2020. Son Güncellenme Tarihi: 20 September 2016.

31. OECD. OECD Health Statistics 2019 Definitions, Sources and Methods Beds in publicly owned hospitals. file:///C:/Users/Tosh/Downloads/HEALTH_REAC_15_7_Beds%20in%20publicly-owned%20hospitals.pdf Erişim Tarihi: 24 Nisan 2020. June 2019.

32. Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/ Erişim Tarihi: 28 Ağustos 2019.

33. Ministry of Health, Labour and Welfare. https://www.mhlw.go.jp/english/database/index.html Erişim Tarihi: 28 Ağustos 2019.

34. OECD. OECD Health Statistics 2019 Definitions, Sources and Methods Beds in not-for-profit privately owned hospitals. file:///C:/Users/Tosh/Downloads/HEALTH_REAC_15_8_Beds%20in%20not-for-profit%20privately%20owned%20hospitals.pdf Erişim Tarihi: 25 Nisan 2020. June 2019.

35. WHO. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hlthres_22-beds-in-not-for-profit-privately-owned-hospitals-total/ Erişim Tarihi: 25 Nisan 2020. Son Güncellenme Tarihi: 20 September 2016.

36. OECD. OECD Health Statistics 2019 Definitions, Sources and Methods Beds in for-profit Privately Owned Hospitals. file:///C:/Users/Tosh/Downloads/HEALTH_REAC_15_9_Beds%20in%20for-profit%20privately%20owned%20hospitals.pdf Erişim Tarihi: 25 Nisan 2020. June 2019.

37. WHO. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hlthres_20-beds-in-for-profit-privately-owned-hospitals-total/ Erişim Tarihi: 25 Nisan 2020. Son Güncellenme Tarihi: 20 September 2016.

38. Deloitte. Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi Ve Türkiye İçin Öneriler Raporu. Deloitte Touche Tohmatsu Limited. Haziran 2015.

39. OECD, WHO. Health at a Glance:Asia/Pacific 2018. Paris. OECD,WHO. ISBN: 978-92-64-30624-0. 3 December 2018.

40. T.C. Sağlık Bakanlığı. https://www.saglik.gov.tr/. Erişim Tarihi: 17 Mart 2020. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0.

41. CDC. https://www.cdc.gov/nchs/index.htm Erişim Tarihi: 28 Ağustos 2019.

42. OECD. https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm Erişim Tarihi: 20 Nisan 2020.

43. OECD. https://data.oecd.org/pop/young-population.htm#indicator-chart Erişim Tarihi: 5 Mayıs 2020.

44. Japan Health Policy NOW. http://japanhpn.org/en/section-4-2/ Health and Global Policy Institute. Erişim Tarihi: 25 Kasım 2019. 2019.

45. The NHS Long Term Plan. England. January 2019.

46. Health, United States, 2017: With Special Feature on Mortality. file:///C:/Users/Tosh/Downloads/t1-ch4.t89.pdf National Center for Health Statistics. Erişim Tarihi: 21 Ocak 2020. 2017.

47. McKee M, Healy J. The Role of the Hospital in a Changing Environment. Bulletin of the World Health Organization. Volume 78. Number 6. 2000.

48. Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M. Hospitals Within a Changing Context. In: Edwards N, Dowdeswell B, McKee M, Wright S, Editorts. Investing In Hospitals Of The Future. European Observatory on Health Systems and Policies. 2009.

49. Hayran O. Teletıp Ve Hasta Güvenliği. Sağlık Yönetimi Yazıları. Ankara: Sage Yayıncılık. s.175-184. 2012.

50. Mercy Virtual. https://www.mercyvirtual.net/ Erişim Tarihi: 23 Mart

51. Green LV. How Many Hospital Beds? SAGE Journals. New York. Volume 39. Number 4. 2002.

52. Gale L. The Case of the Disappearing Hospital Beds. https://www.healthcaredive.com/news/the-case-of-the-disappearing-hospital-beds/427211/ Erişim Tarihi: 25 Şubat 2019. 2016.

53. Castle Clarke S. What Will New Technology Mean for the NHS and its Patients? The King's Fund. ISBN: 978-1-910953-54-9. 2018.

54. Hayran O. Sağlık Hizmetlerinde Gelişmeler, Yönetim Anlayışında Değişmeler. Sağlık Yönetimi Yazıları. SAGE Yayıncılık. Ankara. s.161-172. 2012.

55. Tekin M, Akolaş DA. Hizmet İşletmelerinde Bilişim Teknolojisinin Stratejik Kullanımına İlişkin Bir Hastane Uygulaması. s.521-526. İçinde: V.Ulusal

Üretim Araştırmaları Sempozyumu. İstanbul Ticaret Üniversitesi. İstanbul. 25-27 Kasım 2005.

56. European Hospital and Healthcare Federation. Hospital Capacity And Delivery Of Care. p.11-21. In: Hospitals In Europe Healthcare Data. Brüksel. Hope Publications. 2018.

57. Degeling P, Erskine J. New Models of Long-Term Care and Implications for Service Redesign. p.27-44. In: Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M, Rechel B, Editors. Investing In Hospitals In The Future. European Observatory On Health Systems And Policies. 2009.

58. Blunt I. Focus On Preventable Admissions. The Health Foundation, nuffieldtrust. ISBN: 978-1-905030-70-5. October 2013.

59. T.C Sağlık Bakanlığı. 2019-2023 Stratejik Planı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. ISBN: 978-975-590-735-2. 2019.

60. European Commission. State Of Health In The EU Companion Report 2017. Luxembourg. European Union. ISBN: 978-92-79-73492-2. 2017.

61. McKee M. Reducing Hospital Beds What are the Lessons to be Learned? European Observatory on Health Systems and Policies. 2004.

62. Karagöz J. https://julidekaragoz.wordpress.com/2016/02/03/isikin-yukselecegi-ulke-isvecin-saglik-sistemi/ Erişim Tarihi: 14 Kasım 2019. 3 Şubat 2016.

63. Litvak E, Bisognano M. More Patients, Less Payment: Increasing Hospital Efficiency In The Aftermath Of Health Reform. Health Affairs Journal. Project Hope. Volume 30. Number 1. 2011.

64. Scott IA. Public Hospital Bed Crisis: Too Few or Too Misused? Australian Health Review. Volume 34. Number 3. p.317-324. 2010.

65. Bazzoli GJ, Brewster LR, Liu G, Kuo S. Does U.S Hospital Capacity Need To Be Expanded? Health Affairs Journal. Project Hope. Volume 22. Number 6. p.40-54. 2003.

66. Ham C, Alderwick H, Dunn P, McKenna H. Delivering Sustainability and Transformation Plans. The King's Fund. ISBN: 978-1-909029-71-2. February 2017.

67. National Center for Advancing Translational Sciences. https://ncats.nih.gov/about/center Erişim Tarihi: 20 Ocak 2020.

68. KUTTAM. https://kuttam.ku.edu.tr/ Erişim Tarihi: 21 Ocak 2020.

69.Montefiore.https://www.montefiore.org/body.cfm?id=1738&action=detail&ref=1200 Erişim Tarihi: 1 Ocak 2020. 10 November 2014.

70. McKee M. Healy J. Future Hospital. p.281-284. In: McKee M. Healy J, Editors. Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. 2002.

71. Giancotti M, Guglielmo A, Mauro M. Efficiency And Optimal Size Of Hospitals: Result Of a Systematic Search. Plos One. Volume 12. Number 3. 2017.

72. European Commission. Health at a Glance: Europe 2018. OECD, European Union. Paris. ISBN: 978-92-64-30335-5. November 2018.

73. White Paper. https://www.cgi.com/sites/default/files/white-papers/cgi-health-challenges-white-paper.pdf Erişim Tarihi: 23 Kasım 2019. 2014.

74. Akıllı Yuva. https://www.akilliyuva.com/2017/03/15/akilli-ev-sistemleri-yasli-bakimi/ Erişim Tarihi: 12 Mart 2020. 15 Mart 2017.

75. Sayılı U, Aksu Sayman Ö, Vehid S, Köksal SS, Erginöz E. Türkiye ve OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. Sakarya. Cilt 2. Sayı 3. s.1-12. 2017.

76. OECD. https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm Erişim Tarihi: 29 Nisan 2020.

77. OECD. United Kingdom: Country Health Profile 2019. OECD, European Commission. 28 November 2019.

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Rümeysa	**Soyadı**	Aydın
Doğum Yeri	Rize	**Doğum Tarihi**	12.04.1994
Uyruğu	T.C.	**TC Kimlik No**	
E-mail	rumeysaaydin52@gmail.com	**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Lisans	İstanbul Üniversitesi	2013-2017
Lise	Sarıyer Yaşar Dedeman Lisesi	2008-2012

İş Deneyimi

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Stajyer	Liv Hospital Ulus	2017 (3 ay)

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***
İngilizce	Orta	Zayıf	Orta

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	75,18	76,66	76,93

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
MS Office	İyi