OCAK-2025

# KENT GÜNDEMİ ARAŞTIRMALARI

İstanbul Planlama Ajansı

## Sağlıkta Dönüşüm ve Özelleştirmeler:
İstanbul'daki Sağlık Hizmetleri Üzerine Bir Değerlendirme



**Yayın Yönetimi ve İdari Koordinasyon**
İstanbul Planlama Ajansı

**İçerik Sorumluları**
Özge Tekçe Demirkol

**Hazırlayan**
Anıl Gencelli, Özge Tekçe Demirkol, Seren Özkaya

**Katkı Sunanlar**
Prof. Dr. Kayıhan Pala, Prof. Dr. Sibel Sakarya, Doç. Dr. Osman Elbek, Dr. Buğra Gökce

**Redaksiyon**
Ali Servet Etkin

**Tasarım Konsepti ve Yayın Kimliği**
Kader Şahin

**Kapak Fotoğrafı**
Google Earth, Bursa Şehir Hastanesi

**Ocak 2025**

**ISBN: 978-625-6762-65-7**
**İstanbul Büyükşehir Belediye iştiraki Kültür A.Ş. yayınıdır.**

# İÇİNDEKİLER

YÖNETİCİ ÖZETİ 1
GİRİŞ 3
SAĞLIK HAKKI VE SAĞLIK HİZMETLERİ 5
- Sağlık Hakkı Kavramı ve Uluslararası Boyutu 5
- Türkiye'de Sağlık Hakkı ve Anayasal Temellerinin Tarihsel Gelişimi 7
- Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Düzenlenmesinin Tarihsel Gelişimi 9

KORUYUCU SAĞLIK VE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ 12
- Sağlığı Geliştirme 12
- Koruyucu Sağlık Hizmetleri 13

SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRMELER 20
- Şehir Hastaneleri Üzerine Bir Tartışma 22

TÜRKİYE VE İSTANBUL'DAKİ SAĞLIK HİZMETLERİ VERİLERİ 31
- Sağlık Bakanlığı Bütçesinde Koruyucu Sağlık Hizmetleri 32
- Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme ve Mevcut Durum 36
- Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı ve Sağlık Hizmetlerinin Ticarileşmesi 46

SONUÇ 52

# YÖNETİCİ ÖZETİ

Sağlık hakkı, temel bir insan hakkı olarak, bireylerin yaşam kalitesini arttırmanın ve toplumsal refahı sağlamanın vazgeçilmez bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, bu hakkı, *"Irk, din, siyasi inanç, ekonomik ya da sosyal durum fark etmeksizin herkesin ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkı"* olarak tanımlamaktadır. Sağlık hakkının adil bir şekilde ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylıkla sağlanması devletlerin önemli görevlerinden biri olmaktadır. Sağlık hakkını hayata geçirme sorumluluğu, devletler için sadece sağlık hizmetlerinin sunumu ile sınırlı kalmamakta, aynı zamanda bu hizmetlere eşit ve adil erişimin sağlanmasını da kapsamaktadır.

Sağlık hakkının uluslararası boyutu, küresel standartların ve politikaların ülkelerin sağlık sistemleri üzerindeki etkilerini açıkça ortaya koymaktadır. Türkiye'de bu hak doğrultusunda Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerinin düzenlenmesine yönelik yapılan reformlar, hem bireylerin sağlığını koruma hem de sağlığı geliştirme hedefleri doğrultusunda şekillenmektedir.

*"Sağlıkta Dönüşüm ve Özelleştirmeler: İstanbul'daki Sağlık Hizmetleri Üzerine Bir Değerlendirme"* başlıklı araştırmada Türkiye ve İstanbul kenti özelindeki veriler ışığında toplumun her kesimini etkileyen sağlık hakkının mevcut durumu sektörel bazda incelenmekte, sağlıktaki özelleştirme eğiliminin yıllar içinde geldiği durum ve toplumsal etkileri kapsamlı bir şekilde analiz edilmektedir.

Araştırmanın ilk bölümünde sağlık hakkı ve sağlık hizmetleri tanımlanmakta, sağlık kavramı uluslararası boyutu ile verilmektedir. Türkiye'de sağlık hakkının anayasal temelleri ve bu hakkın tarih içinde geçirdiği süreç incelenmektedir. Araştırmanın ikinci bölümünde koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi konusu Türkiye perspektifinden incelenmektedir. Çalışmanın üçüncü bölümünde 1980'lerden sonra Türkiye'de sağlık sisteminde önemli bir etki haline gelen özelleştirme olgusu işlenmekte bu bağlamda şehir hastaneleri ve bu hastanelerde yaşanan sorunlar okuyucuya aktarılmaktadır. Araştırmanın son bölümünde Türkiye ve İstanbul'daki sağlık verileri ile sağlık hizmetleri analiz edilmektedir. Bu bölümde ilk olarak Sağlık Bakanlığı bütçesinde koruyucu sağlık hizmetlerine değinilmiştir. Bölümün ilerleyen kısımlarında sağlık hizmetlerinde özelleştirmeler ve mevcut durum analiz edilmiştir. Son olarak da kamu hastanelerinde dışarıdan alınan hizmetler incelenerek sağlık hizmetlerinin temel bir tablosu çizilmektedir.

Araştırma sonucunda hem Türkiye hem de İstanbul özelinde bazı önemli bulgulara ulaşılmaktadır:

- Sağlık Bakanlığı bütçesinin çok büyük bir bölümü tedavi edici sağlık hizmetleri için ayrılmaktadır.

- Koruyucu sağlık için yapılan toplam harcama 2021 yılında %46'yken bu oran %25,24'e düşmüştür. 2021 yılındaki yüksek orandanın koruyucu sağlık harcamalarında COVİD- 19 Pandemisi sebebiyle ortaya çıkan ihtiyaçlar ve yapılan aşılama çalışmalarıyla ilişkilendirmek mümkündür.

- Şehir hastaneleri için harcanan miktarın aile hekimliği için harcanan miktardan daha fazla olması Sağlık Bakanlığı'nın ve merkezi hükümetin bütçe kullanımında esas hedefin halkın hastalanmasını önlemek olması gereken aile hekimliği sisteminden yana değil sermaye birikimi ve kar maksimizasyonu için kurulan şehir hastaneleri için harcamaya tercih edilmektedir.

- Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önem verilmemektedir.

- Kamu-özel işbirliği modeli ile yapılan sağlık tesislerine yönelik Sağlık Bakanlığı bütçesi, 2021 yılında %21,10 iken 2022 yılında %18,60 ve 2023 yılında %15,90 olmuştur. Her ne kadar bu oran son yıllarda azalmış olsa da, Sağlık Bakanlığı bütçesinin önemli bir kısmı hala şehir hastaneleri için ayrılmaktadır.

- Şehir hastanelerinin kent merkezlerinin dışında konumlanması ciddi bir erişim ve ulaşım sorununu da beraberinde getirmektedir.

- Sayıştay raporlarında, şehir hastanelerinin işletilmesiyle ilgili her yıl çeşitli sorunlara dikkat çekilmektedir. Bu sorunlar arasında usulsüzlükler, fazla ve gereksiz ödemeler, hatalı muhasebeleştirmeler ile ihale dokümanlarında ve projelerde belirtilenden daha fazla alanın ticari amaçlarla kullanılması öne çıkmaktadır.

- Sağlık hizmetleri özelleştirilmektedir. 1995 yılında tüm hastaneler arasında özel hastane sayısı sadece 141 iken bu sayı 2004'te 253, 2023'te 565 olmaktadır.

- 2013 yılında özel hastanelerdeki yatak sayısının tüm yatak sayıları içindeki oranı %36.6 iken, 2016 yılında %39,1 ile son yılların en yüksek oranına ulaşmış ardından 2020 yılında %33'e düştükten sonra **2023'te %35,8'e** ulaşmıştır.

- İstanbul'daki özel hastane sayısı İstanbul'daki devlet hastanesi sayısının üç katından fazladır.

- 2012'den 2023'e kadar olan süreçte, yenidoğan yoğun bakım yataklarının çoğunluğu özel hastanelerin bünyesinde bulunmaktadır. Özel hastanelerdeki yenidoğan yoğun bakım yatağı oranı %52'nin üzerindedir.

- Tıbbi cihazlar hakkında dikkat çeken önemli konulardan biri, MR, BT, ultrason ve mamografide hastanelerde 1 milyon kişi başına düşen cihaz sayısının en fazla olduğu kesişiminin İstanbul'daki özel hastanelerde olmasıdır. 2022 itibariyle İstanbul'da özel hastanelerde 1 milyon kişiye düşen mamografi cihazı sayısı yaklaşık 9 iken, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde bu sayı yaklaşık 3 olarak verilmektedir.

- Hemodiyaliz cihazlarında tüm kurumlarda 1 milyon kişiye düşen hemodiyaliz cihazı sayısı İstanbul'da özel sektörde 152,3 iken, Türkiye genelindeki özel sektörde 124'tür. İstanbul'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda bu sayı 25,1 iken, Türkiye'de 81,4'tür.

Sağlık sektöründe özelleştirme politikalarının artışı, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırmakta, eşitlik, verimlilik ve hizmet kalitesi konusunda tartışmaları beraberinde getirmektedir. Türkiye ve İstanbul'daki sağlık hizmetleri verileri, özellikle altyapı ve hizmet sunumundaki farklılıkların sağlık hakkına erişim üzerindeki etkilerini gözler önüne sermektedir. Bu bağlamda, sağlık hakkının temel bir insan hakkı olduğu gerçeğiyle, sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve erişilebilirliğinin eşitlik temelinde yeniden değerlendirilmesi büyük bir önem taşımaktadır.





# GİRİŞ

Sağlık fiziksel, bedensel, ekolojik, sosyal ve politik açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Sağlık yalnızca bireylerin bedensel ve ruhsal iyilik hali ile sınırlı kalmayıp, genel bir refah göstergesi olarak da değerlendirilmektedir. Sosyal ve ekonomik çevre, fiziksel çevre, kişinin bireysel özellikleri ve davranışları sağlığı belirleyen temel etkenler olmaktadır. Bu bağlamda gelir ve sosyal statü, eğitim seviyesi, güvenli su ve temiz hava, sağlıklı işyerleri, güvenli evler gibi fiziksel çevre koşulları, istihdam ve çalışma koşulları, sosyal destek ağları, kültür, gelenek, görenekler, toplumun inançları, genetik faktörler, dengeli beslenme, hareketli yaşam, sigara ve alkol kullanımı, stres, cinsiyet, sağlık hizmetlerine erişim sağlığı belirleyen önemli faktörler olmaktadır.[1]

İnsanların doğdukları, büyüdükleri, çalıştıkları, yaşadıkları, yaşlandıkları koşullar ve günlük yaşam koşullarını belirleyen sistemler olan sosyal belirleyiciler sağlığı fazlasıyla etkilemektedir. Ülke içinde ve ülkeler arasında sağlık konusunda yaşanan eşitsizlikler üzerinde sosyal belirleyiciler önemli bir etkiye sahiptir. Gelir ve sosyal koruma, eğitim, işsizlik ve iş güvencesizliği, çalışma hayatı koşulları, gıda güvensizliği, konut, temel olanaklar ve çevre, erken çocukluk gelişimi, sosyal içerme ve ayrımcılık, yapısal çatışma, uygun kalitede ve uygun fiyatlı sağlık hizmetlerine erişim sağlığın genel sosyal belirleyicileri olmaktadır. Ekonomik politikalar ve sistemler, kalkınma gündemleri, sosyal normlar, sosyal politikalar ve siyasi sistemler de sağlıkta önemli sosyal belirleyiciler olarak karşımıza çıkmaktadır. Çok sayıda yapılan çalışma, sosyal belirleyicilerin sağlık sonuçlarını etkilemede %30-%55 oranında önemli olduğunu belirtmektedir.[2]

Sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığını koruma, geliştirme ve tedavi süreçlerini içeren faaliyetlerdir. Hastalıkların teşhis ve tedavisinin sağlanması, sağlığını yitiren bireylerin tekrar sağlıklarına kavuşmasının sağlanması, sağlık sorunlarının önlenmesine yönelik altyapı ve hizmetlerin sunulması sağlık hizmetlerinin kapsamına girmektedir.

Sağlık ile sağlık hizmetleri kavramı fazlasıyla karıştırılmaktadır. Sağlığın çok yönlü iyilik hali olması, çoğu zaman sağlık hizmetleri kapsamında incelenmekte ve bu hizmetlere indirgenmektedir. Bu savın aksine Dünya Sağlık Örgütü son yıllarda sosyal bileşenlerle de sağlıklı olunabileceğini ve sağlıklı kalınabileceğini; gelir, barınma, toplumsal cinsiyet eşitliği, çalışma koşulları, çevre ve genetik gibi faktörlerin sağlıklı olma halinin temelini oluşturduğunu belirtmiştir.

Sağlık hakkı birey özelinde olmasının yanında, aynı zamanda sosyal bir olgu ve toplumsal bir öncelik olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hakkı, bireylerin temel hakları arasında yer almakta ve sosyal devlet anlayışının en önemli unsurlarından biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık, öncelikli olarak bireylerin sağlıklı kalmasını sağlamak ve hastalıkların tedavisinin yanı sıra toplumların da sağlığını korumak için proaktif önlemler almayı içermektedir. Bu bağlamda, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık sistemlerinin en temel ve etkili bileşenlerinden biri olmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetine gereken önem verildiği takdirde tedavi edici sağlık hizmetlerinde de önemli gelişmeler yaşanacağı bilinmektedir. Ancak Türkiye'de son yıllarda özellikle sağlıkta yaşanan dönüşüm ve özelleştirmeye yönelik adımlarla birlikte hem koruyucu sağlık hizmetleri hem de tedaviye yönelik hizmetler çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır.

---

[1] World Health Organization, Determinants of health. World Health Organization, Erişim Tarihi: 30.12.2024, Erişim Adresi: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health.
[2] World Health Organization, Social determinants of health., Erişim Tarihi: 30.12.2024, Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
[4] UNICEF, The United Nations Convention on the Rights of the Child, Erişim Adresi: https://www.unicef.org.uk/wp-content/uploads/2016/08/unicef-convention-rights-child-uncrc.pdf, Erişim Tarihi:01.09.2024.

Sağlıkta özelleştirme ile sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve yönetimi kamu sektöründen özel sektöre büyük ölçüde devredilmektedir. Son yıllarda, sağlık sisteminde özelleşme eğilimi etkin bir şekilde görülmektedir. Bu eğilim beraberinde hem yerel hem de küresel düzeyde bir dönüşüm sürecini getirmektedir. Söz konusu dönüşüm; sağlık sistemlerinin etkinliğini artırma, maliyetleri düşürme ve hizmet kalitesini iyileştirme hedefleriyle gerekçelendirilse de, beraberinde birçok olumsuzluğu da getirmektedir. Sağlıkta özelleştirme, sağlık hizmetlerine erişim eşitliği, tedavi maliyetlerinin artışı ve hizmet kalitesi üzerindeki etkileri bağlamında çeşitli sosyal, ekonomik ve etik sorunları gündeme getirmektedir. Özellikle düşük gelirli kesimler ve dezavantajlı gruplar üzerindeki olumsuz etkileri, özelleştirme politikalarının en çok eleştirilen yönlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına göre şekillenmesi, temel bir insan hakkı olan sağlık hakkını ortadan kaldırmakta, insan hakları ve kamu yararı çerçevesinde tartışmaya açmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm ve Özelleştirmeler: İstanbul'daki Sağlık Hizmetleri Üzerine Bir Değerlendirme başlıklı bu araştırmada Türkiye ve İstanbul kenti özelindeki veriler ışığında toplumun her kesimini etkileyen sağlık hakkının mevcut durumu sektörel bazda incelenerek, sağlıktaki özelleşme eğiliminin yıllar içinde geldiği durum ve toplumsal etkileri kapsamlı bir şekilde analiz edilecektir. Yıllar içerisinde sayısı artan özelleştirilen sağlık hizmetlerinin ve şehir hastanelerinin mevcut durumları, ekonomik ve sosyal yapı üzerindeki etkileri değerlendirilecektir. Sağlık hizmetlerinin kamu yararı gözetilerek sunulmasının önemine dikkat çeken çalışmada özelleştirme uygulamalarının sağlık sistemi üzerindeki etkileri ele alınacaktır.



KENT GÜNDEMİNE BAKIŞ / OCAK 2025

# SAĞLIK HAKKI VE SAĞLIK HİZMETLERİ

## Sağlık Hakkı Kavramı ve Uluslararası Boyutu

Sağlık hakkı, temel insan haklarından biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık hakkı, yaşam ile doğrudan ilişkili olmasının yanında taşıdığı önem dolayısıyla kişinin maddi ve manevi bütünlüğünü de kapsayan bir haktır.[3] Sağlık politikaları ise hastane, toplum ve sağlık hizmetlerinin sunulmasından çok daha geniş bir yelpazeyi tanımlamakta; hastaların yanı sıra sağlıklı nüfusla ve sağlığı etkileyen daha geniş sosyal ve fiziksel çevrelerle giderek daha fazla ilgilenmektedir. [4]

Sağlık hakkı sağlıklı bir yaşam sürmenin yanı sıra, sağlık hizmetlerine erişimi, sosyal, ekonomik, ekolojik ve politik koşulları da içermektedir. Tüm bu bileşenleri ile sağlık hakkı fiziksel, zihinsel ve sosyal refahı da kapsamaktadır. Bu kapsayıcılığı nedeniyle sağlık hakkı, pek çok uluslararası sözleşmede tanımlanmış ve koruma altına alınmıştır.

1946 yılında çıkarılan Dünya Sağlık Örgütü Anayasası sağlık hakkını tanıyan ve temel bir insani hak olarak kabul eden ilk uluslararası belgedir. Bu anayasanın giriş kısmında: *"Sağlık, sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir."* ifadesi ile sağlık kavramının geniş anlamda tanımı yapılmaktadır. *"Her insanın ırk, din, siyasi inanç, ekonomik veya sosyal durum ayrımı gözetmeksizin erişebileceği en yüksek sağlık standardına sahip olması temel haklarından biridir."* ifadesi ile sağlık hakkının **temel bir insani hak olduğu** belirtilmektedir.[5]

1948 yılında kabul edilen Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 25. Maddesinde yer alan "Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahını sağlayacak bir yaşam standardına hakkı vardır; bu hak yiyecek, giyecek, konut, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetleri kapsar." ifadesi ile sağlığın, yaşam standardı ile doğrudan bağlantılı olduğu ve herkesin bu hakka sahip olması gerektiği belirtilmiştir.[6] Birleşmiş Milletler Genel Kurulu ve taraf ülkelerce 1966 yılında imzalanan Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nde sağlık hakkı kapsamlı bir şekilde ele alınmış, bu sözleşmenin 12. maddesi ile herkese "mümkün olan en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma" hakkı tanınmıştır. Sözleşmeye taraf olan devletlerin söz konusu bu standardı sağlaması için önlem alma gerekliliği belirtilmiştir.[7]

1978 yılında yayımlanan Alma Ata Bildirgesi de sağlık hakkı konusunda önemli yapı taşlarından biri olmuştur. Bu bildirgede sağlığın, yalnızca hastalığın veya sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda tam bir fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali, temel bir insanlık hakkı olduğu belirtilmiştir. Mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşmanın, sağlık sektörünün yanı sıra diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörün de eylemini gerektiren, dünya çapında en önemli sosyal hedeflerden biri olduğu güçlü bir şekilde ortaya koyulmuştur. Bildirgede, insanların sağlık alanında yaşadıkları büyük eşitsizliğin kabul edilemez olduğu vurgulanmış; bu durumun, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ekonomik, siyasal ve sosyal gelişim açısından fazlasıyla

---

[3] Atabay, S. Ş. (2022). Sağlık Hakkı ve Unsurları. Türkiye Biyoetik Dergisi, 9(3), 105-113. Erişim Adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2985914

[4] Green, J. ve Thorogood, N. (1998). Analysing Health Policy: Sociological Approaches, USA: Addison Wesley Longman Limited.

[5] World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health Organization. https://www.who.int/about/governance/constitution

[6] United Nations(1948). Resolution Adopted by the General Assembly Erişim Adresi: https://documents.un.org/doc/resolution/gen/nr0/043/88/pdf/nr004388.pdf

[7] United Nations Human Rights Office. (1966). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Erişim Adresi:https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights

sorun teşkil ettiği belirtilmiş, sağlık konusundaki eşitsizliklerin tüm ülkeler için ortak bir kaygı konusu olduğu ifade edilmiştir.[8]

Bu sözleşmelerin dışında başta 1979 yılında Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi, 1989 yılında Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, 2006 yılında Engelli Kişilerin Haklarına Dair Sözleşme olmak üzere birçok uluslararası belgede sağlık hakkının korunması, sağlığa erişimde eşitsizliğin kaldırılması ve bu grupların ihtiyaç duyduğu farklı sağlık hizmetlerinin sağlanması konuları işlenmiştir. [9]

Bir ülkenin gelişmişliğini gösteren temel parametrelerden biri ülkede yaşayan bireylerin sağlık düzeyi olmaktadır. Ülkeler oluşturdukları sağlık sistemleri aracılığıyla **toplum sağlığını daha iyi seviyeye getirmek amacıyla sağlığı koruyucu, geliştirici, iyileştirici ve rehabilite edici uygulamalar** sunmaktadır. [10]

Sağlık hakkı temel bir insani hak olmasına rağmen bazı değişkenler sağlık hakkına erişimi zorlaştırmakta ve bu konuda eşitsizlikler ile karşı karşıya kalınmaktadır. Eğitim seviyesi, gelir dağılımı, iş güvenliği, cinsiyet eşitsizlikleri, çevresel faktörler sağlık hakkına erişimde eşitsizliğe neden olan önemli sosyal belirleyiciler olmaktadır.[11] Eşitsiz ekonomik sistemler, ırkçılık ve cinsiyet eşitsizliği gibi yapısal ayrımcılıklar, zayıf toplumsal altyapı sağlık hakkına erişimi sınırlamaktadır.[12]

Yaşam beklentisi ve yetişkin ölüm oranları, anne çocuk sağlığı, anne çocuk ölüm oranları gibi konularda ülkeden ülkeye eşitsizlikler artmaktadır. Düşük gelire sahip ülkelerde dezavantajlı kesimler sağlık problemleri ile daha sık karşılaşmakta ve daha korumasız kalmaktadır. Dezavantajlı nüfus alt grupları, örneğin daha düşük sosyoekonomik statüye ve eğitim düzeyine sahip olanlar ve ırk ayrımcılığından etkilenenler, daha kısa ve daha sağlıksız hayatlar yaşamaktadır.[13] Yüksek gelire sahip ülkelerde de gelir, işsizlik, eğitim düzeyi, maddi yoksunluk gibi sosyoekonomik değişkenler sağlık konusunda eşitsizliğe neden olan faktörler olarak öne çıkmaktadır.[14]

Daha etkin sağlık politikalarının oluşturulabilmesi için sağlığın sosyal belirleyicilerinin detaylı bir şekilde ele alınması gerekmektedir. Yoksulluk ve gelir eşitsizliği sağlığa erişimi zorlaştırmaktadır ve bu nedenle bu alanlarda sağlığa erişimi kolaylaştıracak ve erişimdeki eşitsizlikleri de giderecek sosyal politikaların oluşturulması ve uygulanması gerekmektedir.[15] Bireylerin ve toplumların dayanıklılığını geliştirmeye odaklanan politikalarla birlikte, sağlık hakkına erişimi kolaylaştıran kapsamlı uygulamalar sağlığın sürdürülebilirliğini desteklemektedir. Bu kapsamda sosyal koruma sistemlerinin güçlendirilmesi, eğitime erişimin artırılması, sürdürülebilir iş imkanlarının yaratılması, toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi konusunda daha fazla önlem alınması ve bu konularda yenilikler yapılması gerekmektedir.

[8] WHO (1978). ‚Declaration of Alma-Ata. ‚Erişim Adresi:https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2

[9] Birleşmiş Milletler. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol.Erişim Adresi: https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf, , OHCR (1989), Convention on the Rights of the Child. https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child

[10] Demir, L. (2021). Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörler [Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı]. Hacettepe Üniversitesi. Erişim Adresi: https://openaccess.hacettepe.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11655/25703/Leyla%20Demir%20YL%20Tez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[11] World Health Organization. (2013). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Erişim Adresi: https://iris.who.int/handle/10665/108636

[12] World Health Organization. (2023). The role of WHO in social determinants of health: Report by the Director-General (EB154/21). Erişim Adresi:https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_21-en.pdf

[13] World Health Organization. (2023). The role of WHO in social determinants of health: Report by the Director-General (EB154/21). Erişim Adresi:https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_21-en.pdf

[14] European Commission. (2013). Health inequalities in the EU: Final report of a consortium. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Erişim Adresi: https://health.ec.europa.eu/document/download/0ff103b0-d07c-47df-8b95-49a147ad6b01_en?filename=healthinequalitiesineu_2013_en.pdf

[15] Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. Bulletin of the World Health Organization, 91(8), 546–546A. Erişim Adresi: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3738317/pdf/BLT.13.125450.pdf.





## Türkiye'de Sağlık Hakkı ve Anayasal Temellerinin Tarihsel Gelişimi

3 Mayıs 1920 tarihinde merkezi sağlık yapılanması şekillenmiş, Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti kurulmuştur.[16] Bakanlık, 1929 yılında "Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti", 1945 yılında ilk olarak "Sıhhat ve İçtimai Muavenet Bakanlığı" adını almıştır. Aynı yıl içinde bakanlığın ismi tekrar değişikliğe uğramış ve "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı" adını almıştır. 1953 yılında "Sağlık ve Sosyal Yardım Vekaleti", 1960 askeri darbesinin ardından kısa bir süre için "Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti" olsa da aynı yıl yapılan mevzuat düzenlemesiyle, "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı" adını almıştır. Son olarak, 02.03.1989 tarihli 20096 sayılı Resmî Gazete ile bakanlığın ismi "Sağlık Bakanlığı" olarak düzenlenmiştir.[17]

Toplumun sağlık alanındaki gereksinimlerinin karşılanması için 1920- 1938 yılları arasında sağlıkla ilgili toplam 51 kanun, 18 kararname, 21 yönetmelik çıkarılmıştır. Bu yasalardan 1928 yılında çıkarılan 1219 Sayılı Tabâbet ve Şuâbatı San'atlarının Tarzı İcrâsına Dair Kanun, 1262 Sayılı İspenciyâri ve Tıbbî Müstahzarlar Kanunu, 1930 yılında çıkarılan 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu hâlâ geçerliliğini korumaktadır.[18]

Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü, 1928 yılında Cumhuriyet döneminin ilk sağlık Bakanı olan Refik Saydam tarafından 1267 sayılı yasa ile Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletine (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına) bağlı olarak *"Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi"* adı ile Ankara'da kurulmuştur. Enstitü, sağlam insanın hasta olmaması ve korunması için gereken tedbirleri alan, koruyucu sağlık hizmeti veren bir kurum olarak tanımlanmıştır.[19] Genel anlamda halk sağlığıyla ilgili her türlü konu, Hıfzıssıhha Enstitüsü'nün ilgi alanına girmiştir. Enstitü'de yıllar boyunca aşı üretimine yönelik çalışmalar yapılmış, farklı aşılar geliştirilmiştir. 1931 yılında, ağız yoluyla uygulanan BCG Aşısının bulunması; 1932 yılında, serum üretiminin ülke ihtiyacını karşılayacak düzeye gelmesi ve dışarıdan serum ithalinin durdurulması, 1933 yılında, Simple Metodu ile kuduz aşısı üretimi çalışmalarına başlanılması; 1934 yılında çiçek aşısı üretiminin ülkedeki ihtiyacı karşılayacak düzeye getirilmesi; 1935 yılında, Farmakoloji Şubesi kurularak yerli ve yabancı ilaçlar ile diğer hayati maddelerin kontrolüne geçilmesi; 1936 yılında, Hıfzıssıhha Mektebinin açılması, 1937 yılında, kuduz serumu üretilmeye başlanılması gibi çalışmalar Cumhuriyet Dönemi'nde sağlıkta önemli adımlar atıldığını göstermektedir. Enstitü'nün adı 4 Aralık 1983 gün 18251 sayılı Resmi Gazete'nin mükerrer sayısında yayınlanan 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile *"Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı"* olarak değiştirilmiş ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluş haline getirilmiştir. Kurumun yetki ve sorumlulukları gelişen ihtiyaçlar karşısında yıllar içinde değiştirilmiştir. Bu gelişmelerin ardından enstitünün hizmetleri üretim, kontrol, teşhis ve eğitim olmak üzere dört ana grupta toplanmıştır. 1987 yılında AIDS araştırma merkezi kurulmuş; 1992 yılında kan ürünlerinin viral inaktivasyonu yapılmıştır. 2011 yılına kadar faaliyet gösteren Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü 663 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 2/11/2011 tarihinde yürürlüğe girmesi ile kapatılarak Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumuna devredilmiştir.

[16] Osman Elbek(2023), ''Cumhuriyet'in Sağlığı I'', Birikim Dergisi, Erişim Adresi:https://birikimdergisi.com/guncel/11566/cumhuriyetin-sagligi-i.

[17] E. Öntaş And M. ÇÖL, "Health Ministry and Health Ministers in the Hundred Years of the Republic of Türkiye CUMHURİYETİN YÜZ YILINDA SAĞLIK BAKANLIĞI VE SAĞLIK BAKANLARI," Community and Physician , vol.39, no.1, pp.47-67, 2024

[18] İstanbul Tabip Odası. (2021). Hekim Sözü - Ağustos Sayısı. Erişim Adresi: https://www.istabip.org.tr/site_icerik/2021/agustos/hekimsozu/9.pdf

[19] Atatürk Ansiklopedisi (2008). Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü. Erişim Adresi: https://ataturkansiklopedisi.gov.tr/bilgi/refik-saydam-hifzissihha-enstitusu/ Erişim Tarihi:25.12.2024

1949 yılında Türkiye'nin **İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi**'ni imzalaması sağlık alanı açısından önemli bir adım olmuştur. 1950'li yıllarda sağlık alanında meslek kanunlarının yürürlüğe girdiği görülmüştür. Bu bağlamda **1953 yılında 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu ve 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun, 1954 yılında 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu, 1956 yılında 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu** yürürlüğe girmiştir.[20]

**Sağlık hakkı, Türkiye'de kendine 1960 yılından sonra hukuki bir zemin bulmuştur.** 1961 Anayasası'nın 49. maddesinde: "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır." ifadesi ile sağlığın temel bir insan hakkı olarak güvence altına alınması gerektiği belirtilmiştir.[21]

1982 Anayasası'nın 56. maddesinde sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması arasındaki yakın bağ şu şekilde yer almaktadır:

> *"Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir." şeklindedir. Yine 1982 Anayasası'nın 65. Maddesinde sağlık hakkına sınır getirildiği de görülmektedir: "Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek* mali kaynaklarının yeterliliği *ölçüsünde yerine getirir."* [22]

Sağlık hakkı kapsamında 1961 Anayasası ve 1982 Anayasası karşılaştırıldığında önemli sonuçlar çıkmaktadır. 1961 Anayasası, sosyal devlet anlayışını benimsemiş ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini anayasal güvence altına almıştır. Anayasa, kamu hizmeti olarak sağlık hakkının devletin temel görevlerinden biri olduğunu ifade etmiştir. Bu kapsamda 1961 Anayasası'nın 49. Maddesine göre sağlık hakkı **devletin bir ödevi** olarak tanımlamaktadır.

1982 Anayasası ise devletin sosyal niteliklerini korumakla birlikte, bireysel hak ve özgürlükleri sınırlandıran daha otoriter bir çerçeve sunmaktadır. 1982 Anayasası'nın 56. Maddesinde devletin sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinde **gözetleyici ve düzenleyici konumunda** olduğu belirtilmiş, bu şekilde devletin sağlık hizmetleri sunumundaki sorumluluğu azaltılmıştır. Sağlık hakkı, çevre ve yaşam hakkı bağlamında ele alınmıştır. Bu değişim, 1980 sonrası neoliberal politikaların etkisini yansıtmaktadır. 1982 Anayasası ile devletin sosyal politika ekseni değişmiş, sağlık hizmeti sunumu sosyal devlet anlayışı odağından çıkarak piyasa koşullarına daha açık hale getirilmiştir. Sağlık hakkı sosyal haklar içinde bulunmasına rağmen 56. maddede yer alan devletin ''mali kaynaklarının yeterliliği'' konusu önemli kısıt olmuş başka bir deyişle sağlık hakkına sınır getirmiştir. 56. maddedeki bu ifade ile devletin sağlık hizmetlerini **ücretsiz olarak sunma zorunluluğunun bulunmadığı** belirtilmiştir.

[20] Türk Tabipleri Birliği. (2017). Tıbbi Deontoloji Tüzüğü.
Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=558fba7c-a285-11e7-9205-300896da83fe,
T.C. Sağlık Bakanlığı. (1953). Eczacılar ve eczaneler hakkında kanun (Kanun No: 6197). Resmî Gazete, 8591.,
Erişim Adresi:https://www.saglik.gov.tr/TR-10379/tarihi18121953--sayisi6197--rg-tarihi24121953--rg-sayisi8591-eczacilar-ve-eczaneler-hakkinda-kanun.html,
T.C. Resmî Gazete. (1954). 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun.
Erişim Adresi:https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6283&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3,
T.C. Sağlık Bakanlığı. (t.y.). Eczacılar Birliği Kanunu.
https://www.saglik.gov.tr/TR-10394/eczacilar-birligi-kanunu.html.21

[21] Türkiye Büyük Millet Meclisi. (1961). 1961 Anayasası.
Erişim Adresi: https://www.tbmm.gov.tr/files/anayasa/docs/1961/1961-ilkhali/1961-ilkhali.pdf

[22] T.C. Cumhurbaşkanlığı (1982). Kanun No: 2709. Resmî Gazete, 17863.
Erişim Adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2709&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5



KENT GÜNDEMİNE BAKIŞ / OCAK 2025

## Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Düzenlenmesinin Tarihsel Gelişimi

Cumhuriyetin ilk yıllarında devlet sağlık alanında birçok yeniliğe imza atmıştır. 1923 yılında, Türkiye'de sağlık hizmetleri hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile verilmiştir.[23] En uzun süre Sağlık Bakanı olarak görev yapan Refik Saydam memleketin sağlık şartlarını düzeltmenin, milletin sağlığına zarar veren bütün hastalıklar ve diğer etkenlerle mücadele etmenin, gelecek neslin sağlıklı olarak yetişmesini temin etmenin, halkı tıbbi ve sosyal yardımlardan faydalandırmanın bu dönemde en önemli hedef olduğunu belirtmiştir.[24] Bu bağlamda 1925 yılında hazırlanan ilk çalışma planında sağlık örgütünün genişletilmesi, ihtiyaca göre sağlık personeli sayısının ve donanımının artırılması, bulaşıcı hastalıklar ile savaşılması, sağlık örgütünün köylere kadar götürülmesi, sağlıkla ilgili yasalar çıkarılması temel hedefler olmuştur. 1920-1938 yılları arasındaki dönemde uygulanan geniş kapsamlı bölgede dar kapsamlı sağlık hizmetleri politikası uygulamaları ve Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun etkisiyle özellikle bulaşıcı hastalıkların tedavisinde önemli gelişmeler yaşanmış çiçek, veba gibi bulaşıcı hastalıkların ülkede sona erdiği görülmüştür.[25]

1946 yılında Yüksek Sağlık Şûrası tarafından onaylanan "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" Cumhuriyet Döneminin ilk sayılabilecek yazılı sağlık planı olmuştur. Bu plan yasalaşmamış olsa da kısmen uygulanmıştır. Planda ilk dönemde yerel yönetimlere bırakılmış olan yataklı tedavi kurumlarının, merkezi yönetime devri konusu önemli bir nokta olmuştur. Plan dahilinde 40 köye 1 adet olmak üzere, 10 yataklı sağlık merkezleri oluşturulmasına ve bu merkezlerde koruyucu hekimlik hizmetlerinin yanında tedavi edici sağlık hizmetlerinin de verilmesine karar verilmiştir. Bu uygulama ilk olarak 8 sağlık merkezi ile başlamıştır, 1960 yılında bu merkezlerin sayısı 283'e ulaşmıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumunun ilk hali olan İşçi Sigortaları İdaresi'nin (daha sonraki adıyla Sosyal Sigortalar Kurumu) 1946 yılında kurulması ile 1952 yılından sonra sigortalı işçilerin tedavileri için hastaneler ve sağlık kuruluşları açılmıştır. Sağlık personeli sayısında da fazlasıyla artış gerçekleşmiştir. 1950 yılında 3.020 olan hekim sayısı 1960'da 8.214'e, hemşire sayısı 721'den 1.658'e yükselmiştir. Hastane ve yatak sayılarında da artışlar gerçekleşmiş, 100.000 kişiye düşen yatak sayısı 9'dan 16,6'ya çıkmıştır. Çocuk, doğum, verem gibi ihtisas alanlarına göre hastaneler bu dönemde açılmıştır.[26]

12 Eylül 1980 Askerî Darbesi bedensel ve ruhsal sağlığı devletin bir ödevi olmaktan çıkartarak, devletin sorumluluğunu sadece düzenleyici ve denetleyici bir işlevle sınırlandırmıştır.[27] 1980'lerde neoliberal politikaların etkisinin artması ekonomi, sağlık ve sosyo kültürel alanlarda değişiklikleri meydana getirmiştir. Bu politika değişimi ile Türkiye'de sağlık politikaları da köklü değişikliklere uğramıştır. Bu dönemde yaşanan önemli bir değişiklik sağlık hizmetlerinin piyasaya açılması olmuştur. Sağlık hizmetlerinin piyasaya açılması ile sağlıkta özelleşme hamleleri hız kazanmıştır.

[23] Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığının Tarihçesi. Erişim Adresi: https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html.

[24] Osman Elbek (2023), ''Cumhuriyet'in Sağlığı I'', Birikim Dergisi,
Erişim Adresi:https://birikimdergisi.com/guncel/11566/cumhuriyetin-sagligi-i.

[25] İstanbul Tabip Odası. (2021). Hekim Sözü - Ağustos Sayısı.
Erişim Adresi: https://www.istabip.org.tr/site_icerik/2021/agustos/hekimsozu/9.pdf

[26] Tokaç, M. (2018). Cumhuriyet Dönemi sağlık bakanları ve sağlık politikalarında istikrar. Sağlık Dergisi, 47, 14-17.
Erişim Adresi: https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/document/SD_47_14-17.sayfalar_Mahmut_Tokac.pdf

[27] Osman Elbek, ''Cumhuriyet'in Sağlığı II'', Birikim Dergisi,
Erişim Adresi:https://birikimdergisi.com/guncel/11567/cumhuriyetin-sagligi-ii.

1990 yılında hazırlatılması ve yürütülmesi Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) yükümlülüğünde olan ''Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması '' ile bir yandan ülkenin sağlık reformlarının temelleri atılmış diğer yandan da bu çalışma sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasına yönelik önemli adımların atılmasına uygun bir zemin hazırlamıştır. Bu çalışmanın devamında 1992 ve 1993 yıllarında Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri düzenlenerek sağlık reformunun teorik alt yapısı oluşturulmuştur. Sağlık hizmetlerine erişim konusunda sorun yaşayan gelir düzeyi düşük vatandaşların sınırlı bir şekilde de olsa sağlık sigortacılığının kapsamına alınması, 1992 yılında çıkarılan 3816 Sayılı kanunla başlatılan yeşil kart uygulaması ile sağlanmıştır.[28]

2001 ve 2005 arası yılları kapsayan 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı ile sağlık alanında yenileşmenin sinyalleri verilmiştir. Bu planda Sağlık Bakanlığı'nın görev ve mevcut teşkilat yapısının yenileneceği, hastanelerin özerk ve rekabet edebilir bir yapıya dönüştürüleceğinin ve aile hekimliği uygulamasına geçileceğinin vurgusu yapılmıştır.[29] 2002 yılında sağlık alanında değişikliklerin olması gündeme gelmiş, 2003 yılında 58. Hükümet tarafından oluşturulan Acil Eylem Planında sağlık alanı ile ilgili değişimlerin ve prensiplerin çerçevesi oluşturulmuş, yapılacak uygulamalar için zaman çizelgesi belirlenmiştir. 3 Kasım 2002 seçimlerinin ardından 58. Hükümet tarafından 16 Kasım 2002'de "Acil Eylem Planı" açıklanmış, bu planda "Herkese Sağlık" başlığı altında, sağlık alanında yürütülecek temel hedefler belirlenmiştir. Bu temel hedefler başlıca şu şekildedir:

- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması,
- Sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri yapılması,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi[30]

2003 yılında **Sağlıkta Dönüşüm Programı** (SDP), Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulmuştur.[31] Bu programla i**lk olarak 2006 yılında Genel Sağlık Sigortası (GSS) yasalaşmış, 1 Ocak 2012'den sonra zorunlu hale gelmiştir.** GSS ile Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK (Sosyal Sigorta Kurumu) 2006 yılında tek sigorta kurumu şemsiyesi altında toplanmış, hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş ve böylece SSK'lı hastaların tümünün kamu sağlık kuruluşlarına erişimi sağlanmıştır. GSS sisteminde sağlık hizmetinde üretim ve finansmanın birbirinden ayrılması beraberinde sistemin 'sağlık hizmeti satın alma' mantığında kurgulandığı yönündeki tartışmaları gündeme getirmiştir.[32] Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası Sistemi'nin prime dayalı olması ve tüm vatandaşları kapsamaması pek çok vatandaşın sağlığa erişim konusunda sorunlar yaşamasına neden olması sebebiyle eleştirilmektedir.

[28] T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim Tarihi:20.11.2024, Erişim Adresi: https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html
[29] T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Uzun vadeli strateji ve sekizinci beş yıllık kalkınma planı (2001-2005). Ankara: T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. Erişim Adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/Uzun_Vadeli_Strateji_ve_Sekizinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-2001-2005.pdf
[30] T.C. Sağlık Bakanlığı. Tarihçe. Erişim Tarihi: 29 Kasım 2024, Erişim Adresi: https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html
[31] T.C. Sağlık Bakanlığı (2003), Sağlıkta Dönüşüm Programı, Erişim Adresi: https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html
[32] Çavmak, Ş., & Çavmak, D. (2017). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. Türkiye Sağlık Sisteminin Tarihçesi Ve Gelişmeler Dergipark. Erişim Adresi: https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/340272.



KENT GÜNDEMİNE BAKIŞ / OCAK 2025

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ikinci basamağı olarak, 2004 yılında 5258 Sayılı **"Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa" ile belirlenen bazı illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.**[33] Birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulamaya konan bu yeni model, sağlık hizmetlerini kişiye ve topluma yönelik olmak üzere ikiye ayırmıştır. Aile Sağlığı Merkezleri kurulduğu günden bu yana pek çok tartışmayı beraberinde getirmiştir. Son olarak 1 Kasım 2024'te dönemin sağlık bakanı tarafından Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinde değişiklik yapılacağı duyurulmuştur. Bu konu pek çok hekim tarafından vatandaşları özel hastanelere yönelteceği, sağlığın ticarileşmesine katkıda bulunulacağı, aile hekimi ile hasta arasında güvensizliğe sebep olacağı gibi farklı eleştirilere konu olmakta ve yönetmelik hakkında tartışmalar devam etmektedir.

**Sağlıkta Dönüşüm Programının üçüncü aşaması**nı 663 Sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile kurulan **Kamu Hastane Birlikleri** oluşturmaktadır.[34] 02.11.2011 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanan bu KHK sonucunda Sağlık Bakanlığı'na bağlı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü kurulmuş ve hizmetin sunumunda merkeziyetçi bir sisteme geçilmiştir. Bu yeni reformla bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak tedavi kurumlarının Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu merkezinde özerk olarak yeniden örgütlenmesi, kaynakların daha verimli kullanılması açısından kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları ile il düzeyinde kamu hastane birlikleri kurularak işletilmesi hedeflenmiştir. Getirilen sağlık işletmesi modeli ile Sağlık Bakanlığı, sağlık piyasasında denetim ve düzenlemeden sorumlu bir birim haline dönüşmüştür.[35] Yine 663 Sayılı Kararnamenin 35. Maddesinin 3. bendine göre, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşra teşkilatı olarak Halk Sağlığı Müdürlüklerinin kurulması öngörülmüştür. Kamu Hastane Birlikleri 25 Ağustos 2017 yılında yayımlanan 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile kapatılmıştır.[36]

Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi'ne geçilmesiyle Sağlık Bakanlığı'nın görev, yetki ve sorumlulukları ile örgüt yapısında birtakım değişiklikler yapılmıştır. 2018'de yayımlanan 703 Sayılı Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin adı "Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" olarak değiştirilmiştir. Yine aynı yıl Cumhurbaşkanlığı'nın ilk kararnamesi ile Sağlık Bakanlığı'nın örgüt yapısı yeniden düzenlenmiştir. Yapılan yeni düzenleme ile Sağlık Bakanı Bakanlık örgütünün en üst yöneticisi olmakla birlikte, Bakanlığın hizmet sunumundan ve uygulamalarından artık Cumhurbaşkanına karşı sorumlu olmuştur. Yine bu kararname ile Bakanlığa bağlı müsteşar ve müsteşar yardımcılığı kadroları kaldırılmış, bunun yerine bakan yardımcılığı kadroları getirilmiştir.[37]

[33] Türkiye Cumhuriyeti. (2004). Kanun No: 5258 [Resmî Gazete, Sayı: 25665]. Mevzuat Bilgi Sistemi. Erişim Adresi:https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5258&MevzuatTertip=5&MevzuatTur=1, Erişim Tarihi:04.12.2024.
[34] Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2011). 663 sayılı KHK, Erişim Adresi: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6025/0/663-sayili-khkpdf.pdf, Erişim Tarihi:04.12.2024.
[35] Türk Tabipleri Birliği. (2018), Kamu Hastaneleri Birlikleri: Ne Dediler, Ne Oldu ? Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=1543c32a-206e-11e8-8f34-839045ac8dc0
* Bu uygulama sağlıkta verimlilik ve kâr odağında olması getirdiği ticarileşme açısından fazlasıyla eleştirilmiştir. Yine bu uygulama ile eğitim, araştırma, kamu sağlığı gibi önemli öncelikleri olan alanların geri plana düşeceği belirtilmiştir.
[36] Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2017). Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Erişim Adresi: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/19149/0/olaganustu-hal-kapsaminda-bazi-duzenlemeler-yapilmasi-hakkinda-kanun-hukmunde-kararname-khk-694-25082017-tarihli-ve-30165-sayili-resmi-gazetepdf.pdf, Erişim Tarihi:03.12.2024.
[37] Pala, K., (2023). Ministry of Health in the Years of AKP. Toplum ve Hekim , vol.38, no.2, 126-132.
*Bakan yardımcıları, kamu görevlileri arasından atanabileceği gibi kamu görevlileri dışından da atanabilmektedir.

# KORUYUCU SAĞLIK VE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

Ülkeler tarafından oluşturulan sağlık sistemleri **koruyucu ve geliştirici, tedavi edici ve rehabilite edici uygulamalar** olarak öne çıkmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ile bir yandan hastalıklar ortaya çıkmadan önlem alınması, hastalığın erken saptanması ve etkili bir tedavi ile etkilerinin en aza indirgenmesi amaçlanırken diğer yandan da bu hizmetler kapsamında hastalığa neden olan tüm risk faktörlerine müdahale edilmesi ve bu risklerin önlenmesine yönelik planlar yapılması amaçlanmaktadır.[38] Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık belirtilerinin teşhisinin erken yapılmasını sağladığından tedavinin de hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlık açısından tehlikeler önlenmekte, böylece can kaybı, ekonomik kayıplar, psikolojik rahatsızlıkların da önüne geçildiğinden, bireysel ve toplumsal açıdan iyilik hali de sağlanmış olmaktadır.

## Sağlığı Geliştirme

Sağlığı geliştirme, bireylerin ve toplumların sağlıklarını koruma, iyileştirme ve yaşam kalitesini artırma süreci olarak karşımıza çıkan bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığın teşviki ve geliştirmesini bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırma ve sağlıklarını geliştirme süreci olarak tanımlamaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamlı bir sosyal ve politik süreci temsil etmektedir. Bu süreç yalnızca bireylerin beceri ve kapasitesini artırmaya yönelik eylemleri içermemekte, aynı zamanda sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları da değiştirmeye ve böylece bunların toplum ve bireysel sağlık üzerindeki etkilerini hafifletmeye yönelik eylemleri de içermektedir.[39]

Sağlığı geliştirme yalnızca bireysel davranış değişikliği ile değil, aynı zamanda sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlere de müdahaleyi içermektedir. Sağlığın iyi olması durumu birçok değişkene bağlıdır. Sağlıklı olarak dünyaya gelmek ve sağlık hizmetlerine erişim iyilik halini garanti edememektedir. Fiziksel aktivite düzeyi, tütün dumanına maruz kalmak, tüketilen yiyecekler, sosyal etkileşim ve çevresel birçok faktör de sağlığı doğrudan etkilemektedir. Biyolojik, psikolojik, sosyal, entelektüel bileşenlerin yanı sıra içinde bulunulan kültürel, ekonomik, siyasal çevre de bireylerin ve toplumların sağlığında doğrudan etkili olmaktadır. Bu nedenle birey ve çevre arasında meydana gelen sağlık etkileşiminin incelenmesi ile toplum sağlığının geliştirilmesi ve iyileştirilmesinde önemli bir nokta olmuştur. Sağlığa ilişkin ekolojik perspektif sağlık sorunu ve sağlık sorunlarının farklı düzeylerindeki faktörler arasındaki etkileşim ve ilişkileri vurgulamaktadır. Sağlığı geliştirme programları hükümet ve kuruluşlar düzeyinde çeşitli politika bazlı çevresel, düzenleyici ve yasal değişiklikleri de teşvik etmektedir. Sağlığı geliştirme programları sağlık sorunlarına önem verilmesi, sağlıklı yaşam tarzlarının teşviki, hasta uyumunun artırılması, sağlık hizmetleri ve bakıma erişimin kolaylaştırılması aracılığıyla bireyler için fiziksel, psikolojik, eğitimsel ve mesleki sonuçları iyileştirebilmekte ve böylelikle genel sağlık maliyetlerinde daha fazla kontrolü sağlayarak sağlık maliyetlerinin azaltılmasına da yardımcı olabilmektedir.[40]

[38] Demir, L. (2021). Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörler [Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı]. Hacettepe Üniversitesi.
Erişim Adresi: https://openaccess.hacettepe.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11655/25703/Leyla%20Demir%20YL%20Tez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[39] Dünya Sağlık Örgütü. (2011). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü , Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
(Orijinal çalışma 1998 yılında yayımlanmıştır).
Erişim Adresi:https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64546/9789755903613_tur.pdf

[40] T.C. Sağlık Bakanlığı., Sağlığı Geliştirme Programları, Sağlık Bakanlığı Yayınları.
https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/30355/0/sagligi-gelistirme-programlaripdf.pdf





Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çabasının sürdürülmesi için katılımcılık esas olmaktadır.[41] Hastalık önleme ve sağlık geliştirmeye yönelik programlar, sağlık hizmeti sunucuları tarafından hedeflenen toplum dinamikleri tam olarak anlaşılmadıkça başarılı olamamaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunucuları tarafından toplum dinamikleri çok iyi bilinmeli ve toplum üyelerinin de bu süreçlere dahil edilmeleri gerekmektedir.[42] Sağlığın korunması ve geliştirilmesi bireyden aileye, aileden topluma ve toplumdan kurumlara uzanan bir süreci kapsamaktadır. Sağlığı koruma ve geliştirmenin temeli olan doğru davranış değişikliğinin sağlanması için eğitim fazlasıyla önem taşımaktadır. Toplumun gelişiminde toplum sağlığının kalitesi, sağlığın toplumda adil dağıtımı, hastalık sonucu oluşan dezavantajlı durumlardan korunma derecesi önemli kriterler olmaktadır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ülkelerin refah düzeyleri ve iyilik hallerinin de bir göstergesi olmaktadır. Bu nedenle devletler, sağlığın korunması ve gelişimine ekstra önem vermekte, bireysel ve toplumsal sağlık bilincini arttırma, toplum bazlı sağlığı koruma ve geliştirme kültürünün oluşması için sağlığın gelişimine yönelik farklı programlar uygulamaktadır.[43]

## Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kişiye yönelik sağlık hizmetleri bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, beslenme, aile planlaması, sağlık eğitimini kapsamaktadır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; yeterli ve temiz içme suyunun sağlanması, atıkların kontrolü ve zararsız hale getirilmesi, besin sağlığının sağlanması, konut ve barınma alanında sağlıklı bir ortamın sağlanması, hava kirliliği ve gürültüyü önlemeye yönelik uygulamalar, endüstri ve iş sağlığı uygulamaları, radyasyonla mücadele uygulamaları, vektör kontrol uygulamalarını kapsamaktadır. Bu uygulamalar ile çevrenin olumlu hale getirilmesi ve korunması hedeflenmekte, bu konuda verilen hizmetler sağlık sektörü ile diğer sektörlerin işbirliği ile sağlanmaktadır.[44]

Prof. Dr. Sibel Sakarya koruyucu sağlık hizmetlerinin tedavi edici sağlık hizmetlerine göre daha soyut kaldığını ifade etmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin içeriğinin netleştirilmesinin toplumsal farkındalığın ve toplum desteğinin artırılması, bu hizmetlerin öncelik haline gelmesi için gerekli olduğunu şu sözlerle belirtmektedir:

> *''Burada, koruyucu sağlık hizmetleri dendiğinde hangi hizmetlerin kastedildiğini netleştirmek bana önemli görünüyor. Bu hizmetler tedavi edici hizmetlere göre (ilaç, tetkik, ameliyat vb) daha soyut kalıyor olasılıkla. Toplumun da farkındalığının artırılması açısından netleştirmek gerekli. Bunu yaparsak, koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelenmesi için destek de artabilir toplumda.*
>
> *Koruyucu sağlık hizmetleri aslında sağlık sektörü dışındaki diğer sektörlerin etkinliklerini de içeren çok geniş kapsamlı hizmetler. Hatta toplum sağlığının korunmasında diğer sektörlerin payı daha fazla. Çünkü ulaşım, sanayi, eğitim gibi diğer sektörlerin faaliyetleri toplum sağlığını doğrudan etkiliyor. Hava kirliliğinin önlenmesi, güvenli suya erişim, temel eğitimin niteliği, çalışma ortamının güvenliği gibi pek çok konu aslında toplum sağlığının korunması ile doğrudan ilişkili. Buna, sağlık için sektörler arası işbirliği, daha yukarıda ise, karar vericilerin farklı sektörler için yaptıkları plan ve politikaların sağlığa etkisini gündemlerine almalarına da her politikada sağlık yaklaşımı deniyor (health for all policies). Ancak burada sadece sağlık sektörü bağlamında koruyucu hizmetlerden söz ediyoruz. Bunlardan başka sözünü etmediğimiz örneğin iş sağlığı gibi koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına giren daha pek çok hizmet var. ''*
>
> **(Prof Dr. Sibel Sakarya)**

[41] Dünya Sağlık Örgütü. (2011). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü , Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
(Orijinal çalışma 1998 yılında yayımlanmıştır).
Erişim Adresi:https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64546/9789755903613_tur.pdf

[42] Boothby, L. A., & Doering, P. L. (Eds.). (2024). Health promotion and disease prevention. In Pharmacotherapy self-assessment program (5th ed.). American College of Clinical Pharmacy. Retrieved from
https://www.accp.com/docs/bookstore/psap/p5b05samplemod3.pdf

[43] Özdemir, T. & Karadağ, G. (2020). "Ülkemizde Son 10 Yılda Yürütülen Sağlığı Geliştirme Programları" International Social Sciences Studies Journal, (e-ISSN:2587-1587) Vol:6, Issue: 64; pp:2549-2560.

[44] Şenel Tekin, P.,Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara Üniversitesi.
Erişim Adresi:https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/63144/mod_resource/content/1/ADM-SA%C4%9ELIK%20KURUMLARI%20Y%C3%96NET%C4%B0M%C4%B0-11.pdf

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin yaşam kalitelerini, yaşam sürelerini doğrudan etkilemektedir. Bireyler koruyucu sağlık hizmetleri ile hastalıklarına daha erken teşhis bulmakta, daha uzun ve daha kaliteli bir yaşama sahip olmakta, sağlıklarını daha etkin bir şekilde korumaktadır. Etkin koruyucu sağlık hizmetleri ile hastalıklar önlenmekte, sakatlanmaların ve erken ölümlerin de önüne geçilmektedir.[45]

Engelli, yaşlı, yataklı tedavi görmüş, kronik hastalığı bulunan ve pahalı ilaç kullanmak zorunda olan hanelerde genellikle katastrofik sağlık harcamaları ortaya çıkmaktadır. Katastrofik sağlık harcamaları[46] az gelişmiş ülkelerde olduğu gibi gelişmiş birçok ülkede de hane halkının fakirleşmesine hatta temel ihtiyaçlarını azaltmalarına neden olmaktadır. Bireyler bir yandan tedavi olmak için harcama yaparken diğer yandan da sağlık hizmetinden faydalanmak için başta konaklama ve ulaşım olmak üzere birçok harcama yapmaktadır. Bu harcamalar bireye ağır bir finansal yük oluşturmakta ve hem bireyi hem de devleti olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle bireylerin sağlıklarının sürdürülebilir bir şekilde sağlanması, katastrofik sağlık harcamalarının en aza indirgenmesi için koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmesi ve bu hizmetlerin ön plana çıkarılması oldukça önemlidir.[47]

Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan koruyucu sağlık hizmetleri uygulamaları kapsamında halk sağlığının korunması amacıyla aşı ile önlenebilir hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, zoonotik ve vektörel hastalıklar ve tüberküloz, tütün ve madde bağımlılığı ile mücadele, kanser ile mücadele çalışmaları, ruh sağlığı, çocuk ve ergen sağlığı, sağlıklı beslenme ve hareketli hayat, kronik hastalıklar ve yaşlı sağlığı ve çevre sağlığı başlıkları altında çeşitli programlar yürütülmektedir.[48] Aile Diş Hekimliği Pilot Uygulaması, SMA Taşıyıcı Tarama Programı, Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) ile bağışıklama, kanser taramaya yönelik Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Uygulaması, Çocuk İzleme Merkezi (ÇİM), Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2021-2026), Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması 2021, Türkiye'de Kan Basıncı Kontrolünün İyileştirilmesi Projesi (2018-2021) gibi uygulamalar Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı koruyucu sağlık hizmeti uygulamalarıdır. Yine koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında olan çalışan sağlığı hizmetleri için Gezici İSG Hizmetleri Modülü geliştirilmiştir. Çevre sağlığı uygulaması olarak içme ve kullanma sularında kontroller yapılmaktadır. Sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu yerleşim yerlerinde, koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini, sürdürülebilirliğini ve etkinliğini sağlamak amacıyla mobil sağlık hizmetleri verilmektedir.[49]

[45] Demir, L. (2021). Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörler [Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı]. Hacettepe Üniversitesi.
Erişim Adresi: https://openaccess.hacettepe.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11655/25703/Leyla%20Demir%20YL%20Tez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[46] *Katastrofik sağlık harcamaları, bireylerin veya hanelerin, sağlık harcamaları nedeniyle ekonomik olarak ciddi şekilde zorlanması anlamına gelmektedir.

[47] BULUT, A., & ŞENGÜL, H. (2020). Türkiye'de sağlık sisteminin sorunları ve çözüm önerileri. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(1), 45-54.

[48] Özdemir, T. & Karadağ, G. (2020). "Ülkemizde Son 10 Yılda Yürütülen Sağlığı Geliştirme Programları" International Social Sciences Studies Journal, (e-ISSN:2587-1587) Vol:6, Issue: 64; pp:2549-2560

[49] Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2023). 2023 Yılı Faaliyet Raporu,
Erişim Adresi: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/47771/0/tc-saglik-bakanligi-2023-yili-faaliyet-raporupdf.pdf?_tag1=4D19D223F5876E6C98006F5A03950CEF3A7C104B;
Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2021). 2021 yılı faaliyet raporu.
Erişim Adresi:https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/42666/0/2021-faaliyet-raporupdf.pdf;
Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2020). 2020 Yılı Faaliyet Raporu.
Erişim Adresi: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/40174/0/2020-faaliyet-raporupdf.pdf



KENT GÜNDEMİNE BAKIŞ / OCAK 2025

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı 2010 yılından beri Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında vatandaşlara sunulmaktadır. **Prof. Dr. Sibel Sakarya** birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine yönelik adımların önemine dikkat çekmekte ve güçlendirmeye yönelik atılacak adımların erişilebilirliği de artıracağını belirtmektedir. Sakarya, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin zayıf bırakıldığını ve bu nedenle hizmet akışının tersine dönmekte ve hastaneden birinci basamağa doğru ilerlemekte olduğunu belirtmektedir:

> *"Koruyucu sağlık hizmetleri dendiğinde akla hemen gelen birinci basamak sağlık hizmetleri ve birinci basamağın güçlendirilmesi için gereken bütçe oluyor. Elbette bunun için sadece yeterli bütçenin ayrılması yetmez; kanıta dayalı, doğru müdahalelerin planlanması gerekir. Türkiye'de toplum tarafından bilinen, kabul edilmiş ve yaygın bir birinci basamak sistemi var ama olması gerektiği gibi işlev görmüyor. Türkiye'de kişi başı yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı 10' dur ve bunun sadece 4'ü birinci basamağa yapılmaktadır. Oysa adı üzerinde, Aile Sağlığı Merkezleri hizmetlerin ilk basamağıdır ve ilk olarak buraya başvurulması, daha sonra bir diğer basamağa sevk yapılması beklenir. Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelenmediğinin en güçlü kanıtı, birinci basamağın güçsüz bırakılması, etkili kullanılmaması, hizmet akışının tersine olmasıdır (hastaneden birinci basamağa doğru). Sağlık Bakanlığı bütçesi birinci basamağın güçlenmesini önceleyen bir biçimde düzenlendiği takdirde, hem koruyucu ve tedavi edici hizmetler açısından maliyet-etkin, hem de tatmin edici bir sağlık hizmetine erişmek mümkün olacaktır."*
>
> **(Prof Dr. Sibel Sakarya)**

Konu ile ilgili olarak **Doç. Dr. Osman Elbek** Türkiye'de sağlık sisteminin birinci basamağının tümüyle gözardı edildiğine bu nedenle Türkiye'nin hastaneye dayalı sağlık harcamalarında Avrupa birincisi olduğuna dikkat çekmektedir:

> *"Avrupa Sağlık İstatistikleri, hastaneye dayalı sağlık harcamaları bakımından Türkiye'nin Avrupa birincisi olduğuna işaret ediyor. Kuşkusuz bu "birincilik", Türkiye'nin sağlık sisteminin birinci basamağını tümüyle göz ardı ettiğine işaret etmekte. Oysa hem etkililik, hem kapsayıcılık, hem de maliyet açısından birinci basamak sağlık hizmetleri diğer basamaklardan daha üstündür. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin en önemli dezavantajı başvuruya dayalı olması ve kişi gereksinim duyduğunda hizmete ulaşmasıdır. Oysa birinci basamak, doğası gereği sağlığı koruma ve geliştirme konusuna en fazla zaman ve olanak ayırabilecek yapıdadır. Ayrıca birinci basamak, kırılgan grupların da izlemine olanak sağlamaktadır. İkinci ve üçüncü basamakta ise "tersine hizmet" denilen yani sağlık hizmetine en çok gereksinimi olanların dezavantaj nedeniyle hizmeti daha az aldığı bir sorun daha yaygındır."*
>
> **(Doç. Dr. Osman Elbek)**

Koruyucu sağlık hizmetlerinin ötelenmesi de sağlık sisteminde başka bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Prof. Dr. Kayıhan Pala ve Prof. Dr. Sibel Sakarya benzer bir yaklaşımla Türkiye'de sağlık hizmetlerinde, önceliğin tedavi edici sağlık hizmetlerine verildiğini belirtmekte ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geri planda bırakılmasıyla vatandaşların daha sık hekimlere başvurdukları konusuna dikkat çekmektedir.[50] Prof Dr. Sibel Sakarya sağlık hizmetlerine bütçeden ayrılan kısmın yetersiz olduğunu ve bu yetersizlikte de önceliğin tedavi edici sağlık hizmetlerine verildiğini koruyucu sağlık hizmetlerinin ise geri planda kaldığını şu şekilde açıklamaktadır:

> *"Genel bütçeden sağlığa ayrılan pay yetersiz kalıyor. Bütçenin sınırlı olmasının yanı sıra, bu bütçenin nasıl dağıtıldığına, yani hangi hizmetlerin öncelendiğine de bakmak gerekir. Tedavi edici sağlık hizmetlerine öncelik verildiği (Sağlık Bakanlığı'na ayrılan bütçenin yarısından fazlası tedavi edici hizmetlere ayrılmış), sağlığın korunması-geliştirilmesi ile hastalıkların önlenmesine yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin geri planda bırakıldığı görülmektedir. Dolayısı ile ayrılan bütçenin, bu hizmetlerin hakkaniyet ilkesine uygun ve nitelikli bir biçimde sunulması için yeterli olması gerekmektedir."*
>
> **(Prof Dr. Sibel Sakarya)**

[50] Evrensel. (5 Kasım 2023). Her 3 kişiden 1'i sağlığa erişemiyor.
Erişim Adresi: https://www.evrensel.net/haber/502769/her-3-kisiden-1i-sagliga-erisemiyor

Koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasında sorunlar yaşanmakta ve daha sürdürülebilir sağlıklı toplum hedefi için bu hizmetlerin daha fazla geliştirilmesi gerekmektedir. Türkiye'de temel olarak koruyucu sağlık hizmetlerinde yaşanan diğer sorunlar **Prof. Dr. Sibel Sakarya** tarafından şu şekilde belirlenmiştir:

**Sağlık hizmetinde verilerin az olması ve mevcut verilerin paylaşılamaması sağlık hizmetlerine yönelik sonuçların sınırlı kalmasına neden olmaktadır.**

*"Ne yazık ki, elimizde bütün bu hizmetlerdeki mevcut durumu anlamaya yetecek veri yok. Verilerin eksikliği ve/veya paylaşılmaması da bir başka önemli sorun olarak karşımıza çıkıyor. Var olan verilerden bazı sonuçların çıkarılması mümkün."*

**Koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı gün geçtikçe daha da azalmaktadır.**

*"Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2022 verilerine göre, 15 yaş ve üzeri bireylerin son 12 ay içerisinde koruyucu hizmetlerden faydalanma durumuna bakıldığında, tansiyon, kan şekeri ölçtürme, kolesterol ölçtürme, grip aşısı olma gibi parametrelerde kapsayıcılığın %50'nin altında olduğu, yıllar içinde bir iyileşme görülmediği, aksine 2019-2022 yılları arasında bunların her biri için kapsayıcılığın azaldığı görülmektedir."*

**Koruyucu sağlık hizmetlerinden olan aşılamada, kapsayıcılık ve farkındalık her geçen gün daha da azalmaktadır. Aşılamada tedarik sorunları ile karşılaşılmakta, bu durum ise zaman zaman resmi kayıtlara "aşı reddi" olarak kaydedilmektedir.**

*"Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2022 verilerine göre göre, grip aşısının çok düşük kapsayıcılığı (%2) ayrıca dikkat çekicidir. Kapsayıcılığın artırılması için farkındalığın artırılması ve aşının teşvik edilmesi ile birlikte, 65 yaş üzeri ve kronik hastalığı olanların aşı bedelinin karşılanması uygulamasının 2 yaşın altındaki çocuklar gibi bütün risk gruplarını kapsaması gerekmektedir. Bir başka benzer örnek HPV aşısına ilişkindir. Koruyucu hizmetlere ayrılan sınırlı bütçenin bir sonucu olarak, serviks kanserine karşı yüksek koruyuculuğu olduğu bilinen HPV aşısı halen ulusal aşı programı kapsamına alınmamıştır; aşı teşvik de edilmemektedir. Konu hakkında farkındalığı olanlar bu hizmeti almak için cepten ödeme yapmaktadır. Çocukluk çağı aşılarının kapsayıcılığı yüksek görünmekle birlikte, olasılıkla gelecek dönemde istatistiklere yansıyacak sorunlar olduğu bildirilmektedir. 2023 yılında kızamık ve verem (TTB kaynağı); 2024 yılında aylara göre değişiklik göstermekle birlikte İstanbul'da (sahadan elde edilen bilgi) birden çok çocukluk çağı aşısı için birinci basamakta aşı tedariği sorunu bildirilmiştir. Hizmetlerin sürekliliği özellikle birinci basamak hizmetlerinin niteliğini gösteren önemli bir kriterdir. Yaşanan aşı tedariki sorunu, aşı olmaya getirilen bebek ve çocukların aşıları yapılamadan geri dönmelerine neden olmakta, bu durum zaman zaman kayıtlara "aşı reddi" olarak yansımakta; sorunun asıl nedeninin gizlenmesine de yol açmaktadır."*

**Aile planlaması yöntemlerine erişim konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır.**

*"Koruyucu sağlık hizmetlerine erişim açısından önemli bir başka eksiklik de aile planlaması yöntemlerine (kontraseptif yöntemler) erişimdir. Kontraseptif yöntemlere erişim, temel sağlık hizmetleri kapsamında yer alır. Ancak, birinci basamak sağlık birimlerinde bu hizmetlere erişim ortadan kalkmıştır. Gereksinim olduğu halde, kontraseptif yöntemler birinci basamakta verilmemektedir. Bu hizmetlere İhtiyaç olduğunun önemli göstergelerinden birisi Türkiye'de karşılanmamış aile planlaması hizmetinin %6'dan %12 ye çıkmış olmasıdır (TNSA araştırmaları). Kontraseptiflere ücretsiz erişim olmaması, özellikle dezavantajlı grupları etkilemektedir."*

**Risk faktörleri ile mücadele yetersiz kalmakta; aynı zamanda bu alanda yeterli denetim ve kontrol yapılmamaktadır.**





*"Sağlığın korunması dendiğinde akla gelen öncelikli hizmetler arasında sağlığı olumsuz etkileyen faktörlerle yani risk faktörleri ile mücadele gelmektedir. Bu risk faktörlerinden hareketsizlik, sağlıklı beslenmeme, tütün ve alkol kullanımı gibi bazılarına "davranışsal risk faktörleri" deniyor. Koruyucu hizmetlere ayrılan bütçe dendiğinde, işte toplumun bu risk faktörlerinden korunmasına yönelik faaliyetlere ayrılacak bütçe de akla gelmelidir. Tütün kontrolü açısından bakacak olursak, Türkiye'de tütün kontrolü için uluslararası düzeyde örnek gösterilen bir yasa bulunmaktadır. Ancak tütünle mücadele alanında belirgin bir gerileme söz konusudur; sigara içme oranları artmakta, sigara içilmemesi gereken alanlarda rahatça sigara içildiği, etkin denetim ve kontrolün yapılmadığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığının (2022) "Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Korunması" bölümünden alınan verilere göre, 2016, 2019 ve 2022 de her gün ve ara sıra sigara içenlerin oranı sırasıyla %30,6, %31,4 ve %32.1 olmuştur. Gözlenen bu artış, kadınlar açısından özellikle dikkat çekici olmaktadır. Aynı dönemler için: %17,4, %18,1 ve % 19.0 olmaktadır. Tütünle mücadele için ayrılan çabanın (hem bütçe hem de önceki ve etkili müdahaleler olarak) yetersizliğine ilişkin bir başka gösterge de, Türkiye'de günde ortalama içilen sigara sayısının OECD ülkeleri arasında en yüksek olmasıdır (17.8/gün). Tütün kontrolü de tıpkı diğer hizmetler gibi hem kararlılık ve çaba, hem de yeterli bir bütçeye gereksinim duymaktadır. Sigara dışında diğer maddelere olan bağımlılık da giderek daha da önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. Bağımlılık tedavi ve rehabilitasyon merkezleri kurmanın veya geliştirmenin yanında (bunlar tedavi edici hizmetler kapsamındadır), bağımlılığın nedenlerini ortadan kaldırmaya yönelik toplum tabanlı müdahalelere gereksinim vardır ki, bunun için de yeterli kaynak ayırmak gereklidir."*

**Erken tanıya yönelik hizmetler yetersiz kalmaktadır. Ancak bu hizmeti veren birimlerin desteklenmesi gerekmektedir.**

*"Koruyucu hizmetler bütçesinde özellikle kanserlerde erken tanıya yönelik tarama hizmetlerinin önemli bir yeri olması beklenir. Bu hizmeti eğitim ve farkındalık faaliyetleri de dahil, kapsamlı biçimde, hastaneler dışında ve ücretsiz olarak veren KETEM'ler desteklenmesi gereken birimlerdir. Türkiye Sağlık Araştırması 2022 verilerine göre 40 yaş üstü kadınların %48,2'si hiç mamografi yaptırmamıştır. 30 yaş üstü kadınlar arasında hiç smear testi yaptırmama oranı ise %53,7'dir. Gaitada gizli kan tarama testine bakıldığında ise her iki cinsiyette hizmetten hiç yararlanmayanların oranı %58'dir. Bu tarama hizmetlerinin ücretsiz verildiği düşünüldüğünde, koruyucu hizmetler bütçesinde örneğin sayısı tüm Türkiye'de 364 olan bu birimlerin artırılması yanı sıra davranış değişikliği için sağlık eğitimi ve hizmete teşvik faaliyetleri de hedeflenmelidir."*

**Toplumda önemi her geçen gün daha da artan ruh sağlığına yönelik hizmetler ve ruh sağlığı alanındaki koruyucu hizmetler yetersiz kalmaktadır.**

*"Önemi günden güne artan ruh sağlığı hizmetleri ve bu alandaki koruyucu hizmetler de söz konusudur. Özellikle çocuk ve ergen gelişimi bakımından koruyucu ruh sağlığı uygulamaları gelecekteki ruh sağlığı sorunlarının da önlenmesi bakımından önem arz etmektedir. Ancak bu konuda sunulan hizmetler son derece kısıtlı ve daha çok sivil toplum tarafından sağlanmaktadır. Okulları ve aileleri merkeze alan hizmetlere ihtiyaç duyulmaktadır. Ruh sağlığı hizmetleri daha çok özel hekimlik ve hastane temelinde tanı ve tedavi edici olarak veriliyor. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri toplum içinde olmasına karşın çoğunlukla kronik ruh sağlığı sorunu olan insanlara yönelik hizmet üretiyor."*

**Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin daha çok özel sektör tarafından veriliyor olması hizmetlerin ücretinin yüksek olmasına neden olmaktadır. Bu durum özellikle dezavantajlı gruplar için bu hizmete erişimi zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla ağız ve diş sağlığı konusunun öncelikli bir alan olarak desteklenmesi gerekmektedir.**

*''Koruyucu hizmetler açısından erişimi zor olan ve desteklenmesi gereken bir diğer hizmet ağız-diş sağlığı hizmetleridir. Türkiye'de ağız ve diş sağlığı hizmeti veren toplam 34997 ünitenin yarıdan fazlası özel sektördedir; toplam diş hekimlerinin (42 359) %58'i özel sektörde istihdam edilmiştir. Bu hizmetler oldukça pahalıdır ve yine dezavantajlı grupların ağız-diş sağlığının korunması açısından hizmetler oldukça zayıftır. Yılda kişi başına diş hekimine başvuru sayısı 2022 yılı itibari ile 0.6'dır. Türkiye Sağlık Araştırması 2022 verilerine göre ihtiyacı olmasına karşın ödeme güçlüğü nedeniyle diş hekimine başvuramadıklarını bildirenlerin oranı %13'dür. Koruyucu sağlık hizmetleri bütçesinin artırılması durumunda ağız-diş sağlığı hizmetleri de öncelikli bir alan olarak desteklenecektir. ''*

**Doç. Dr. Osman Elbek** koruyucu sağlık hizmetlerinin tedavi edici sağlık hizmetleri kadar kazanç sağlanamaması sebebiyle desteklenmediğini ve bu alanda bilgi asimetrisine bağlı ticarileşmeyi şu şekilde açıklamaktadır:

*''Koruyucu sağlık hizmetlerinde tek sorun "soyutluğu" değildir. Bu tür sağlık hizmetlerinin, tedavi edici hizmetler kadar kazanç sağlamaması da desteklenmemesinin önemli bir nedenidir. Türkiye gibi sağlık okuryazarlığının çok düşük olduğu bir ülkede medyada kendisine yer bulan sağlık hizmetleri popüler oluyor. Medyadaki sağlık haberlerinin ağırlıklı bir kesimi ise aslında ücretli sağlık reklamlarından oluşuyor. Hal böyle olunca toplumun haberdar olduğu hizmetlerin ağırlıklı kısmı da ticari kazanç sağlayan ve "en yeni ve mucize" gibi başlıklarla pazarlanan "sağlık ürünleri/malları" oluyor. Öte yandan son dönemde kanıta dayalı olmamakla birlikte sağlığı koruduğu iddia edilen "glutatyon/ ozon" gibi hizmetlerin popüler olması da dikkat çekici. Bu tür kanıta dayalı olmayan "koruyucu" müdahalelere toplumun artan ilgisi sağlıkta hem koruyucu hem tedavi edici hizmetlerden temel belirleyici faktörün kazanç ve kâr olduğuna işaret ediyor. Zaten kamusal otorite olarak devletin sağlıktaki temel sorumluluklarından birisi bilgi asimetrisinin bulunduğu sağlık hizmet sunumunda vatandaşın/hastanın aldatılmasını önlemek olmalı. Kanaatimce devlet bu rolünü sağlık alanında hem infodemi ya da dezenformasyonu önleyerek, hem de her türlü sağlık hizmet sunumunu ticari kaygılardan arındırarak ortak/ kamusal/ müşterek yarar temelinde sunarak sağlamalı. Ancak, sağlıkta özelleştirme uygulamaları, olması gereken bu ortak-müşterek yararı kişiselleştirip ticarileştirdiği için birey ve toplum sağlığı açısından olumsuz sonuçlara neden oluyor.''*

**(Doç. Dr. Osman Elbek)**

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ne kadar önemli olduğu tartışılırken Türkiye'de aile hekimleri sık sık özlük ve çalışma koşullarında yaşadıkları sorunlar ile gündeme gelmektedir. Aile Hekimleri, 5258 Sayılı Kanun kapsamında Aile Sağlığı Merkezi kurmakla ve işletmekle yükümlüdür. Aile hekimleri kamu görevlisi olmalarına karşın, kamudan ya da özel kişilerden kiraladıkları yerlerde kira karşılığı hizmet vermekte; Aile Sağlığı merkezlerinin kira, elektrik, su, doğalgaz, internet, kırtasiye gibi tüm giderlerini kendileri karşılamaktadır. Aile hekimlerinin yaşadığı pek çok soruna ek olarak, 1 Kasım 2024'te Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği hakkında değişiklik yapılacağı duyurulmuştur. Yönetmelik aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimlere muayene sayısına göre puan ve buna bağlı teşvik ödemesi gibi uygulamaları içermekte olduğundan kamuoyunda yeni sistemin koruyucu sağlık hizmetlerinin amacına aykırı olduğu yönünde tepki oluşmuş ayrıca yeni sistem halk sağlığı açısından da uygunsuz bulunmuştur. Yeni sisteme göre aile hekimlerine yapılan puan hesabına göre maaşlarda değişim olacağı belirtilmiştir, bu bağlamda yeni sistemin aile hekimliklerinin daha özel sektör mantığına uygun şekilde işletilmesi yönünde değişimler içerdiği görülmektedir.[51]

[51] Hekimler Yönetmeliğin Geri Çekilmesi İçin İş Bırakacak. (2024, 27 Kasım). Evrensel. Erişim Adresi: https://www.evrensel.net/haber/534309/hekimler-yonetmeligin-geri-cekilmesi-icin-is-birakacak





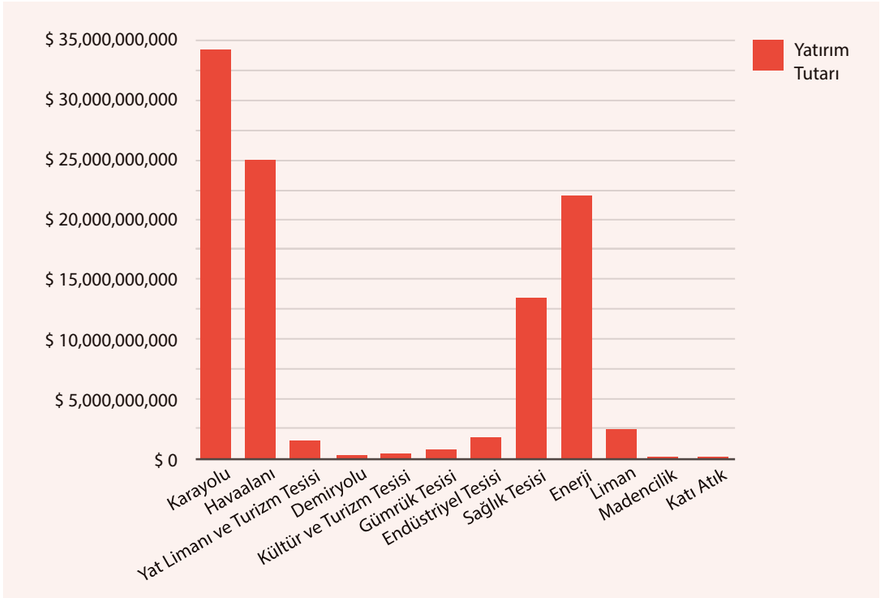
Birinci basamak sağlık hizmetlerinde performans adı altında getirilen uygulama ile de sağlık birimlerinin mülkiyetlerinde devir gerçekleşmeden sağlık hizmetlerinin sunumunun ticarileştirilmesi istenmekte ve bu şekilde ikinci ve üçüncü basamakta uygulanan ticarileşmenin birinci basamağa taşınması konusu gündeme gelmektedir. Performans sistemi uygulaması, uygulandığı diğer basamak sağlık hizmetlerinde de sıklıkla eleştirilmiştir. Bu uygulamanın mesleki değerlere olan etkilerinin fazlasıyla olumsuz olduğu, tıpta meslek etiği ile uyuşmadığı, nitelikli sağlık hizmetleri sunumunda problemler meydana getirebileceği, hasta ve çalışan hakları konusunda olumsuzluk yaratabileceği hekimler tarafından ifade edilmiştir.[52] Performans sistemi sağlık hizmeti tüketimini artırmıştır. Performans sisteminin bileşenleri Sağlık Bakanlığı tarafından muayeneye erişim, hizmet kalite standartları, memnuniyet ölçümü ve verimlilik olarak belirlenmiştir. Bu bileşenlerden birisi olan verimliliğin ölçütleri ise finansal, faaliyete dayalı ve klinik göstergeler olmuştur. Toplam giderin toplam gelire oranı, personel gideri destekleme oranı finansal göstergeyi; yatak doluluk oranı, yatan hasta oranı, ortalama kalış günü ve yeni performans takip sistemine veri giriş puanı ise faaliyet göstergesini oluşturmaktadır. Bu alt bileşenleri ile performans sisteminin daha çok ticaret odaklı bir uygulama olduğu görülmektedir. Sistemde yer alan klinik göstergeler de ameliyat puanı gibi parametreleri içermekte ve klinik anlamda hastaların hastalığını ve sağlığını önceleyememektedir.[53]

[52] TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu, "Sağlık Sisteminde Performans Uygulamalarının Mesleki Değerlere Etkileri ve Etik Sorunlar Çalıştayı Sonuç Bildirgesi", XVII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı Kitabı, Ankara 25-27 Kasım 2011, s.75-79.
[53] Osman Elbek, ''Performans'' ve Hekimlik'', Toplum ve Hekim, C.25, S.6, 2010, ss.432-447.

# SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRMELER

Bireylerin sosyal ve ekonomik haklarını koruma sorumluluğunu üstlenen, toplumsal eşitliği artırmayı hedefleyen bir devlet anlayışı olan sosyal devletin en temel işlevlerinden biri de sağlığa erişimdir. Bu kapsamda bireylerin sağlık hizmetlerine eşit şekilde ulaşabilmesi, sosyal devletin başarısını belirleyen önemli göstergelerden biridir. Sağlığa erişimin eşit ve ücretsiz olması gerektiği, sosyal devletin vazgeçilmez bir ilkesi olarak öne çıkmaktadır. Türkiye'de Cumhuriyet'in erken döneminden itibaren sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulmaya çalışılmıştır. 2000 yılı sonrası ise uygulanan sağlık politikaları; sağlık hizmet sunumunda, finansman modellerinde, personel mevzuatı, niteliği ve niceliği, kamu-özel ortaklıkları, sağlık turizmini geliştirme, sağlık endüstrilerinde yapısal dönüşümlerin gerçekleştirilmesi için düzenlemeler yapılması üzerinde şekillenmiştir. Kamuda; özel sektör sağlık uygulamaları, kamu-özel sektör ortaklıkları teşvik edilmiş, özel sektör lehine destekler sağlanmaya çalışılmıştır.[54] Günümüzde sağlık hizmeti sunan tesislerin bir kısmı kamu, bir kısmı da özel sağlık birimlerinden oluşmaktadır.

**Şekil 1. Kamu-Özel İşbirliği İle Yürütülen Projelerde Yatırım Tutarlarının Sektörlere Göre Dağılımı (2024)**




*Kaynak: Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı[55]*

[54] Seçtim, H. (2019). Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Değerlendirme. Management and Political Sciences Review, 1(1), 117-133.
[55] Türkiye Cumhuriyerti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2024)
Erişim Adresi: https://KÖİ.sbb.gov.tr/ Erişim Tarihi:09.12.2024





Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından açıklanan 2024 yılı verilerine göre, kamu-özel işbirliği projeleri içerisinde sağlık sektörü en çok yatırım yapılan sektörler arasında 13.433.281.994$ yatırım ile 4. sırada yer almaktadır.

Türkiye'de uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı[56] kamu ve özel ortaklığının önünü açtığı düşüncesi ile oldukça eleştirilen bir konu haline gelmiştir. Bu kapsamda adı geçen programı değerlendirmek önemli görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık alanı ve sosyal güvenlik konusunu başat alan Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi 2003 yılında uygulamaya başlamıştır. Bu proje ile sosyal güvenlik kurumlarının kapasitesinin geliştirilmesi, sağlık hizmeti sunumunun yeniden düzenlenmesi, halk sağlığı ve insan kaynakları kapasitesinin güçlendirilmesi hedeflenmiş; 2009 yılında yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi ile Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planına destek verilmesi öngörülmüştür.[57] 2003'te başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile aile hekimliği sistemi, kamu hastanelerine idari ve mali özerklik getirilmesi, herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini sağlamayı amaçlayan bir genel sağlık sigortası sistemi, merkezi hastane randevu sisteminin kurulması (MHRS) gibi uygulamalarla hizmet sunumu genişletilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın halka, doktorlara ve sağlık personellerine getirisi ve Türkiye konjonktüründe değerlendirilmesine Türk Tabipler Birliği tarafından hazırlanan raporda detaylı yer verilmiştir. Program sağlık çalışanlarının iş yükünü artırmış ve nitelikli sağlık hizmeti sunumunun sekteye uğramasına neden olmuştur. TTB'ye göre program sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasının önünü açmış ve sağlığın adil dağılımının önüne geçilmiştir.[58]

Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasının ve özel sektörün sağlık hizmetlerine entegrasyonunun önünü açarak, sistemin finansal sürdürülebilirliği ve eşitlikçi olup olmadığına dair tartışmaları beraberinde getirmiştir. Özel sağlık sektörünün yıllar içerisinde çeşitli politikalar ile artırılan rolü sosyal devlet ile çelişmektedir. Sağlık hizmetlerinin özel sektörün faydası odaklı olmaktan ziyade kamu hukuku ve kamu maliyesi aracılığında kamu yararı doğrultusunda ilerlemesi gerekmektedir. Ancak son yıllarda bunun tam aksi yönde yaşanan bu durum, sosyal devlet anlayışının zayıflayabileceğine dair eleştirileri de beraberinde getirmektedir.

Özel sağlık sektörünün artan rolü, sağlıkta özelleştirme adımları sağlık hizmetlerinin finansmanını bireylerin gelir düzeyleri ile ilişkilendirmekte, nitelikli sağlık hizmetlerine erişim yalnızca belli bir grup için garanti edilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kamu-özel işbirliği modellerini yaygınlaştırarak özel sektörün sağlık hizmeti sunumundaki rolünü artırmıştır. Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği alanında yap-işlet-devret, yap-kirala-devret, yap-işlet ve işletme hakkı devri gibi modeller uygulanmaktadır. Sağlık sektöründe şehir hastaneleri ve sağlık kampüslerinde yap-kirala-devret modeli kullanılmaktadır. Kamu ve özel sektörden paydaşlar, bu ortaklıklara ait sağlık tesislerinin inşası ve işletilmesi sürecinde birlikte çalışmaktadır. Bu modelde özel sektör tesisi yapıp, fiziksel donanımını sağlamaktadır. Kamu ise özel sektöre her yıl kira ödemesi yapmaktadır.[59] Bu kapsamda hayata geçirilen şehir hastaneleri projeleri de özelleştirme sürecinin bir uzantısı olarak değerlendirilmektedir. Bu hastaneler özel sektör yardımıyla inşa edilmekte ve işletilmektedir.[60]

[56] Bu rapor kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın özelleştirmeyi teşvik ettiğine dair yapılan eleştirilere yönelik politikalarına değinilmektedir.
[57] Bostan, S., Çiftçi, F. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Hastane Hizmetleri Üzerindeki Değişim Etkisi: Sağlık Çalışanlarının Görüşleri, SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7 ( 2), 1-8.
[58] Türk Tabipleri Birliği (2003). Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye'sinde Halka ve Hekimlere/Sağlık Personeline Ne Getiriyor?. Ankara: TTB Yayınları.
Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/saglikta_donusum.pdf Erişim Tarihi: 28.11.2024
[59] Yeşiltaş, A. (2020). Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği: Şehir Hastaneleri Üzerine Bir Değerlendirme. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 6(1). 15-28.
[60] Seçtim, H. (2019). Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Değerlendirme. Management and Political Sciences Review, 1(1), 117-133.

## Şehir Hastaneleri Üzerine Bir Tartışma

Kamu ve özel sektör ortaklığının gerekliliğine ilişkin argümanlar, artan tıbbi maliyetler, kaliteyi iyileştirmeye ihtiyaç olduğu ve eşitsizliklerin giderilmesi gerektiği şeklindedir. Ancak bu yaklaşım, sağlığın temel bir insan hakkı olduğu ve kar amacı güden özel sektör müdahalesinin bu hakkı zedeleyebileceği gerekçesiyle eleştirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin kamu eliyle yürütülmesi, hizmetlerin eşit, adil ve erişilebilir olmasını sağlamak için bir zorunluluk olarak görülmektedir. Ayrıca, sağlığın ticarileştirilmesi, dezavantajlı grupların erişimini daha da zorlaştırabileceği için kamu hizmeti olarak kalması gerektiği savunulmaktadır. Aynı zamanda, 2000'li yıllarla birlikte daha çok tartışılan sağlık alanında serbest piyasa reformları, sağlık hizmetlerinin ticaret odaklı ilerleyişi ve sağlığın kamu yararından ziyade kazanç odaklı yaklaşıma evrilmesi Türkiye'de ciddi bir dönüşümü ortaya koymaktadır. Bu durum aynı zamanda kamu hastanelerinin finansmanını bütçe dışı kaynaklara yönlendirmiştir. Vatandaşlar ise tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanına doğrudan veya dolaylı vergiler haricinde sosyal ve özel sigorta primleri, katkı payları, kullanıcı ücretleri ve cepten harcamalar gibi farklı yollar aracılığıyla katkı yapma zorunluluğu ile karşı karşıya kalmaktadır.

Sağlık sektöründe sermayenin etkisini artıran bu dönüşüm, kamu hastanelerinin finansman ve yönetim modellerini de değiştirici etkiye sahip olmuştur. Türkiye'de sağlık hizmetleri hem devlet hem de özel kuruluşlar eliyle gerçekleştirilmekte, ayrıca sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde kamu-özel işbirlikleri de görülmektedir. Özellikle, Kamu-Özel İşbirliği modeliyle inşa edilen ve "yap-kirala" veya "işlet-devret" yöntemleriyle işletilen şehir hastaneleri, yap-kirala-devret modeli ile bu süreçte öne çıkan uygulamalardan biri haline gelmiştir. Bu modele göre kamu ve özel sektör arasında bir sözleşme yapılmakta, bu sözleşmeye göre özel sektör hastaneleri inşa edilmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin modernleştirilmesi amacıyla başlatılan ve pek çok eleştiriyi beraberinde getiren şehir hastaneleri projesi, 2017'den itibaren büyük ölçekli kamu-özel iş birliği (KÖİ) modeliyle hayata geçirilmiştir. Her geçen yıl şehir hastanelerinin sayıları artmaktadır. Türkiye'de pek çok şehir hastanesi imar planları ve uygulama imar planlarında değişiklikler yapılarak tahsis edilen alanlarda inşa edilmiştir. Ulaşım altyapısının yetersiz olduğu bölgelerde bu tür büyük sağlık tesislerinin yapılması, kullanıcıların ulaşım sürelerini artırmış ve hastanelere erişimi zorlaştırmıştır. Şehir hastanelerinin kent merkezinden uzak alanlara inşa edilmesinin Anayasa'nın 56. maddesinde yer alan "sağlık hizmetlerine eşit erişim" ilkesine aykırı olduğu ve bu durumun özellikle dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamasına neden olduğu savunulmaktadır. Ayrıca, kent merkezindeki eski devlet hastanelerinin kapatılması, şehir içinde sağlık hizmetine erişim noktalarının azalmasına ve bölgesel eşitsizliklere neden olmuştur. Mekânsal adalet ilkesi ihlal edilerek, sağlık hizmetleri toplumun geniş kesimleri için erişilmez hale gelmiştir. Şehir hastanelerinin çevresel etkileri değerlendirildiğinde ise çevresinde yeterli sosyal altyapı ve konut alanlarının olmadığı, bu bölgelerde çarpık kentleşme riskini artırdığı görülmektedir.

Şehir hastaneleri içerisinde inşaatı ilk tamamlanan Yozgat Şehir Hastanesi'dir. Ancak ilk açılan hastanenin Mersin Şehir Hastanesi olduğu belirtilmektedir. Dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ Yozgat Şehir Hastanesi açılış konuşmasında şehir hastanelerinin açılmasını şu şekilde açıklamıştır:

> *"2017'den itibaren sağlıkta dönüşümün ikinci fazını yürürlüğe koymuş olacağız, bunun stratejisini hazırlıyoruz, faaliyet planlarını yapıyoruz. Hizmetler devam ediyor, ama inşallah geldiğimiz noktadan bir üst lige daha çıkmak için ve dünyada sağlık hizmetleri sunmadaki şampiyon ülke olmak için gayret sarf ediyoruz. 1.5 yıl gibi bir zaman içerisinde çok mükemmel bir hastaneyi bitirdik, bugün birçok Avrupa ülkesinde bu özelliklere sahip hastane bulmak zordur."* [61]

[61] Akdağ, R. (2016) "Sağlıkta şampiyon ülke için gayret sarf ediyoruz"



KENT GÜNDEMİNE BAKIŞ / OCAK 2025

Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği ile açılan 18 adet Şehir Hastanesi bulunmaktadır. Şehir Hastanesi olarak isimlendirilen hastane sayısı ise 25'tir. Kamu-Özel işbirliği ile açılmayan 7 hastane, devlet hastanesi modeliyle yapılan hastanelerden oluşmaktadır. Bu hastanelerin bir kısmı isim değişikliği ile, bir kısmı farklı birimler ile birleştirilerek şehir hastanesi olarak anılmaya başlanmıştır.

**Tablo 1. İşletmeye Açılan Şehir Hastaneleri**

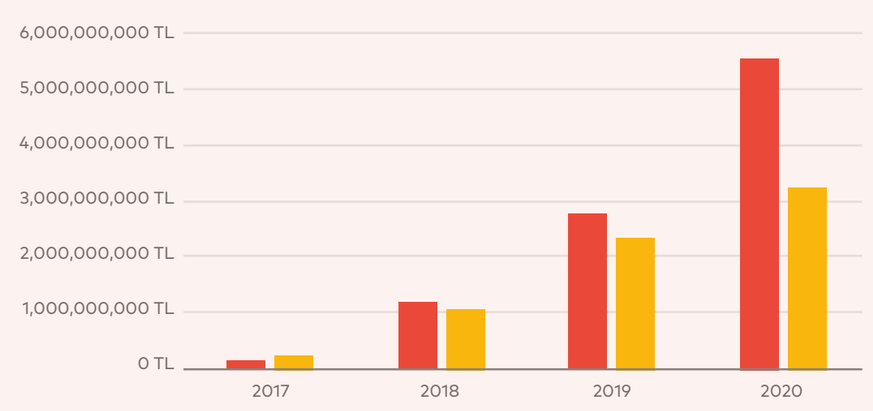
| İl | Yatak Sayısı | Poliklinik Sayısı | Ameliyathane Sayısı | Yoğun Bakım Yatak Sayısı | Açılış Tarihi |
|---|---|---|---|---|---|
| **Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi** | 1.055 | | | 177 | 14.03.2012[62] |
| **Yozgat Şehir Hastanesi (KOİ)** | 475 | 148 | 18 | 82 | 16.01.2017 |
| **Mersin Şehir Hastanesi (KOİ)** | 1.440 | 276 | 51 | 256 | 03.02.2017 |
| **Isparta Şehir Hastanesi (KOİ)** | 845 | 167 | 20 | 188 | 24.03.2017 |
| **Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi (Eski adı: Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi)** | 1.100 | 232 | 35 | 209 | 03.04.2017 |
| **Adana Şehir Hastanesi (KOİ)** | 1.640 | 330 | 60 | 290 | 15.09.2017 |
| **Kayseri Şehir Hastanesi (KOİ)** | 1.607 | 404 | 43 | 266 | 05.05.2018 |
| **Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi (KOİ)** | 1.085 | 227 | 35 | 187 | 01.08.2018 |
| **Eskişehir Şehir Hastanesi (KOİ)** | 1.150 | 256 | 37 | 209 | 27.10.2018 |
| **Manisa Şehir Hastanesi (KOİ)** | 558 | 145 | 19 | 148 | 30.10.2018 |
| **Bursa Şehir Hastanesi (KOİ)** | 1.435 | 402 | 49 | 235 | 16.07.2019 |
| **Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (KOİ)** | 4.050 | 904 | 131 | 958 | 04.03.2020 |
| **İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi (Eski adı: Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi)** | 1.005 | 240 | 27 | 126 | 30.03.2020 |
| **Erzurum Şehir Hastanesi** | 1.670 | 353 | 36 | 256 | 19.05.2020 |
| **İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi (KOİ)** | 2.720 | 710 | 90 | 429 | 21.05.2020 |
| **İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi (Eski adı: Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi)** | 1.140 | 224 | 45 | 205 | 04.07.2020 |
| **Konya Şehir Hastanesi (KOİ)** | 1.295 | 384 | 49 | 300 | 05.08.2020 |
| **İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi (Eski Adı: Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi)** | 815 | 220 | 27 | 105 | 05.09.2020 |
| **Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi (KOİ)** | 605 | 128 | 18 | 119 | 13.11.2020 |
| **Ankara Etlik Şehir Hastanesi (KOİ)** | 4.050 | 1031 | 125 | 747 | 28.09.2022 |
| **Kocaeli Şehir Hastanesi (KOİ)** | 1.220 | 218 | 63 | 208 | 03.04.2023 |
| **İzmir Şehir Hastanesi (KOİ)** | 2.060 | 337 | 54 | 374 | 16.10.2023 |
| **Gaziantep Şehir Hastanesi (KOİ)** | 1.875 | 335 | 64 | 265 | 04.02.2024 |
| **Antalya Şehir Hastanesi** | 1.500 | 300 | 43 | 246 | 02.03.2024 |
| **Kütahya Şehir Hastanesi (KOİ)** | 610 | 202 | 20 | 79 | 28.03.2024 |
| **Toplam** | **37.005** | **8.173** | **1.159** | **6.664** | |

*Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü*

[62] www.hurriyet.com.tr/bakanakdag -saglikta-sampiyon-ulke-icin-gayret-40241344
Kahramanmaraş Devlet Hastanesi, Yenişehir Devlet Hastanesi ve Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi birleştirilerek Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi adı altında hizmet vermeye başlamıştır.

Kamu-Özel İşbirliği, devletin bir özel şirket grubuyla uzun süreli sözleşme ilişkisi kurması esasına dayanan bir yatırım ve hizmet modelidir. Bu modelde hastane özel şirketler tarafından inşa edilerek devlete uzun süreliğine (25 yıl) kiraya verilmekte; devlet, hem şirketlere kira ödemekte, hem de çekirdek hizmet dışındaki hizmetleri bu şirketlere devretmektedir.[63] Şehir hastanelerinin yüksek kira bedelleri kamu maliyesine olan etkileri açısından ciddi tartışmalara neden olmaktadır. Bu konuda yapılan analizler ve açıklamalar, kamu-özel iş birliği (KÖİ) modelinin sürdürülebilirliği üzerine eleştirileri yoğunlaştırmıştır.

**Şekil 2. Yap Kirala Devret Modeli ile Yaptırılan Hastanelerin Kira ve Hizmet Bedelleri**




*Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı mali tablolar*

2021 yılına kadar Sağlık Bakanlığı tarafından aylık olarak paylaşılan mali tablolarda şehir hastanelerine yapılan kira ve hizmet bedellerini kira ve hizmet bedeli şeklinde iki başlık altında görmek mümkün olurken, 2021 yılında program bütçe uygulamasına geçilmesiyle artık şehir hastanelerine yapılan ödemeleri bu başlık altında görmek mümkün değildir. Bu durum ise şehir hastanesi sözleşmelerinin kamuya açık olmayan detaylarının bulunması sebebiyle kamu denetimini zorlaştırmakta ve güven sorunlarına yol açmaktadır.

Kira bedelleri, hastanenin sadece yapımı ve işletimi için değil, aynı zamanda tıbbi ekipman, bakım, onarım ve bazı destek hizmetleri için de ödenmektedir. Ancak bu bedellerin döviz cinsinden ve uzun vadeli sözleşmelerle belirlenmiş olması, ekonomik dalgalanmalar karşısında kamu maliyesini zora sokmaktadır.

[63] Pala, K. (2018). Türkiye'de Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri. İstanbul: İletişim Yayıncılık.





Şehir hastanelerine yönelik bütçe harcamalarının yüksek oluşu oldukça dikkat çekicidir. **Prof. Dr. Kayıhan Pala**, şehir hastanelerinin ilk açıldığı yıldan bu yana Sağlık Bakanlığı bütçesini rehin aldığını ifade etmektedir.

> *"2025 yılında şehir hastanelerine ayrılan bütçe, 67 milyar 181 milyon 365 bin TL 'Kullanım Bedeli' ve 37 milyar 420 milyon 717 bin TL 'Hizmet Bedeli' olmak üzere toplam olarak 104,6 milyar TL'dir. Bu tutar Sağlık Bakanlığı bütçesinin yüzde 10,3'üdür. Şehir hastanelerinin günlük maliyeti ise 286 milyon TL olacaktır.*
>
> *Sağlık Bakanlığı bütçesinin yüzde 10,3'ü 18 adet şehir hastanesine aktarılırken; bütçenin geri kalanı 933 devlet hastanesine, 973 Toplum Sağlığı Merkezine, 28 bin 54 Aile Hekimliği Birimine, 3 bin 420 Acil Yardım İstasyonuna, ... ve 855 bin 343 sağlık personeline ayrılmıştır. Bu büyük bir haksızlıktır."*
>
> **(Prof.Dr. Kayıhan Pala)**

Avrupa Komisyonu uzmanları şehir hastanesi modelinin (Kamu-Özel İşbirliği Modeli) geleneksel olarak kamu tarafından finanse edilen ve yönetilen sağlık hizmeti sunumlarıyla karşılaştırıldığında maliyet-etkin olduğuna dair bilimsel kanıtlar bulunamadığını raporlarında açıklamıştır. 2023 yılı bütçe sunuş sırasında yapılan açıklamaları Prof. Dr. Kayıhan Pala şu şekilde değerlendirmiştir:

> *"Sağlık Bakanı Fahrettin Koca şehir hastanelerine 25 yılda "322 milyar Euro" ödeme yapılacağının hesaplandığını ve bu tutarı azaltmak için bazı çabalar içerisine girdiklerini açıklamıştı. Şehir hastanelerinin maliyeti gerçekten de çok yüksektir ve bu yüksek maliyet eğer bu hastanelerin kamunun üzerinde yük olmasına ilişkin herhangi bir müdahale olmazsa, 2045 yılına kadar sürebilecektir."*
>
> **(Prof. Dr. Kayıhan Pala)**

Sağlık Bakanlığı'nın 2019 Yılı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu, şehir hastanelerine yönelik doluluk garantilerini detaylandırarak, kamu zararını ortaya koymuştur. Sözleşmelerde, yıllık %70 doluluk oranı üzerinden ödeme garantisi sağlandığı ortaya çıkmıştır.[64] 2019 yılı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporunda şu şekilde yer verilmektedir:[65]

> *"Şehir Hastanesi Sözleşmelerinin "Tarafların Hak ve Yükümlülükleri" başlıklı 7'nci maddesinin 7.12'nci fıkrasında;*
>
> İdare, Şirket'e Ek 18'de (Ödeme Mekanizması) düzenlendiği şekilde İşletme Dönemi boyunca Miktara Bağlı Hizmetler için Ek 18 (Ödeme Mekanizması) içerisinde yer alan Ek B'nin Miktara Bağlı Hizmetler başlıklı Bölüm B'de liste halinde belirtilen yıllık %70 (yüzde yetmiş) doluluk oranına göre hesaplanan aylık miktarların ödenmesini ilgili ayda gerçekleşen hasta yatak doluluk oranına bakılmaksızın garanti etmektedir. İdare, garanti edilen miktarların aşılması halinde aşılan miktarlara ait ödemenin tamamını yapacağını kabul ve taahhüt eder. Ancak, söz konusu garanti uyarınca, İdare tarafından garanti edilen tutara ulaşmak üzere Şirket'e aylık bazda yapılan ilave ödemelerin yıllık toplamı, İdare tarafından garanti edilen yıllık miktarın aşılması durumunda, aşan miktar, ilgili İşletme Yılı sonunda sunulan Miktara Bağlı Hizmetler'in yıllık toplam bedelinden kesilecektir.

[64] Tükel R.(2019). Sağlıkta Özelleştirmenin Yeni Modeli: Şehir Hastaneleri. Tıp Dünyası. Türk Tabipleri Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu.
Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kollar/_sehirhastaneleri/yazdir.php?Tablo=tbl_haber&Guid=66843552-efd2-11e7-ab2b-2dd192695673 Erişim Tarihi: 12.12.2024

[65] T.C. Sayıştay Başkanlığı (2019). Sağlık Bakanlığı Denetim Raporu.
Erişim Adresi: https://www.sayistay.gov.tr/reports/8NaQ5JbYqB-saglik-bakanligi Erişim Tarihi: 12.12.2024

*Söz konusu madde hükmünden de anlaşılacağı üzere, miktara bağlı hizmetler için belirlenen garanti miktarları üzerinden hesaplanan tutar görevli şirkete yapılacak asgari ödeme tutarıdır. Miktara bağlı hizmetler için aylık gerçekleşen miktarlar, garanti miktarının üzerinde ise İdare gerçekleşen tutar üzerinden ödeme yapmayı taahhüt etmektedir.*

Konu olan bu oran, hastane kullanımı bu seviyenin altında kalsa bile, devletin şirketlere garanti edilen tutarları ödemeye devam edeceği anlamına gelmesi sebebiyle kamu bütçesinden yüksek miktarlarda ödeme yapılma durumunun yaşanabileceğini göstermektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin planlanmasında bütçe dengesini bozmakta ve kaynak israfına yol açmaktadır. Dolayısıyla şehir hastaneleri projesi her ne kadar büyük ve modern sağlık kompleksleri inşa etmeyi amaçlasa da, ekonomik yük ve doluluk garantileri gibi unsurlar, bu projelerin sürdürülebilirliğinin sorgulanmasına neden olmaktadır.  Bu koşullar altında, şehir hastanelerinin sağlıklı bir şekilde hizmet vermesi için sözleşme şartlarının gözden geçirilmesi, şeffaflığın sağlanması ve kamu yararını ön planda tutan reformların yapılması gerekmektedir.

Şehir hastanelerinin işletilmesiyle ilgili çok sayıda usulsüzlük, fazla ödeme, gereksiz ödeme, hatalı muhasebeleştirme, ihale dokümanı ve projelerde öngörülenden daha fazla alanın ticari alan olarak kullanılması gibi sorunlara dikkat çeken Prof. Dr. Kayıhan Pala, Sayıştay raporlarının bu sorunları her yıl ortaya koyduğunu belirtmektedir.

> *"Aşağıda paylaşılan konularda da görüldüğü gibi, Sayıştay Raporlarında hemen her yıl açık olarak gösterilen sorunlar yumağı aslında şehir hastanelerinin ivedi olarak kamunun üzerinde yük olmaktan çıkarılmasını zorunlu kılmaktadır."*
>
> **(Prof. Dr. Kayıhan Pala)**

**Prof. Dr. Kayıhan Pala Sayıştay'ın Sağlık Bakanlığı 2023 Yılı Düzenlilik Denetim Raporu Bulgu Listesinde yer alan bulgulardan bazılarını şu şekilde özetlemekte ve değerlendirmektedir:**

1. Kamu-Özel İş Birliği Modeli ile işletilen şehir hastanelerinin muhasebe işlemlerinin **mevzuata uygun şekilde yapılmaması**.

2. Hizmete giren şehir hastanelerine ait bazı varlık ve yükümlülüklerin **hatalı kayıt edilmesi**, kira ödemelerinin **hatalı muhasebeleştirilmesi** ve muhasebe içi envanter **işlemlerinin yapılmaması**.

3. Finansal kiralama işlemlerinden doğan mali borçlara ve borçlanma maliyetlerine ilişkin değerleme yapılmaması.

   *(KÖİ modeli kapsamında gerçekleştirilen* finansal kiralama işlemlerine ilişkin *borçların ve borçlanma maliyetlerinin* kaydedildiği hesapların bakiyelerinin, değerleme yapılmaması sebebiyle bilançoda hatalı olarak sunulduğu *görülmüştür.)*

4. Hizmete giren şehir hastanelerinde miktara bağlı hizmetler için **taahhüt edilen tutarların nazım hesaplarda izlenmemesi**.

5. Sözleşme kapsamında teslim edilen taşınırların **malzeme kaynak yönetim sistemine kayıtlarının yapılmaması**.

6. Şehir hastanelerinde nihai tamamlama süreçlerinin yürütülmemesi.

   *(KÖİ modeli ile yaptırılan şehir hastanelerinde,* fiili tamamlama tarihleri üzerinden sözleşmede öngörülen süre geçmiş olmasına rağmen nihai tamamlama süreçlerinin yürütülmediği *görülmüştür.)*





7. Yer teslimi yapılmadan inşaat işleri başlamasına rağmen yatırım ve işletme dönemlerine ilişkin revizyonların yapılmaması.

   *(KÖİ modeli ile işletilen şehir hastanelerinde görevli şirketlerin* yer teslimi yapılmadan inşaat işlerine başlamalarına rağmen yatırım ve işletme dönemlerine ilişkin revizyonların yapılmadığı *görülmüştür.)*

8. Yaptırılmayan/yapılmayan imalatlar için toplam sabit yatırım tutarı revizyonunun yapılmaması ve bu eksikliklerin etki ettiği hizmetler için hizmet değişikliği yapılmaması.

   *(KÖİ modeli ile inşa ettirilen şehir hastanelerinde nihai teklif tarihindeki şartları eşitlenmiş proje ve ihtiyaç programında öngörülen ancak idare tarafından imalatından vazgeçilen ya da görevli şirketler tarafından yapılmayan veya eksik yapılan imalatlar ile bitirilmemiş işler kapsamında görevli şirket tarafından belirli bir süre içerisinde yapılması gereken işler ve/veya teslim edilmeyen ekipmanların* toplam sabit yatırım tutarında meydana getirdiği azalma dikkate alınarak toplam sabit yatırım tutarının revize edilmesi gerekirken bu yükümlülük yerine getirilmediği *ve* bu eksikliklerin etki ettiği hizmetlerde de değişiklik yapılmadığı *görülmüştür.)*

9. Trijenerasyon sistemlerine ilişkin fayda-maliyet analizlerinin yapılmaması.

   *(Doğalgazdan elektrik enerjisi ve termal fayda (sıcak ve soğuk) üretmeye yönelik olarak şehir hastanelerinde kurulan* trijenerasyon sistemi için sağlık tesisleri tarafından maliyet değerlendirmesinin yapılmadığı, *bazı sağlık tesislerinde ise sistem işleticisi konumunda olan görevli şirket tarafından* idareye veri sağlanmadığı, verimlilik değerlendirmeleri yapılmadığı *görülmüştür.)*

10. Doğalgaz tüketiminde eksik ölçüm bedellerine maruz kalınması.

    *(KÖİ modeli ile işletilen şehir hastanelerine ilişkin* doğalgaz tüketimlerinde eksik ölçüm (qmin) bedellerine maruz kalındığı *görülmüştür.)*

11. Yatırım döneminde Katma Değer Vergisi istisnasından yararlanan görevli şirketlerin istisna kapsamında kira tutarının veya kira süresinin bir kısmından vazgeçmesine ilişkin işlemlerin tesis edilmemesi.

    (KÖİ modeli ile inşa ettirilen şehir hastanelerinin yatırım dönemlerinde gerçekleştirilen mal teslimleri ile hizmet ifaları *3065 sayılı Katma Değer Vergisi Kanununun geçici 29'uncu maddesi kapsamında Katma Değer Vergisinden (KDV)* istisna tutulmuş olup, görevli şirketlerin bu istisnadan faydalanması için kira tutarının veya süresinin bir kısmından vazgeçmesi gerekirken idare ile görevli şirketler arasında bu hususa ilişkin işlem tesis ettirilmediği *görülmüştür.)*

12. Kamu-Özel İş birliği Modeli ile yapılması planlanan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kampüs Projesine ilişkin sözleşme taraflarca sulhen sona erdirilmesine rağmen görevli şirketin mutabakat yükümlülüklerini yerine getirmemesi.

    *(KÖİ modeli ile ihale edilen Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kampüs Projesi Sözleşmesi taraflarca 02.01.2019 tarihli mutabakat ile sulhen sona erdirilmesine rağmen* görevli şirket tarafından mutabakat gereklerinin yerine getirilmediği *görülmüştür.)*

**13.** Ankara Etlik Şehir Hastanesi için fiili tamamlama tarihi öncesinde teknolojik gelişmeler kalemi için yapılması öngörülen iş azalışı hususunda mutabakat sağlanmasına rağmen kullanım bedelinin revize edilmemesi.

*(KÖİ modeli ile inşa ettirilen Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsünde ihale teklifine dahil olan idare onayı ile yapılmayan teknolojik gelişmeler kalemi altında yer alan imalatlara ilişkin olarak* idare ile görevli şirket arasında iş azalışı yapılacağı hususunda mutabık kalınmasına rağmen iş azalışı sürecinin tamamlanarak kullanım bedeline yansıtılmadığı *görülmüştür.)*

**14.** Konya ve Manisa Şehir Hastanelerinde kredi geri ödeme planı ile minimum borç servisi karşılama oranının görevli şirket tarafından sözleşme hükümlerine uygun olarak sunulmaması nedeniyle kullanım bedeli ödemesine ilişkin olarak uyuşmazlık yaşanması.

*(KÖİ modeli ile işletilen Konya ve Manisa Şehir Hastanelerinde kullanım bedeline ilişkin olarak taban ödemenin hesaplanmasında görevli şirket tarafından kredi geri ödeme planının onaysız sunulması ve minimum borç servisi karşılama oranında farklı tarihlerde farklı oranların bildirilmesi nedeniyle* kullanım bedeli taban hesaplamasında uyuşmazlık olduğu *görülmüştür.)*

**15.** Ankara Etlik Şehir Hastanesi yüksek güvenlikli adli psikiyatri servisinde görevli şirket tarafından güvenlik hizmeti sunulmaması, sözleşme kapsamında hakların kullanılmaması ve ilgili alanlar için hizmet kesintisi yapılmaması.

*(Ankara Etlik Şehir Hastanesi Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri (YGAP) servisinde görevli şirket tarafından* sunulması gereken güvenlik hizmetinin sunulmaması *nedeniyle ilgili* serviste sağlık hizmeti verilmediği, görevli şirkete karşı sözleşme haklarından bazılarının kullanılmadığı ve sağlık hizmeti verilemeyen bu alan için hizmetlerden bir kesinti yapılmadığı *görülmüştür.)*

**16.** Görüntüleme hizmetlerine ilişkin randevu verme sürelerinde ve laboratuvar hizmetlerine ilişkin sonuç verme sürelerinde gecikmelerin meydana gelmesi ve bunların çoğunluğunun yardım masasına bildirilmemesi.

*(KÖİ modeli ile işletilen şehir hastanelerinde görüntüleme hizmetlerine ilişkin* randevu verme sürelerinde ve laboratuvar hizmetlerine ilişkin sonuç verme sürelerinde *yöntem beyanı belirlemelerine göre* önemli düzeyde gecikmelerin meydana geldiği ve bunların çoğunluğunun yardım masasına bildirilmediği *görülmüştür.)*

**17.** Kamu-Özel İş Birliği Modeli ile işletilen şehir hastanelerinde yemekhane hizmetine ilişkin sistemler arasında entegrasyon olmaması sebebiyle yemek hakkı olmayan personelin yemek sayılarının hakedişe yansıması.

*(Yemekhane hizmetine ilişkin olarak personel kimlik kartı, vardiya sistemi, elektronik turnike sistemi ve HBYS arasında entegrasyon olmaması sebebiyle* yemek hakkı olmayan personelin yemek sayılarının hakedişe yansıdığı *görülmüştür.)*

**18.** İhale teklifi birim fiyatlara dahil olmasına rağmen hizmet sunum alanları için ısıtma ve soğutma giderleri ile kat mutfaklarında kullanılan enerji giderlerinin tahsil edilmemesi.

*(KÖİ modeli ile işletilen bazı şehir hastanelerinde çamaşır, yemek, laboratuvar, görüntüleme ve sterilizasyon hizmetleri için kullanılan alanlarda görevli şirketlerin* birim fiyat tekliflerine dahil olmasına rağmen *ısıtma ve soğutma için* kullanılan enerji tüketim giderleri ile yemek hizmeti kapsamında kat mutfaklarında kullanılan enerji giderlerinin tahsil edilmediği *görülmüştür.)*



KENT GÜNDEMİNE BAKIŞ / OCAK 2025

**19.** Kocaeli Şehir Hastanesinde çeşitli sebeplerle kullanılamayan alanlara ilişkin kullanım eksikliği için kullanım hatası iş ve işlemlerinin gerçekleştirilmemesi.

*(KÖİ modeli ile işletilen Kocaeli Şehir Hastanesinde çeşitli sebeplerle* kullanılamayan alanlar için sözleşme hükümleri doğrultusunda kullanım hatasına ilişkin iş ve işlemlerin gerçekleştirilmediği *görülmüştür.)*

**20.** Konya Karatay Şehir Hastanesinde görevli şirket tarafından sağlık tesisi konseptine uygun olarak yer ve bahçe bakım hizmeti verilmemesi.

*(KÖİ modeli ile işletilen Konya Karatay Şehir Hastanesinde sözleşme gereği görevli şirket yükümlülüğünde olan* yer ve bahçe bakım hizmetinin sözleşme hükümlerine ve sağlık tesisi konseptine uygun olarak verilmediği *görülmüştür.)*

**21.** Sözleşme kapsamında görevli şirket tarafından getirilen ekipmanların atıl kalması.

*(KÖİ modeli ile işletilen bazı şehir hastanelerinde sözleşme eki ek-13 (ekipmanlar) kapsamında* toplam sabit yatırım tutarına dahil olarak görevli şirket tarafından getirilen tıbbi ekipmanların sağlık tesislerinde açılıştan beri kullanılmadığı ve atıl olduğu *görülmüştür.)*

**22.** Sözleşme kapsamında görevli şirket tarafından getirilen tıbbi ekipmanlarda meydana gelen onarım giderlerinin karşılanması konusunda sorunlar yaşanması.

*(KÖİ modeli ile işletilen şehir hastanelerinde görevli şirketler tarafından ek-13 (ekipmanlar) kapsamında teslim edilen* tıbbi ekipmanlarda meydana gelen onarım giderlerinin karşılanmasında arıza ve hasar kaynağının belirlenmesine ilişkin sorunlar olduğu *görülmüştür.)*

**23.** Kamu-özel iş birliği modeli ile işletilen şehir hastanelerinde ticari alanlara ilişkin sorunlar bulunması.

*(KÖİ modeli ile işletilen şehir hastanelerinde; görevli şirketler* tarafından işletilen ticari alanlarda ihale dokümanı ve projelerde yer alandan daha fazla alanda faaliyet yürütüldüğü, ticari alan iklimlendirme giderlerinin hesaplama yönteminde farklılıklar olduğu ve iklimlendirme giderlerinin tahsil edilmediği, ticari alanların elektrik, su ve doğalgaz sayaçlarının eksik veya arızalı olduğu *görülmüştür.)*

**24.** İhale dokümanı ve projelerde öngörülenden daha fazla alanın ticari alan olarak kullanılması.

*(Şehir hastanelerinin uygulama projelerinde görevli şirketler tarafından işletilmek üzere ticari alanlar belirlenmiş olup bazı görevli şirketlerin* uygulama projesinde belirtilen alanlardan daha fazla alanda ticari faaliyette bulunmasına ve idare kullanımında olması gereken depoların projesinde öngörülmediği halde ticari depo olarak kullanılmasına rağmen bu hususlara ilişkin kullanım bedeli revizyonu yapılmadığı *görülmüştür.)*

**25.** Ticari alan iklimlendirme giderlerinin hesaplama yönteminde farklılıklar olması ve iklimlendirme giderlerinin tahsil edilmemesi.

*(KÖİ modeli ile işletilen şehir hastanelerinde* ticari alanlara ilişkin iklimlendirme bedellerinin hesaplanmasında *ortak bir hesaplama yöntemi belirlenmediğinden* uygulama birliği olmadığı ve gerçek maliyet tespitinin yapılamadığı, bazı şehir hastanelerinde ise iklimlendirme giderlerinin tahsil edilmediği *görülmüştür.)*

**26.** Kamu-özel iş birliği modeli ile işletilen şehir hastanelerinde bulunan ticari alanlarda elektrik, su ve doğalgaz sayaçlarının eksik veya arızalı olması.

*(KÖİ modeli ile işletilen şehir hastanelerinin bazılarında ticari alanlara ilişkin* tüketim bedellerinin ölçülebilmesi için gerekli olan sayaçların görevli şirket tarafından tamamlanmadığı, eksik veya arızalı sayaçların olduğu *görülmüştür.)*

**27.** Kamu-özel iş birliği modeli ile işletilen şehir hastanelerine ilişkin sözleşmelerde azami hata puanı limitlerinin belirlenmemesi.

*(Sözleşme eki ek-14 (hizmet şartları) uyarınca* görevli şirket ve alt yüklenicilerin performans izlemesinde kullanılan ve yazılı ihtar, fesih gibi sözleşme haklarının kullanılmasında limit olarak yer alan azami hata puanı limitlerinin bazı şehir hastaneleri sözleşmelerinde belirlenmediği *görülmüştür.)*

**28.** Görevli şirket tarafından sunulan merkezi yardım masası hizmetinde sorunlar bulunması.

*(KÖİ modeli ile işletilen bazı şehir hastanelerinde görevli şirket tarafından sunulan merkezi yardım masası hizmetinde, alanların sınıflandırılması tablosunda yer alan sınıflandırmalara uygun şekilde merkezi yardım masası entegrasyonunun yapılmadığı ve hizmet yanıt süresinden arta kalan sürenin hizmet düzeltme süresine eklendiği görülmüştür.)*

**29.** Merkezi yardım masası alan sınıflandırması entegrasyonunun hatalı olması.

*(Sözleşme eki ek-18 (ödeme mekanizması) ek-a alanların sınıflandırılması tablosunda yer alan sınıflandırmalara uygun şekilde merkezi yardım masası entegrasyonunun yapılmadığı görülmüştür.)*

**30.** Sözleşmeye aykırı olarak hizmet yanıt süresinden arta kalan zamanın hizmet düzeltme süresine eklenmesi.

*(Görevli şirket tarafından sunulan merkezi yardım masası hizmetinde kilit kullanıcılar tarafından iletilen hizmet taleplerine ilişkin hizmet yanıt sürelerinden arta kalan sürenin sözleşmeye aykırı olarak hizmet düzeltme süresine eklendiği görülmüştür.)*

**31.** Pazar testi süreci tamamlanan Adana ve Yozgat Şehir Hastanelerinde görevli şirket tarafından hizmetlerin pazar testi şartlarına ve yöntem beyanlarına uygun olarak sunulmaması.

*(KÖİ modeli ile işletilen* Adana ve Yozgat Şehir Hastanelerinde *sözleşme eki ek-17 (pazar testi prosedürü) uyarınca pazar testine tabi hizmetlere ilişkin olarak yürütülen pazar testi sonucunda* görevli şirket tarafından sözleşme kapsamında sunulan hizmetlerden bazılarının pazar testi şartlarına ve yöntem beyanlarına uygun şekilde sunulmadığı *görülmüştür.)*

**32.** Pazar testi süreçlerinin yürütülmemesi ve sonuçlandırılamaması.

*(Sözleşmelerde öngörülen süre geçmiş olmasına rağmen* Kayseri, Manisa ve Elazığ Şehir Hastaneleri için pazar testi süreçlerinin yürütülmediği; Mersin, Yozgat, Isparta ve Adana Şehir Hastanelerinde *bina ve arazi, ortak hizmetler yönetimi ve HBYS hizmetlerinin* pazar testi süreçlerinin sonuçlandırılamadığı *görülmüştür.)*

**33.** Mersin, Yozgat, Isparta ve Adana Şehir Hastanelerinde bina ve arazi, ortak hizmetler yönetimi ve HBYS hizmetlerinin pazar testi süreçlerinin sonuçlandırılamaması.

*(Mersin, Yozgat, Isparta ve Adana Şehir Hastanelerinde bina ve arazi, ortak hizmetler yönetimi ve HBYS hizmeti dışındaki hizmetlerde pazar testi süreci sonuçlandırılmasına rağmen söz konusu üç hizmet için pazar testi süreçlerinin sonuçlandırılamadığı görülmüştür.)*

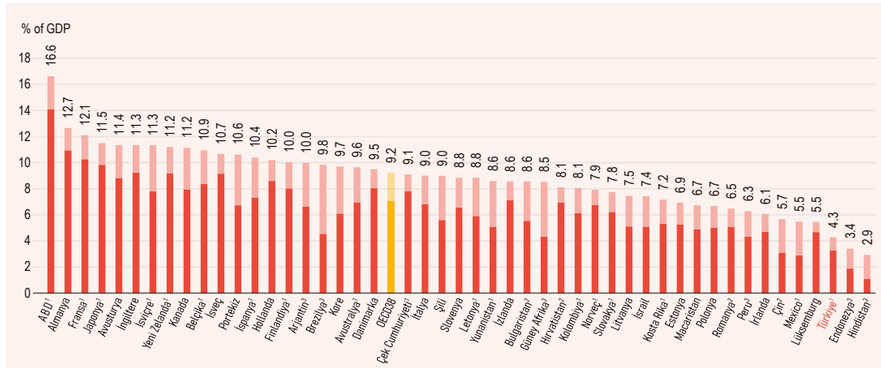




# TÜRKİYE VE İSTANBUL'DAKİ SAĞLIK HİZMETLERİ VERİLERİ

Sağlık sistemi değişikliklerini belirleyen parametrelerden biri de kişi başına düşen sağlık harcamalarıdır. Hem bireysel hem de toplumsal sağlık ihtiyaçlarını yansıtan kişi başına düşen sağlık harcaması düzeyi ve bu düzeyin zaman içinde nasıl değiştiği, çok çeşitli demografik, sosyal ve ekonomik faktörlerin yanı sıra bir ülkenin sağlık sisteminin finansman ve örgütsel düzenlemelerine de bağlıdır. OECD tarafından yayınlanan Health at a Glance 2023 Raporuna göre OECD ülkeleri ortalamasında sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı %9,2'dir. Türkiye ise %4,3 oranıyla ortalamanın oldukça altında kalmakta ve listede sondan üçüncü sırada yer almaktadır. Kamu cari sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı OECD ülkeleri ortalamasında yüzde 7,4 iken, Türkiye'de ise sadece yüzde 3,6'dır.[66]

**Şekil 3. Sağlık Harcamalarının GSYH'ye Oranı**




*Kaynak: OECD, Health at a Glance 2023*

OECD verilerinin de gösterdiği gibi, Türkiye sağlık harcamalarında diğer OECD ülkelerinin ve OECD ortalamasının çok gerisindedir. 2025 yılı için sağlığa ayrılan bütçede de benzer bir durum gözlemlenmektedir. Bu durum, Türk Tabipler Birliği tarafından şu şekilde değerlendirilmektedir:

> *"2025 yılı bütçesinde Sağlık Bakanlığı'na ayrılan pay sadece %6,9'dur. Buna göre, yıl boyunca her bir yurttaşın sağlık hizmeti için yalnızca 11 bin 784 TL ayrılmıştır. Bakanlık bütçesinden sağlık emekçilerine ödenecek maaş ve ücret çıkartıldığında ise geriye kişi başına yalnızca 4 bin 460 TL kalmaktadır. Bugün TBMM Genel Kurulu'nda görüşülmekte olan Sağlık Bakanlığı bütçesiyle iktidar, bütün bir yıl boyunca sağlık hizmeti için her bir kişi başına 360 ekmek parasından da az para harcamayı vaat etmektedir."* [67]

[66] OECD (2023). Health at a Glance. Erişim Adresi: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/7a7afb35-en/1/3/7/2/index.html?itemId=/content/publication/7a7afb35-en&_csp_=6cf33e24b6584414b81774026d82a571&itemIGO=oecd&itemContentType=book Erişim Tarihi: 12.12.2024

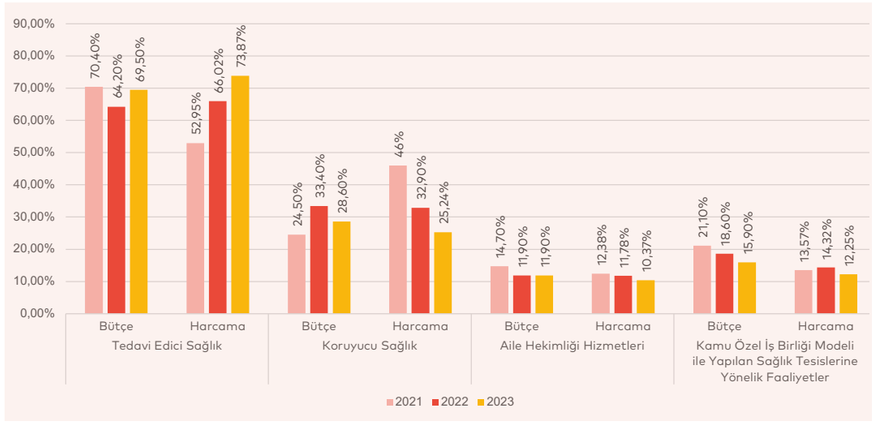
[67] Türk Tabipler Birliği. (2024, 11 Aralık). 2025 yılı "Merkezi yönetim bütçe yasa teklifi"nde Sağlık Bakanlığı'nın payı koruyucu hizmetlere de tedavi edici hizmetlere de yetmeyecek [Basın duyurusu]. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/BA_11Aralik2024.pdf

Raporun bu bölümünde, Türkiye'deki ve İstanbul'daki sağlık hizmetleri ile ilgili çeşitli veriler özelleşen sağlık sisteminin fotoğrafını ortaya koyacak şekilde analiz edilecektir. Öncelikle Sağlık Bakanlığı bütçesi incelenecek ve koruyucu sağlık bağlamında analizi yapılacaktır. Ardından tedavi edici sağlık hizmetlerinin hangi boyutlarda özelleştiğine dair veriler üzerine detaylı inceleme sunulacaktır.

## Sağlık Bakanlığı Bütçesinde Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan faaliyet raporlarında, 2021'den bu yana harcama kalemleri detaylı bir şekilde gösterilmekte ve bu kalemler için yapılan harcamalar verilmektedir. Şekil 4'te, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına giren bütçe ve harcamalara ne kadar ayrıldığına ve koruyucu sağlık içinde yer alan aile hekimliği hizmetlerine ne kadar ayrıldığı ile kamu-özel işbirliği modeli ile yapılan sağlık tesislerine yönelik faaliyetler[68] için ne kadar bütçe ayrıldığı ve harcama yapıldığına oransal olarak yer verilmektedir.

**Şekil 4. Sağlık Bakanlığı Bütçesi İçinde Yer Alan Bazı Bütçe ve Harcamaların Yıllara Göre Dağılımı**




*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporları*

Şekil 4'te de görüldüğü üzere tedavi edici sağlık için ayrılan bütçe ve yapılan harcamalar, koruyucu sağlık için ayrılan bütçe ve yapılan harcamalardan fazladır. 2021 yılında tedavi edici sağlık için ayrılan bütçe Sağlık Bakanlığı bütçesinin %70,4'ü iken, bu oran koruyucu sağlık için %24,5 olmuştur. 2021 yılı için harcamalara bakıldığında ise tedavi edici sağlık harcamaları oranı %52,95'e düşmüşken, koruyucu sağlık için yapılan harcamalar %46'ya yükselmiştir. Bunun sebebini COVID-19 Pandemisi sürecinde ortaya çıkan ihtiyaçlara yönelik yapılan harcamalar olarak değerlendirmek mümkündür. Yine Şekil 4'te görüldüğü üzere pandeminin etkisinin geçmeye başladığı 2022 yılından itibaren tedavi edici sağlık ve koruyucu sağlık hizmetleri için ayrılan bütçe ve harcama arasında herhangi bir fark bulunmazken, 2023'e gelindiğinde tedavi edici sağlık hizmetleri için yapılan harcama ayrılan bütçeyi geçmiş, koruyucu sağlık için yapılan harcamalar ise ayrılan bütçenin altında kalmıştır.

[68] Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu'nda kamu-özel işbirliği modeli ile yapılan sağlık tesislerine yönelik faaliyetler şu şekilde açıklanmıştır: "Şehir Hastanesi Modeli ile ülkemizin sosyo-ekonomik gerekçelerine uygun, geliştirilebilir ve sürdürülebilir, nitelikli yatak planlamasına uygun projeler hizmete sunulmaktadır. Şehir hastaneleri bulunduğu kentte en yüksek kali tede sağlık hizmetini sunan yatırımlar olarak hizmet vermeye devam etmektedir. **Bu model ile ilgili olarak işletme öncesi hazırlık, işletme dönemi, sözleşme, hukuk ve finansal analiz faaliyetleri yürütülmektedir.** Bu şekilde 2017 yılından itiba ren bugüne kadar toplam 14 ilde 15 şehir hastanesi hizmet sunumuna başlamıştır."





**Sağlık Bakanlığı bütçesinin çok büyük bir bölümü tedavi edici sağlık için ayrılmaktadır.** Ancak raporda da belirtildiği gibi, sağlık Bakanlığı tarafından koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana konulması gerekmektedir. Nüfusun hastalanmamasına yönelik harcamaların azalmasının bütçenin yanlış kullanımı olarak değerlendirilebileceği düşünüldüğünde, koruyucu ve tedavi edici sağlık arasındaki makasın bu kadar açılması devlet bütçesinin de doğru kullanılmadığı şeklinde yorumlanabilmektedir. Buna ek olarak, Doç. Dr. Osman Elbek'in belirttiği üzere, koruyucu sağlık bütçesi içinde yer alan aile hekimliği harcamalarının tamamının koruyucu sağlık harcaması olarak değerlendirilmesinin doğru bir yaklaşım olmadığını söylemek mümkündür. Doç. Dr. Osman Elbek, birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yer alan aile hekimliği hizmetlerinin önemli bir kısmının da tedavi edici sağlık hizmeti olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Buradan yola çıkarak, Sağlık Bakanlığı'nın faaliyet raporlarında yer alan ve koruyucu sağlık hizmetleri için yapıldığı belirtilen harcamaların bir kısmının aslında tedavi edici sağlık hizmetleri altında değerlendirilebileceğini söylemek yanlış olmayacaktır.

**Aile hekimliği hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı bütçesi içindeki payı 2021 yılında %14,7 iken bu pay 2023 yılında %11,9'a gerilemiştir.**

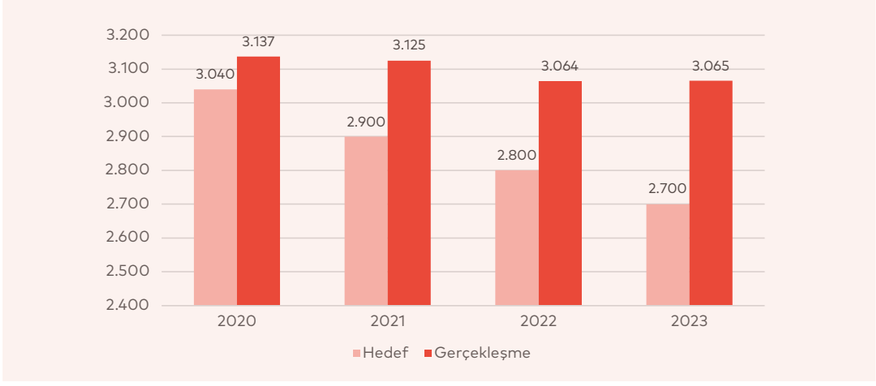
Koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde yer alan aile hekimliği hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı bütçesi içindeki payı 2021 yılında %14,7 iken bu pay 2023 yılında %11,9'a gerilemiştir. Bu duruma ek olarak, aile hekimliği hizmetleri yapılan harcamalar, son 3 yılda da ayrılan bütçenin gerisinde kalmıştır. Raporda da bahsedildiği gibi aile hekimlerinin yaşadığı sorunlar son üç yıllık harcamalarda da görüldüğü gibi yeteri kadar ilgi görmemektedir. Vatandaşların hastalık durumunda ilk başvurması gereken yerlerden olan aile hekimliği hizmetlerinin bütçesinin bu kadar düşük tutulması hem hizmetin fiziksel kalitesini hem de aile hekimleri üzerindeki iş yükünü artırmaktadır. Bu durum, imkanı olan vatandaşları özel sektörden hizmet almaya yöneltmektedir ve sağlık üstünden kar elde etmeye çalışan grupların daha fazla kar etmesine sebep olduğunu söylemek mümkündür.

**Kamu-özel işbirliği modeli ile yapılan sağlık tesislerine yönelik Sağlık Bakanlığı harcamaları, aile hekimliği için harcanan miktardan fazladır. Bu durum sağlık hakkı üzerinden kar elde etmeye çalışan şehir hastanelerinin bütçede önceliklendirildiğini göstermektedir.**

Sağlık Bakanlığı bütçesi için dikkat çeken bir başka konu ise, kamu-özel işbirliği modeli ile yapılan sağlık tesislerine yönelik faaliyetler başlığıdır. Yukarıda da belirtildiği gibi şehir hastanelerine yönelik olan bu harcamalar Sağlık Bakanlığı harcamalarının 2021 yılında %13,57'sini, 2022 yılında %14.32'sini, 2023 yılında ise % 12,25'ini oluşturmaktadır. Bu değerlerden de görüldüğü üzere **sadece şehir hastaneleri için harcanan miktarın aile hekimliği için harcanan miktardan daha fazla olması Sağlık Bakanlığının ve merkezi hükümetin bütçe kullanımında halkın hastalanmasını önlemek için çalışması gereken aile hekimliği sisteminden[69] yana değil sağlık hakkı üzerinden kar elde etmeye çalışan şehir hastaneleri için harcamaya tercih ettiğini** söylemek mümkündür.

Aile Hekimliği hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde aldığı payın yeterli olmadığını gösteren bir başka bir veri ise aile hekimliği birimi başına düşen nüfusun Sağlık Bakanlığı tarafından konulan hedef ve hedefe yönelik gerçekleşme sayılarıdır.

**Şekil 5. Türkiye'de Aile Hekimliği Birimi Başına Düşen Nüfusun Hedef ve Gerçekleşme Sayıları**




*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporları*

Sağlık Bakanlığı 2011 yılı Faaliyet Raporu'na göre 2011 yıl sonu itibariyle 3.696 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir. Aynı raporda, yıllar itibariyle aile hekimine kayıtlı hasta sayısının kademeli olarak azaltılması ve 2023 yılında 2.000 kişiye bir aile hekiminin hizmet vermesi hedeflendiği bilgisi paylaşılmıştır[70] Grafikte de görüldüğü gibi, 2020-2023 arasında aile hekimliği birimi başına düşen nüfus hedefleri karşılık bulamamış ve 2020'de 3040 olan aile hekimliği birimi başına düşen nüfus hedefi 2023'te 2700'e düşürülmüştür. Ancak bu hedefler ve gerçekleşme sayıları ile arasındaki fark dört yıl içinde açılmıştır. Dört yıl içinde aile hekimliği birimi başına düşen nüfusun çok az sayıda azalmış olmasına rağmen, hedeflerin dört yıl içinde 340 kişi azaldığı görülmektedir. 2011 yılı Faaliyet Raporunda 2023 yılı için hedeflenen aile hekimine bağlı hasta sayısına ulaşılamadığı ve hala hedeften oldukça yüksek ortaya çıkmıştır.

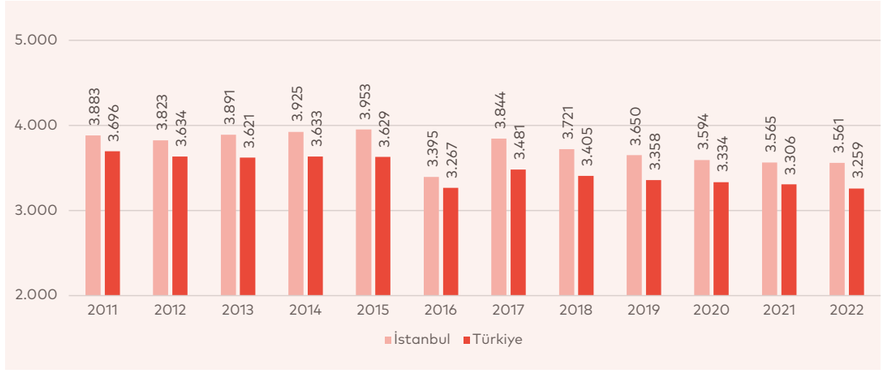
Aile hekimliği birimi başına düşen nüfus sayısının hedeflerdeki sayıya yakın olmaması ve Türkiye'de 2023'te aile hekimliği birimi başına düşen sayının 3065 olması **Türkiye'de yeteri kadar aile hekimliği birimi ve aile hekimi olmadığını göstermektedir**. Bu durum İstanbul için de geçerli olmakla beraber, İstanbul'da aile hekimi başına düşen sayı Türkiye ortalamasına göre daha fazladır.

[69] Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen ve ülkemizde uygulanan haliyle aile hekimliği sistemi ağırlıklı olarak tedavi edici sağlık hizmeti işlevi görmektedir.
[70] T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı (2012). Faaliyet Raporu 2011. Erişim Adresi: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/447 Erişim Tarihi: 30.12.2024





Şekil 6. Türkiye ve İstanbul'da Aktif Çalışan Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus



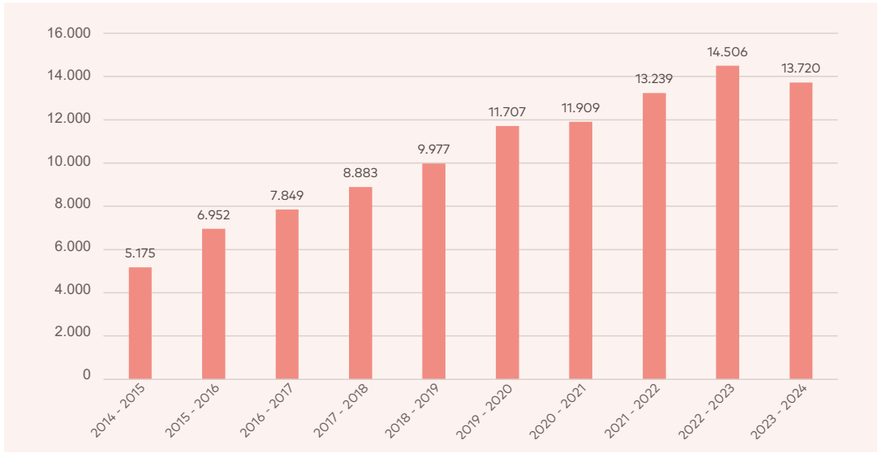

*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

2011'den 2022'ye kadar hem Türkiye'de hem İstanbul'da aile hekimi başına düşen nüfus azalmış olsa da, **İstanbul'da aile hekimi başına düşen nüfus Türkiye'ye göre her zaman daha fazla olmuştur**. 2011'de aile hekimi başına düşen sayı 3883 iken 2022 yılında bu sayı 3561 olmuştur. Türkiye'de ise 2011 yılında 3696 olan sayı, 2022'de 3259 olmuştur. Yukarıda da vurgulandığı gibi aile hekimliğine yeteri kadar bütçe ayrılmadığı gibi, İstanbul özelinde değerlendirildiğinde aile hekimi başına düşen nüfus Türkiye'ye oranla oldukça fazladır. Bu durum ise aile hekimlerinin çalışma şartlarını ve tercihlerini etkilemektedir.

> *"Öte yandan bu durum sağlık sisteminin İstanbul'u kamu yönünden özel olarak ihmal ettiği ve açık bıraktığı biçiminde yorumlanabilir. Kuşkusuz oluşan/ oluşturulan bu boşluk veya ihtiyaç, özel sağlık sistemi tarafından doldurulmaktadır. Başka bir ifadeyle sağlık sistemi, özel sağlık sisteminin yeterince fırsat bulması için İstanbul'un kamusal sağlık gücünü bilhassa zayıf tutmaktadır. Bu durum diğer basamaklar için de geçerlidir. Son aylarda yaşanan Yenidoğan Skandalı temelde bu eksikliğin yansımasıdır."*
>
> **(Doç. Dr. Osman Elbek)**

Hem aile hekimi başına düşen nüfus hedeflerinin gerçekleşmemesi hem de Türkiye ve İstanbul'da aile hekimi başına düşen nüfus arasındaki fark göz önünde bulundurulduğunda, tıp fakültesinden mezun doktor sayısına değinmek önem teşkil etmektedir.

**Şekil 7. Yıllara Göre Tıp Fakültelerinden Mezun Sayısı**




*Kaynak: Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi*

Şekil 7'de de görüldüğü gibi, son 10 yıl içinde tıp fakültesinden mezun olan doktor sayısı 100.000'den fazladır. Her ne kadar emekli olan doktor sayısına dair net veriye ulaşmak mümkün olmasa da, Doç. Dr. Osman Elbek'in de aktardığı üzere, emekli olan doktor sayısı mezun olan doktor sayısından önemli ölçüde azdır. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda, karşılanamayan aile hekimi ihtiyacının iş gücü yetersizliğinden çok bir planlama eksikliği ve bilinçli bir politika olduğunu söylemek mümkündür.

## Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme ve Mevcut Durum

Türkiye'deki yıllara ve sektörlere göre hastane sayıları dağılımına bakıldığında, özellikle son 20 yılda artan özel hastaneler dikkat çekmektedir.

**Şekil 8. Türkiye'deki Hastane Sayılarının Yıllara ve Sektörlere Göre Dağılımı**




*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

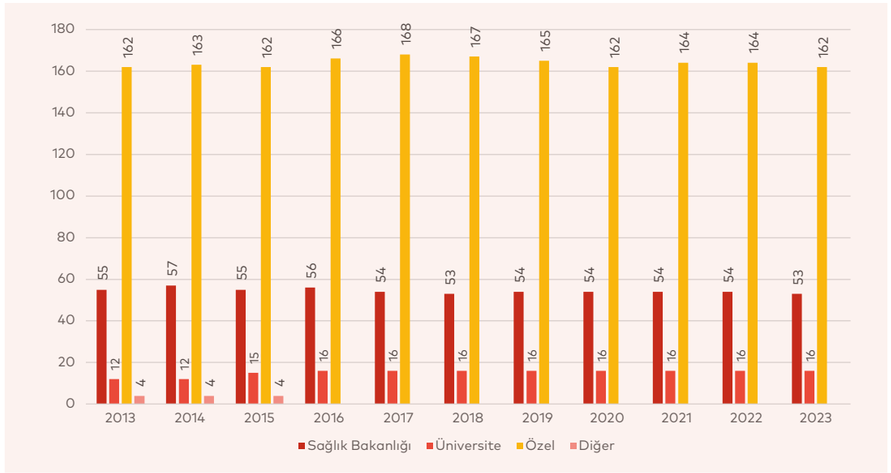




**Sağlık hizmetleri özelleştirilmektedir. 1995 yılında tüm hastaneler arasında özel hastane sayısı sadece 141 iken bu sayı 2004'te 253, 2015'te 562 ve en güncel olarak 2023'te 565 olmuştur.**

Türkiye'deki hastane sayılarına 1995'ten günümüze kadar bakıldığında iki önemli değişim bulunmaktadır. Bunlardan ilki yukarıda da bahsedildiği gibi özel hastane sayısının toplam hastane sayısı içinde artan oranı ve hem Sağlıkta Dönüşüm Programıyla SSK ve diğer kamu hastanelerinin hem de askeri hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na bağlanmasıyla hastane hizmeti veren sektörlerin Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektör olmasıdır. 1995 yılında tüm hastaneler arasında özel hastane sayısı sadece 141 iken bu sayı 2004'te 253, 2015'te 562 ve en güncel olarak 2023'te 565 olmuştur. Özelleştirilen sağlık hizmetinin en önemli göstergelerinden biri olan bu durum, mekansal olarak nüfusun kolay erişebileceği hastaneler arasında özel hastaneleri ön plana çıkarmaktadır. Her ne kadar Türkiye'de özel hastane sayısında bu önemli artış olsa da, Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler özel hastane sayısından fazladır. Ancak bu durum İstanbul için geçerli değildir.

**Şekil 9. İstanbul'daki Hastane Sayılarının Yıllara ve Sektörlere Göre Dağılımı**

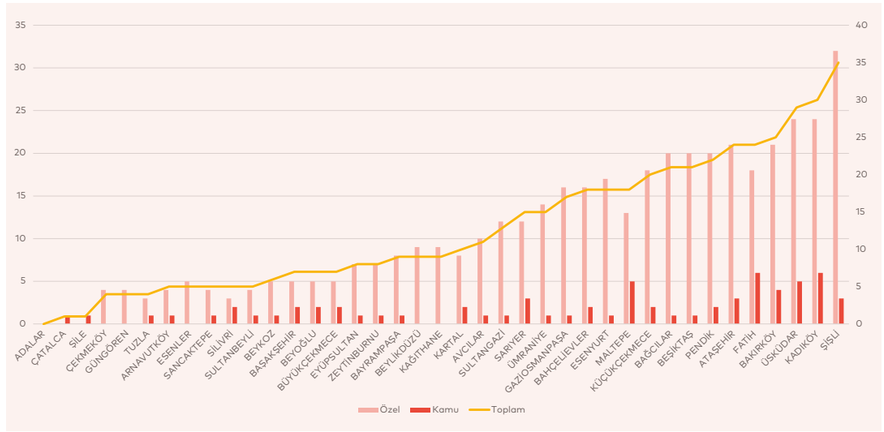



*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıklar*

**Türkiye'de özel hastane sayısında önemli artış olsa da, Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı ve kamu üniversitelerinin hastaneleri özel hastane sayısından fazladır. Ancak bu durum İstanbul için geçerli değildir.**

Şekil 9'da da görüldüğü gibi, **İstanbul'daki özel hastane sayısı İstanbul'daki devlet hastanesi sayısının üç katından fazladır**. İstanbul'da tedavi edici sağlık hizmetleri büyük ölçüde özel sektöre terk edilmiş durumdadır. Bu durum 2013'ten günümüze neredeyse hiç değişmemiştir ve İstanbul'daki bu durumun önemli bir politika değişimi olmadığı sürece aynı kalacağını düşünmek de yanlış olmayacaktır. İstanbul'un özelinde bakıldığında ise, özel sektörün varlığı bazı ilçelerde daha fazla ön plana çıkmaktadır.

**Şekil 10. İstanbul'da İlçelere Göre Özel[71] ve Kamu[72] Sağlık Kurumları (2023)[73]**




*Kaynak: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü*

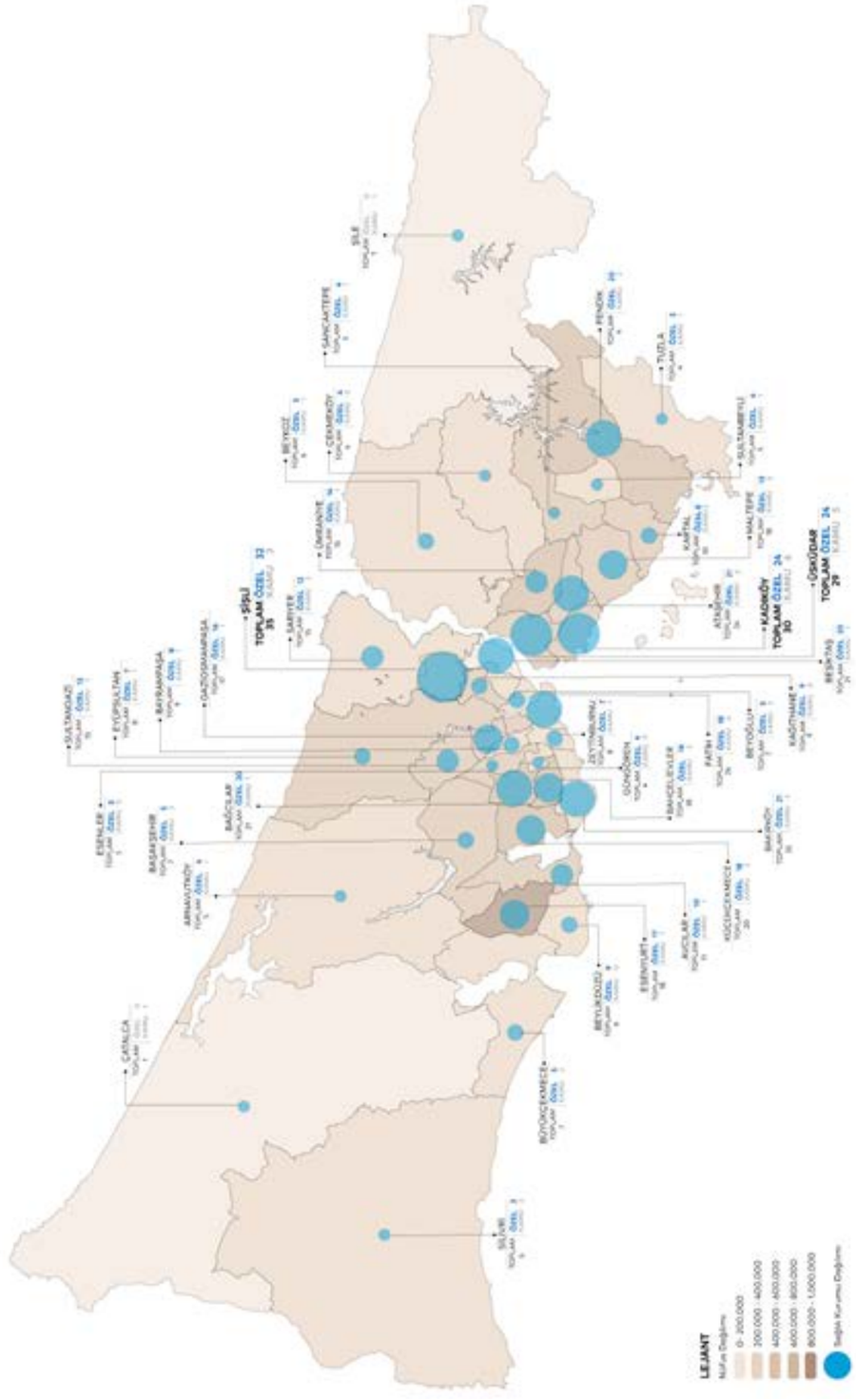
İstanbul genelinde toplamda 495 sağlık kurumu yer almaktadır. Bu kurumlar arasında en çok sağlık kurumuna sahip ilçeler Şişli, Kadıköy, Üsküdar, Ataşehir ve Bakırköy olarak sıralanabilir. Şişli'de 32'si özel, 3'ü devlet olmak üzere toplamda 35 sağlık kurumu bulunmaktadır. Kadıköy'de ise 24'ü özel, 6'sı kamuya ait olmak üzere toplam 30 sağlık kurumu yer alırken, Üsküdar'da 24'ü özel ve 5'i kamuya ait toplam 29 sağlık kurumu mevcuttur. Veriler değerlendirildiğinde, özel sağlık kurumlarının kamu kurumlarına oranla belirgin bir şekilde fazla olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca sağlık kurumlarının coğrafi dağılımı incelendiğinde, hemen her ilçede en az bir sağlık kuruluşunun bulunduğu görülmektedir. Bununla birlikte, Kağıthane, Beylikdüzü, Güngören, Esenler ve Çekmeköy'de yalnızca kamu sağlık kuruluşları bulunurken, Çatalca ve Şile'de sadece özel sağlık kuruluşları mevcuttur. Adalar ilçesinde ise ne özel ne de kamuya ait bir sağlık kurumu bulunmaktadır.

[71] Özel sağlık kurumları hesaplanırken, özel hastaneler, özel tıp merkezleri ve vakıf üniversiteleri hastaneleri dahil edilmiştir.
[72] Kamu sağlık kurumları hesaplanırken devlet hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi (1 adet), devlet üniversitesi hastaneleri ve belediye ile vakıflara ait ücretsiz hizmet sağlayan sağlık kurumları dahil edilmiştir.
[73] Veri kısıtı sebebiyle kamu sağlık kurumlarının ek hizmet binaları analize dahil edilmemiştir.



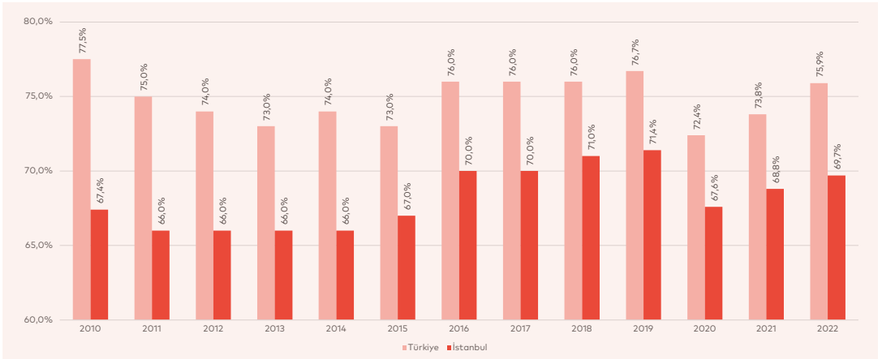
KENT GÜNDEMİNE BAKIŞ / OCAK 2025

**Harita 1. İstanbul'da İlçelere Göre Özel ve Sağlık Kurumlarının Dağılımı Haritası**



Bu çalışmada veri sınırlamaları nedeniyle hastane kapasitelerine yer verilememektedir. Ancak kamu sağlık kuruluşlarının, özel sağlık kuruluşlarına kıyasla genellikle daha geniş kapasiteye ve daha fazla hizmet alanına sahip olduğu bilinmektedir. Özel sağlık kuruluşlarının kapasitesi görece düşük olmakla birlikte, ayakta tedavi hizmetleri açısından kamu hastaneleriyle benzer bir kapasite sunduklarını söylemek mümkündür. Bununla birlikte, genel tedavi hizmetleri değerlendirildiğinde özel sağlık kuruluşlarının sayısının fazlalığı, kamu sağlık kuruluşlarının mekansal olarak daha kolay erişilebilir olduklarını gösterebilmektedir. Ancak bu durum, özel hastane ücretlerini karşılayamacak kişiler düşünüldüğünde herkesin sağlık hizmetine eşit şekilde erişimini sağlayamadığını da ortaya koymaktadır. Bu nedenle, kentsel alanlarda sağlık kurumlarının adil bir şekilde dağıtılmasının ve konumlarının planlama kararları doğrultusunda belirlenmesinin önemi büyüktür. Mekansal açıdan yanlış alınan kararlar ve kamusal yaklaşımdan uzak sağlık politikaları, kamu sağlık kuruluşlarının daha az nüfusun erişim sağlayabildiği konumlarda kalmasına yol açmaktadır. Özel hastane sayısının Türkiye'deki ve İstanbul'daki tüm hastaneler içindeki durumuna bakıldığında özel sektörün bir insan hakkı olan sağlık hizmetlerine erişimde ne kadar ön planda olduğu görülmektedir. Özel hastanelerin İstanbul'daki fazlalığı başka verilerde de kendini önemli ölçüde göstermektedir. Bunlardan biri de yıllara göre kişi başı hastane müracaatlarında Sağlık Bakanlığı hastanelerinin oranıdır.

**Şekil 11. Yıllara Göre Kişi Başı Hastane Müracaatlarında Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Oranı**




*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

2010'dan günümüze kadar olan süreçte kişi başı hastane müracaatlarında sağlık Bakanlığı'na başvuru oranı 2019'a kadar sürekli artmış olmakla birlikte COVID-19 Pandemisinin etkisiyle 2020'de bir düşüş göstermiştir. Ancak bu düşüş sonrasında yeniden artmaya devam etmiştir. Hastane müracaatları içindeki Sağlık Bakanlığının payı ve 2010-2022 yılları arasında Türkiye ve İstanbul'daki durum değerlendirildiğinde en fazla farkın 2010 yılında olduğu görülmektedir. 2010'da tüm müracaatlar içinde Sağlık Bakanlığı müracaatlarının oranı %77,5 iken, bu oran İstanbul için %67,4 olmuştur.



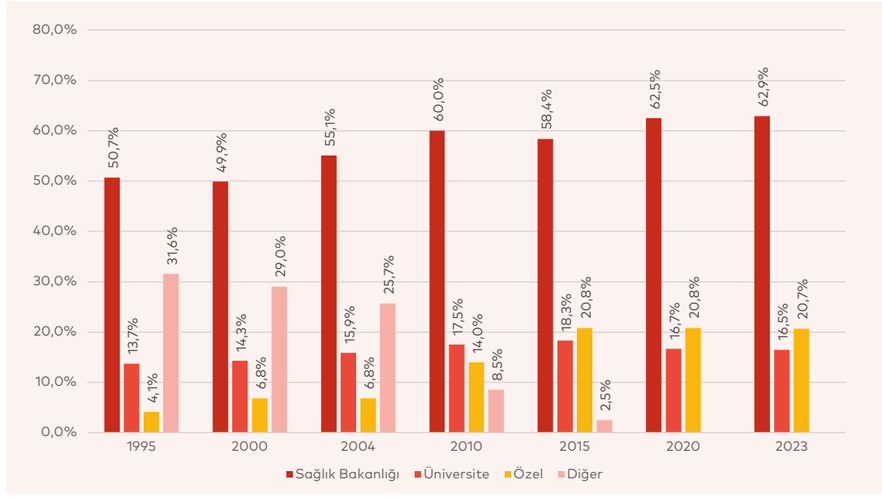


*"Bu veri bir gerçeği "gizliyor". Gösterdiğiniz üzere İstanbul'da Türkiye ile kıyaslandığında kamu hastane oranı 3 kat azdır. Bu azlığa rağmen İstanbul'da kişi başı başvuru oranı Türkiye'nin üçte biri değildir. Başka bir ifadeyle İstanbul'da kamu birimlerine göreli olarak büyük talep ve ihtiyaç vardır. İstanbul'da kamu sağlık kurumları Türkiye geneline göre 3 kat daha az olmasına rağmen ciddi yük kaldırıyorlar. Türkiye başvuruları ile İstanbul başvurularını oranlarsak en yüksek olarak 2010 yılında 1,15 olduğu görülüyor.*
*Başka bir ifadeyle Türkiye'de Sağlık Bakanlığı hastanelerine kişi başı başvuru oranı İstanbul'un 1,15 katı. Ama Türkiye'de kamu birimleri İstanbul'un 3 katı.*
*Hatta bu oran 2015 ve sonrasında İstanbul'da kamu lehine daha çok azalıyor.*
*Yani İstanbul halkı, 2015 ve sonrasında kamu sağlık birimleri Türkiye geneline kıyasla 3 kat daha az olmasına rağmen kamuya başvuruyu arttırıyor. Gelin görün ki İstanbul'da sağlık sistemi bu artan ihtiyaca bilerek yanıt vermiyor. Zaten güncel pratik de bu yönde; İstanbul'da kamu hastanelerinde yatak bulmak hemen hemen mümkün değil.*
*Bu nedenle torpil ya da "mali/ ticari çeteler" bu eksiklikten yararlanarak devreye giriyor. Bunun en önemli örneklerinden biri de Yenidoğan Skandalı..."*

**(Doç. Dr. Osman Elbek)**

**Hastane yatak sayıları 1995 yılından bu yana özel sektörde artış göstermektedir.**

**Şekil 12. Türkiye'deki Hastane Yatak Sayılarının Sektörlere Göre Oransal Dağılımı**



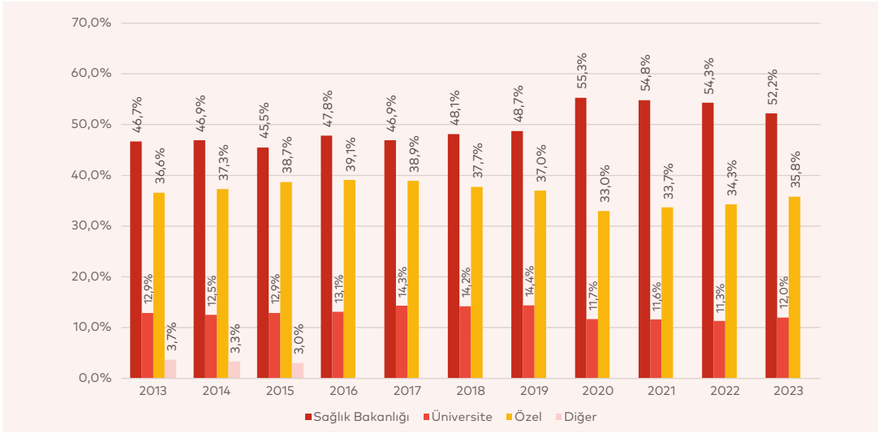

*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

Hastane sayılarında olduğu gibi hastane yatak sayılarında da 1995 yılından günümüze gelen süreçte özel sektör payının artışı dikkat çekmektedir.

1995 yılında özel sektör hastanelerindeki yatak sayısı toplam hastane yatak sayısı içinde %4,1 iken, bu oran 2010 yılında %14 ve 2015'te %21 seviyelerine çıkmıştır. Bu oran günümüzde de korunmaktadır. 1995 yılında hastane yatakları içinde %31,6'lık bir orana sahip olan ve diğer kategorisinde gösterilen (SSK, askeri hastaneler, azınlık hastaneleri vd.) hastaneler, Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte ya Sağlık Bakanlığına bağlanan hastanelerdeki yatak sayılarını ya da özel sektör olarak devam eden hastanelerdeki yatak sayılarını göstermektedir.

Hastane yatağı sayısının oransal olarak sektörler arası dağılımına bakıldığında İstanbul'da, hastane sayısında olduğu gibi, özel sektörün Türkiye geneline göre daha fazla yoğunlukta olduğu görülmektedir.

**Şekil 13. İstanbul'daki Hastane Yatak Sayılarının Sektörlere Göre Oransal Dağılımı**

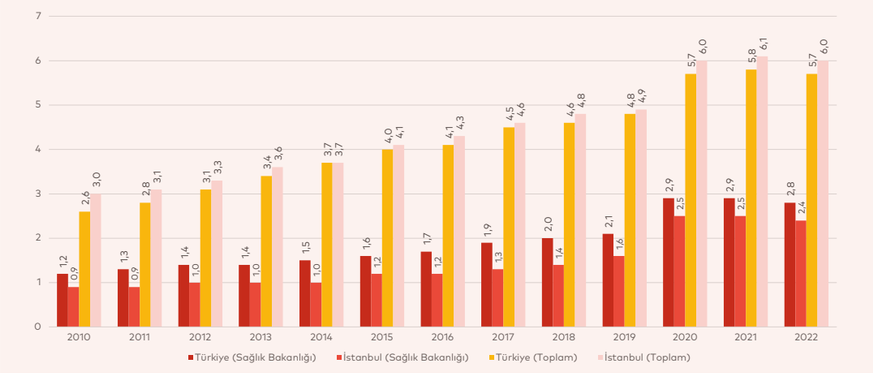



*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

2013 yılında özel hastanelerdeki yatak sayısının tüm yatak sayıları içindeki oranı %36.6 iken, 2016 yılında %39,1 ile son yılların en yüksek oranına ulaşmış ardından 2020 yılında %33'e düştükten sonra 2023'te %35,8'e ulaşmıştır. 2020'deki oransal düşüşün sebebini Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerdeki yatak sayısının pandeminin etkisiyle daha da artırılması olarak yorumlamak mümkündür.

2024'ün son aylarında Türkiye gündemini işgal eden en önemli konulardan biri olan yeni doğan yoğun bakımları ilgili ortaya çıkan olaylar, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile özelleştirilen sağlık sisteminde maddi çıkarlar uğruna bebeklerin sağlıklarının ve yaşamlarının nasıl riske atılabildiğini gözler önüne sermiştir. Yaşanan olaylar neticesinde yoğun bakım yataklarının sektörlere göre incelenmesi ve yoğun bakım yatakları arasında özel hastanelerin payının boyutunun değerlendirilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. 10.000 kişiye düşen yoğun bakım yatağı sayısının yıllara göre dağılımına bakıldığında, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerdeki yoğun bakım yatağı sayısının İstanbul'da Türkiye'ye oranla daha az olduğu ortaya çıkmaktadır.

**Şekil 14. Türkiye ve İstanbul'da 10.000 Kişiye Düşen Yoğun Bakım Yatağı Sayısının Yıllara Göre Dağılımı**




*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

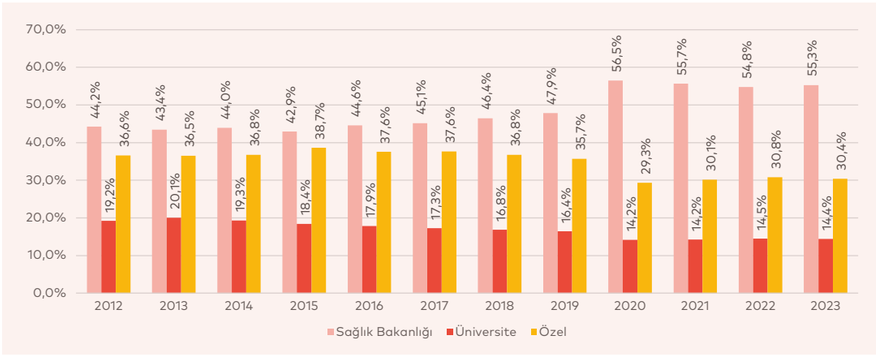




Şekilde de görüldüğü üzere 2010 yılında 10.000 kişiye düşen yoğun bakım yatağı sayısı tüm sektörlerde Türkiye'de 2,6 iken İstanbul'da bu sayı 3 olmuştur. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde ise bu sayılar Türkiye'de 1,2 İstanbul'da ise 0,9'dur. Yıllar içinde bu sayıların Türkiye genelinde 5,7'ye İstanbul'daysa 6'ya çıktığı görülmektedir. 2022 yılına ait veriler değerlendirildiğinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yoğun bakım yatak sayısı Türkiye'de 2,8; İstanbul'da 2,4'tür. Özel hastanelerin sayısının İstanbul'da daha fazla olması sebebiyle, tüm sektörlerdeki hastanelerde 10.000 kişi başına düşen yoğun bakım yatağı sayısı İstanbul'da Türkiye'dekinden daha fazladır.

Her ne kadar son yıllarda yoğun bakım yatağı sayısı Türkiye ve İstanbul genelinde artmış olsa da, kamu hastanelerindeki yoğun bakım yatağı sayısı oranını toplam yoğun bakım yatağı sayısı içindeki oranla karşılaştırmak oldukça önemlidir. Yoğun bakım yatağı sayıları erişkin, çocuk, yeni doğan ayrımında incelendiğinde özel hastanelerin farklı yoğun bakım ünitelerinde farklı yoğunluklarda yoğun bakım yatağı sayısına sahip olduğu görülecektir.

**Şekil 15. Erişkin Yoğun Bakım Yatağı Sayısının Yıllara ve Sektörlere Göre Oransal Olarak Dağılımı**

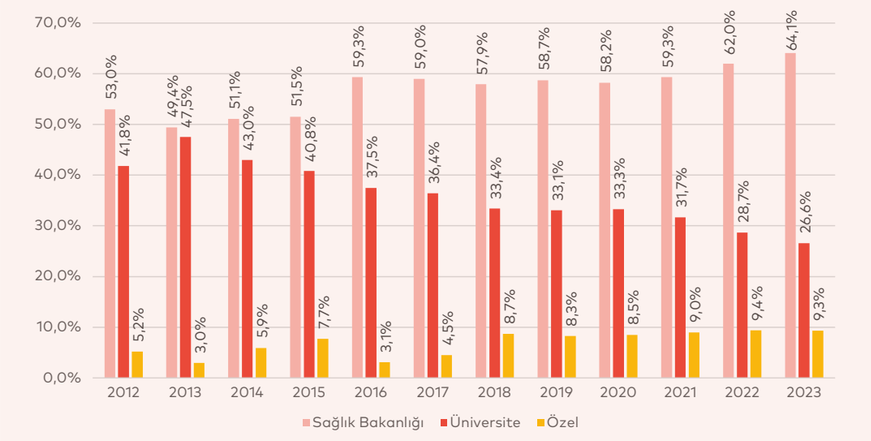



*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

Erişkin yoğun bakım yatağı sayılarına bakıldığında, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerdeki erişkin yoğun bakım yatağı sayısının oranının Türkiye'de özel hastanelerdeki erişkin yoğun bakım yatağı oranından daha fazla olduğu görülmektedir. 2012'den 2015'e kadar özel hastanelerdeki erişkin yoğun bakım yatağı sayısının oranı Sağlık Bakanlığındaki hastanelerdeki sayının oranına yaklaşmış olsa da özel sektörün erişkin yoğun bakımdaki payı 2017 itibari ile düşmeye başlamıştır. Pandeminin de etkisiyle 2020 yılından itibaren bu düşüş en üst seviyeye ulaşmıştır. Pandemi döneminde Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yoğun bakım yatağının sayısal ve oransal olarak artırılmış olması önemlidir.

Çocuk yoğun bakım yatağı sayısının farklı hastanelerdeki sayılarının oranlarına bakıldığında ise özel sektörün geri planda kaldığı görülmektedir.

**Şekil 16. Çocuk Yoğun Bakım Yatağı Sayısının Yıllara ve Sektörlere Göre Oransal Olarak Dağılımı**

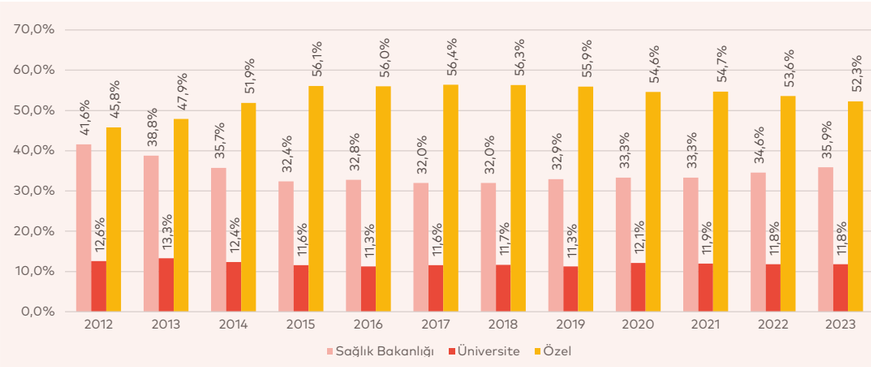



*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

Çocuk yoğun bakım yatağı sayısında Sağlık Bakanlığına bağlı ve üniversite hastanelerindeki yoğun bakım yatağı sayıları ön plana çıkmaktadır. Ancak bu durum 2016'dan sonra değişmiş ve Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerdeki çocuk yoğun bakım yatağı sayı oranları artmaya başlamıştır.

Yenidoğan yoğun bakım yatağı sayısının sektörler arasındaki oransal dağılımına bakıldığında ise, erişkin ve çocuk yoğun bakım yatağı sayısının dağılımından çok daha farklı bir tablo ortaya çıkmaktadır.

**Şekil 17. Yenidoğan Yoğun Bakım Yatağı Sayısının Yıllara ve Sektörlere Göre Oransal Olarak Dağılımı**




*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

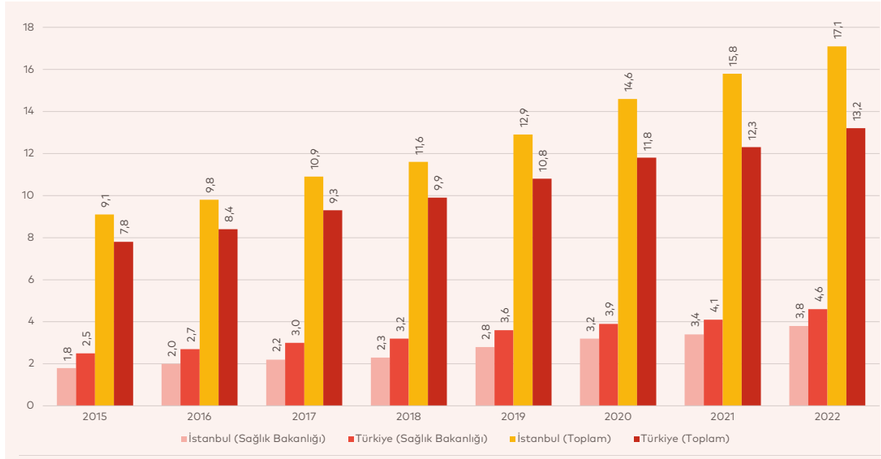




2012'den 2023'e kadar olan süreçte, **yeni doğan yoğun bakım yataklarının çoğunluğu özel hastanelerin bünyesinde** bulunmaktadır. Her ne kadar 2018'den günümüze kadar olan süreçte özel hastanelerdeki yenidoğan yoğun bakım yatağı sayısının oranı düşüş trendine girmiş olsa da, **özel hastanelerdeki yenidoğan yoğun bakım yatağı oranı hala %52'nin üzerindedir**. Son dönemde yeni doğan yoğun bakımlarında yaşanan olaylar göz önünde bulundurulduğunda, sağlık sisteminin yeni doğan yoğun bakımı üzerinden nasıl bir kar elde etme sistemine olanak sağladığı görülebilmektedir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde, erişkin ve çocuk yoğun bakım yatağı sayısının aksine, yeni doğan yoğun bakım yatağı oranının özel hastanelerde yüksek olmasının şaşırtıcı olmadığını söylemek mümkündür. Bu veriler doğrultusunda özel sağlık hizmeti sunan merkezlerde kamunun sağlık hizmetlerindeki denetimini etkin ve kapsamlı bir şekilde yürütmesi her geçen gün daha önemli hale gelmektedir.

İstanbul özelindeki yeni doğan yoğun bakım yatağı sayısı hakkındaki verilerde yalnızca Sağlık Bakanlığı'na ve toplam sayılara ulaşılmakta, üniversite ve özel kırılımı verilememektedir.

**Şekil 18. Türkiye'de ve İstanbul'da 1.000 Canlı Doğuma Düşen Yenidoğan Yoğun Bakım Yatağı Sayısının Yıllara Göre Dağılımı**




*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

Şekil 18'de de görüldüğü gibi İstanbul'da her gün canlı doğuma düşen yenidoğan yoğun bakım yatağı sayısı tüm yeni doğan yoğun bakım yatılı sayıları karşılaştırıldığında Türkiye ortalamasında daha fazladır. Ancak Sağlık Bakanlığı verilerine bakıldığında, İstanbul'da 1000 canlı doğuma düşen yeni doğan yoğun bakım yatağı sayısı Türkiye ortalamasından geridedir.

İstanbul'un yenidoğan yoğun bakım yatağı sayılarında özel hastaneler, üniversite hastaneleri ve sağlık bakanlığı hastaneleri toplamında Türkiye'nin önünde olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yenidoğan yoğun bakım yatağı sayılarının Türkiye'nin gerisinde olmasını İstanbul'daki özel hastane sayısının devlet hastanesi sayısından fazla olmasıyla açıklamak mümkündür. Bu durum İstanbul'da yenidoğan yoğun bakım yatağı ihtiyacının çok büyük bir bölümünün, bu hizmete ihtiyacı olan aileler tarafından ücretli bir şekilde karşılanmak durumunda bırakıldığı anlamına gelmektedir. Yeni doğan çetesinin özellikle İstanbul'da faaliyet göstermesi bu tablo ile birlikte düşünüldüğünde, **İstanbul'daki özel hastanelerde bulunan yenidoğan yoğun bakım yataklarının sistemden yararlanmak isteyenlerin birer aracı** haline geldiği ortaya çıkmaktadır.

## Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı ve Sağlık Hizmetlerinin Ticarileşmesi

Türkiye'de kamu hastanelerinin bazı hizmetlerini sürdürebilmek için dış kaynaklardan yararlandıkları görülmektedir. Hastaneler, bu yöntemle hizmet kalitesini artırmayı, maliyetlerini düşürmeyi ve temel faaliyetlerine odaklanmayı amaçladıklarını ifade etmektedir. Ancak, başlangıçta yalnızca temizlik ve yemek gibi tıbbi olmayan hizmetlerle sınırlı olan bu uygulamanın zamanla genişleyerek bilgi işlem, otomasyon, özel güvenlik, hasta yönlendirme, ambulans, danışmanlık ve teknik bakım onarım gibi kritik hizmetleri de kapsar hale gelmesi, kamunun sağlık hizmetlerindeki sorumluluğunu giderek özel sektöre devrettiği eleştirilerini beraberinde getirmektedir. Bu durum, vatandaşların sağlık hizmetleri için giderek artan bir şekilde özel sektöre bağımlı hale getirildiğini ve bu bağımlılığın kamu sağlık hizmetlerinin temel amacını zedelediğini göstermektedir. Sağlık gibi temel bir insan hakkının, kâr odaklı yapıların insafına bırakılmaması ve kamunun bu hizmetleri doğrudan üstlenmesi gerekmektedir.

Hastanelerde tıbbi olmayan hizmetlerde dış kaynaklardan yararlanma daha başarılı bir şekilde gerçekleşirken, tıbbi uygulamalarda hizmetlerin karmaşıklığından kaynaklı sorunlar oluşabilmektedir.[74] Dış kaynaklardan yararlanma yolu ile sağlanan tıbbi hizmetler kalite, verimlilik sorunlarına neden olabilmektedir. Zorunlu ve süreklilik arz eden görüntüleme hizmetleri gibi alanlarda bu yola başvurulması dışa bağımlılık, belli tedarikçiler ile işbirliği yapma zorunluluğu, yüksek fiyatlama sorunu, personel arasında iş uyum sorunu gibi dezavantajlara da sahip olmaktadır[75]

Son yıllarda tıbbi olmayan hizmetlerin yanı sıra bazı tıbbi hizmetlerin de bu şekilde sağlandığı görülmektedir. **Manyetik rezonans (MR), bilgisayarlı tomografi (BT), laboratuvar tetkik, yoğun bakım, kemik dansitometri, mamografi, diş, patoloji, doppler, hemodiyaliz gibi ileri ve uzmanlaşmış bazı tıbbi hizmetlerin de dış kaynaklardan yararlanma yoluyla gerçekleştirildiği görülmektedir.**[76] Bu kapsamda özel sektörün sağlık sisteminde kapladığı yeri görmek için analiz gerektiren bir başka konu da tıbbi cihazların hastanelere göre dağılımıdır. Sağlık İstatistik yıllıklarında yayınlanan verilere göre, 1 milyon kişiye düşen MR, BT (bilgisayarlı tomografi), ultrason, doppler ultrason, eko, mamografi cihaz sayıları hakkında İstanbul ve Türkiye karşılaştırması yapıldığında önemli sonuçlar ortaya çıkmaktadır.

[74] Ekin, A., Yanık, A., & Kıyak, M. (2012). Dışarıdan satın alınan hizmetlerin ekonomik değerlendirmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 15(1), 1-20.
Erişim Adresi: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/84726

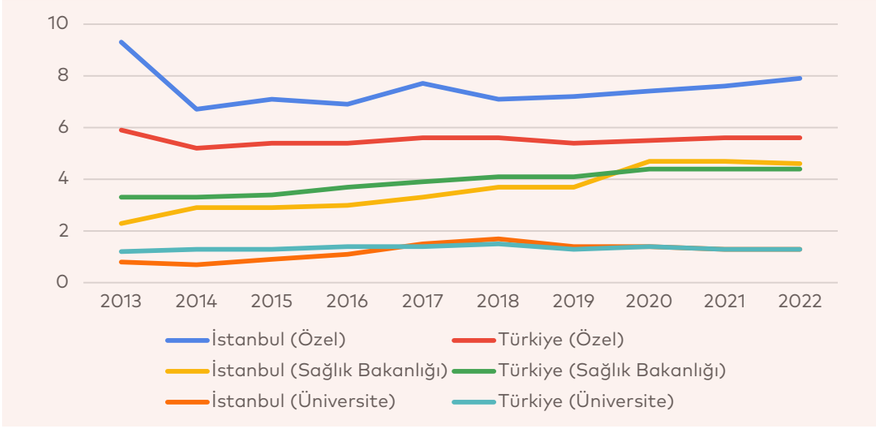
[75] Uğurlu, K. M. ve Bozdemir, E. (2022). Klinik Manyetik Rezonans Görüntüleme Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımının Maliyet-Fayda Analizi: Düzce Üniversite Hastanesi Örneği. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 32, 2(593-604)

[76] Uğurlu, K. M. ve Bozdemir, E. (2022). Klinik Manyetik Rezonans Görüntüleme Hizmetlerinde Dış Kaynak Kullanımının Maliyet-Fayda Analizi: Düzce Üniversite Hastanesi Örneği. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 32, 2(593-604).



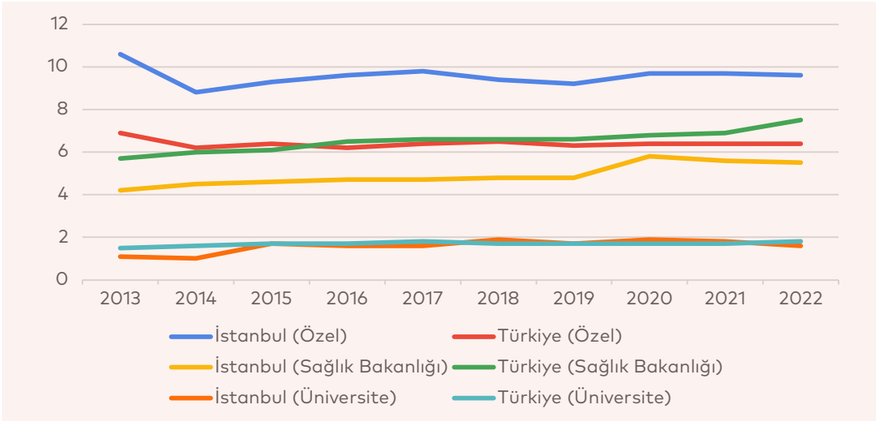
KENT GÜNDEMİNE BAKIŞ / OCAK 2025

**Şekil 19. Türkiye'de ve İstanbul'daki Hastanelerde 1.000.000 Kişiye Düşen MR Cihaz Sayısının Yıllara ve Sektörlere Göre Dağılımı**



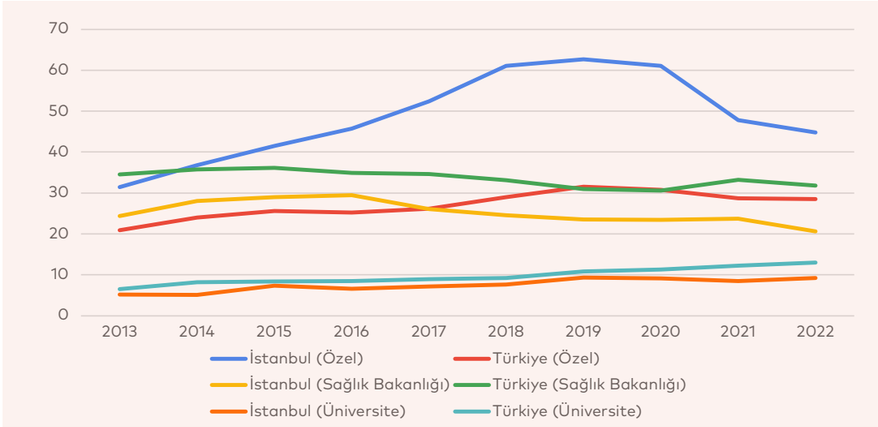

*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

**Şekil 20. Türkiye'de ve İstanbul'daki Hastanelerde 1.000.000 Kişiye Düşen BT Cihaz Sayısının Yıllara ve Sektörlere Göre Dağılımı**



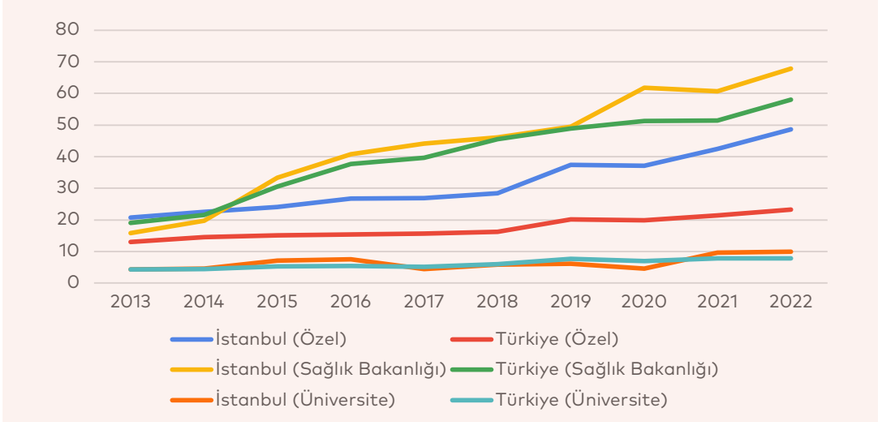

*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

**Şekil 21. Türkiye'de ve İstanbul'daki Hastanelerde 1.000.000 Kişiye Düşen Ultrason Cihaz Sayısının Yıllara ve Sektörlere Göre Dağılımı**




*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

**Şekil 22. Türkiye'de ve İstanbul'daki Hastanelerde 1.000.000 Kişiye Düşen Doppler Ultrason Cihaz Sayısının Yıllara ve Sektörlere Göre Dağılımı**

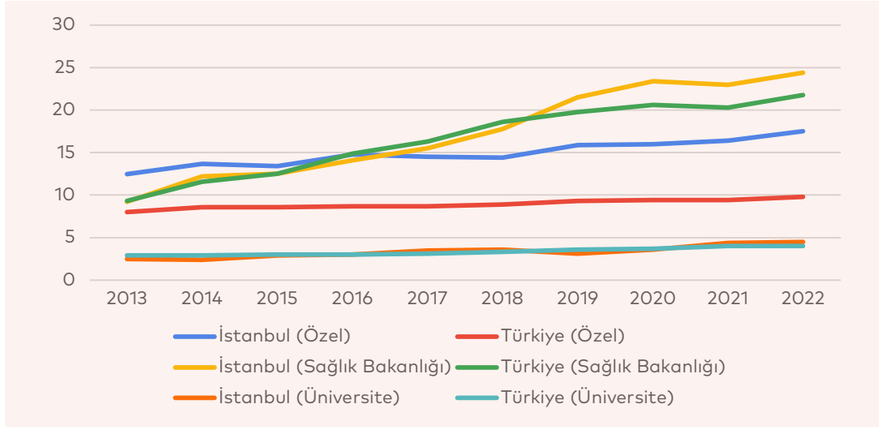



*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*



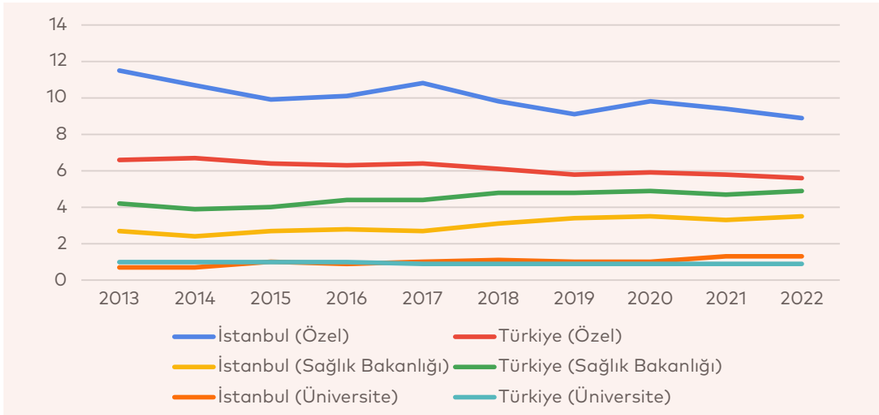


**Şekil 23. Türkiye'de ve İstanbul'daki Hastanelerde 1.000.000 Kişiye Düşen EKO Cihaz Sayısının Yıllara ve Sektörlere Göre Dağılımı**




*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

**Şekil 24. Türkiye'de ve İstanbul'daki Hastanelerde 1.000.000 Kişiye Düşen Mamografi Cihaz Sayısının Yıllara ve Sektörlere Göre Dağılımı**



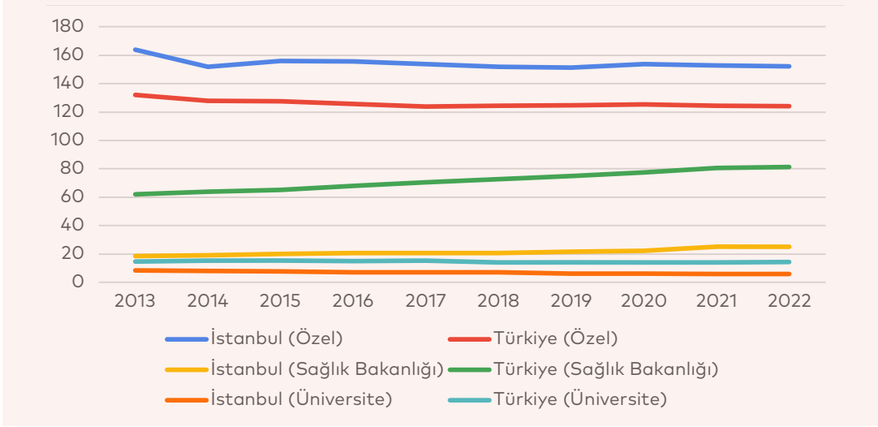

*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

MR, BT, ultrason ve mamografide 1 milyon kişi başına düşen cihaz sayısının en yüksek kesişiminin İstanbul'daki özel hastaneler olduğu görülmektedir. Bu cihazlar, hastalık tespiti ve kontrol için en çok başvurulan tıbbi cihazlar arasında yer almaktadır. Dolayısıyla bu cihazların özel hastanelerde bu kadar fazla sayıda olması, özel sektörün bu cihazlar üzerinden de kar elde etme amacını açık bir şekilde ortaya koymaktadır. Diğer iki cihaz olan EKO ve Doppler Ultrasonun Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere göre özel sektörde az sayıda olması dikkat çekse de, son on sene içinde özellikle İstanbul'da sürekli bir artış görülmektedir. Bu artış ise özel sektörün bu iki cihazdan da olabilecek maksimum kar elde etme hedefinin olabileceği şeklinde yorumlanmaktadır.

Sağlık için en önemli cihazlardan biri olan mamografi cihazının özellikle İstanbul'daki sayısı dikkat çekicidir. **Her ne kadar özel sektörde son on yıl içinde bir düşüş olsa da, 2022 itibariyle İstanbul'da özel hastanelerde 1 milyon kişiye düşen mamografi cihazı sayısı yaklaşık 9 iken Sağlık Bakanlığı'ndaki hastanelerde bu sayı yaklaşık 3'tür**. Bu noktada değinilmesi gereken bir başka konu da Sağlık İstatistik Yıllıklarında tutulan ve yukarıda sayılan cihaz verilerinin sadece hastanelerdeki cihaz sayılarını kapsamasıdır. Medikal görüntüleme merkezlerindeki cihaz sayılarının da varlığı düşünüldüğünde özel sektördeki medikal cihaz sayısının başta İstanbul olmak üzere Türkiye'de çok daha fazla olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Yukarıda bahsi geçen cihazlar aksine hemodiyaliz cihazlarının verileri sadece hastanelerdeki cihazları değil, tüm kurumlardaki hemodiyaliz cihazlarını kapsamaktadır.

**Şekil 25. Türkiye'de ve İstanbul'da 1.000.000 Kişiye Düşen Hemodiyaliz Cihaz Sayısının Yıllara ve Sektörlere Göre Dağılımı**




*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

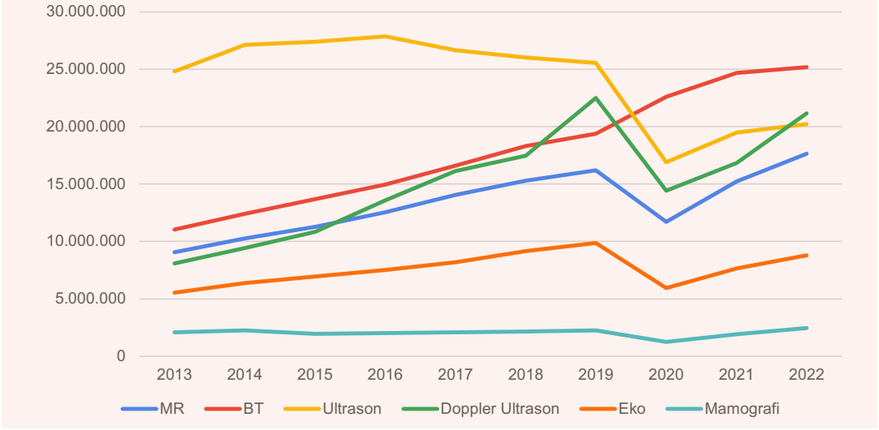
Şekilde de görüldüğü gibi, İstanbul ve Türkiye'deki hemodiyaliz cihazlarının sektörel karşılaştırmasında diğer cihazlarda olduğu gibi, İstanbul'daki özel sektöre ait hemodiyaliz cihaz sayısı diğer tüm ayrımların önündedir. İstanbul'daki özel sektöre ait son 10 yılda 1 milyon kişiye düşen hemodiyaliz cihazı sayısı yaklaşık 160'tır. İstanbul'daki özel sektörü, Türkiye'deki özel sektör verisi takip etmektedir. Son 10 yılda 1 milyon kişiye yaklaşık 125 hemodiyaliz cihazı düşmektedir. Hemodiyaliz cihazları Sağlık Bakanlığı özelinde incelendiğinde ise Türkiye'de 1 milyon kişi başına düşen hemodiyaliz cihazı sayısı son 10 yılda 60 seviyesinden 80 seviyesine çıkmış olsa da, bu durum İstanbul için geçerli değildir. İstanbul'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda 1 milyon kişiye sadece yaklaşık 20 civarında hemodiyaliz cihazı düşmektedir. Veriler incelendiğinde, İstanbul'da özel sektörde 1 milyon kişi başına düşen hemodiyaliz cihaz sayısı Sağlık Bakanlığı'ndaki cihaz sayısının yaklaşık 8 katıdır. Bu verilerin de gösterdiği gibi, İstanbul'da özel sektör hemodiyaliz cihazlarında çok önemli bir yer tutmakta ve hemodiyaliz cihazına erişmek isteyenlerin önünde maddi olarak önemli bir engel çıkarmaktadır.





Türk Radyoloji Derneği tarafından düzenlenen 44. Ulusal Radyoloji Kongresi-TÜRKRAD 2023'ta Türk Radyoloji Derneği Başkanı Prof. Dr. Can Çevikol hastalıkların taranması, tanı ve izleminde uygun radyolojik yöntemlerin kullanılmasının son derece önemli olduğunu belirtmiş; ancak son yıllarda değişen sağlık sistemi ve hasta sayılarındaki yükseklik nedeniyle radyolojik incelemelerin neredeyse bir muayene yöntemi olarak kullanılmaya başlandığını ifade etmiştir. Gereksiz radyolojik incelemelerin sayısının yükseliğini hem inceleme kalitesi hem de halk sağlığı kapsamında değerlendiren Çevikol, istenilen tetkikin gerekçelerinin denetlenmesi gerektiğine, bu görüntülemelerin toplumun kümülatif radyasyon doz miktarını ve dolayısı ile kanser riskini artıracağına dikkat çekmiştir.

**Şekil 26. Türkiye'de Son 10 Yılda Tıbbi Cihaz Görüntülenme Sayılarının Seyri**




*Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları*

Hasta talepleri, hekimlerin yasal kaygıları, iş yükü dolayısıyla muayeneye gereken zamanın ayrılamaması, kapsamlı tanı ihtiyacı, özelleşmenin beraberinde getirdiği kâr odağı, sağlık sistemindeki teşvikler gibi nedenler Türkiye'de fazla MR ve BT uygulamasının olası nedenleri olmaktadır. Hastalar her tomografi çekiminde 4-7 mSv arasında radyasyon almaktadır. BT taramaları yüksek dozda radyasyon içerdiğinden sağlık için olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bazı araştırmalara göre önümüzdeki 20-30 yıl içerisinde ortaya çıkacak olan kanserlerin yüzde 2'sinin nedeninin çekilen tomografiler olacağı söylenmektedir.[77] BT ve MR gibi hizmetlerin fazla kullanılması maliyet artışını beraberinde getirmekte, kaynakların gereksiz kullanımına neden olduğundan sağlık hizmetlerinde verimsizlik sorununu da beraberinde getirmektedir.

[77] Kızıltan, H. Ş., & Eriş, A. H. (2022). Gereksiz tomografi (BT) çekimi. Kadın Sağlıkçılar Eğitim ve Dayanışma Vakfı (KASAV).
Erişim Adresi: https://kasav.org.tr/2022/05/09/gereksiz-tomografibt-cekimi/ Erişim Tarihi: 31.12.2024

# SONUÇ

Sağlık hakkı  en temel insani haklardan biri olmakla birlikte kişinin maddi manevi bütünlüğünü de kapsamaktadır. Sağlık hakkı uluslararası belgelerde ve anayasal düzeyde kendisine yer edinmiş önemli bir haktır.

Sağlık hakkının hayata geçirilmesi ve sürdürülebilir kılınması için devletlere  önemli görevler ve yükümlülükler düşmektedir. Sağlık hakkı, diğer insan haklarında söz konusu olduğu gibi, devletlere üç düzeyde yükümlülük vermektedir; saygı duyma, koruma ve yerine getirme.  Belirtilen üç yükümlülük açısından değerlendirildiğinde, devletin temel bir insan hakkı olan sağlık hakkı konusunda herhangi bir ayrımcılık yapmaması gerekmektedir. Sağlık hakkı sosyal devlet anlayışını belirleyen önemli kriterlerden biri olmaktadır. Bireylerin kaliteli sağlık hizmetlerine eşit ve ücretsiz bir şekilde erişimi sosyal devletin vazgeçilmez bir ilkesi olarak ortaya çıkmaktadır.

Türkiye'de Cumhuriyet'in erken dönemlerinden itibaren sağlık hizmetleri devlet eliyle sunulmaya çalışılmıştır. 1980'den sonra Türkiye'de pek çok alanda olduğu gibi sağlık alanında da önemli kırılımlar yaşanmıştır. Sağlık alanı bir sermaye birikimi ve kâr maksimizasyonu alanı olarak görülmeye başlanmıştır. 2002 yılı sonrası ise uygulanan sağlık politikaları; sağlık hizmet sunumunda, finansman modellerinde, personel mevzuatı, niteliği ve niceliği, kamu-özel ortaklıkları, sağlık turizmini geliştirme, sağlık endüstrilerinde yapısal dönüşümlerin gerçekleştirilmesi için düzenlemeler yapılması üzerinde şekillenmiştir. Kamuda; özel sektör sağlık uygulamaları, kamu-özel sektör ortaklıkları teşvik edilmiş, özel sektör lehine destekler sağlanmaya çalışılmıştır.

2003 yılında açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı  başta Sağlık Bakanlığı örgüt yapısı olmak üzere sermaye yararına önemli değişiklikleri gündeme getirmiştir. Bu değişiklikler ile ilk olarak sağlık hizmetleri sunumunda kamunun etkisinin azaltılması için girişimler başlatılmıştır. Yine sağlıkta özel sektörün daha etkin olabilmesi için yasal düzenlemeler ve finansal anlamda destek paketleri yürürlüğe konulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlıkta metalaşma tartışmaları da gündeme gelmiştir.

Sağlık konusunda tartışmalı bir diğer alan ise koruyucu sağlık hizmetleridir. Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetleri tedavi edici  sağlık hizmetlerinin gölgesinde kalmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak özel sektör yoğunluklu ilerlemesi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte giderek artan özel sektöre daha fazla alan açma eğilimi de göz önünde bulundurulduğunda koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik adımların atılmamasına dair çeşitli yorumlar yapmak mümkün hale gelmektedir. Fakat öncelikli olarak yapılması gerekenlerin başında ilk basamak sağlık hizmetlerinde iyileşme sağlanması ve hastanelerin de iş yükünün azalması için koruyucu sağlık hizmetlerinin ne olduğu topluma net bir şekilde sunulmalıdır. Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığının ve bütçedeki paylarının artırılması gerekmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın önemli bir bileşeni olan ve sağlık hizmetlerinde Kamu-Özel İşbirliği öne çıkan şehir hastanelerinin hizmete başlamasıyla bu hastanelerde görev yapan sağlık çalışanları, hekimler, hasta ve hasta yakınları tarafından pek çok sorun ifade edilmiştir. Bu memnuniyetsizliğin fiziksel yapıdan kaynaklanan nedenlerinden biri şehir hastanelerin çoğunun şehir dışında yer alması, şehir merkezlerindeki devlet hastanelerinin kapatılması ve bu nedenle ulaşım sorununun yaşanmasıdır. Tasarımlarının yataklı tedavi sürecine uygun olarak yapılmaması, teknik alt yapılarının yetersiz kalması, hastanelerin yönetiminde iki başlılığın olması ve bu nedenle sorunların çözülememesi şehir hastanelerinin önemli problemleri olarak belirtilmiştir.  Şehir hastanelerinin işletilmesinde de çok sayıda usulsüzlük, fazla ödeme, gereksiz ödeme, hatalı muhasebeleştirme, ihale dokümanı ve projelerde öngörülenden fazla alanın ticari alan olarak kullanılması kamu bütçesine oldukça büyük bir yük getirmektedir. Hazırlanan





rapor kapsamında uzmanlar tarafından yapılan değerlendirmelerde de görüldüğü gibi, şehir hastaneleri içerisinde bulunan ekipmanların yeterliliğinden onarımlarına, hastane güvenliğine, bina ve arazinin donatı özelliklerine, maliyet,  bütçe ve kullanım bedellerine kadar pek çok başlıkta farklı sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Vatandaşların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini kendisine en yakın yerden almak yerine, şehir merkezleri dışında yer alan şehir hastanelerine gitmek durumunda kalması ciddi bir erişim ve ulaşım sorununu beraberinde getirmiştir. Şehir hastaneleri, kamu yararı ve halk sağlığı ilkelerini göz ardı ederek sağlık hizmetlerini ticari kaygılarla bir arada ele alan işletmelere dönüşmektedir. Bu durum sağlıkta özelleştirme konusundaki tartışmaları derinleştirmektedir.

Türkiye'de sağlıkta özelleştirme dikkat çekici boyuttadır. 1995 yılında 141 olan özel hastane sayısı **%300.7** artış göstererek 2023 yılında 565 olmuştur. Bu özelleşme süreci, özellikle yeni doğan yoğun bakım yataklarıyla da kendini göstermektedir; 2012'den 2023'e kadar olan dönemde, yeni doğan yoğun bakım yataklarının çoğunluğu özel hastanelerin bünyesinde yer almaktadır. Türkiye gündemini meşgul eden yeni doğan yoğun bakım hizmetleriyle ilgili olaylar, özel sağlık sisteminde maddi çıkarlar uğruna bebeklerin sağlıklarının ve de yaşamlarının nasıl riske atılabildiğini somut bir şekilde gözler önüne sermiştir.

İstanbul özeline indiğimizde ise durum iç açıcı olmamakta, sağlık hizmetlerinin büyük oranda özel sektör tarafından sunulduğu görülmektedir. Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler özel hastanelerden fazla olmasına karşılık İstanbul'daki özel hastane sayısı devlet hastanesi sayısının **üç katından fazladır**. Nitelikli sağlık hizmetlerinde ise özel sektörün egemenliği daha da fazla olmakta, mamografi, MR, ultrason, BT gibi sağlık hizmetleri  daha çok özel sektör tarafından verilmektedir.

Sağlıkta yaşanan dönüşümün ve özelleştirme ağırlıklı adımların ardından artık müşteri olarak değerlendirilen hastalar daha kaliteli sağlık hizmetine ulaşabilmek için fazla ücret ödemeyi göze almıştır. Bu göze alış piyasaya, hizmetlerde çeşitlilik şeklinde yansımıştır. Söz konusu bu süreç, beraberinde **sağlıkta şiddet** sorununu derinleştirmiştir. Türk Tabipleri Birliği (TTB), sağlıkta şiddetin artışını sağlık sistemindeki dönüşümlerle ilişkilendirmektedir. Özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın, sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasına yol açarak sağlık çalışanları üzerindeki baskıyı artırdığı ve şiddet olaylarının artmasına zemin hazırladığı belirtilmektedir.[78]

2022 yılında Sağlık-Sen tarafından hazırlanan Sağlıkta Şiddet Raporuna[79] göre 2019 yılında 190 olan şiddet olayı sayısı 2022 yılında 249'a yükselmiştir. 2023 yılında hazırlanan bir diğer rapora[80] göre ise 1 Ocak-20 Aralık 2023 tarihleri arasında 457 şiddet olayı tespit edilmiştir. 27 Ağustos 2024 tarihinde TBMM'ye verilen 7/15497 sıra sayılı yazılı soru önergesine Sağlık Bakanlığı tarafından verilen yanıta göre Acil servislere 2023 yılında 154 milyon 763 bin 952 başvuru yapılmıştır.  2023 yılı içinde beyaz kod[81] bildirimi verilip sonuçlanan başvuru sayısı ise 14 bin 842'dir.  Aynı zamanda,TTB, sağlıkta şiddetin önlenmesi için mevcut yasal düzenlemelerin yetersiz olduğunu savunmaktadır. Bu kapsamda, Türk Ceza Kanununa ek maddeler eklenerek sağlık hizmetini engelleme suçunun tanımlanması ve cezaların caydırıcı hale getirilmesi ge-

[78] Türk Tabipleri Birliği Şiddet Çalışma Grubu. Yayınlar.
Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/kollar/_siddet/ Erişim Tarihi: 30.12.2024

[79] Sağlık-Sen (2022). Sağlıkta Şiddet Raporu.
Erişim Adresi: https://www.sagliksen.org.tr/haber/12193/saglik-sen-ekim-ayi-saglikta-siddet-raporu-2022
Erişim Tarihi: 25.12.2024

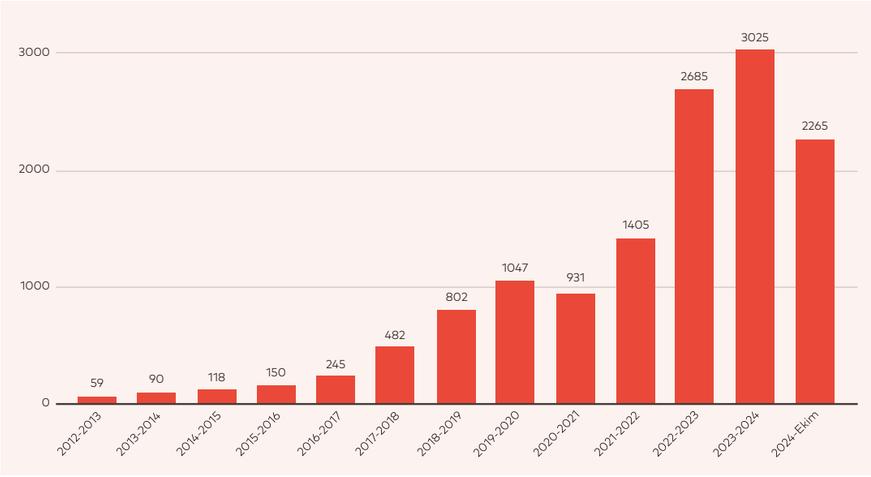
[80] İMDAT Derneği (2023). Sağlıkta Şiddet.
Erişim Adresi:https://www.imdat.org/media/raporlar/2023_SAGLIKTA_SIDDET_RAPORU.pdf
Erişim Tarihi: 25.12.2024

[81] Beyaz Kod, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet olaylarını bildirmek ve bu tür durumlarda gerekli hukuki ve idari süreçleri başlatmak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmuş bir bildirim ve destek sistemi olarak tanımlanmaktadır

rektiğini belirtmektedir. Ayrıca, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının etkin bir şekilde soruşturulması ve faillerin cezalandırılması için yargı süreçlerinin hızlandırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu kapsamda hekimlik mesleğine hak ettiği değerin verilmesinin önceliklendirilmesi, sağlık çalışanlarının güvenli çalışma koşullarının sağlanması ve mesleki itibarlarının korunması için politikaların geliştirilmesi gerekmektedir.

Hastanelerde ortaya çıkan tüm bu sorunlar sağlık personellerinin çalışma şartları üzerinde de oldukça belirleyici bir etkiye sahip olmuştur. Farklı başlıklarla gündeme getirilen sorunlar hasta ve çalışan güvenliğini ve sağlığını tehdit etmektedir. Aynı zamanda düşük ücretler, yüksek enflasyon, aşırı iş yükü ve uzun çalışma saatleri gibi ekonomik ve çalışma koşullarına bağlı nedenlerle sağlık çalışanlarının yurt dışına göç etme eğilimi; artmaktadır. Ayrıca, sağlıkta şiddet vakalarının yaygınlığı ve bu durum karşısında yetersiz kalan yasal koruma mekanizmaları, mesleki tükenmişliği derinleştirmektedir. Kariyer gelişimi, araştırma ve uzmanlık olanaklarının sınırlılığı, gelişmiş ülkelerdeki daha iyi teknoloji ve altyapı imkanlarıyla birleşince göç eğilimi güçlenmektedir. Toplumda mesleğin itibarsızlaştırılması ve pandemi sürecinde artan stres de bu süreci hızlandırıcı bir etkiye sahip olmuştur. Türk Tabipleri Birliği'nden alınan İyi Hal Belgesi sayıları 2012 - 2024 (Eylül ayına kadar) yılları arasında göç eden sağlık personeli sayısını gözler önüne sermektedir.

**Şekil 27. 2012-2024 (İlk 10 ay) Yılları Arasında TTB' den Alınan İyi Hal Belgesi Sayıları**




*Kaynak: Türk Tabipleri Birliği*





Türk Tabipleri Birliği tarafından hekimlere verilen İyi Hal Belgesi sayısından da anlaşılacağı üzere her geçen yıl göç eden, göç etmek isteyen hekim sayısı artmaktadır. 2012 yılında 59 sağlık çalışanı tarafından İyi Hal Belgesi alınırken bu sayı 2023 yılında 3025 sağlık çalışanına çıkmıştır. 2024 yılı ilk 10 aylık verileri değerlendirildiğinde de oldukça çarpıcı bir sayı ortaya çıkmaktadır. 12 yılda İyi Hal Belgesi alan sağlık çalışanlarının sayısı 60 kattan fazla artış göstermiştir. 2012-2023 yılları arasında 11.039 sağlık çalışanı İyi Hal Belgesi almış, 2024 yılının ilk on aylık süreci değerlendirildiğinde de 2.265 sağlık çalışanının belge aldığı ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanlarının ülkeyi terk etmesi ciddi ve öncelikli bir sorun olarak öne çıkmaktadır. Bu durumun önemi ve değeri 2020 yılında yaşanan Covid-19 pandemisi sürecinde de net bir şekilde ortaya çıkmıştır. Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü ve aşı araştırmaları gibi sağlıkta araştırma ve geliştirme amacıyla kurulan ancak yıllar içerisinde kapatılan kurumların önemi ise yine pandemi gibi krizlerde bir kez daha anlaşılmıştır.

Araştırma kapsamında sunulan tüm veriler sağlıkta meydana gelen dönüşüm ve özelleştirmeler sonucu kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin kısıtlı bir alanda kaldığını göstermektedir. Bu durum toplumun her kesimini etkilemekte ancak özellikle sosyoekonomik durumu kötü olan kişilerin ve hanelerin, sağlık hizmetlerine erişimini daha da sınırlamakta hatta bu kişilerin ve hanelerin bazen sağlık hizmetlerinden yararlanamamasına neden olmaktadır. Sağlık hakkı temel insan haklarından biri olduğundan sağlık hizmetlerine erişilememesi sadece sağlık yönünden bir engel teşkil etmemekte, sağlık hizmetlerine erişemeyen bireyler topluma ve istihdama katılma konusunda da sorunlarla karşılaşmaktadır.

Sağlık alanında plansızca büyüyen özel sektörün karşısında yeterli kamu kaynağı olmadığı ve doğru bir planlama yapılmadığı sürece bireyler temel haklarından mahrum kalmaya devam edeceklerdir. Sağlık hakkının temel bir insan hakkı olarak sağlanması için kamunun etkili bir şekilde vatandaşların tümüne her basamakta sağlık hizmeti sağlaması gerekmektedir. Sağlık rant ve kâr amaçlı değil toplum için yapılmalıdır. Bireysel ve tedavi merkezli sağlık hizmetleri odağından çıkılmalı daha toplumsal ve bölgesel tabanlı koruyucu sağlık hizmetleri düzleminde politikalara geçilmelidir. Bunun için koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla finansman sağlanmalıdır. Sağlık kurumları topluma yayılmış ve ulaşılabilir olmalı, bireyler kolaylıkla bu kurumlara erişebilmelidir. Sağlık çalışanlarının hakları düzenlenmelidir, sağlıkta taşeronlaşma yerine kadrolaşma odaklı çalışmalar yapılmalıdır.

Devletin sağlık hizmetlerini özel sektöre terk etmesi mümkün ve doğru değildir. Sağlıkta yaşanan dönüşüm politikaları ve özelleştirmelerin ardından yaşanan sorunlar sağlık hizmetlerinin etkin denetlenme ihtiyacını bir kez daha ortaya çıkarmaktadır. Bu kapsamda özelleştirilen hizmetlerin ve devlet tarafından sağlanan hizmetlerin her koşulda en etkin biçimde denetlenmesi, sorunların giderilmesi ve olası suistimallerin engellenmesi gerekmektedir. Sağlıkta olası bir ihmalin can kaybına giden ağır sonuçları olduğu unutulmamalı ve sağlığın bir kamu hizmeti olduğu temel öncelik haline getirilmelidir.

İstanbul Planlama Ajansı

ipa.istanbul ipaistanbul ipa.istanbulplanlamaajansi