

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.14287814>

Accepted: 04.12.2024

Türk Sağlık Sisteminde Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi***Evaluation of the Transformation Program in the Turkish Health System****Serdar Kenan GÜL**Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
skgul@kastamonu.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4771-9202>**Mustafa CAN**Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü
emustafacan@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8267-5619>**Özet**

Sağlık, insan yaşamının en önemli ve vazgeçilmez kaynağıdır. Sağlık, yalnızca tıbbi tedavi yöntemleri ve bireysel çabalarla elde edilmemekte, kamu hizmet ve politikaları, sosyoekonomik etkenler de sağlığın belirleyicileri olmaktadır. Devletler ve politika yapıcılar, sağlığın sosyal olgularını da değerlendirerek sosyal tıp olarak nitelenebilecek bir anlayışla sağlık politikalarını oluşturmaktadır. Sağlık politikalarının belirlenme süreci, son yüzyılda görülen demokratik yönetim anlayışı ve kamuoyu beklentileri, sağlığın finansmanı için kaynak arayışları sonucu ulusal ve uluslararası aktörlerin de katılımıyla şekillenmektedir. Bunun sonucu olarak Türkiye’deki sağlık sisteminde bir reform yapılması gerekliliği oluşmuş, son dönem olarak nitelenebilecek 2003 yılı ve sonrasında kapsamlı bir dönüşüm programı hazırlanarak uygulamaya konulmuştur. Bu makalede, Sağlıkta Dönüşümün Programı’nın sağlık sistemine olduğu kadar toplum üzerindeki etkilerine de ulaşabilmek için Türkiye’de sağlık sisteminin bu süreçteki gelişimi incelenerek, yapısal ve ekonomik etkileri değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri, Sağlık Politikası, Sağlıkta Dönüşüm Programı

Abstract

Health is the most important and indispensable resource of human life. Health is not only achieved through medical treatment methods and individual efforts; public services and policies and socioeconomic factors are also determinants of health. States and policymakers formulate health policies with an understanding that can be characterized as social medicine by evaluating the social

* Bu çalışma, Doç. Dr. Serdar Kenan GÜL danışmanlığında Mustafa CAN tarafından hazırlanan “2003 Yılı İtibariyle Türk Sağlık Sisteminde Dönüşüm Programı” isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

phenomena of health. The process of determining health policies is shaped by the participation of national and international actors due to the democratic governance approach, public expectations seen in the last century, and the search for resources for financing health. As a result, there was a need for reform in the health system in Turkey, and a comprehensive transformation program was prepared and put into practice in 2003 and afterward, which can be described as the last period. In this article, to determine the effects of the Health Transformation Program on the health system and society, the development of the health system in Turkey during this process is examined, and its structural and economic effects are evaluated.

Keywords: Health, Social Determinants of Health, Health Policy, Health Transformation Program

1. Giriş

Sağlık, insan yaşamının en önemli ve vazgeçilmez kaynağıdır. Sağlık, yalnızca tıbbi tedavi yöntemleri ve bireysel çabalarla elde edilmemekte, kamu hizmet ve politikaları, sosyoekonomik etkenler de sağlığın belirleyicileri olmaktadır. Devletler ve politika yapıcılar, sağlığın sosyal olgularını da değerlendirerek sosyal tıp olarak nitelenebilecek bir anlayışla sağlık politikalarını oluşturmaktadır.

Sağlık, toplumun tüm kesimleri için önemli olmakla birlikte toplum sağlığı ve çevresel etkiler bakımından kamu hizmetlerinin öncelikli konuları arasındadır. Sağlık sistemleri, ülkelerin sağlık politikalarıyla şekillenen ve dönemselsel olarak gelişmelere ve ihtiyaçlara bağlı olarak değişen sağlık hizmetinin uygulanma biçimi şeklinde ifade edilebilir. Sağlık sistemleri, bu sistemlerin kurulması, işlerliğinin sağlanması ve ihtiyaçlara göre yenilenmesi kamu yönetimi açısından önemlidir.

Bir ülkenin sağlık politikalarının belirlenmesinde toplumun beklentileri sosyoekonomik yapısı, eğitim durumu ve demografik özellikleri dikkate alınmakta, etkililik bakımından sağlık sistemi ve teknolojik alt yapının uygun olması, hizmetlerin finanse edilebilir ve sürdürülebilir olması beklenmektedir. Sağlık hizmeti sunumunun kimler tarafından nasıl yapılacağı ve nasıl ulaştırılacağı hususları önceden belirlenmelidir. Politika yapımında uluslararası anlaşmalarla korunan evrensel haklara ve anayasaya uyumlu olması gözetilmelidir (Aykır, 2014: 4). Kamu politikalarının ve hizmetlerinin sürdürülebilir olması, günün koşullarına göre her dönemde reform arayışlarına sebep olmuştur.

Sağlık politikalarının belirlenme süreci, son yüzyılda görülen demokratik yönetim anlayışı ve kamuoyu beklentileri, sağlığın finansmanı için kaynak arayışları sonucu ulusal ve uluslararası aktörlerin de katılımıyla şekillenmektedir. Sağlık hizmetleri 1980'li yıllara kadar Türkiye'de tedavi edici, eğitim ve araştırma hizmetleri olarak sunulmuştur. Savaşlara bağlı göç ve sosyoekonomik koşullar, dünya genelinde salgın hastalıklara neden olmuş bu sebeple toplum sağlığını korumak için koruyucu sağlık politikaları geliştirilmeye başlanmıştır.

Sağladıkları kredilerle ülkelerin sağlık politikalarında etkin rol oynamaya başlayan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Dünya Bankası (DB) gibi uluslararası örgütler, sağlıkta dönüşüm projeleri üzerinden destek vermiş, bu sebeple kendi kurallarını koyarak sağlık politikasının belirlenmesinde finansal bir etken oluşturmuşlardır.

Bu örgütler, reform niteliğinde geliştirdikleri formülasyonları Türkiye'deki projelerde uygulanabilmesi için kongreler düzenleyerek Türkçe metinler yazmış, kamuoyunu da ikna ederek politikaların gündeme gelmesi bakımından devletin dışındaki uluslararası aktörler olarak sağlık politikalarının belirleyicileri olmuşlardır.

Türkiye'de 1., 2. ve 3. Kalkınma Planları sonrası sağlık sisteminin geliştirilmesine yönelik DSÖ'nün ve DB'nin finansmanına ihtiyaç duyulmuş, DB hazırladığı Sağlık Sektörü İncelemesi Raporu'yla reform gerekliliğini vurgulayarak bazı planlama önerileri sunmuştur. Raporun ardından Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) dönüşüm programının temelini oluşturacak Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü'nü hazırlamış, plan doğrultusunda düzenlenen 1. ve 2. Ulusal Sağlık Kongresi'yle uygulanacak olan sağlık politikasının teorileri belirlenmeye başlamıştır. DSÖ Avrupa Bölge Komitesinin "21. Yüzyılda 21 Hedef" planı doğrultusunda olgunlaşan ve AB Sağlık Mevzuatına uyum için stratejik planlama yapılarak sunulan reform çalışması, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak 2003 yılı itibariyle hayata geçmiştir.

1730

SDP ile birlikte Türk sağlık sistemi, 2003 yılından itibaren büyük bir dönüşüm süreci yaşamıştır. Cumhuriyet'ten günümüze kısıtlı imkanlarla ve çeşitli sağlık politikalarıyla uygulanmaya çalışılan sağlıkta reform çabaları, bu kez finansal kaynak arayışının verdiği itici güç ve kapsamlı olarak hazırlanan etkili bir politikayla ortaya çıkmıştır.

Bu noktada araştırmanın temelini oluşturan şu sorulara cevap aranmıştır: SDP'yi belirleyen etkenler neler olmuş, uygulanmasıyla Türk sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerinin sunumunda nasıl bir dönüşüm beklenmiş, neler gerçekleşmiştir? Yapısal ve ekonomik olarak etkileri neler olmuştur? SDP uluslararası örgütlerin finansal bir dayatması mı? Yoksa Türk sağlık sisteminde gerekli hale gelen itici güç, sihirli bir dokunuş mudur? Bu sebeple makalede SDP'nin Türk sağlık sistemi üzerindeki etkilerini ortaya koyabilmek için, SDP sonrasındaki gelişmeler sağlık hizmetleri uygulamalarının sunumu ve finansmanı yönüyle incelenerek SDP'nin amaç ve bileşenleri, sonuçları bakımından yapısal ve ekonomik etkileriyle değerlendirilmektedir.

2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonuçları, Yapısal ve Ekonomik Etkileri

SDP'nin hayata geçirilmesi, başarı ile sonuçlanabilmesi ve sürdürülebilir olması için uygulama sürecinde dört temeli olan kavramsallaştırma, yasalaştırma, pilot uygulama ve yaygınlaştırma

modeliyle ilerlenmesi hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 35). SDP'nin uygulama süreci; bileşenleri, yapısal ve ekonomik etkileri olmak üzere iki başlıkta değerlendirilecektir.

2.1. Bileşenleri Bakımından Etkileri

Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin SB teşkilatlanma yapısında değişikliğe gidilmiş, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri sunumu yeniden planlanmıştır. SB'nin görev ve yetkileri yeniden belirlenirken âdem-i merkezi yaklaşımla yerinden yönetim ilkesi benimsenmiş ve uygulamalar başlatılmıştır. 2011 yılına kadar yapılan bu uygulamalarla, SB'nin bazı yetkileri il idarelerine devredilmiş, kamu hastanelerindeki döner sermaye üzerinden tıbbi laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri gibi özel sektör kuruluşlarından hizmet satın alımı gerçekleştirmeye başlanmıştır. İş gücü bakımından en önemli reform olarak sağlık personelinin performansına dayalı bir ücretlendirme sistemi getirilmiştir (Doğan, 2017: 8).

Bu dönem içerisinde SDP'yi bileşenleri bakımından değerlendirdiğimizde, SB görev ve yetki devirleri yaparak planlayıcı ve denetleyici bir pozisyona geçmiş, yerinde yönetim anlayışıyla tıbbi ilaç ve malzeme yönetimini ilgili idarelere bırakmış, sosyal güvenlik fonlarını tek bir çatı altına toplayarak GSS'yi hayata geçirmiş, SDP kapsamında ilgili bileşenleri tamamlamıştır (Gün ve Koç, 2023: 54).

SDP'nin yaygın erişime yönelik bileşeninde, pilot uygulama sonrası 81 il geneline yayarak 2010 yılında aile hekimliği uygulamasına geçilmiş, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının yapısı özertleştirilirken özelleştirme aşaması tamamlanamamıştır (Gün ve Koç, 2023: 54-55).

Yapılan yasal düzenlemeyle, Resmî Gazete'de (694 Sayılı KHK, 2017) yayınlanarak yürürlüğe giren kanun hükmünde kararnameye göre: Kamu Hastaneleri Birlikleri kaldırarak, ihtiyaca göre tüm il ve ilçelerde sağlık müdürlükleri kurulması; İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde ihtiyaca yönelik olarak başkanlıklar kurularak, halk sağlığı, kamu hastaneleri, acil sağlık hizmetleri ve personel ve destek hizmetlerinin ilgili başkanlıklar altında yürütülmesi kararı alınmıştır. İl Sağlık Müdürlüklerine SB'nin il düzeyindeki hizmetlerin yürütülmesi görevi verilmiştir. İl düzeyinde personel nakil ve görevlendirme işlemleri İl Sağlık Müdürlüklerine devredilmiş, iş gücü planlamasında adil ve dengeli bir dağıtım söz konusu olmuştur. İl düzeyindeki acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde tüm kamu ve tüzel kuruluşların sevk ve idaresinde il sağlık müdürü yetkilendirilmiştir (Gün ve Koç, 2023: 55).

SDP'nin yüksek motivasyonla çalışan insan gücü hedeflendiği noktaya ulaşamamış, sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalması ve özlük haklarının iyileştirilememesi sebebiyle sağlık çalışanlarının huzursuzluğu artmış, bilgi ve beceri ile donanmış personelin sektöre kazandırılması

yönünde sistemi destekleyecek bir yaklaşımın mevcut eğitim altyapısı ve kurumlarınca sağlanamaması henüz tamamlanamamış bileşenlerdir. Kalite ve akreditasyon alanlarında girişimler yapılmış, ancak şu ana kadar yapılan çalışmalar kısıtlı ve eksik kalan bileşenler arasındadır (Gün ve Koç, 2023: 55).

SDP'nin başarılı sonuçlar getirdiği en önemli bileşeni olan Sağlık Bilgi Sistemleri, SB bünyesinde yapılan çalışmalarla hız kazanmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda ve analiz edilmesinde ortak veri akışı sağlayarak sağlık politikalarının belirlenmesinde ve sağlık hizmetlerinin sunumunda etkin rol oynayan uygulamalardan bazıları şunlardır (Başara vd., 2024: 274-276):

e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi; SB'ye bağlı sağlık kuruluşlarının entegre olduğu sağlık kaydı sistemi olup, kişinin güncel tetkik, radyoloji, ilaç, tanı ve geçmiş sağlık verilerine ulaşılmasını sağlamaktadır. Uygulama, mükerrer başvuru ve tetkik istenmesinin önüne geçmekte, teşhis ve tedavi sürecinin hızlanmasında etkinlik ve mali verimlilik bakımından fayda sağlamaktadır. Özellikle son dönemde yaşanan pandemi sürecinde aşı takibi ve genel sağlık verilerinin anlık sunulması sayesinde, politika yapıcılar için önemli bir enstrüman haline gelerek sağlık politikalarının belirlenmesinde etkin rol oynamıştır (Başara vd., 2024: 274).

Teleradyoloji Sistemi; hastalara yapılan tıbbi görüntüleme işlemleri ve raporlamaların kaydının tutulduğu uygulamadır. Uygulama üzerinden dijital olarak görüntülenebilir olması mekânsal sınırları kaldırarak uzak bir lokasyonda ki uzman tarafından raporlanmasına ya da hekim tarafından ileri tetkiklerde de kullanılmasına olanak sağlamaktadır. Uygulama sayesinde, mükerrer tetkiklerin istenmesinin önüne geçilerek hem maliyet verimliliği yaratılmış hem de gereksiz görüntülemelerle hastaların fazla radyasyona maruz kalmasını önlenmiştir. Bu sayede sağlık harcamalarında yılda 2 milyar TL kaynak tasarrufu sağlanmaktadır (Başara vd., 2024: 274-275).

Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA); yerli üretim iş zekâsı platformu olup, sağlık hizmeti sunumlarında, sağlık sistemi veri tabanında tutulan dijital kayıtların anlık raporlanabilmesine, gebe takibi ve aşılama programları gibi halk sağlığına yönelik izlemlerin gerçekleştirilmesine olanak sağlanmakta, sağlık tesislerinin yatak doluluk oranlarından, acil ilk yardımdaki yoğunluklara kadar sağlık kuruluşlarının anlık takibi yapılabilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda hekim muayenesi, tıbbi görüntüleme ve laboratuvar istemlerinin sayıları üzerinden performanslar da takip edilebilmektedir. Hastalıkların yayılım hızı ve sayıları, mortalite oranları, takipli kronik hastalıklar gibi verilerle sağlık politikası kararlarının belirlenmesinde kolaylık sağlamaktadır (Başara vd., 2024: 275).

Mekânsal İş Zekâsı (MİZ); bölgesel ve lokal haritalandırmalar üzerinde hastalıkların çevresel faktörlerle birlikte değerlendirilmesi, hastalıkların yayılımı oranı ve seyrinin takip edilmesi, insan

kaynağı planlamasıyla eş zamanlı olarak görülebilmesine, etkin ve hızlı karar alınabilmesini olanak tanıyan uygulamadır (Başara vd., 2024: 275).

Entegre Kurumsal İşlem Platformu (EKİP); taşra ve merkez teşkilatlarda istihdam edilen personellerin performans, hak ediş, maaş ve bordro gibi özlük hak ve bilgilerinin yer aldığı, diğer kurumlarla entegre olarak çalışan, özlük işlemlerinin yönetilmesi ve aynı zamanda ruhsatlandırma işlemlerinin de yapıldığı uygulamadır (Başara vd., 2024: 276).

Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS); sağlık hizmeti sunumunda birinci basamak sağlık hizmetleri ve halk sağlığı hizmetleri uygulamaları arasında sağlıklı veri toplama ve tek bir merkezden yönetilmesi amacıyla oluşturulmuştur (Başara vd., 2024: 276).

SDP ile tek çatı altında toplanan sosyal sigortaların kapsayıcılığı artırılmış, bu durum sağlık sisteminde talep ve sağlık kuruluşlarının hizmet yapısını da değiştirmiştir. Tüm birimler için hekime müracaat sayılarında önceki yıllara göre sürekli artış gözlemlenmiştir. Artan sağlık hizmeti talebi verimlilik ve etkililik bileşenleri bakımından risk oluşturmuştur (Gün ve Koç, 2023: 62).

“Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ)” ve “Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)” kurulması ile nitelikli sağlık hizmeti sunulmasında ve politika, işletme, ekonomi ve planlama bilgileriyle donatılmış insan gücü yetiştirilmesinde kaynak sağlayan sistemi destekleyecek kurumlar faaliyete geçmiştir. Bu çabalarla bilgi ve beceri ile donatılan sağlıkta insan gücü ve sağlık bilişim sistemlerinde uzmanların yetişmesinde SDP bileşenlerine destek olmaktadır (Gün ve Koç, 2023: 62).

2.2. Yapısal ve Ekonomik Etkileri

SDP'yle birlikte sağlık giderlerinin finansmanında değişiklikler meydana gelmiş, cepten harcama yükü azalırken, kamunun sağlık harcamaları yükselmiş, bozulan gelir gider dengesizliği beraberinde sosyal güvenlik finansal kaynakları üzerinde riskler oluşmaya başlamıştır (Gün ve Koç, 2023: 64). SDP'nin uygulama sürecinde etkileri bakımından değerlendirildiğinde yapısal ve ekonomik olarak öne çıkan başlıklar şunlardır:

2.2.1. Sosyal Güvenlik ve Finansman

2006 yılında, sosyal güvenlik fonları SGK çatısı altında birleştirilmiş, SSK hastaneleri SB'ye bağlanarak sağlık kuruluşları arasındaki sosyal güvence tipine (BAĞKUR – SSK) göre sağlık hizmeti verilmesi uygulamasına son verilmiş, sosyal güvence ayrımı gözetmeksizin hastanelerden hizmet alınması sağlanmıştır. Geniş kapsamlı yapılan bu düzenlemelerle birlikte özel sağlık

tesislerine yönelik sosyal güvenlik kurumlarıyla sözleşme imzalayan özel hastaneler ve üniversite hastaneleri sevk zincirine gerek kalmaksızın doğrudan hasta kabulüne başlamıştır. Buna karşılık 2007 yılından sonra, sosyal güvenlik kaynakları üzerindeki finans yükünü arttırmıştır (Atılğan, 2015: 9; Gün ve Koç, 2023: 62).

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Aile Hekimliği

SDP'nin sağlık hizmetleri talep yönünden sağlık istatistikleri verileri incelendiğinde, sevk zinciri ile güçlendirilmek istenen birinci basamak sağlık hizmetlerine talebin beklenen yönde olmadığı, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde alınan katkı payı düzenlemesine rağmen talebin azalmadığı, ancak tüm basamak sağlık hizmetlerinin talebinde belirgin bir artış gözlemlendiği bu durum etkililik bakımından SDP'nin amaçlarıyla uyuşmadığı gözlemlenmiştir. Sınırlı etki yaratan katkı payı düzenlemesi yerine, aile hekimliği uygulamasının güçlendirilmesi, sevk zincirinin kuvvetlendirilerek etkin olması, gereksiz sağlık hizmeti harcamaları ve taleplerin önüne geçebilecek eylemler olabileceği öngörülmektedir (Atılğan, 2015: 10).

Sağlık hizmetleri basamaklarında sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik yapılan çalışmada, üst solunum yolu enfeksiyonu hastalıklarının, etkin sevk zinciriyle birinci basamak sağlık tesislerinde aile hekimliğinde tedavi edilmesi durumunda 240.306.759 TL'lik bir kaynak tasarrufuna gidilebileceği tespit edilmiştir (Bankur, 2017: 81). Başka bir çalışmada, acil sağlık hizmetlerine başvuran hastaların yüzde 70'inin, hastalık yakınmaları bakımından ilk basamak sağlık kuruluşlarına başvurduklarında teşhis ve tedavi alabilecekleri sağlık hizmetleri olduğu görülmektedir. Sağlık istatistikleri verilerindeki yıllara göre değişen hekime başvuru sayıları dikkate alındığında, sağlık hizmetleri artış taleplerinde birinci basamak sağlık hizmetlerine göre ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri artış oranı neredeyse yüz katı bir orana sahiptir. Bu durum SDP'nin bileşenlerinden olan etkili ve verimli sevk zinciri amacına ulaşamadığı söylenebilir (Gün ve Koç, 2023: 63).

Aile hekimliği uygulamasıyla birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen aşılama ve gebe takibi gibi koruyucu sağlık hizmetleri daha etkin ve başarılı olmuş, ancak zorunlu sevk zincirinin oluşturulamayışı sağlık harcamalarındaki artış ve finansal kaynak üzerindeki yükü tam olarak hafifletememiştir (Bankur, 2017: 83).

Hasta başvuru sayılarındaki artan talebi karşılayamayan devlet hastanelerine karşın özel sağlık kuruluşları, gelir düzeyi özel sağlık harcamalarını karşılamaya elverişli bireyler için alternatif olmuştur. Özel sağlık kuruluşlarından alınan sağlık hizmeti talebindeki artışın sebebi, SGK ile bu kuruluşlar arasında sözleşme yapılması, alım gücü olması halinde öncelikli tercih edilmeleridir (Gün ve Koç, 2023: 64).

Zorunlu sevk zinciri aynı zamanda işgücü verimliliğine de katkı sağlayacağından, sadece ekonomik tasarruf tedbiri olarak görülmemelidir. Zorunlu sevk zincirinin olmayışı, hastaların sağlık hizmeti sunumunda özellikli bölümler haricinde istediği bölüm ve sağlık kuruluşuna başvurabilmesi sebebiyle ikinci ve üçüncü basamak sağlık sunucularındaki yığılmalarında önüne geçilememiştir. Bu yığılmalar sebebiyle söz konusu basamaklara ihtiyaç duyan hastalar başvuramamakta veya yeterli hizmet alamamaktadır (Bankur, 2017: 84).

2.2.3. Özel Sağlık Kuruluşlarının Teşviki

Yatırımlara yansımayan, özel sağlık sektöründeki hızlı ekonomik büyüme eğiliminin temel nedeni, sağlık hizmetlerinin sözleşmelerle SGK tarafından finanse edilmesi değil, bireylerin ödemiş olduğu katkı payları ve doğrudan yapılan cepten ödemelerden kaynaklanmaktadır. Özel sektördeki bu büyümeye, sosyal güvenlik kaynakları üzerinde ve genel bütçe üzerindeki sağlığın finansman yükünü azaltmada katkı sağlamamış, SDP'nin temel amaçlarından birisi olan makroekonomik verimlilikten uzaklaştırmıştır (Gün ve Koç, 2023: 64).

SDP'yle birlikte özel sağlık kuruluşlarının açılması teşvik edilse de özel hastane sayısındaki artışı ve sağlık hizmetlerinin kontrolünü sağlamak amacıyla, 2013 yılında yapılan yasal düzenlemelerle, yeni açılacak sağlık kuruluşları için bazı ön koşullar getirilmiş, bu şekilde küçük ölçekli işletmelerin özel hastaneler zincirine katılmaları özendirilmiştir (Çetin, 2017: 285; Gün ve Koç, 2023: 64).

Sağlık harcamalarında meydana gelen artış, üçüncü basamak sağlık kuruluşları ve özel hastanelerin sağlık harcamalarında SGK kaynaklarından büyük pay alması, SGK gelirlerinde azalma ile birlikte sosyal güvenlik sistemi üzerinde oluşan finansal kayıp ve kaynak açığına sebep olmuştur (Kocasoay, 2014: 46; Gün ve Koç, 2023: 62).

2.2.4. Devlet Hastanelerinin Durumu

Keskin'e (2018: 145) göre SDP'nin etkileri altında, SB'ye bağlı hastanelerin etkinliğinde kurumlara özgü çevresel etkenler ve teknik faktörlerin incelenmesine yönelik yapılan çalışmada, eğitim ve araştırma hastaneleri gibi büyük ölçekli kuruluş yapıları, ekonomik büyüklük ve teknolojik yenilikleri uygulayabilme bakımından kaynakların daha etkin kullanım sağladığı, buna karşın SDP kapsamında benimsenen desentralizasyon ilkesine göre, diğer kamu hastaneleriyle üst hizmet bölgeleri arasında, sağlık hizmetlerinin merkezileştirilerek yapıldığı yönetim planlamasında bölgesel olarak farklılık oluşturmadığı gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar, SDP'nin 2012 yılına kadar verimliliği sağlayarak pozitif etki yarattığı, sonrasında ise nötr olduğu görülmektedir. Çalışma

sonucunda hastanelerin ölçeğini büyütme, ölçek ekonomilerinin yarattığı teknolojik avantajlardan dolayı etkinliğin arttırdığını, böylece kaynakların daha etkin kullanılabilmesini göstermektedir (Gün ve Koç, 2023: 63).

Kamu hastaneleri bakımından en önemli gelişmelerden biri 2005 yılında çıkarılan 25806 sayılı “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunan Kurumlar Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği” olmuştur. Yapılan düzenlemeyle, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına yönelik, her ilde en az bir tane olmak üzere SB’ye bağlı ağız ve diş sağlığı merkezi kurulmuş, ayaktan koruyucu ve tedavi edici diş sağlığı hizmetleri vermeye başlanmıştır. SB’ye bağlı ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan 22 ağız ve diş sağlığı hastanesi, 133 ağız ve diş sağlığı merkezi bulunmaktadır. Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan 510 devlet hastanesiyle birlikte toplam 9.432 diş ünitesiyle hizmet verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2018: 180). Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunumunda kamu kurumlarının daha fazla etkin olması, SDP sonrası sağlık alanındaki yapılan yatırımlar ve hizmet bakımından önemli gelişmelerdendir (Yılmaz vd., 2019: 75).

2.2.5. Şehir Hastanelerinin Kurulması

SDP sonrası, 2013 yılında Yozgat’ta faaliyete geçirilen ilk şehir hastanesi ile birlikte sağlık hizmetleri sunumunda yapısal değişikliğe giden SB, dönüşümün temel ayaklarından olan “şehir hastaneleri” kurulmasını son dönemde hızlandırmış, genel bütçe kaynakları ile yapılan 6 şehir hastanesi (Tablo 1) ve Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) kaynak finansmanıyla yapılan 18 şehir hastanesi (Tablo 2) olmak üzere, 2024 yılı itibariyle faaliyet gösteren toplam 24 şehir hastanesiyle sağlık hizmeti verilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024: 128-129). Bu yapılarla genel bütçe kaynaklarının yatırımlara değil, sağlık harcamalarına ayrılmasına imkân sağlaması hedeflenmiştir (Fedai, 2020: 21).

Tablo 1: Genel Bütçe Kaynaklarıyla Açılan Şehir Hastaneleri ve Yatak Sayıları

Tesis Adı	Yatak Sayısı
Antalya Şehir Hastanesi	1.000
Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi	1.100
Erzurum Şehir Hastanesi	1.670
İstanbul Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi	800
İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi	1.125
İstanbul Okmeydanı Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi	1.000
Toplam	6.695

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2024). *2023 Yılı Faaliyet Raporu*. T. C. Sağlık Bakanlığı. Ankara: Strateji Geliştirme Başkanlığı.

2024 yılı itibariyle finansmanı genel bütçe kaynaklarıyla yapılan şehir hastaneleri yatak sayısı 6.695'e (Tablo 1), KÖİ modeliyle finansmanı sağlanarak yapılan şehir hastaneleri yatak sayısı 28.548'e (Tablo 2) yükselerek toplamda 35.243 yatak kapasitesine ulaşılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024: 128-129).

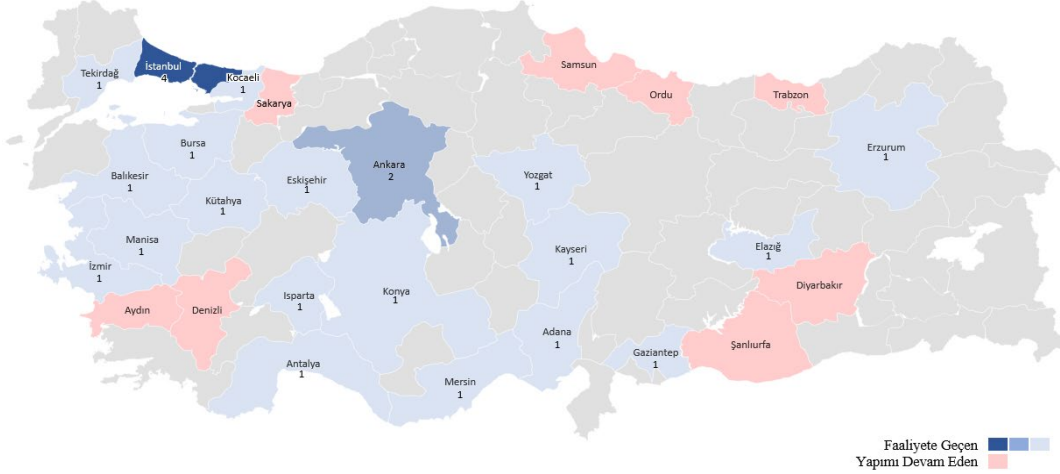
Tablo 2: KÖİ Modeli ile Açılan Şehir Hastaneleri ve Yatak Sayıları

Tesis Adı	Yatak Sayısı
Adana Şehir Hastanesi	1.640
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	4.050
Ankara Etlik Şehir Hastanesi	4.050
Bursa Şehir Hastanesi	1.355
Elâzığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi	1.038
Eskişehir Şehir Hastanesi	1.150
Gaziantep Şehir Hastanesi	1.875
Isparta Şehir Hastanesi	845
İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi	2.720
İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2.060
Kayseri Şehir Hastanesi	1.607
Kocaeli Şehir Hastanesi	1.220
Konya Şehir Hastanesi	1.250
Kütahya Şehir Hastanesi	610
Manisa Şehir Hastanesi	558
Mersin Şehir Hastanesi	1.440
Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi	605
Yozgat Şehir Hastanesi	475
Toplam	28.548

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2024). *2023 Yılı Faaliyet Raporu*. T. C. Sağlık Bakanlığı. Ankara: Strateji Geliştirme Başkanlığı.

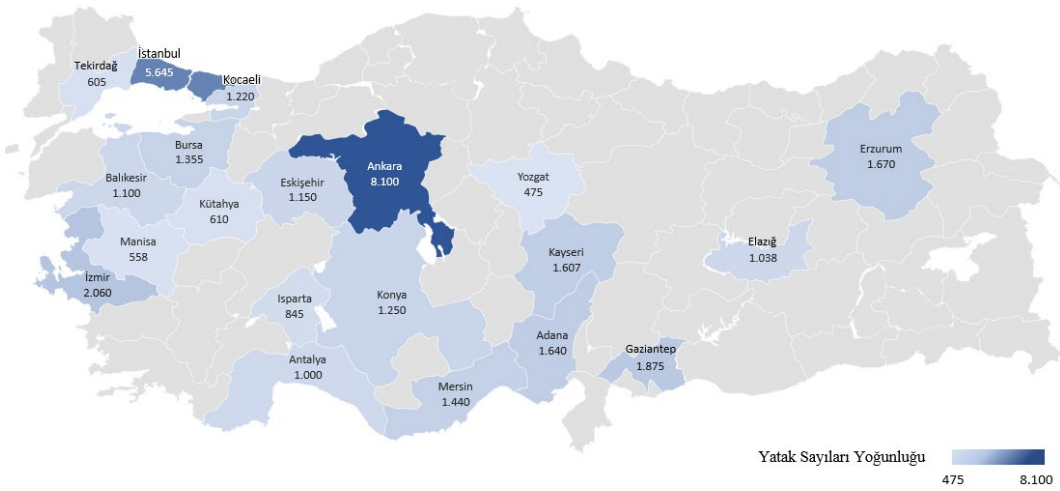
Türkiye'de bakılan hasta sayısının 1/4'ü şehir hastanelerinde tedavi edilmekte, 14 adet inşası devam eden, 3 adet proje aşamasında olan şehir hastanesi daha bulunmaktadır (Koca, 2024). Hedeflenen bu durum her ne kadar kapasite artışı olarak görülse de SDP'nin amaçlarından olan hakkaniyet ilkesiyle bağdaşmayacağından sağlık hizmetlerinin sunumunda kırsal-kent farklılıklarının giderilmesine olumlu bir etki yaratmayacağı öngörülebilir. Bununla birlikte yeni kurulan şehir hastaneleri büyükşehirlerle sınırlı kalmakta, hizmet sunumunda sağlık hizmetlerin yaygınlığının Batı ve Güney bölgelerinde yoğunlaştığı gözlemlenmektedir. Bu bölgelerin, kırsal bölgelere göre

teknoloji ve alt yapı üstünlüğünü koruyacağı, bu durumda sağlık hizmetleri sunumunun taşraya yayılmasında SDP'den beklenen etkiyi azaltacağı söylenebilir (Harita 1).



Harita :1 Şehir Hastanelerinin İllere Göre Dağılımı

Kurulan şehir hastanelerindeki toplam yatak kapasiteleri ve illere göre dağılımı bakımından değerlendirildiğinde, Türkiye'nin en yoğun nüfusa sahip ili olan İstanbul şehir hastanelerinde yatak sayısının Ankara'dan az olması, çevre illerde bulunan şehir hastanelerinin varlığı olarak yorumlanabilirken, İstanbul'daki yatak kapasitesinin 1,5 katı olarak en fazla yatak sayısına sahip il Ankara'nın olduğu gözlemlenmekte, bu durumun özellikle Batı Karadeniz'de bulunan çevre illerde şehir hastanelerinin olmayışından kaynaklandığı ve bölgedeki sağlık hizmeti taleplerini karşılamak üzere yüksek yatak kapasitesiyle hizmet verdiği anlaşılmaktadır (Harita 2).



Harita 2: Şehir Hastanelerinin Toplam Yatak Kapasitelerine Göre İllere Dağılımı

Kamu sağlık yatırımları özel sektörün tek başına üstlenebileceği bir riziko olamayacağından, KÖİ ortaklığı modeli ile yapılan sağlık tesislerinde devletin garantörlüğüne ihtiyaç duyulmuştur. Şehir hastanelerinin inşası ve kampüs içerisindeki sağlık haricindeki temel işletme hizmetlerinin gerçekleştirilmesi hususunda özel sektörün finans kaynağını kullanması, getirisi bakımından İsveç, Norveç, Danimarka ve Finlandiya’da gibi ülkelerde uygulanan projelerde kaynak tasarrufu sağlandığı gözlenirken, Türkiye için bu durum belirsizlik arz etmektedir (Fedai, 2020: 21).

SDP sonrası dönemde sağlık hizmetlerinde artan talebin karşılanmasına yönelik sağlık yatırımları teşvik edilmiş, özel sağlık kuruluşlarından hizmet alma talebinde bir artış gözlemlense de artan sağlık yatırımları karşısında inişli çıkışlı eğilimde olan özel sektör bekleneni vermemiş, yatırımların ağırlığı merkezi hükümet üzerinde kalmış ve devlet eliyle gerçekleştirilmeye devam etmiştir (Gün ve Koç, 2023: 64).

Son dönemlerde kurulan şehir hastanelerinin sayısının artmasına karşın, devlet hastanesi sayısında belirgin bir artışın olmayışı, devlet hastanelerindeki yoğunluğun ve talebin azalmayışının diğer bir sebebidir. Özel hastane yatak sayılarındaki artış ise devlet hastanelerindeki bu yoğunluktan kaynaklanan talep kayması şeklinde yorumlanabilir. Artan yoğun talebe cevap bulunamaması sonucunda yükselen maliyetler ve sağlık iş gücü üzerindeki yük, sağlık siteminin sunumunda ve finansmanında sorunlar yaşanabileceğini göstermektedir (Gün ve Koç, 2023: 64-65).

2.2.6. Sağlık Turizmi

Küresel sağlık sistemlerinde yaşanan gelişmelerle birlikte, bireyler sağlık turizmi kapsamında sağlıklarını elde etmek için buldukları lokasyondan çıkarak hem sağlık hem de turistik ihtiyaçlarını birlikte gidermeyi tercih etmekte, sağlık ihtiyacını turistik ihtiyaçlarla eş zamanlı karşılayarak zaman tasarrufunda bulunmakta ve daha iyi bir sağlık merkezinde hizmet alabilmektedir. Bunların içerisinde termal bakım, beslenme ve diyetetik, zihinsel sağlık ve sağlıklı yaşam mentorluğu, diş ameliyatları ve estetik tedavileri, saç ekimi ve ciddi sağlık sorunlarında ileri teknolojiyle yapılan robotik cerrahi operasyonlar gibi geniş bir yelpazede sağlık hizmetleri sunulmaktadır (Mueller ve Kaufmann, 2001: 5).

SDP sonrası sağlık hizmetlerinin sunumunda gelişen tıp teknolojisi, başarılı hekimlerin bulunması ve alternatif tedavi seçenekleriyle birlikte, Türkiye’de de sağlık hizmeti sunumu ve otelcilik hizmetlerinde kalite artışı yaşanmıştır. Türkiye’nin de içinde bulunduğu sağlık turizmi endüstrisi gelişmiş, başta medikal turizm olmak üzere Batı ve Ortadoğu ülkelerinden yoğun talep oluşmuştur. Bu taleplerin oluşmasındaki önemli etkenler olarak sağlık hizmeti sunumundaki fiyat avantajları, ameliyat için kısalan bekleme süreleri, destinasyon sağlanan ülkelerdeki para birimi değeri, başarılı hekimlerin bulunması, teknolojik alt yapının gelişmiş olması sayılabilir. Avrupa ve batı ülkelerindeki sağlık sigorta sistemleri, diş operasyonları ve estetik girişimlerin kapsam dışında

bırakılması, hastaları daha ucuz tedavi amacıyla arayışlara itmektedir. Bu kapsamda bireyler gelişen iletişim araçları ve internet sayesinde sağlık arayışlarını küresel olarak yapabilmekte, bilinçlenen bireyler tüketim tercihleriyle sağlık turizminin gelişmesini, sağlık turizmine ulusal gelir olarak bakan ülkelerin daha fazla hizmet sunmasını sağlamaktadır (Aydın, 2012: 93; Soysal, 2017: 172-173).

Hem turizm alanında hem de sağlık alanında bulunduğu bölgede cazibe merkezi olan Türkiye, sağlık turizmindeki pazar payını arttırmak amacıyla Turizm Stratejisi 2006-2023 Eylem Planı'nı uygulamaya başlayarak Troya, Frigya ve Afrodısyia bölgelerinde termal turizm temasını ön plana çıkarmış, 2011 yılında mevzuat değişikliğiyle SB, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde sağlık turizminin geliştirilmesi ve paydaş kurumlarla koordinasyonunun sağlanması amacıyla Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2019 yılında ise Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi (USHAŞ) kurulmuştur. Sağlık turizminin gelişmesi ve yatırımların teşviki amacıyla 2013 yılında sağlık turizminde %50 gelir vergisi muafiyeti uygulanmış ve Ekonomi Bakanlığı üzerinden yurtdışı tanıtımlarına finansal destekler sağlanmıştır (Özer ve Songur, 2012: . 74-75; Aydın, 2014:137). Hızlı teknolojik ilerlemelerle birlikte sağlık alanında cerrahi girişimlerin robotikleşmesi, sanal sağlık asistanı ve sohbet uygulamaları, hastaların kişisel sağlık verileriyle uzaktan takip edilip tedavisinin planlanması gibi gelişmeler yaşanmış, gündelik yaşamda sıkça kullanılmaya başlanan yapay zekâ sağlık turizmi alanında da kendine yer bulmuş, teşhis ve tedavide hata payını azaltması ve maliyetleri düşürmesi bakımından da katkı sağlayarak hasta memnuniyetinin artırılmasında sağlık turizmiyle ilişkilendirilmiştir (Yetgin, 2024: 92-93).

Yetgin'in (2024, s. 92-93) sağlık turizmi hizmeti alan bireylerle yapmış olduğu çalışmada; yapay zekâ ve ileri teknolojiye faydalandıkları, yapay zekânın sağlık turizmi ve hizmetlerin sunumunda yararlı olduğu, teşhis ve tedavide kullanılabileceği, hastaların yapay zekâ ile tedaviye açık olduğu, risklerin giderilmesi durumunda inovasyonun devamına karşı çıkmadıkları, sağlık alanındaki yapay zekâ ve ileri teknoloji uygulamalarının daha fazla tercih edilebileceği gözlemlenmiştir. Fırsatlar bakımından sağlığın teknolojik inovasyonunda yapay zekânın sağlık turizmine sağlayacağı katkının sürdürülebilir olması için, belirlenen etik standartlara uyularak kişisel veri güvenliğinin sağlanması, teknolojik alt yapı ve uzmanlaşmış personel yetiştirilmesi yönünde yatırım yapılması gerekmektedir (Yetgin, 2024: 92-93).

2.2.7. Kalkınma Planlarında Hedeflenenler

İlk olarak Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanarak 1963 yılında uygulanmaya başlanan kalkınma planlarıyla birlikte SDP'nin de temellerinin atıldığı 7 kalkınma planı daha hazırlanmış, SDP öncesi hazırlanan bu planlarda sağlık personeli sayısının yetersizliği, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, sağlık harcamalarının düşük olması, sürekli olarak sağlık

hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hedeflenmiştir. SDP sonrası kalkınma planlarında ise; çağdaş işletmecilik anlayışla yönetim, bilimsel veri ve kanıta dayalı tedavi yöntemleri, akılcı ilaç uygulamaları, obezite ve hareketsiz yaşam ile mücadele, veri tabanı ve teknolojileri, sağlık turizmi, uluslararası akreditasyonlar, sağlık sektörünün endüstrileşmesi gibi çağdaş kavramlardan bahsedilmektedir. Kalkınma planlarında kamu ve özel sektör hizmet sunucularının yer aldığı karma sağlık sistemi modeli benimsenmiş, ivme kazanan Türk sağlık sistemi için çağının ilerisinde hedefler belirlenmeye başlanmıştır (Yardan ve Kiremit, 2016: 93).

2019-2023 dönemini kapsayan On Birinci Kalkınma Planı kapsamında Sağlık Endüstrilerinde Dönüşüm Özel İhtisas Komisyonu kurulmuş, hazırlanan raporda sektörel inovasyona vurgu yapılmıştır. Hem tıbbi cihaz geliştirilmesinde hem de yüksek katma değerli ürünler elde edilebilmesine yönelik inovasyon yaklaşımıyla destek programlarının açılması, endüstriyel tasarımlarının da kapsama alınması, teknolojinin değerlendirilmesinde ve pazarlanmasında katkı sağlayacak eğitim ve danışmanlık faaliyetlerinin de yer alması gerektiği belirtilmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018: 111)

Sağlık endüstrisinin gelişmesine yönelik desteklerde; inovasyonun hasta ve kullanıcı odaklı olması, doğrudan sağlığa ve yaşam kalitesine etkiye bulunması, henüz giderilmemiş tıbbi ihtiyaçlara yönelerek yenilikçi çözümler getirilmesi ve fikirlerin ticarileşmesinin sağlanması öngörülmüştür. Bilgi teknolojileri ve robotik gelişmeler tıbbi cihazların geliştirilmesinde ve inovasyonda önemli bir rolü bulunduğundan bu süreç desteklenmeli, sağlık ve bilim uzmanlarının disiplinler arası yaklaşımıyla çözümlenerek sağlık alanında beklenen faydanın sosyal ve fiziksel olarak bütüncüllüğü sağlanmalıdır. İnovasyon faaliyetleriyle maliyet etkililiğinin artıracak, kamu ihtiyaç ve sağlığını önceleyecek şekilde eylem planları belirlenmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018: 111).

3. Sonuç

Cumhuriyetin kuruluş yıllarından itibaren sağlık politikalarında yapılan reform çalışmaları ve düzenlemeler sonucunda, günümüz sağlık sistemine ışık tutacak uygulamalar yasalarla hayata geçirilmiş, halen kullanılmakta olan kanunlarla sağlığa erişimde çok önemli mesafeler kat edilmiştir. Ancak askeri darbeler ve çok partili dönemleri kapsayan SDP öncesi son yirmi yıla yakın süre boyunca, sağlık politikalarında teoride alınan kararların uygulamaya konulmadan kaldırılması gibi istikrarlı olmayan bir süreç yaşanmıştır.

1982 Anayasası ile birlikte yeni resmi politikaların uygulanmasında kamu sağlık örgütü ve sağlık sektörü için zorlayıcı bir yapı teşkil etmiştir. Bu maksatla sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde örgütlenmenin yöntemlerini tartışmaya açan hükümetler, genellikle benzer örnekler üzerinde

durulan modeller ile bir reform arayışına girmiş ve belirlenen politikaların uygulanmasına çabalamışlardır.

İkinci Dünya Savaşı sonrası Avrupa'da yaşanan ekonomik çıkmaz, sağlık politikalarını uygulayabilmek için ülkeleri finansal arayışa itmiş, bu dönemde ortaya çıkan uluslararası finans kuruluşları ve örgütler sağlık politikalarını küresel olarak şekillendirmişlerdir.

Türkiye'de de sağladıkları kredilerle etkin rol oynayan DB, IMF ve DSÖ gibi uluslararası örgütler, sağlıkta dönüşüm projeleri üzerinden destek vermiş, bu sebeple kendi kurallarını koyarak sağlık politikalarının belirlenmesinde finansal bir etken oluşturmuşlardır. Bu örgütler, reform niteliğinde geliştirdikleri formülasyonların Türkiye'deki projelerde uygulanabilmesi için kongreler düzenleyerek yayınladıkları raporlarla hem siyasi gündemi belirlemiş hem de vurguladıkları sağlıkta dönüşümün gerekliliği hususunda kamuoyunu ikna ederek politikaların gündeme gelmesini sağlamışlardır.

SDP bileşenleri, sonuçları bakımından incelendiğinde bir kısmının uygulamaya tam olarak yansımadağı, ancak sağlık sistemi üzerindeki yapısal düzenlemeler ve iktisadi gelişmeler bakımından değerlendirildiğinde olumlu etkileri olduğu görülmektedir. Reformun gerekçesi ve temel amaçları arasında yer alan ilkeler incelendiğinde, koruyucu sağlık hizmetleri ve salgın hastalıkların önlenmesinde, anne ve bebek ölümleri, doğum oranlarındaki iyileşmeler bakımından etkililikten söz edilebilse de sağlığın maliyetlerinin düşürülmesinde ve elde edilen gelirin yeniden hizmete aktarılması bakımından verimlilikten uzak kalmaktadır.

SDP'nin amaçları bakımından hakkaniyet ilkesi çerçevesinde değerlendirildiğinde, sağlık hizmetleri sunumu ve erişimi açısından kırsal ve sosyoekonomik farklılıkların giderilmesi bağlamında henüz belirgin bir azalma olmamıştır. Şehir hastaneleri, her ne kadar ulaşılabilir olsa da hem fırsatlar bakımından büyükşehirlerde kurulmaları hem de teknolojik yenilik ve ekonomik imkânlar bakımından dezavantajlı durumdaki taşra sağlık hizmetleri sunumundan farklılıklar göstermektedir.

Her ne kadar sağlığın finansmanında kaynak tasarrufu sağlanması amacıyla sağlık tesislerinin kamu özel ortaklığıyla kurulması ve desteklenmesi SDP'nin öncelikleri arasında olsa da bu kapsamda kurulan şehir hastanelerinin finansal durumu ve kaynak kullanımında sağlamış olduğu yarar henüz bilinmemektedir.

Şehir hastaneleri görüntüleme ve laboratuvar istemlerinin sunumu, kampüs ve çevre düzenlemesi, bina işletme giderleri gibi yan hizmetlerin sunumunda kaynak kullanımı açısından efektif bir çözüm gibi görünse de ülke genelinde tedavi hizmetleri talebindeki artışın devam etmesi, hastaların

devlet hastanelerinde tedavi için randevu almakta sorunlar yaşıyor olması, şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle devlet hastanelerinin sağlık yükünü alıp alamayacağı konusunda beklenen etkiyi yaratması kısa sürede mümkün olmayacağı söylenebilir.

Şehir hastanelerinin birçoğu yeni organizasyon faaliyetleri olduğundan erişim, bilinirlik, personellerin oryantasyonu ve diğer sebeplerle henüz tam kapasiteli olarak hizmet vermeye başlayamamışlardır. Hesaplanan yeterli hasta ve tedavi sayısına ulaşamaması sebebiyle beklenen performans ve kapasitede hizmet veremeyen şehir hastanelerinin döner sermayesinde yeterli kaynak oluşmamış, yatırım sağlayan ve yan hizmetleri veren özel sektördeki kuruluş ortaklarına hasta ve tedavi garantisi kapsamında ödenen kira ve hizmet giderleri sağlık sistemi üzerinde şimdiden finansal bir yük oluşturmaya başlamıştır.

Şehir hastaneleri ve devlet hastanelerinin kurulduğu lokasyonlar ve arazi seçiminden kaynaklı olarak sağlığa erişimde hastalar ulaşım engeli yaşamaktadır. Hastanelere erişimde hem karayolu ulaşımı hem de toplu taşıma araçları yetersiz kalmakta, bu sebeple sağlığın finansmanında hastalara ek yük oluşturmaktadır.

Ayrıca, ulaşım sorununa çözüm olarak karayollarının genişletilmesi ve toplu taşıma araç sayılarının arttırılması gibi yeni ihaleler yapılarak devlet bütçesinden ek yatırımlara ihtiyaç duyulmakta bu da başta şehir hastaneleri olmak üzere KÖİ yatırımlarının sağlıktaki finans yükünü azaltması ve kaynak tasarrufu yaratması beklenirken, devletin genel bütçesinde yeni kaynak arayışına sebep olmaktadır.

Mevcut şehir hastanelerine ulaşımın kolay olması ve acil durumlarda hızlı erişim için hem karayolunun aşgari bölünmüş duble yol olması sağlanmalı hem de şehir hastanelerinin tercih edilebilmesi için toplu ulaşım araçlarıyla ücretsiz ring seferleri düzenlenmelidir.

Bu bakımdan yeni kurulacak olan sağlık tesisleri halkın sağlık hizmetine rahat erişim sağlayabileceği merkezi lokasyonlarda olmalı, mümkünse yeni tesis inşasında daha önce erişim sağladığı mevcut sağlık alanı tercih edilmeli, gerekiyorsa mevcut sağlık tesislerinin bulunduğu arsaların genişletilmesinde kamulaştırma yoluna gidilmelidir. Bu şekilde karayolları ve ulaşımından kaynaklı oluşacak finans yükü yerine optimal kaynak kullanımı sağlanabilir.

Şehir hastanelerinin Türkiye'deki sağlık sistemi üzerinde, uzun vadede hem finansal hem de yapısal bakımdan nasıl bir etki yaratacağı belirsiz olduğundan ileriki zamanlarda kapsamlı bir incelemeye ihtiyaç duyulmaktadır.

Sosyal güvenliğin tek çatı altında toplanması sağlık primlerinin tahsilatlarını kolaylaştırması ve kaynağın tek bir merkezden yönetiliyor olması pozitif bir etki yaratsa da savaşlara bağlı çevresel göç hareketliliği ve kayıt dışı çalışanlarla birlikte sağlığın finansmanında artan yük sebebiyle

kaynaklar yetersizleşmeye başlamış, bu durum yeni kaynak yaratma arayışlarıyla reçete ve ilaçlardan niteliğine göre daha fazla katılım payları alınmasına sebep olmuştur. Toplumun gelir düzeyi yüksek kesimi özel sağlık sigortalarıyla aldıkları sağlık hizmetinin kalite ve kapsamını genişletirken, dar gelirli kesimin artan prim ve katkı payı borçları sebebiyle kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşımında ve ilaçların temininde zorluk çekmektedir. Bu durum hem sağlık bakımından sosyal refahı hem de sağlığa erişimi zorlaştırmaktadır.

Aile Hekimliği uygulaması ülke genelinde özellikle kronik hastaların ve gebelerin takibinde olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Hastalar birinci basamakta sağlık hizmeti olarak hem gerekli tetkik ve tedavilerini yaptırabilmekte hem de kronik rahatsızlıkları için ilaçlarını kolayca reçete ettirebilmektedirler. Bu durum devlet hastanelerinde ki başvuran hasta sayısını azaltarak tanı ve tedavide kaliteyi arttırmış, ikinci basamak devlet hastanelerini önemli oranda rahatlatmıştır.

Ayrıca halk sağlığının korunmasında aktif rol alan aile hekimlerinin yanı sıra aile hekimlerinin bağlı olduğu toplum sağlığı merkezlerinde, İl Sağlık Müdürlükleri koordinasyonu ile yapılan kolektif çalışmayla kurulan Kansere Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) birimlerinde verilen hizmetlerle kanserle mücadele erken tanı için önemli yol katedilmiş, sağlıklı hayat merkezleri ile halkın bilinçlendirilmesine ve sağlık okuryazarlığının artmasına katkı sağlanmış, bu sayede birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda pozitif etkiler yaratılmıştır.

Bunlara karşın, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumu başta olmak üzere tüm basamak sağlık hizmetlerinde belirgin bir artış gözlemlenmiştir. Her ne kadar sevk zincirinin etkin olmayışı genel olarak SDP'nin bu alanda başarılı olamayışı olarak yorumlansa da tüm basamaklardaki talep artışı, sağlığa erişimin kolaylaşması yönünde de düşünülebilir.

Sosyal güvencenin tek çatı altında birleşmesinden önceki son 20 yıllık dönemde sağlık güvencesinin olmayışı sebebiyle hastanelerde tedavi olamayan, rehin kalan hasta ve hasta yakınları vakalarına sık rastlanmaktaydı. Temel tedavide kullanılan ilaca erişimde bırakılan rehin eşyalar ve borç defterleri bakımından da durum farklı değildi. Hastanelerin bünyesindeki eczane önlerinde yığılmalar, ilaçların hem hastane stoklarında olmayışı hem de dışarıdaki eczanelerden daha pahalıya temin edilmesi bu durumun başlıca sebepleriydi. Üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde tedavi olmak ise neredeyse halkın geneli için ulaşılması zordu.

Bu bağlamda sosyal güvenlik fonlarının 2006 yılında SGK çatısı altında birleşmesi sonrası 2007 yılından itibaren gözlemlenen sağlık talebindeki ani artış için; güvence tipine bakılmaksızın tedavi imkânı getiren sağlık hizmetleri sunumu ve sosyal güvence kapsamının genişletilmesi, maddi yoksunluk sebebiyle tedaviden imtina eden büyük bir kesime umut olan yeşil kart uygulaması, zorunlu sağlık sigortasıyla tedavi ve ilaç ücretlerinin tamamını cepten ödemek yerine gelir

düzeyine bağlı olarak katılım payı ödeme yönteminin bireylere sağlığın finansmanda güvence vermesi, sevk zincirinin kaldırılmasıyla gelir düzeyi daha iyi olan kesim için konfor arayışıyla özel sağlık kuruluşlarına başvurmaları sonucu tüm basamaklarda ki sağlık talebine yönelik olarak sağlığa erişimin kolaylaşmasından kaynaklandığı da söylenebilir.

Çok başlı ve dağınık yapıda olan hastanelerin, SB'ye bağlanarak tek elde toplanması sağlık hizmetlerinin sunumunda standardın oluşmasını sağlayarak hizmet kalitesini arttırmış, il ve ilçelerdeki hastanelerin açılmasında hız kazandırarak sağlıkta insan gücü planlamasını daha verimli hale gelmiştir. Ancak askeri hastanelerin SB'ye devredilmesiyle MSB'ye sivil hekimlerden görevlendirmeler yapılmakta, bu da harp durumuna karşı daha donanımlı sağlık uzmanları yerine cephede harp koşullarına ve yeterli donanıma sahip olmayan hekimlerle hizmet verilmesi riskini doğurmaktadır. Türkiye'nin bulunduğu coğrafyada yaşanan politik gerilimler, askeri çatışmalar ve komşu ülkelerde çıkan savaşlar 3. Dünya Savaşı için zemin hazırlamakta, bu durum Türk Silahlı Kuvvetlerinin savaş durumuna hazırlıklı olabilmesi için cephede daha fazla sağlık gücüne ihtiyaç duyabileceğini göstermektedir. Bu sebeple askeri hastanelerin yeniden açılması savaş durumuna karşı donanımlı sağlık gücünün kazanılmasında yararlı olacaktır.

SDP sonrası dönemde özel sağlık kuruluşlarının sayıları artmış, hizmet kalitesi ve donanımlı personel bakımından hizmetlerin sunumunda yeterli olsalar da daha ileri tetkik ve tedavilerde alt yapıları yeterli gelmemektedir. Özel hastaneler daha çok ön tanı yaparak ayaktan tedavi ile poliklinik ve cerrahi klinik operasyon hizmetleri vermekte, kazançlarını ise otelcilik hizmet kalitesini arttırmakta kullanmaktadır. İleri tetkik ve tedavi için gerekli tıbbi ve teknolojik alt yapılar yine devlet eliyle yapılmakta, spesifik hastalıklarda hastalar özel merkezlere ve üçüncü basamak hastanelere sevk edilmektedir.

Bu bağlamda, SDP ilkeleri ve bileşenleri bakımından alınan kararların tek partili hükümet dönemine denk gelmesinin verdiği avantajla geniş kapsamda uygulama alanı bulmuş, alınan politika kararları doğrultusunda daha hızlı bir şekilde kanunlaşması sağlanmıştır. Performansa dayalı ödeme sistemi sebebiyle yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü ilkesi ve koruyucu dış hekimliği haricinde hemen hemen programın birçok evresi tamamlanmıştır. Kurulan şehir hastaneleri sayısı 24'e ulaşmış, reform çalışmalarıyla dinamikleşen SB'nin teşkilat yapısı her geçen gün yeni bir uygulamayı hayata geçirmektedir.

Reform hareketleriyle gelişen ve AB uyum programlarıyla olgunlaşan Türkiye'deki sağlık sistemi; "Sağlık Turizmi" gibi yeni ve spesifik alanlarda ihtisaslaşmış, ulusal gelir olarak benimsenen bu alanda sahip olunan turizm gücü ve sağlık sistemindeki deneyimini birleştirerek, sağlık turizmi pazarına yön vermeye başlamıştır.

Sağlık turizminde, çeşitli sebeplerle yurt dışında bulunan gurbetçi Türkler ve yabancılar, dış tedavisi gibi basit bir durumda bile kalite ve fiyat avantajı sebebiyle Türkiye'yi tercih etmekte, sunulan fırsatlar bakımından sadece maliyetler tercihler üzerinde belirleyici olmamakta, lüks kavramı da belirleyiciler arasında yer almaktadır. Öyle ki sağlık turizmi alanında hizmet veren özel sağlık kuruluşları, yatırımlarını yurt dışından gelen sağlık turistleri için havalimanına yakın lokasyonlarda yapmakta, sağlık hizmeti alacak statü ve imtiyaz sahibi seçkin kişilere VIP (Very Important Person) hizmeti vermek için sağlık tesisi içindeki otelcilik hizmetlerini lüks seviyeye taşımakta, özel jet ve limuzinlerle transferleri sağlanan hasta ve refakatçileri tedavi süresince lüks otellerde konaklatılarak paket dâhilinde yurtiçi kültür ve seyahat turları düzenlemektedir.

Sunduğu fırsatlar ve millî gelire sağlayacağı katkısı bakımından sağlık turizmi sektörünün gelişimi desteklenmeli, yeni sağlık tesislerinin kurulmasında özel sektördeki yurt içi ve yurt dışı yatırımcılara teşvikler sunulmalı, sağlık turistlerini çekmek üzere daha fazla yurtdışı tanıtımları yapılmalı, sağlıkta yabancı dil bilen nitelikli eleman sayısı artırılarak eğitim kurumlarında verilecek yabancı dil çeşitliliğiyle sağlık turizmi alt yapısı ve insan kaynağı güçlendirilmelidir.

Bu noktada SBÜ'nün açılmasının katkısından söz edilebilmektedir. Yurt dışında yabancı dilde program açma ve ortak program yürütme yetkisiyle Somali, Sudan, Filipinler, Özbekistan, Suriye gibi ülkelerde sağlık hizmetleri eğitimi verilmek üzere kampüsler kurulmuş Afganistan, Filistin, Pakistan, Suriye, Filipinler ve Lübnan'da da eğitim birimleri açılmasına yönelik planlama ve çalışmalar yapılmaktadır. Yurt dışında kurulan bu kampüslerle, sağlık turizmi için çeşitli dil bilen nitelikli eleman yetiştirilerek istihdam ihtiyacını karşılamakta insan kaynağına katkıda bulunabileceği öngörülebilir.

Diğer yandan SBÜ yurt içinde tek bir ilde kampüs kurmak yerine birden fazla ilde eğitim birimi kurmuş olup; Hamidiye ismiyle başlayan İstanbul'daki eğitim birimleri, Gülhane ismiyle başlayan Ankara'daki eğitim birimleri SBÜ'ye ait kampüslerde eğitim vermektedir. Adana, Erzurum, Trabzon, Kayseri, Bursa ve İzmir olmak üzere 6 şehirde daha SBÜ tıp fakültesi bulunmaktadır. İstanbul ve Ankara illerinde SBÜ kampüs imkânları ve kendi bünyesindeki öğretim üyeleriyle eğitim verilirken, diğer illerde mevcut üniversitelerin tıp fakülteleriyle ortak eğitim modeli üzerine protokol yapılmış, eğitim alan diğer öğrencilerle birlikte ilgili üniversitelerin bünyesindeki öğretim üyeleri ve laboratuvar imkanlarından faydalanılarak temel tıp eğitimleri verilmektedir.

İlgili ilin adıyla anılan SBÜ'ye bağlı tıp fakültelerinde, temel tıp eğitimini tamamlayan öğrencilerin stajyer doktorluğunu şehir hastanelerinde yapmaları planlanmıştır. Bu planlamayla SBÜ, ek bir yatırım yapmadan mevcut tıp fakülteleriyle hekim sayısının artmasına olanak sağlamakta, hem şehir hastanelerindeki insan kaynağı açığının kapatılmasına hem de sağlık sistemi için nitelikli eleman yetiştirilmesine katkıda bulunmaktadır.

Sağlıkta insan gücü yetiştirilmesine yönelik girişimlere rağmen, hekimlerin yurt dışına göçünü önlemek üzere yeterli tedbirler alınmamıştır. Özellikle son dönemde yaşanan hekimlerin yurt dışına göç hareketliliğini tetikleyen temel faktörler arasında Türkiye'deki kısıtlı araştırma imkânları, çalışma koşullarının yetersizliği ve uygulanan ücret politikaları sayılabilmektedir. Sağlıkta insan gücünün kaybedilmesiyle hem beşerî sermayede hem de sağlık yatırımları bakımından ekonomide kayıplar yaşanmakta, sağlık hizmetlerinin kalitesi düşmektedir. Yurt içinde eğitim aldıktan sonra çalışmak için yurt dışını tercih eden hekimler sebebiyle, eğitim maliyetleri millî sermaye ile oluşturulan beşerî sermaye bedelsiz olarak el değiştirmektedir. Hekim göçünün tersine olması durumunda ise teknoloji ve bilimsel uygulama transferinden söz edilebilir.

Hekimlerin sağlık göçü, yönetilmesi gereken bir husustur. Hekimlerin çalışma koşulları düzenlenerek sosyoekonomik şartlar geliştirilmeli, yurt dışı eğitim programları sonrası yurt içi mecburi hizmet şartı getirilerek devlet desteğiyle araştırma ve geliştirme yapmak üzere kariyer imkânı sunulmalı, yurt dışında kariyer yaparak ülkeye dönen hekimlere girişimleri yönünde teşvikler verilerek daha yüksek ücret politikası uygulanmalıdır. Bu şekilde hekim göçü sorunu teknoloji ve bilimsel uygulamaların transferi yönünde evrilebilir ve yönetilebilir.

Sağlık hizmetlerinde konvansiyonel sağlık hizmetleri sunumunun iyileştirilmesine yönelik politikaların yanı sıra, yenilikçi anlayışla sağlık alanındaki teknolojilere ve fırsatlara açık olunmalıdır. Bunlardan en önemlisi yapay zekâ; hastalıkların teşhisi ve tedavinin takip edilmesinde hekimlere yardımcı olmaktadır. Hem klinik olarak hem de yönetim süreçlerinde kullanılan yapay zekâ uygulamaları; hata oranının azaltılması, maliyetlerin düşürülmesi, zaman tasarrufu sağlaması yönüyle sağlık alanında faydalı olmakta, tıbbi görüntülemeyi ve tahlilleri yorumlamada veri analizi yaparak hekimlere kolaylık sağlamaktadır.

Metaverse gibi arttırılmış sanal gerçeklik ortamları, sunduğu teknolojik yeniliklerle sağlık alanında da kendine yer bulmuştur. Giyilebilir teknolojilerle desteklenen simülasyonlarla sağlık uzmanlarına zaman ve mekândan bağımsız pratik eğitimler verilerek nitelikli eleman yetiştirilmesine katkı sağlanmakta, çeşitli psikiyatr hastalarının tedavilerinde aktif olarak kullanılmaktadır. Zaman ve mekândan bağımsız bu uygulamalar maliyet düşürücü etkisinin yanı sıra, geleneksel tıpla çözümlenmesi zor hastalıklarda tedavi sürecini desteklemektedir.

Robotik cerrahi, ilk olarak astronotların cerrahi girişimleri ve harp alanlarında askerlerin tedavileri için planlanmış, günümüzde hemen hemen birçok gelişmiş ülkede hassas operasyonlarda kullanılarak operasyonel sağlık hizmeti verilmesini sağlamaktadır. Ülkemizde de kullanılan yöntem sağlık turizminin gelişmesine katkı sağlamıştır. Robotik cerrahi ile gelecekteki sağlığın sunumunda, kritik durumlarda mekân bağımsız olarak hekimlerin bulunduğu yerden internet bağlantısı yoluyla cerrahi operasyonlara katılmasına imkân sağlayacağı öngörülmektedir.

Sunduğu fırsatlar bakımından bu teknolojiler sağlık sistemine pozitif etki yaratarak sağlık alt yapısını güçlendirmekte, bu sebeple robotik cerrahi, sanal gerçeklik ve yapay zekâ uygulamaları gibi yenilikçi teknolojiler daha fazla desteklenmelidir. Ancak burada oluşabilecek finansal riskler de göze alınmalıdır. İthal edilecek teknolojiler bakım, onarım ve diğer sebeplerle dışa bağımlılığa sebep olmakta, mali yük oluşturduğundan bir süre sonra âtıl kalabilmektedir. Bu sebeple sağlık teknolojileri alanında yapılacak yatırımların yerli ve millî alt yapı kullanılarak hazırlanmasına dikkat edilmeli, kullanılacak teknolojilerde sürekliliğin sağlanması için yeterli nitelik ve nicelikte insan gücü yetiştirilmelidir.

Son dönemde yaşanan küresel salgın, SDP sonrasında sürdürülen sağlık politikalarıyla şekillenen Türkiye'deki sağlık sisteminin vermiş olduğu önemli sınavlardan biri olmuştur. Bu sınavdan nispeten gelişmiş ülkeler arasında başarılı olarak çıkan sağlık sistemimiz; politika transferi yapılan dönemlerden dünyada örnek alınan bir sağlık sistemine kavuşmuştur. Yaşanmakta olan küresel salgınla mücadelede gelişmiş birçok ülkenin sağlık sistemi çökerken, pandemiyle mücadeleye karşı hızlı aksiyonlar alınmış, mücadelede kullanılmak üzere tıbbi cihaz ve gereçleri geliştirip ihraç etmek üzere üretime geçilmiş, ulusal aşı geliştiren sayılı ülkelerden biri olan Türkiye, sağlık sistemiyle birçok ülkeye örnek model olmuştur.

Elbette ki SDP'nin oluşumunda etkili olan uluslararası aktörlerin hedefleri, koyulan kural ve düzenlemeler gelişmiş ülkelerin de içinde bulunduğu küresel sağlık pazarının sürdürülebilir olması içindir. Bireysel kredi kullanımından verilecek örnekle, bankaların bireysel müşterileri için belirlenen kriterlere göre finansal risk değerlendirmesi yapması ve ipotek talep ederek kredi sağlamaındaki temel amaç bankanın öz kaynağını koruma isteği ve faaliyetlerinin sürdürülebilir olması gibi ticari kaygılardır.

Bu bağlamda gelişmiş ülkelerin üyesi olduğu uluslararası örgütler, kendilerinin de içinde bulunduğu küresel sağlık pazarını genişletirken varlığını koruyabilmek amacıyla yatırım, teşvik ve kredilerle sağlanan finansal kaynağın geri dönebilmesi ve sürdürülebilir olmasını beklemekte, bu sebeple risklerin ortadan kaldırılması için ülkelerin politikalarını yakından takip ederek gerektiğinde finansal etkisiyle politikaları belirleyici aktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Aslında bu durum Türkiye'nin de içinde bulunduğu küresel sağlık pazarında Türk sağlık sektörünün beklenen ve istenilen bir oyuncu olduğunu göstermektedir. Türk sağlık sistemi de bu küresel pazarda varlık gösterebilmek için SDP benzeri projelerle gelişmekte, kamu ve özel sağlık sektörü olarak pay almaktadır.

SDP örneğinde olduğu gibi, uluslararası örgütler tarafından finansal bir dayatma gibi görünen bu reform niteliğindeki kurallar, Türk sağlık sisteminin kondisyonunu yüksek tutmakta hem sağlık

sektörünün büyümesini hem de küresel pazarda gelişerek varlık göstermesini sağlayarak geleceği için sigorta olmaktadır. Finansal kaynak ihtiyacı ve risklerin bertaraf edilmesine yönelik uluslararası örgütlerin finansal etkisiyle hazırlanan SDP, Türk sağlık sistemi için itici bir güç olmuş, katkısı yadsınamaz bir gerçektir. Bu bakımdan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yeni pazarların oluşturulmasında uluslararası örgütlerin yayınladığı sektörel raporların takibine devam edilmeli, sağlıkta inovasyona yönelik daha fazla proje geliştirilerek uygulamaya konulmalıdır.

KAYNAKÇA

- Atılğan, E. (2015). Sağlıkta Dönüşüm Programının Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Talebi Üzerine Etkileri. *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, 18(96), 8-23.
- Aydın, D. (2014). *visitturkeyforhealthcare pocket book Türkiye Sağlık Turizmi Cep Kitabı*. Ankara: Visitturkeyforhealthcare Platformu. <http://www.ipsa.org.tr/tr/turkiye-saglik-turizmi-cep-kitapcigi.html>. Erişim tarihi: 05.07.2024.
- Aykır, E. (2014). *2002-2012 Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm*. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bankur, M. (2017). Aile Hekimliğinde Zorunlu Sevk Zincirinin Uygulanmamasının Sağlık Harcamalarına Etkisi: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Üzerine Bir Uygulama. *Sosyal Güvençe*, (12), 60-88.
- Başara, B. B., Çağlar, İ. S., Aygün, A., Özdemir, T. A., Kulali, B., Ünal, G., Yentür, G. K. (2024). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022*. (B. B. Başara, İ. S. Çağlar, A. Aygün, T. A. Özdemir & B. Kulali, Dü.) Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf> Erişim tarihi: 01.06.2024.
- Çetin, F. G. (2017). Sağlıkta Dönüşüm Programı Ekseninde Sağlıkın Ekonomi Politikası. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(1), 274-293.
- Doğan, B. Ş. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi: Sağlıkta Dönüşüm Projesi. *V. Anadolu International Conference in Economics* (s. 11-13). Eskişehir: Econ-Anadolu.
- Fedai, R. (2020). Şehir Hastaneleri’nin Gelişimi Sürecinde Sağlık Bakanlığı’nın Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 18(4), 1-28.
- Gün, M. F. & Koç, D. T. (2023). Sağlıkta Dönüşüm Programının Genel Değerlendirmesi, Ekonomik ve Yapısal Etkiler. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 9(1), 49-68.
- Koca, F. (2024, Mart 20). Sağlık Bakanı Koca: 30 büyükşehirimizde şehir hastanesi yapılmak üzere bir plan yaptık. *Anadolu Ajansı*. (Z. M. Çat, Röportaj Yapan) Anadolu Ajansı. <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/saglik-bakani-koca-30-buyuksehrimizde-sehir-hastanesi-yapilmak-uzere-bir-plan-yaptik/3169813>. Erişim tarihi: 01.07.2024.

- Kocasoy, A. (2014). *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve Finansman*. [Yüksek Lisans Tezi]. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Mueller, H. & Kaufmann, E. L. (2001). Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of Vacation Marketing*, 7(1), 5-17.
- Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Tedbirler Alınması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2017, Ağustos 15). *694 Sayılı KHK*. Haziran 10, 2024 tarihinde Resmi Gazete: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825-13.pdf> Erişim tarihi: 10.06.2024.
- Özer, Ö. & Songur, C. (2012). Türkiye'nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(7), 69-81.
- Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı (2018). On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023): Sağlık Endüstrilerinde Dönüşüm Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara: Kalkınma Bakanlığı. <https://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2020/04/SaglikEndustrilerindeDonusumOzelIhtisasKomisyonuRaporu.pdf>. Erişim tarihi 11.07.2024.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2024). *2023 Yılı Faaliyet Raporu*. T. C. Sağlık Bakanlığı. Ankara: Strateji Geliştirme Başkanlığı. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/47771/0/tc-saglik-bakanligi-2023-yili-faaliyet-raporupdf.pdf?_tag1=4D19D223F5876E6C98006F5A03950CEF3A7C104B Erişim tarihi: 01.07.2024.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2018). Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017. Ankara: İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/21853/0/kamu-hastaneleri-istatistik-raporu--2017pdf.pdf>. Erişim tarihi: 11.07.2024.
- Yardan, E. D. & Kiremit, B. Y. (2016). Türkiye Kalkınma Planları'nda Sağlık Sektörü. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 93-100.
- Yetgin, M. A. (2024). Perceptions of Participants Receiving Health Services About the Effects of AI in the Health Sectors. V. Hassan, A. R. Albattat, & S. Basheer (Dü.) içinde, *Impact of AI and Robotics on the Medical Tourism Industry* (s. 69-98). Hershey, PA, Amerika Birleşik Devletleri: IGI Global.
- Yılmaz, F., Kerem, İ. & İnce, Ş. Ö. (2019). Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin Etkinliklerinin Veri Zarflama Analizi ile Değerlendirilmesi. *Yönetim ve Ekonomileri Araştırması Dergisi*, 17(4), 72-90.