

TÜRKİYE'DE KAMU HASTANELERİNİN İDARİ VE MALİ DÖNÜŞÜMÜ

Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR*

Öz: Yeni Kamu İşletmeciliği yaklaşımı, kamu yararına kullanım değerine sahip olan sağlık hizmetlerinin piyasa için değişim değerine dönüştürülmesi yoluyla metalaştırılmasına zemin hazırlamaktadır. 1980'den bu yana gözlenen sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılıp metalaştırılması çabaları, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile en üst aşamaya taşınmıştır. Kamu hastanelerinin yeni kamu işletmeciliği yaklaşımına paralel bir biçimde idari ve mali dönüşümü de bu sürecin önemli bir bileşenidir. Sağlık Bakanlığı SDP'nin etki alanını gerek devir yoluyla bünyesine kattığı hastanelere gerekse ortak kullanım yoluyla üniversite hastanelerine genişletmiştir. Tedavi hizmetleri piyasalaşmaya ve metalaşmaya daha uygun hizmetlerdir. Bu nedenle tedavi hizmetlerinin hem harcamada hem de hizmet kullanımındaki payı artmaktadır. Cepten sağlık harcaması yükü SDP öncesi döneme yükselmiş olan vatandaş ise tepkisini sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranını düşürerek göstermektedir. En düşük memnuniyetin özel sağlık kuruluşlarında olması tesadüf değildir.

Anahtar sözcükler: Yeni kamu işletmeciliği, Sağlıkta Dönüşüm Programı, kamu hastaneleri, idari dönüşüm, mali dönüşüm.

Administrative and Financial Transformation of Public Hospitals in Türkiye

Abstract: New Public Management (NPM) approach enables the commodification of health services through changing usage value of health that for sake of public interest to the exchange value for sake of market. Efforts for marketization and commodification of health services since 1980 have been carried to the highest level by Health Transformation Programme (HTP). Administrative and financial transformation of public hospitals in terms of NPM is a part of this process. Ministry of Health has been carried the approach of HTP to the hospitals both to take over or used together. Curative services are more suitable for marketization and commodification. Therefore their share is increasing both in health expenditures and usage of health services. Citizens whose out-of-pocket payments increased to the pre-HTP level show their reaction by decreasing the satisfaction level of health services. It is not a coincidence that the highest satisfaction decrease belongs to private health institutions.

Key words: New public management, Health Transformation Program, public hospitals, administrative transformation, financial transformation

Giriş

Kapitalist ulus devletin 1970'lerin sonunda yaşadığı kriz, krize yanıt veremedikleri gerekçesiyle Keynesçi ekonomi politikalarına ve refah devleti uygulamalarına son vermiştir. Çıkış yolunun ancak devlet-toplum ve devlet-piyasa ilişkilerinin kapsamlı biçimde dönüştürülmesiyle bulunabileceği fikrinin egemen olması ile birlikte, neoliberal sermaye birikim stratejisinin hegemonya projesi olarak "yeni sağ" ideolojisi gündeme getirilmiştir. Bu ideoloji bir yandan devleti üretim ilişkilerini sermaye lehine yeniden düzenleyecek bir biçimde şekillendirirken, diğer yandan toplumsal muhalefeti zayıflatıp rıza mekanizmaları üretmeyi amaçlamıştır. Yeni sağ ideolojisi ile birlikte yönetim bilimi ve kamu yönetimi pratiğinde de önemli bir dönüşüm yaşanmıştır. Bu ideoloji refah devleti döneminin demokrasi, katılım, sosyal adalet,

sosyal refah, kamu yararı gibi kavramlarına itibar etmeyip, 'kamu' ve 'kamu yararı' kavramlarını yeniden tanımlamıştır. Yeni sağ ideolojiye göre kamu; kendi çıkarlarının ne olduğuna karar verebilecek bireyler toplamından oluşmakta, kamu yararı ise ancak piyasa koşulları içinde sağlanabilmektedir (Topal, 2020; Bayırbağ ve Göksel, 2020).

Yeni sağın kamu yönetimine yaklaşımı iki boyutta somutlaşmaktadır. Bir yandan kamu faaliyet alanının daraltılması hedeflenirken, diğer yandan kamu yönetiminin hem örgütlenmesinin hem de hizmet sunumunun piyasa koşulları çerçevesinde "işletmecilik" mantığı ile sunulması gerekliliğini savunan "yeni kamu işletmeciliği" anlayışı gündeme taşınmaktadır. Bu anlayış, Osborne ve Gaebler'in 1992

*Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü (ORCID No: 0000-0001-8617-7162)

Geliş Tarihi / Received : 25.01.2026

Kabul Tarihi / Accepted : 29.01.2026

tarihli “yönetimi yeniden icat etmek” eserinde on kamu yönetimi ilkesi ile açıklanmaktadır. Bu ilkeler yönetimin; katalizör, vatandaşlar tarafından sahip olunan, rekabetçi, amaç odaklı, sonuçlara önem veren, müşteri odaklı, girişimci, uzak görüşlü, adem-i merkeziyetçi ve pazara yönelik olmasıdır: 1.*Katalizör yönetim anlayışı*; yönetimin olanaklı olduğu ölçüde etkinliklerini özel sektöre aktarmasını içermektedir. Bu ilke ‘kürek çekmek yerine dümende oturmak’ sloganı ile dillendirilmektedir. 2.*Sahibinin vatandaşlar olduğu yönetim anlayışı*; vatandaş hizmeti hazır olarak sunmak yerine vatandaşın toplumsal girişimciler olarak kendi hizmetlerini üretmelerini teşvik ederek, onları bu doğrultuda yetkilendirmek anlamına gelmektedir. “Muktedir kılan yönetim” ile sloganlaştırılmıştır. 3.*Rekabetçi yönetim yaklaşımı*; hem hizmetlerin sağlanması aşamasında hem de kurumun kendi iç işleyişinde rekabet ortamı yaratılmasını içermektedir. Klasik liberal anlayışta rekabetin toplumsal dinamizmi ve kaliteyi artıracığı varsayılmaktadır. 4.*Amaç odaklı yönetim anlayışı*; önceden belirlenmiş katı kurallar yerine amaçlara yönelik eylemleri ön plana çıkararak üretkenlik, esneklik ve yenilikçiliğin sağlanabileceğini öne sürmektedir. 5.*Sonuçlara önem veren yönetim*; girdilerden çok çıktıları destekleyen ve finanse eden bir yönetim anlayışı olup performans değerlendirme yöntem ve ölçütlerinin geliştirilmesi ile ilgilidir. 6.*Müşteri odaklı yönetim*; kamu hizmetlerinden yararlanan vatandaşları bu örgütlerin ‘müşterileri’ olarak görme eğilimini ön plana çıkarıp, müşteri memnuniyetini sağlayabilmek için hizmetin sürekli iyileştirilmesi ve çıktıların müşteri talepleri doğrultusunda oluşturulması hedeflenir. 7.*Girişimci yönetim*; harcamak yerine kazanmayı da ilke edinmiş, devlet bütçesini sadece harcayan değil ‘kâra geçirmeyi’ de hedefleyen bir yaklaşımı benimser. 8.*Uzak görüşlü yönetim*; yönetimde tedavi etmekten çok önleyici tedbirler almayı gerektiren bir yaklaşımdır. Dinamik, gelişmelere hazır, iş olup bittikten sonra değil olmadan devreye girebilen yönetim yapısı ve anlayışıdır. 9.*Adem-i Merkeziyetçi Yönetim*; hiyerarşik yapı yerine katılımcı ve ‘grup çalışması odaklı’, yetkinin merkezden uzaklaştırılıp devredildiği bir yönetim yaklaşımıdır. 10.*Pazara/piyasaya yönelik yönetim*; koşulların ve kuralların doğrudan pazar/piyasa ilişkileri ile belirlendiği, ‘regülasyonun’ en aza indirildiği bir yönetim anlayışıdır (Üstüner, 2000).

Yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı, kamu yararına kullanım değerine sahip olan sağlık gibi hizmetlerin, piyasa için değişim değerine dönüştürülerek metalaştırılmasına zemin hazırlamaktadır. Bu süreçte standardizasyon yani tek tipleştirme, talep yaratma ve emek gücünün rızası önem taşımaktadır. Hizmetin standardizasyonu kullanım değerinin değişim değerine dönüştürülmesi ile sağlanmakta,

böylece metalaşma temelli olarak standardize edilmiş hizmetler için rekabet, kâr maksimizasyonu ve maliyet minimizasyonu gibi verimlilik ölçümleri mümkün olabilmektedir. Metalaştırılan hizmete olan talebin yaratılması için kamu ile özel sektörün işbirliği içinde çalışarak uygun koşulları yaratması gerekmektedir. Emek gücünün rızası ise siyasal alanın mahareti ile biçimlendirilmektedir (Güzelsarı, 2017; Altunal Gürgen, 2022).

Türkiye’de tedavi edici hizmetlerdeki metalaşma sürecinde; yataklı tedavi kurumlarında kalite geliştirme ve performans değerlendirme çalışmalarıyla standartlaştırma evresi (Kasapoğlu, 2016), genel sağlık sigortası ve genişletilen tamamlayıcı özel sağlık sigortası yoluyla talebin artarak sürmesi ve performansa dayalı ek ödeme ile sağlık çalışanları nezdinde rıza üretme işlevi yerine getirilmektedir.

Bu kuramsal çerçeve kapsamında bu çalışma, 1980’li yılların başlarından itibaren başlayıp 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile “idari ve mali açıdan özerk işletmeler” olarak yeniden yapılandırılan kamu hastanelerinin idari ve mali dönüşümünün son on yıllık döneme ağırlık vererek ortaya koymayı amaçlamaktadır. Türkiye’de sağlık alanında önemli bir yeri ve tarihsel birikimi olan kamu hizmeti kurumsal mantığının yerini SDP ile “işletme benzeri kurumsal mantık” aldığı için gelişim, değişim gibi kavramlar yerine “dönüşüm” kavramı tercih edilmiştir (Özseven ve ark., 2014). Çalışmada öncelikle kısaca Sağlık Bakanlığı (SB)’nin idari yapılanmasına değinilecek, sonrasında SB hastanelerinin hem idari hem de mali dönüşümü ayrıntılı bir biçimde ele alınacaktır. Çalışma, bu dönüşümün sağlık sistemi içerisindeki yerini ve konumunu ortaya koyabilmek için kamu hastanelerinin genel görünümü ve bu alandaki eğilimleri gösteren bazı veriler ile desteklenecektir.

Sağlık Bakanlığının İdari Yapılanmasındaki Dönüşüm

Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısına ilişkin hükümler 2018 tarihli 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (CK)’nin 352 – 384. maddelerinde; Bakanlığa ilişkin diğer hususlar 2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK)’de yer almaktadır. Bakanlığın bağlı ve ilgili kuruluşlarının teşkilat yapısı ise 2018 tarihli 4 sayılı Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında CK ile düzenlenmiştir (Sayıştay Başkanlığı, 2025:1).

1 sayılı CK ile Sağlık Bakanlığı’na yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı ile benzerlik taşıyan görevler yüklenmiştir. Bakanlığa halk sağlığının korunup

geliştirilmesi için çalışmalar yapma ödevi verilirken; Bakanlık teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu tutulmuştur. Bakanlığa ilaç ve benzeri ürünlerin piyasa kontrolü, fiyatlandırma ve halka ulaştırılması için çalışmalar yapmak görevi verilirken, bu ürünlerin üretimi için kamusal bir sorumluluk tanımlanmamıştır. İnsan gücünde planlama gibi kamusal sorumluluklar yerine insan gücünü diğer kaynaklarla eş değer ve maliyet unsuru olarak gören bir yaklaşımla 'insan gücünde ve maddi kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmanın hedeflenmesi' görevinden söz edilmiştir. Dengeli dağılım için ise 'paydaş' işbirliğine vurgu yapılmıştır. İnsan gücü için söz edilmeyen planlama ve hatta yaygınlaştırma, hem kamu hem özel sektör sağlık kuruluşları söz konusu olduğunda dillendirilmiştir. Bu görevler, SDP'nin mimarı dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın ilk kez dillendirdiği, ancak sonrasında sık sık altı çizilen 'kürek çekmek yerine dümende oturmak' sloganı ile uyumludur.

2 Kasım 2011 tarih ve 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenleme ile Sağlık Bakanlığı'nın en önemli görevlerinden olan "birinci basamak sağlık hizmetleri" ile "ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri" bağlı kuruluş olarak tanımlanan "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu" ile "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK)"nın sorumluluğuna bırakılmıştır. Böylece bakanlığın sağlık hizmetinin üretimindeki sorumluluğu bağlı kuruluş düzeyine indirilmiş, Bakanlık sağlık politikalarının belirlenmesi, eşgüdümü ile sağlık piyasasının düzenlenip denetlenmesinden sorumlu bir konuma getirilmiştir (Pala, 2023; Tükel, 2023). Ancak bu yapılanma 2017 yılında 694 sayılı KHK ile kaldırılmış, eski yapıya dönülerek bu iki kurum Bakanlık merkez teşkilatında genel müdürlük olarak eski yerlerini almışlardır. Bu değişim dışında 663 sayılı KHK ile getirilen teşkilat yapısı korunmuştur.

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu bağlı kuruluş, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ile Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi (USHAŞ) ilgili kuruluş olarak yer almaktadır (Sayıştay Başkanlığı, 2025:3).

Kamu Hastanelerinin İdari Yapılanmasındaki Dönüşüm

Türkiye'ye yeni sağ politikalar 24 Ocak 1980 Kararları ile gelmiştir. 1982 Anayasası ile sağlık, devlet için bir ödev olmaktan çıkarılarak, bir düzenleme alanına dönüştürülmüştür. 1987 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile başlayan sağlığı yeni kamu işletmeciliği anlayışıyla dizayn etme girişimleri, 2003

yılında SDP ile bütünlüklü ve derinlikli bir biçimde hayata geçirilmiştir (Tanık, 2014). Bu başlıkta kamu hastanelerinin idari yapılanmasındaki dönüşümler son on yıla ağırlık verilerek kronolojik sırayla aktarılmaya çalışılacaktır. Dönüşüme sağlık çalışanları bakımından rıza üretilmesinde büyük rolü olduğu düşünülen performansa dayalı ek ödeme sistemine de ayrıca yer verilecektir.

SSK Hastanelerinin Devri

SDP'nin "idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri" başlığı, ülkemizdeki hastanelerin tümünün bütün vatandaşlara hizmet vereceği cümlesi ile başlamaktadır. Bu hedef, tüm kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanması yönündeki girişimlerin hayata geçirileceğinin habercisi niteliğindedir. Nitekim bu kapsamdaki ilk adım 2005 yılında SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ile atılmıştır. 1946 yılında kurulan sosyal sigortalar sisteminde, Avrupa'daki öncüllerine benzer biçimde 1949 yılından itibaren sigorta hastaneleri de kurulmaya başlanmıştır. Kuruluş amaçları gereğince sadece sigortalı işçiler, sigortadan aylık ve gelir alanlar ile bunların aile bireylerine hizmet sunan SSK hastaneleri, yarım yüzyılı aşan bir dönem içinde nüfusun yarısına sağlık hizmeti sunmuştur. SDP'nin hareket alanını daraltan SSK hastaneleri, 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun ile 19 Şubat 2005 tarihinde Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Devredilme gerekçesi sağlıkta iki başlılık olarak açıklanmış, 148'i SSK Hastanesi olmak üzere toplamda 573 sağlık kuruluşu devredilmiştir (Öztürk, 2014:453).

Kamu Hastane Birlikleri Parantezi

SDP'nin "idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri" başlıklı bölümünün ikinci paragrafında, kamu hastanelerinin sağlık işletmesi yapısına uyum sağlayabilmeleri, daha verimli işletmeler haline dönüşmeleri ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmeleri için şu andaki merkeze bağlı yapılarından kurtarılmaları gerektiği vaaz edilmiştir (SB, 2003:31-32).

Bu kapsamdaki ilk adım 2007 yılında TBMM'ye sunulan "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Kanun Tasarısı" olmuştur. Yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı ile hazırlanan tasarı, dört yıl mecliste bekledikten sonra bazı değişiklikler ile 2 Kasım 2011 tarihinde 663 sayılı KHK ile yasalaşmıştır. 663 sayılı KHK, SDP ile planlanan hemen hemen tüm dönüşümün yasal çerçevesini oluştururken Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısını da değiştirmiş, kamu hastanelerinin bağlı olacağı "Kamu Hastane Birlikleri (KHB) ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK)"nu kurmuştur (İlhan, 2017).

663 sayılı KHK ile SB teşkilat yapısında, SDP ile dile getirilen yeni kamu işletmeciliği ve yeni kamu yönetimi anlayışına uygun dönüşümler gerçekleştirilmiştir. Bunlar; hizmet üreten ile politika belirleyen birimlerin ayrılması, profesyonel yönetim anlayışına dayanan bir yönetim yapısının kurulması, özel sektöre dayalı bir istihdam modelinin benimsenmesi, sonuç odaklı bir yaklaşımla daha yatay birimler şeklinde örgütlenmenin tercih edilmesi, kaynak kullanımında verimliliğin hedeflenmesi, rekabetçi ve performans denetimine dayalı bir yapı oluşturulmasıdır (**Lamba ve ark., 2014**).

KHB'nin kuruluş amacı "kaynakların etkili ve verimli kullanılması" olarak açıklanmış, kamu hastanelerinde genel sekreterlik ve hastane yöneticiliği yapılanması getirilerek "sözleşmeli yöneticilik" dönemi başlatılmıştır (**TTB, 2018**). Kaynakları verimli kullanması ve kendilerini finanse etmesi beklenen KHB, sözleşmeli yöneticilik uygulaması ile maliyetleri artırmış, finansmanını da döner sermayeler yoluyla sağlamıştır. Sayıştay denetim raporuna göre 2013 yılında 18,9 milyar TL olan döner sermaye gelirinin yaklaşık %17'si (3,2 milyar TL) genel yönetim gideri olarak harcanmıştır. Bu tutarın 1.298 milyonu personel ödemesi olup, 995 milyonu maaşlar, 303 milyonu ise ek ödemelerden oluşmaktadır. Bu verilere göre toplam döner sermaye bütçesinin %7'si (1.298 milyon) kamu hastane birliği sözleşmeli yöneticilerine harcanmıştır (**Sayıştay, 2014:13; TTB, 2018**).

TKHK 2016 yılında 25,5 milyar TL olan SB merkezi yönetim bütçesinin %46,7'sini (11,9 milyar), 28,6 milyar TL olan global bütçenin (döner sermaye gelirlerinin) %91,1'ini (26,1 milyar), Sağlık Bakanlığı toplam bütçesinin ise %70,18'ini kullanmıştır (**SB, 2017:64**). TKHK'nun merkezi yönetim bütçesinden kendilerine tahsis edilen tutarın 2 katından fazlasını döner sermayeden elde etmesi de ayrıca dikkat çekicidir. "Kaynakların etkili ve verimli kullanılması" amaçlarıyla kurulan KHB amaca hiç hizmet etmeyip özellikle taşradaki yapılanması ile "çok başlılık getirdiği" ve sağlıkta maliyetleri artırarak "verimi düşürdüğü" gerekçeleri ile 2017 yılında 694 sayılı KHK ile kaldırılmış, eski yapıya dönmüştür.

KHB sürecinde kamu hastaneleri finansmanında döner sermaye gelirlerinin bütçe gelirlerini aşması, Sayıştay'ın kamu hastanelerinin finansmanı için Sağlık Bakanlığı'nı uyarmasına neden olmuştur. Sayıştay kamu hastane birliklerinin ciddi bir borç yükü altına girdiğine dikkat çekerek, TKHK nezdinde döner sermaye bütçesinin genel bütçeyi geçtiği ve kurumun asli bütçesi konumuna geldiği, döner sermaye uygulamasının mevzuatta ve uygulamada ikilik yarattığı, TBMM'de hesap verilebilirliği orta-

dan kaldırdığı, bu nedenle şeffaf olmadığı, bu bakımlardan TKHK nezdinde döner sermaye bütçesi uygulamasının kaldırılması ve merkezi yönetim bütçesinin esas alınmasının uygun olacağını ifade etmiştir (**Sayıştay, 2016:72**).

Kaynakları verimsiz kullanan kamu hastaneleri, "sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmek" için gelir artırma yarışına girerek "kıskırtılmış talebi" de körüklemiştir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile sağlık çalışanlarının da rızası alınarak, hizmet sunum kapasitelerinin sürekli artırılması talep edilmiştir. Bu çerçevede hekimlerin muayene süreleri azaltılmış, tetkik sayısı artmış, yatış süreleri kısaltılmıştır. Sevk zinciri olmadığı ve hastaların doğrudan hastanelere başvurabildiği bir zeminde üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurularda ciddi artışlar görülmüştür. Bazı durumlarda tetkik ve tedavi süreçlerinde performans beklentisi tıbbi gerekliliklerin önüne geçebilmiş, sağlık hizmetlerinde nitelik sorunu artmıştır (**TTB, 2018; Tükel, 2023:155**).

Kamu Hastanesi ile Üniversite Ortaklığı

Sağlık Bakanlığı, SSK hastanelerinin devrinden sonra üniversiteleri de kendine bağlamanın bir yolunu bulmuş ve 21 Ocak 2010 tarihinde 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Kanunu'na eklenen bir madde ile "Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversitelerin ilgili birimleri, Bakanlık ve üniversitelerce karşılıklı olarak işbirliği çerçevesinde birlikte kullanılabilir" hale gelmiştir. Aynı maddeye 2011 tarihli 633 sayılı KHK'de de yer verilmiş olmakla birlikte, bu konudaki yasal süreç çok çatışmalı bir biçimde ilerleyip çok sayıda değişikliğe konu olmuştur. İlk protokol 2009 yılında Sakarya Üniversitesi ile Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi arasında imzalanmıştır. Sağlık Bakanlığı web sitesindeki Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı 2. ve 3. basamak kamu sağlık tesisleri güncel listesi ne yazık ki üç yıl öncesine ait olup 2 Şubat 2023 tarihli Tükel'in 2023 çalışması 2022 tarihinde 36 üniversite ile 101 eğitim araştırma hastanesinin birlikte kullanım protokolü imzaladığını belirtmektedir. Burada dikkat çeken bir husus, bu protokollerin 61'inin Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile yapılmış olmasıdır.

Birlikte kullanım protokolü imzalayan üniversitelerde Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanan döner sermaye sistemine geçilmesi, üniversite kadrosunda bulunan öğretim elemanlarıyla belirli süreli sözleşmeler imzalanması, sözleşmelerin sözleşme koşulları ve performans hedefleri tutturulmak kaydıyla uzatılabilmesi aksi halde süresinden önce feshedilebilmesi, tıp fakültesi dekanının sadece tıpta uzmanlık ve lisans eğitimlerinin yürütülmesinden sorumlu hale gelmesi, hizmet sunumu dahil olmak üzere diğer tüm sorumlulukların Bakanlık

tarafından atanan başhekim tarafından SDP yaklaşımıyla yürütülmesi dikkat çeken hususlar olarak öne çıkmaktadır (Tükel, 2023). Bu uygulama iki taraf için de birçok sorun doğurmaktadır. Ancak tıp eğitimi ve hizmet sunumunun birbirinden ayrılması sonucunda, tam da kamu yönetimi işletmeciliğinin talep ettiği hizmet parçalanması yoluyla, sağlık kurumlarında iç pazarlar/piyasalar oluşturmak, performansı ve verimliliği daha kolay izlemek de mümkün hale gelmiştir.

KÖİ Şehir Hastaneleri

Türkiye’de kamu-özel ortaklığı (yap/kirala ve işlet/devret) finansman modeliyle şehir hastanesi inşa edilmesi SDP’nin yeni bir aşaması olarak değerlendirilmektedir. Kamu özel ortaklığı (KÖİ), devletin bir özel şirket grubuyla uzun süreli sözleşme ilişkisi kurması esasına dayanan bir yatırım ve hizmet modelidir. Bu modelde, hastane, kamu tarafından bedelsiz olarak verilen bir araziye özel şirketler tarafından inşa edilerek devlete uzun süreliğine (25 yıl) kiraya verilmekte, devlet de hem şirketlere kira ödemekte hem de ‘çekirdek hizmet’ dışındaki hizmetleri bu şirketlere devretmektedir (Erbaş, 2017; Yenimahalleli Yaşar ve Pala, 2020).

İhale süreci 2011 yılında başlayan şehir hastanelerinin ilk dördü 2017 yılında tamamlanmıştır. 2024 yılı itibarıyla 17 ilde toplam 18 şehir hastanesi KÖİ işbirliği ile yapılmış olup, bu kapsamdaki yatak sayısı 29.082’dir. KÖİ modeliyle yapılan şehir hastanelerine hukuki itirazlar hiç durmamış, bu itirazlar şehir hastanelerinin KÖİ modeliyle yapımını durdurmuştur. 12 Kasım 2019 tarihinde dönemin Sağlık Bakanı Fahrettin Koca kalan şehir hastanelerinin genel bütçe ile yapılacağını duyurmuştur. Ancak planlanandan daha fazla sayıda şehir hastanesinin genel bütçe ile yapılmakta olduğu görülmektedir. 2024 verilerine göre genel bütçe ödeneği ile 7 şehir hastanesinin yapımı tamamlanmış, 11 şehir hastanesinin inşaatı devam etmekte ve 11 şehir hastanesi de proje ve yapım ihale sürecindedir (SB, 2025a:156, 158).

KÖİ modeli ile yapılan şehir hastaneleri için finansman yöntemi, yer seçimi, ulaşım, erişim, çalışanların istihdam ve özlük hakları konularında birçok sorun dile getirilmekle birlikte, kuşkusuz en önemlilerinden biri çok yüksek maliyetlere neden olarak kamu zarar yaratmasıdır. 2018 yılında SB bütçesinin %6,1’ini oluşturan kullanım (kira) ve hizmet bedeli ödemeleri, 2022 yılında %14,3’e çıkmıştır. Bu oranın %10,5’i kira ödemesidir. KÖİ modeliyle şehir hastanesi yapımından vaz geçildiği için kira ve hizmet bedeli 2025 yılında %10,4’e gerilemiştir (Memişoğlu, 2025). Ancak gerilemiş bu oran bile, 111 milyar 100 milyonluk bir rakama denk gelmektedir. Her yıl karşılaşılan bütçe aşımının 2025’teki miktarı ise 6,5 milyar TL’dir (İlhan, 2026a).

KÖİ şehir hastanelerine ödenen kira ve hizmet bedellerinin Sağlık Bakanlığı toplam bütçesi ile değil, Bakanlığın toplam yatırım ve onarım harcamaları ile karşılaştırılmasının daha doğru olduğuna dikkat çekilmektedir. 2024 yılında Bakanlığın hastane yapım, tefrişat ve onarımı için toplam 82 milyar 282 milyon harcanmış iken, 18 KÖİ şehir hastanesine yapılan kira ve hizmet ödemesi 90 milyar 481 milyon ile bu rakamın üstündedir. “KÖİ şehir hastanelerinin Sağlık Bakanlığı yatırım bütçesini esir almış durumda” olduğu görülmektedir (İlhan, 2026b). KÖİ hastaneleri ile ilgili en yakıcı sorunlardan bir diğeri de bu hastanelerin açılması ile en az 42 hastanenin kapatılmış olmasıdır. Ayrıca “küçülen, hocalarını, asistanlarını, personelini, ekipmanlarını, eğitim ve araştırma vasfını kaybeden, can çekişen” durumda olan 22 hastaneden daha söz edilmektedir (İlhan, 2026a).

Asker Hastanelerinin Devri

SDP’nin hastanelerin tümünün bütün vatandaşlara hizmet vermesine yönelik hedefi 2016 yılına kadar gerçekleşmemiş, 15 Temmuz 2016 tarihli darbe girişimi asker hastanelerinin de Sağlık Bakanlığı’na devri için gerekli fırsatı sunmuştur. 669 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Tedbirler Alınması ve Milli Savunma Üniversitesi Kurulması ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname kapsamında, GATA ve farklı şehirlerdeki 39 asker hastanesi 15 Ağustos 2016’da Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Bu kapsamda, GATA’ya bağlı yükseköğretim birimleri Sağlık Bilimleri Üniversitesi’ne, GATA’ya bağlı eğitim hastaneleri, Türk Silahlı Kuvvetleri Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi ile asker hastaneleri, dispanser ve benzeri sağlık birimleri ile Jandarma Genel Komutanlığı’na ait sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir (Öztek, 2024). Bu devir ile 200 yıllık bir birikim heba edilmiş, 2 binin üzerinde olduğu dile getirilen savaş cerrahisi uzmanı askeri doktor ya emekli olmuş ya da özele geçmiştir.

Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme sistemi (PDEÖS), 04.01.1961 tarihli ve 209 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun”a dayanmaktadır.

Performansa dayalı ek ödeme uygulaması, kısaca yapılan iş, verilen hizmet kadar ek ödeme mantığına dayalıdır. Bakılan hasta, yapılan girişimsel işlem gibi. Bu uygulamada yapılan iş veya sunulan hizmetin niteliği dikkate alınmamaktadır. Genel kamu hizmeti mantığı ile bakıldığında, devletin varlığını meşru kılan ve hizmet sunumu ilkelerini belirleyen ‘kamu etiği’ ile çelişkili birçok soruna neden olduğu

görülmektedir. Bunların en dikkat çekici olanları; kamu çalışanlarının kendilerine çıkar sağlama olasılığı nedeniyle kamu çalışanına güvenin yitirilmesi, kamu kaynaklarının verimli kullanılmaması, hizmetin niceliğini artırmaya dönük çabaların niteliği olumsuz yönde etkilemesi, kamu sağlık çalışanları arasındaki rekabetin artarak dayanışmanın azalması ve sağlık hizmeti sunumunun metalaşarak ticarete konu olmasıdır (Aka ve ark., 2012; Kablay, 2014 ve 2021; Üstüner ve Kalav İdrisoğlu, 2014).

SB'nin 2017 tarihli faaliyet raporu da performansa dayalı ödemenin sorunlu olduğunu kabul etmektedir. Bakanlığa göre "performansa dayalı ödeme sisteminin sistem amaçları, klinik kalite, memnuniyet ve operasyonel etkinlik ve verimlilik gibi göstergeler ile ilişkisinin yeterli olmaması" söz konusudur (SB, 2018:219).

Hem Bakanlık hem çalışanları memnun etmeyen performansa dayalı ek ödeme sistemi, 12 Ağustos 2022 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği ile yeniden düzenlenmiştir. Ancak bu düzenleme de temel ücrette artış yerine emekliliğe yansımayıp gelirden belirsizliği sürdürecektir bir performansa dayalı ücreti hayata geçirerek, bu konudaki sorunları çözmemiştir. 2022 yılında poliklinik muayene randevuları ile ilgili iki önemli gelişme tartışmaları daha da alevlendirmiştir. Bunlardan biri; poliklinik hizmetlerinin hem randevulu hem de randevusuz sunulmasına yönelik talimat, diğeri ise yedek (ek) randevu uygulamasına izin verildiğine yönelik bir yazıdır. Bu talimatlar ile MHRS sistemindeki yığılmalar bir ölçüye kadar azaltılmaya çalışılmışsa da muayene sürelerinin kısaltılmasına yönelik baskı artmıştır. PDEÖS ile bu yoğunluk karşısında ek bir ücretlendirmeye gidilse de başta nitelikli hizmet sunumu olmak üzere, gelir farklılıkları nedeniyle sağlık hizmetinin ekip anlayışında, hekimlerin kendi aralarındaki ve diğer sağlık çalışanları ile olan ilişkilerinde bozulmalara yol açarak çalışma barışının zedelenmesi, hasta hekim ilişkilerinin bozulması, sağlık çalışanlarında mesleki saygı ve motivasyon kaybı ve sağlıkta şiddet olgularında artış görülmektedir (Kasapoğlu, 2016; Yenimahalleli Yaşar ve Güven Uslu, 2017; İlhan, 2017:422; Tükel, 2023:155).

Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Finansman Yapısındaki Dönüşüm

Kamu hizmeti olarak adlandırılan bir hizmetin finansman kaynağı, genel bütçe olmalıdır (Özseven ve ark., 2014:125). Bu doğrultuda Türkiye'de kamu hastanelerinin temel finansman kaynağının da genel bütçe olması beklenir. Mevcut durumda Türkiye'de kamu hastanelerinin gelirlerini temel olarak genel bütçe gelirleri ile döner sermayeler yoluyla

elde edilen gelirler oluşturmaktadır. Ayrıca; sağlık turizmi gelirleri, GSS prim borçlularının ödediği muayene katılım payları, sağlık raporları gelirleri gibi gelirler de bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu'na göre genel bütçeli idarelerden olup, faaliyetlerini merkezi yönetim bütçe kanunlarıyla verilen ödeneklerle gerçekleştirmektedir. Sağlık Bakanlığı'na kanunlarla verilen asli ve sürekli kamu görevlerine bağlı olarak ortaya çıkan ve genel idare esaslarına göre yürütülmesi mümkün olmayan mal ve hizmet üretimine ilişkin faaliyetlerin sürdürülebilmesi için ise "döner sermaye işletmeleri" kurulması yoluna gidilmiştir. 1961 yılında çıkarılan 209 Sayılı Yasa ile başlanıp süreç içerisinde türlü değişikliklere uğratılmış olan döner sermaye işletmeleri uygulaması, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hemen her birimde olmak üzere 2024 yılında 992'ye ulaşmıştır (Sayıştay, 2025).

Döner sermaye uygulaması ile geleneksel kamu yönetimi anlayışındaki bütçe gelir ve giderlerine yönelik "katı" kurallar aşarak, yeni kamu işletmeciliği yaklaşımına uygun bir mali esneklik sağlanmıştır. Böylece bir yandan merkezi yönetim bütçesinden daha fazla kaynak talep edilmesi yönündeki baskı azalmış, diğer yandan yeni kamu işletmeciliğinin çıktı odaklı ve esnek yönetim anlayışı bütçeleme süreçlerine de taşınmıştır. Ayrıca döner sermaye gelirlerinden çalışanlara pay dağıtılarak bir çeşit rıza üretilmesi yoluna da gidilmektedir. Bu durum bölüşüm ilişkilerinde son 40 yıldır emek aleyhine gerçekleşen bozulma nedeniyle gittikçe azalan ücretleri tamamlayıcı bir işlev de görmektedir. Ancak emekliliğe yansımadağı için sağlık çalışanlarındaki yoksullaşma esas olarak emeklilikte hissedilmektedir. Son yıllarda enflasyon nedeniyle azalan satın alım gücü tabloyu daha da ağırlaştırmaktadır. Döner sermaye gelirlerinin asıl rolü piyasadan mal ve hizmet temininin yani özelleştirmenin yolunu açmasıdır. Bu durum hem taşeronlaşmaya hem de neredeyse tümü SGK'dan temin edilen döner sermaye kaynaklarının sermayeye aktarılmasına yol açmaktadır (Pala, 2005).

Tablo 1'de 2002-2024 dönemi için Sağlık Bakanlığı Merkezi Yönetim Bütçesi ile SB Döner Sermaye Bütçesi verilerine yer verilmiştir. 2024 yılı itibarıyla SB merkezi yönetim bütçesi yaklaşık 783 milyar TL'dir. 2024 yılı için SB döner sermaye bütçesi 517,5 milyar TL ile SB bütçesinin %66,1'ini oluşturmaktadır. Bu oran 2002 yılından buyana görülen en düşük orandır. Döner sermaye bütçesinin SB bütçesine oranı 1993 yılında %13,7 iken (Pala, 2005:73), 2000'li yıllarda yüzde yüzleri aşarak 2004 yılında en yüksek seviyesi olan %139,5'e yükselmiştir. Bu tarihten itibaren

Tablo 1. Sağlık Bakanlığının Merkezi Yönetim Bütçesi, Döner Sermaye Bütçesi ve Döner Sermaye Bütçesinin Merkezi Yönetim Bütçesi İçindeki Oranı (Milyon TL) (2002-2024)

Yıllar	SB Merkezi Yönetim Bütçesi	SB Döner Sermaye Bütçesi	SB MY Bütçesi/ Döner Serm. Büt. (%)
2002	2.510	2.583	102.9
2004	3.716	5.182	139.5
2006	5.733	7.811	136.2
2008	8.099	10.235	126.4
2010	10.574	12.721	120.3
2012	14.943	16.890	113.0
2014	19.499	21.745	111.5
2016	26.708	31.639	118.5
2018	37.039	43.548	117.6
2020	65.193	64.239	98.5
2021	98.857	82.646	83.6
2022	179.159	142.134	79.3
2023	404.367	279.141	69.0
2024	783.041	517.542	66.1

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Bütçe Giderlerinin Fonksiyonel Sınıflandırılması Tabloları (<https://sgb.saglik.gov.tr/TR-59239/mali-tablolar.html>) ile Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporları

gerilemeye başlamakla birlikte, 2020 yılına kadar yüzde yüzü aşan oranları sürdürmüştür (SB, 2014:55). 2020'de uzun bir aradan sonra yüzde yüzlerin altına gerileyerek %98.5'e inmiş, bu gerileme devam ederek 2024 yılında %66.1'e kadar düşmüştür. Son yıllarda döner sermaye gelirlerinin SB merkezi yönetim bütçesine oranının azalması birkaç nedenle açıklanabilir. İlki, SGK'nın Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarının sağlık hizmeti maliyetlerinin çok altında olması ve yıllar içerisinde artışların maliyetler paralelinde olmamasıdır. İkincisi, SGK'nın mali sorunları nedeniyle global

bütçe uygulaması ile yaptığı ödemeyi azaltması olasılığıdır. SB tarafındaki neden ise KÖİ modeliyle yapılan şehir hastanelerinin kira ve hizmet ödemesi için SB merkezi yönetim bütçesinin artırılmış olması olasılığıdır.

Tablo 2'de 2016-2024 dönemi için SB Merkezi Yönetim Bütçesi, SB Döner Sermaye Bütçesi ve SB merkezi yönetim bütçesindeki hastane işleri ve hizmetleri harcaması yer almaktadır. 2024 yılında 583,5 milyar TL olan hastane harcamaları, SB bütçesinin %74,5'ine ulaşmıştır. Dalgalı bir seyir izlemekle

Tablo 2. Sağlık Bakanlığının Merkezi Yönetim Bütçesi, Döner Sermaye Bütçesi ve SB Bütçesindeki Hastane Harcaması (Milyon TL) (2016-2024)

Yıllar	SB MY Bütçesi	SB Bütçesinde Hastane Harcamaları	SB Bütçesi/Hast. Harc. (%)	SB Döner Sermaye Bütçesi	Döner Serm. Bütçesi/Hast.Harc.(%)
2016	26.708	16.898	63.3	31.639	187.2
2018	37.039	18.941	51.1	43.548	229.9
2020	65.193	36.766	56.4	64.239	174.7
2021	98.857	52.209	52.8	82.646	158.3
2022	179.159	117.848	65.8	142.134	120.6
2023	404.367	297.791	73.6	279.141	93.7
2024	783.041	583.551	74.5	517.542	88.7

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Bütçe Giderlerinin Fonksiyonel Sınıflandırılması Tabloları (<https://sgb.saglik.gov.tr/TR-59239/mali-tablolar.html>) ile Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporları

Tablo 3. Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye Bütçesi, SGK Devlet Hastanesi Harcaması ve SB Döner Sermaye Gelirlerinde SGK Payı (Milyon TL) (2020-2024)

Yıllar	SB Döner Sermaye Bütçesi	SGK Devlet Hastanelerine Yapılan Harcama	SB Döner Serm.Büt./SGK Dev. Hast.Harc. (%)
2020	64.239	56.226	87.5
2021	82.646	81.159	98.2
2022	142.134	128.000	90.0
2023	279.141	258.000	92.4
2024	517.542	479.000	92.5

Kaynak: 2020-2024 verileri Sağlık Bakanlığı 2024 Yılı Faaliyet Raporu ile Sosyal Güvenlik Kurumu 2020-2024 Faaliyet Raporları

beraber 2018-2021 döneminde %50'lerde seyreden oran 2021 yılından itibaren düzenli bir artış göstererek %52,8'den %74,5'e yükselmiştir. Bu veriler SB'nın asli ve öncelikli görevi olması gereken koruyucu sağlık hizmetlerine ayırdığı kaynağı son yıllarda daha da azalttığını göstermektedir. 2024 yılında koruyucu sağlık hizmetlerinin SB bütçesi içindeki payı yalnızca %24,5'tir (**SB, 2025a**).

Tablo 2'den döner sermaye bütçesinin hastane harcamalarına oranını da görmek mümkündür. Pala'nın (2005) çalışmasına göre 1993 yılında %29,1 olan bu oran, 2003 yılında %214,3'e ulaşmıştır. Tablo 2'deki verilerden hastane harcamalarının 2018 yılında döner sermaye bütçesinin %229,9'una ulaştığı görülmektedir. Hastane harcamalarının döner sermaye bütçesine oranı 2020'den itibaren düşüş eğilimine geçerek 2024 yılında %88,7'ye kadar gerilemiştir.

Tablo 3, 2020-2024 yılları arasında SB döner sermaye bütçesi, SGK tarafından devlet hastanelerine yapılan harcama ve SB döner sermaye gelirlerinde SGK'nın payını göstermektedir. Tablo 3'e göre SB döner sermaye bütçesinin %90'ından fazlası SGK'dan elde edilen gelirden oluşmaktadır. Türkiye'de kamu hastanelerinin hizmet sunumu finansmanı için SGK tarafından gerçekleştirilen ödeme yöntemi "global bütçe"dir. Global bütçe ileriye yönelik bir ödeme yöntemi olup, özellikle hastane ve hekim ödemelerinde maliyet sınırlayıcı özelliği nedeniyle tercih edilmektedir. Uluslararası çalışmalar, global bütçe uygulamasının farklı refah rejimlerinde farklı sonuçlar doğurduğuna dikkat çekmekle birlikte, tüm hizmetler ve tüm hizmet sunucuları için yapılan geri ödemeyi azalttığı, yüksek gelirli hizmetlerden elde edilen geliri düşük gelirli hizmetlere oranla daha fazla azalttığı, farklı uzmanlık alanlarındaki hekim bileşimini etkilediği ve başta cerrahlar olmak üzere ödeme yapılan kurumda çalışan hekim sayısını azalttığı ortaya konmuştur (**Wolf ve Moran, 1993; Lin, 2022**).

Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Genel Görünümü ve Eğilimler Hastane Sayısı, Yatak Sayısı ve Doluluk

Türkiye'de 2002 yılında 1.156 olan hastane sayısı 2024 yılında %35,1 artışla 1562'ye çıkmıştır. 2024 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanesi sayısı 941, üniversite hastanesi sayısı 69, özel hastane sayısı ise 552'dir. 2002 yılında SB hastaneleri toplam hastanelerin %70'ini oluştururken, 2024 yılında %60,2'ine gerilemiştir. 2002-2024 döneminde Sağlık Bakanlığı hastanesi sayısındaki artış %21,6 olarak gerçekleşmiş, toplam hastane sayısındaki artış özel hastane sayısının 2 katına çıkmış olması nedeniyle daha yüksek seyretmiştir. Hastanelerin %93,9'u genel hastane statüsündedir. Bu tercih hastanelerin işletmeleştirilmesi ve performansla dayalı ek ödeme sistemi ile ilişkilidir (**Tanık, 2014:408**).

2002-2024 döneminde yatak sayısındaki artış %63,2 olmuş, 2002 yılında 164.471 olan yatak sayısı 2024 yılında 268.359'a çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı yatak sayısındaki artış %58,1 ile toplam artışın gerisinde kalmış, 2002 yılında 107.394 olan SB yatak sayısı 2024 yılında 169.834 olmuştur. Sağlık Bakanlığı 2002 yılında toplam yatakların %65,3'üne sahip iken 2024 yılında %63,3'üne sahiptir. Bu dönemde özel sektörün yatak sayısı 4 kattan fazla artmıştır (**Tablo 4**).

COVID-19 pandemisi yeterli yatağa sahip olmanın ve beklenmeyen acil durumlarda yatakları yoğun bakımlara dönüştürebilmenin ne kadar önemli olduğunu hatırlatmıştır. Bu konuda on bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı ile yatak doluluk oranı uluslararası alanda da izlenen iki ölçüt olarak öne çıkmaktadır. Türkiye'de on bin kişiye düşen yatak sayısı 2002 yılında 24,8 iken %26,2 artışla 2024'te 31,3 olmuştur. Aynı dönemde SB yataklarındaki artış %22,2 ile toplamın gerisinde kalmıştır (Tablo 4). On bin kişiye düşen yatak sayısında OECD ülkeleri ortalaması 2023 yılında 42,0, AB ülkeleri ortalaması ise 46,9'dur. Türkiye on bin kişiye düşen yatak sayısı bakımından hem OECD hem AB ülkeleri

Tablo 4: Tüm Sektörler ve Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Altyapıları (2002, 2024)

	Tüm Sektörler		Artış (%)	Sağlık Bakanlığı		Artış (%)
	2002	2024		2002	2024	
Hastane Sayısı	1.156	1.562	35,1	774	941	21,6
Yatak Sayısı	164.471	268.359	63,2	107.394	169.834	58,1
10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı	24,8	31,3	26,2	16,2	19,8	22,2
Yatak doluluk oranı (%)	59,4	59,8	-	60,6	62	-
Nitelikli Yatak Sayısı	18.934	183.033	866,7	6.839	120.014	1.654,8
Yoğun Bakım Yatağı Sayısı	2.214	49.010	2.113,6	869	24.951	2.771,2
Hemodiyaliz Merkezi Sayısı	444	955	115,1	235	585	148,9
Hemodiyaliz Cihazı Sayısı	4.891	19.307	294,7	1.510	7.382	388,9
BT sayısı	323	1.379	326,9	-	687	
MR sayısı	58	1.031	1.677,6	-	430	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024

ortalamasının altındadır. OECD ülkelerinde günü-birlik tedavi sayısı arttığı, ortalama yatış günü sayısı azaldığı için kişi başına düşen yatak sayısı 2013 yılından itibaren azalmaktadır (OECD, 2025:116).

Yatak doluluk oranı hastanelerin kapasitesini değerlendirebilmek için tamamlayıcı bir bilgi sunmaktadır. Optimal doluluk oranı ile ilgili bir uzlaşa bulunmamakla birlikte, öngörülemeyen ihtiyaçlar dikkate alınarak maksimum %85'lik bir doluluk oranı önerilmektedir. OECD ülkelerinde 2023 yılında yatak doluluk oranı %72'dir. Türkiye %58 ile OECD ülkeleri arasında Yunanistan'dan (%52) sonra en düşük orana sahip ülkelerden biridir. 2013 yılı ile kıyaslandığında Türkiye dahil hemen tüm OECD ülkelerinde düşüşler görüldüğü gözlenmektedir (OECD, 2025:117).

2002-2024 dönemindeki seyrine bakıldığında SDP ile yatak doluluk oranının hızla yükselerek 2006 yılında %67,9'a ulaştığı, dalgalı bir seyir izlemekle birlikte 2015 yılında %69,6 ile en yüksek seviyesini gördüğü, pandemi ile birlikte 2020 yılında %52,5 ile en düşük seviyesine indiği, ancak sonradan tekrar yükselişe geçtiği görülmektedir (SB, 2025b:181). Türkiye yatak sayısını planlarken, yatakların bölgeler arasındaki eşitsiz dağılımını ve düşük yatak doluluk oranını dikkate almalıdır.

2002-2024 döneminde nitelikli yataklarda inanılmaz bir artış olmuş, 2002 yılında SB hastanelerinde %6,4, toplamda %11,7 olan nitelikli yatak oranı 2024 yılında toplamda 9.kat, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ise 16.5 kat artışla %83'e ulaşmıştır. En büyük artış yoğun bakım yataklarında görülmektedir. 2002-2024 döneminde toplam yoğun bakım yatağında 22.1 kat, SB hastanelerindeki yoğun

bakım yatağında ise 28.7 katlık bir artış gözlenmiştir (Tablo 4). Bu astronomik artışlar SDP'nin "müşteri"-ye dönüştürdüğü sağlık hizmeti kullanıcılarını nitelikli yataklar ile memnun etmek ve "kendi gelirini kendisinin kazanması beklenen" kamu hastanelerinin yoğun bakım yatağı gibi daha yüksek getirili yataklara yönelmesi ile ilişkilidir.

2024 yılında yoğun bakım yatakları tüm yatakların %18,3'üne ulaşmıştır. Bu oran özel sektör için %30,7'dir. Yoğun bakım yataklarının %66,8'i erişkin, %5,3'ü çocuk ve %27,9'u yenidoğan yoğun bakım yatağıdır. Sağlık Bakanlığı erişkin yoğun bakımların %55,7'sine, çocuk yoğun bakımların %65,3'üne ve yenidoğan yoğun bakımların ise sadece %36,7'sine sahiptir (SB, 2025b:137, 144).

Türkiye yüz bin kişiye düşen yoğun bakım yatağı sayısı bakımından OECD ülkeleri ortalamasının 2 katını aşan bir değere sahiptir. 2023 yılında OECD ortalaması 17 iken Türkiye verisi 38'dir. SB 2024 verisi bu rakamın 56'ya çıktığını göstermektedir. Pandemiden sonra yoğun bakım yataklarını artırma yönünde bir eğilim olmakla birlikte, Türkiye bu veri ile OECD ülkeleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (OECD, 2025:116-117). Türkiye'de yoğun bakım yatakları bakımından dikkat çeken başkaca bir durum özel sektörün ağırlığıdır. Sağlık Bakanlığı 2024 yılında 26.102 ile yoğun bakım yataklarının %53,7'sine sahiptir. Ancak Sağlık Bakanlığının yenidoğan yoğun bakım yataklarındaki payı 5.017 yatak ile yalnızca %36,7'dir. Özel sektör yenidoğan yoğun bakım yataklarının yarısına (%51,3) sahiptir (SB, 2025b:136). 2024 yılında yaşanan yenidoğan çetesi olayı, SDP ile gerçekleşen piyasacı dönüşümün doğurabileceği sonuçları göstermesi bakımından ibret vericidir.

Hemodiyaliz Merkezi ve Cihazı Sayısı

Hemodiyaliz merkezi sayısına bakıldığında 2002 yılında 444 olan hemodiyaliz merkezinin 2024 yılında %115,1'lik bir artışla 955'e çıktığı görülmektedir. Aynı dönem için Sağlık Bakanlığı'na ait hemodiyaliz merkezi sayısı %148,9 artış ile 585'e çıkmıştır. Hemodiyaliz merkezlerinin sektörlere göre dağılımına bakıldığında, %61,2'sinin Sağlık Bakanlığı'na, %32,5'inin özel sektöre, %6,3'ünün üniversitelere ait olduğu görülmektedir. Hemodiyaliz cihazında daha yüksek bir artış görülmektedir. 2002 yılında 4.891 olan cihaz sayısı %294,7'lik bir artışla 2024 yılında 19.307'ye çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı cihazlarındaki artış sayısı ise %388,9'dur. Hemodiyaliz cihazlarının yalnızca %38,2'si Sağlık Bakanlığı'nda, yarısından fazlası ise (%55,3'ü) özel sektörde hizmet sunmaktadır. 1 milyon kişiye düşen hemodiyaliz cihazı sayısı 2024 yılında toplam 225,4 iken, bu veri Sağlık Bakanlığı için 86,2, özel sektör için ise 124,7'dir. Bölgelerarası eşitsizlikler yüksek olup, Güneydoğu Anadolu'da milyon kişi başına 133,3 cihaz düşmektedir (SB, 2025b:147). Özel sektörde hizmet sunan hemodiyaliz merkezlerinin giderek daha büyük oranda bu alanda hizmet sunan ulus ötesi hemodiyaliz merkezlerinin mülkiyetine geçmekte olması dikkat çekicidir (Tanık, 2014:409).

Tanı Teknolojileri ve Kullanım

Kişi başına düşen optimal BT veya MR sayısı ile ilgili bir veri bulunmamakla birlikte, sayılarının az olmasının coğrafik uzaklık ve uzun bekleme süreleri gibi erişim sorunlarına, fazla olmasının ise hastaya yarar sağlamayan gereksiz kullanıma neden olacağı öne sürülmektedir (OECD, 2025:212). Türkiye'de 2002 yılında BT sayısı 323, MR sayısı 58 iken 2024 yılında BT sayısı 1.379'a MR sayısı da 1.031'e çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı BT cihazlarının %49,8'ine, MR cihazlarının %41,7'sine sahiptir (Tablo 4).

Bir milyon kişiye düşen MR sayısı 2023 yılında Türkiye'de 12 iken (çoğu özel sektördedir) OECD ül-

kelerinde 19,7'dir. Benzer şekilde bir milyon kişiye düşen BT sayısı 2023 yılında Türkiye'de 16,1 iken, OECD ülkelerinde 28,8'dir. 2002-2024 dönemine bakıldığında BT cihazı sayısındaki artışın %326,9, MR cihazı sayısındaki artışın ise %1.677,6 olduğu görülmektedir (SB, 2025b:147-152).

MR cihazı başına düşen görüntüleme sayısına bakıldığında, 2023 yılında OECD ülkelerinde MR başına 5.494 görüntüleme varken Türkiye'de 3.7 kat fazlasıyla 20.315 görüntüleme vardır. Türkiye bu rakam ile OECD birincisidir. Bin kişiye düşen MR görüntüleme sayısı da benzer bir eğilimi göstermektedir. OECD ülkelerinde 2023 yılında bin kişiye düşen görüntüleme sayısı 92 iken Türkiye'de 2.7 kat fazlasıyla 245'tir. Benzer bir durum BT cihazı başına düşen görüntüleme sayısı için de geçerlidir. Bir milyon kişiye düşen BT sayısı 2023 yılında Türkiye'de 16,1 iken, OECD ülkelerinde 28,8'dir. OECD ülkelerinde 2023 yılında BT cihazı başına çekim 7.813 iken, Türkiye'de 21.389 ile OECD ülkelerinden 2.7 kat fazladır. Türkiye Macaristan ile birlikte cihaz başına en çok çekim yapılan iki ülkeden biridir. Bin kişi başına düşen BT çekimi de bu fazlalığı göstermektedir. OECD ülkelerinde 2023 yılında 180 olan bin kişiye düşen çekim sayısı Türkiye'de 1.9 kat fazlasıyla 344'tür ve Türkiye bu çekim sayısı ile yine OECD birincisidir (SB, 2025b:192-193). Sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgili veriler sağlık insan gücündeki yetersizlikler ile birlikte değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının iş yükünün ne kadar yüksek olduğu, bu iş yükünü sürdürebilmek için performansa dayalı ek ödeme sisteminin ne kadar kritik bir rol oynadığını hatırlatmakta yarar vardır.

Sağlık Hizmetleri Kullanımı

SDP ile sağlık hizmet sunumunda patlama olmuştur. Hekime başvuru sayısı 2024 yılında 1 milyar 48 milyona ulaşmıştır. Kişi başına hekime başvuru sayısı, 2002'de 3,1 iken 2024 yılında 12,2'ye ulaşarak 4 katına çıkmıştır. Bu rakamlarla Türkiye 6,7 olan

Tablo 5. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Sağlık Hizmetleri Kullanımı (2002, 2015, 2024)

	Tüm Sektörler Toplamı			Sağlık Bakanlığı Hastaneleri		
	2002	2015	2024	2002	2015	2024
Toplam Hastane Müracaat Sayısı	124.313.659	418.581.931	580.616.393	109.793.128	306.825.524	466.094.368
Kişi başına hastane müracaat sayısı	1.9	5.3	6.9	1.7	3.9	5.4
Toplam ameliyat sayısı	1.598.362	4.770.145	6.269.324	1.072.417	2.364.595	3.672.861

Kaynak: SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024 ve İlhan, 2017.

AB ve OECD ülkeleri ortalamasını ikiye katlamıştır. Hekime başvuruların %89'u Sağlık Bakanlığına yapılmıştır (SB, 2025b). Kişi başına hastane başvuru sayısı da 3.6 kat artarak 1.9'dan 6.9'a çıkmıştır. SB hastanelerine kişi başına başvuru da benzer bir biçimde 1.7'den 5.4'e ulaşarak 3.2 kat artmıştır. Tüm sektörler toplamındaki artışların daha yüksek olması özel sektör kullanımındaki daha yüksek artış ile ilişkilidir. Toplam hastane başvurularının 2002 yılında %88,3'ü SB hastanelerine yapılırken, bu oran 2015 yılında %73,3'e gerilemiş, ancak tekrar artış göstererek 2024 yılında %80,3'e yükselmiştir. Ancak bu oran hala 2002 yılının gerisinde kalmıştır (Tablo 5).

Ameliyat sayısındaki artış daha da yüksek seyretmiştir. Tüm sektörlerdeki toplam ameliyat sayısı 2002'den 2024'e 3.9 kat artmış, bu artış SB hastanelerinde 3.4 ile sınırlı kalmıştır. 2002 yılında SB hastanelerinde yapılan ameliyatlara oranı %67,1'den 2015 yılında %49,6'ya düşmüş, 2024 yılında %58,6'ya yükselmekle birlikte 2002 oranının altında kalmıştır (Tablo 5).

Hastanelerin Sağlık Harcamalarındaki Yeri

SDP ile tedavi edici sağlık hizmetlerinin ağırlığı artmıştır. Toplam cari sağlık harcamaları içerisinde 2002 yılında %33,1 olan hastanelerin payı 2012 yılında %46,7'ye, 2024 yılında %58,9'a çıkmıştır (Tablo 6). Türkiye bu veri ile OECD ülkeleri içerisinde Tayland'dan sonra en çok hastane harcaması yapan ikinci ülke konumundadır. OECD'nin hizmet sunuculara göre sağlık harcamaları verilerine bakıldığında, OECD ülkelerinde 2023 yılında %39 ile en büyük harcamayı hastanelerin yaptığı görülmektedir. Kanada ve Almanya %27 ile en düşük hastane harcaması yapan ülkelerdir. Türkiye verisinin OECD ülkelerinin %50 fazlası olduğu dikkati çekmektedir (OECD, 2025:169). Yakın zamana kadar hastane harcamaları içerisinde sosyal güvenlik kurumundan ödenen döner sermayelerin payı önemli bir yer tutarken (Pala, 2014:419), 2023 yılından bu yana SB bütçesinden yapılan hastane harcamalarının döner sermaye harcamalarını aşmaya başlaması dikkat çekicidir.

Tablo 6. Toplam Cari Sağlık Harcaması, Toplam Hastane Harcaması ve Hastane Harcamalarının Toplam Cari Sağlık Harcaması İçindeki Payı (2002, 2012, 2024) (Milyon TL)

Yıl	Toplam Cari Sağlık Harcaması	Hastane Harcaması	Toplam Cari Sağlık içinde Hastane Harc. (%)
2002	18.331	6.077	33,1
2012	70.288	32.801	46,7
2024	2.186.802	1.288.472	58,9

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcaması Verileri

Kamu Sağlık Kuruluşlarından Memnuniyet Oranı Sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmetlerden 2016'da %75,4'e kadar yükselmiş olan memnuniyet oranı, bu tarihten sonra genel olarak düşme eğilimine girmiş ve 2024 yılında %63,2'ye gerilemiştir. Memnuniyetin düşme eğilimi Sağlık Bakanlığı kuruluşları için de geçerlidir. 2016 yılında Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında sunulan hizmetlerden memnuniyet %77,8'e kadar yükselmişken, 2024 yılında %64'e gerilemiştir. Özel sektördeki memnuniyet oranındaki düşüş ise dramatik boyutlardadır. 2024 yılında özel sağlık kuruluşlarından memnuniyet %48,6'dır (SB, 2025b). OECD ülkelerindeki memnuniyet de yüksek değildir ve 2023 yılında %52,3 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinden memnuniyet kadınlarda, yaşlılarda ve düşük gelirlielerde daha yüksektir.

Nitelikli sağlık hizmetine erişim söz konusu olduğunda Türkiye'deki memnuniyet oranı %41'e gerileyerek %64 olan OECD ortalamasının oldukça gerisine düşmekte, Yunanistan'dan sonra en düşük memnuniyet oranına sahip ikinci ülke konumuna yerleşmektedir (OECD, 2025:103).

Genel Değerlendirme ve Sonuç

Kapitalist sistemin sermaye birikim krizini aşmak için gündeme getirilen yeni sağ ideolojisi, yönetimi yeniden icat eden yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı ile kamusal alanı sermaye lehine yeniden düzenlemiştir. Sağlık bu düzenlemenin en yakıcı alanlarından biri olmuş, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinden sunumuna ve finansmanına kadar sistemin bütün bileşenlerinde özelleştirmeler, piyasalaştırmalar ve ticarileştirmeler hâkim olmuştur.

1980'li yıllarla başlayıp 2003 yılında SDP ile gerçekleştirilen dönüşümün en önemli bileşenlerinden biri de "idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri"dir. 1980-2003 döneminde sağlıkta kamu hizmeti kurumsal mantığını dönüştürecek önemli girişimlerle SDP'nin getireceği dönüşüme zemin hazırlanmıştır. SDP ile birlikte kamu hastane birlikleri ve KÖİ şehir hastaneleri modelinde olduğu üzere bazen iki ileri bir geri taktiklerle dönüşüm tamamlanmıştır.

Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi işleyişte karmaşa yaratsa da SDP'nin ruhunu ve felsefesini güçlenmiş, Sağlık Bakanlığı teşkilatını yeni kamu yönetimi yaklaşımı ile yeniden yapılandırmıştır. Bakanlık gerek devir gerekse ortak kullanım yoluyla SDP'nin etki alanını hem kamu hem üniversite hastanelerine genişletmiştir. Tedavi edici hizmetlerdeki metalaşma sürecinde; yataklı tedavi kurumlarında kalite geliştirme ve performans değerlendirme çalışmalarıyla standartlaştırma evresi, genel sağlık sigortası ve genişletilen tamamlayıcı özel sağlık sigortası yoluyla talebin artarak sürmesi ve performansla dayalı ek ödeme ile sağlık çalışanları nezdinde rıza üretme işlevi yerine getirilmiştir. Kamu hastanelerinin piyasaya kaynak aktarması aracı olarak işlev gören döner sermaye bütçesi her ne kadar global bütçe ve sosyal güvenlik kurumunun kaynak sorunu engellerine takılarak geçmişteki ihtişamlı oranlarına ulaşmada zorluk yaşıyor olsa da bu konudaki işlevini sürdürmeye devam etmiştir.

Mülkiyet yapısına göre bakıldığında Sağlık Bakanlığı, SSK ve asker hastanelerini bünyesine katmasına rağmen 2002-2024 döneminde toplam hastane sayısı içindeki oranını özel sektör lehine %10 oranında azaltmıştır. Benzer bir durum hastane yatağı için de geçerlidir. Sağlık Bakanlığı özel sektöre alan açabilmek için KÖİ modeliyle yaptığı 18 şehir hastanesine karşılık 42 kamu hastanesini kapatmış, 22 kamu hastanesini zayıflatmış, yatak sayısını artırmama yönünde özel bir çaba göstermiştir. Sağlık Bakanlığı yatakların bölgeler arasındaki eşitsiz dağılımı sorununu çözmemiştir. Bakanlık, işletme karakteri güçlü olduğu ve performansla dayalı ek ödeme sistemini körüklediği için hastanelerin büyük çoğunluğunu genel hastane statüsünde yapılandırmış, hatta bu özellikleri ortak kullanım yoluyla üniversite hastanelerine de genişletebilmiştir. Sağlık Bakanlığı 'müşterilerini memnun edip' hastane gelirlerini artırabilmek için nitelikli yatak sayılarını on altı buçuk kat arttırmıştır. 'Kendi gelirlerini kazanması' beklenen kamu hastaneleri için en yüksek getirili yataklar yoğun bakım yatakları olduğu için yoğun bakım yatak sayısını ise yaklaşık yirmi dokuz kat artmıştır. Bu artışın hangi ihtiyacı karşıladığı anlaşılacakla birlikte, Türkiye OECD ülkelerinin iki katını aşan düzeyde yoğun bakım yatağına sahip olmuştur. Yenidoğan yoğun bakım yatakları özel sektör lehine kısıtlı tutulmuştur. Ancak yenidoğan çetesi olayı piyasacı dönüşümün doğurabileceği sonuçları göstermesi bakımından ibret vericidir.

Dönüşümün başkaca bir boyutu hemodiyaliz merkezlerinde ve tanı teknolojilerinde görülmüştür. Sağlık Bakanlığı hemodiyaliz merkezi ve cihazı sayısındaki oranını artırmış olmasına rağmen, hemodiyaliz

cihazlarının yarısından fazlası özel sektörde hizmet sunmaya devam etmektedir. Özel sektörde hizmet sunan hemodiyaliz merkezleri giderek daha büyük oranda ulus ötesi merkezlerin mülkiyetine geçmektedir. Sağlık Bakanlığı BT'lerin yaklaşık yarısına sahipken, MR cihazlarının yüzde 42'sine sahiptir; MR cihazında özel sektör ağırlığı ön plana çıkmaktadır. OECD ülkelerine göre kişi başına düşen cihaz sayıları az olmakla birlikte, bin kişi başına yapılan çekim sayısında iki ila üç katlık bir fazlalık bulunmaktadır. Türkiye hem BT hem MR çekiminde OECD ülkeleri içerisinde ilk sıralarda yer almaktadır.

Tanı teknolojilerindeki yüksek kullanım oranlarını sağlık hizmetleri talebi ile birlikte değerlendirmek daha doğru olacaktır. 2002-2024 döneminde hekime başvuru sayısı dört kat artışla 3,1'den 12,2'ye çıkmıştır. Bu sayı 6,7 olan AB ve OECD ülkeleri ortalamasının iki katı düzeyindedir. Hekime başvuruların %89'u, hastane başvurularının %78,3'ü Sağlık Bakanlığına yapılmıştır. 2002 yılına oranla Sağlık Bakanlığı hastanelerine başvuru oranı yine özel sektör lehine %10 azalmıştır. Benzer bir durum ameliyat sayıları için de geçerlidir. Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki ameliyatların toplam ameliyatlara oranı özel sektör lehine azalmıştır. Literatüre "kısıktırılmış talep" olarak yerleşmiş olan bu olağanüstü talebi karşılamak ve performans baskısı altında beş dakikada bir hasta muayene etmek zorunda kalan hekimlerin tanı tekniklerinden daha fazla yararlanmak istemesi anlaşılır bir durumdur. Ayrıca sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgili veriler sağlık insan gücündeki yetersizlikler ile birlikte değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının iş yükünün ne kadar yüksek olduğu, bu iş yükünü sürdürebilmek için performansla dayalı ek ödeme sisteminin ne kadar kritik bir rol oynadığını tekrar hatırlatmakta yarar vardır.

Piyasalaşma ve metalaşmaya daha uygun, sağlık endüstrisini ilaç-cihaz ve benzeri diğer ürünlere olan ihtiyaçla destekleyen yapıya sahip olduğu için SDP döneminde tedavi edici hizmetlerin ağırlığı artmıştır. 2002-2024 döneminde toplam cari sağlık harcamaları içerisinde hastanelerin payı iki katına yakın bir oranda artarak %59'a çıkmıştır. Türkiye bu oran ile OECD ülkeleri içinde de en çok hastane harcaması yapan ikinci ülke konumundadır. Hastane harcamalarının Sağlık Bakanlığı bütçesi içerisindeki yeri ise %75'ler civarındadır. Koruyucu ve önleyici hizmetlerin tek sorumlusu olan Sağlık Bakanlığı, bütçesinin dörtte üçünü hastanelere harcayarak, bu görevini yerine getirecek yeterli kaynağı ayıramamaktadır.

Bu dosya kapsamında ayrıca inceleneceği için sağlık çalışanlarına bu çalışmada yer verilmemiştir. Uluslararası karşılaştırmalar yapıldığında sayıca

yetersiz olduğu ortada olan sağlık çalışanlarının piyasalaşan ve metalaşan sağlık hizmetlerinin artan hizmet yükünü taşıdığı, hatta bu yükün altında ezildiği ortadadır. Kurumsal ve bireysel performans hedeflerine ulaşma baskısı ile daha fazlasının talep edildiği, performansla dayalı ek ödeme ile rıza üretildiği bir ortamda sağlık çalışanlarının ödülü çoğu zaman şiddet olmaktadır.

Vatandaş açısından ise sağlık hizmeti ulaşılamayan ve gittikçe daha fazla para ödenmesi gereken bir hizmet haline gelmiştir. Sağlık Bakanı Memişoğlu 2026 bütçe sunumunda MHRS'de randevu bekleyen hasta sayısını 4 milyondan 400 bine indirdiklerini bir başarı öyküsü olarak sunmuştur. Cepten harcamalar %20'lere ulaşarak SDP öncesi, yani nüfusun üçte birinin kamu sağlık güvencesinin olmadığı bir dönemde yapılan harcama seviyelerine geri dönmüştür. Bu tablo elbette sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranlarına yansımakta ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet azalmaktadır. Çözüm sağlığı yeniden kamu yararına kullanım değeri olan bir kamu hizmetine dönüştürmektir. Bunun için hepimize düşen görev, hayatımızı şekillendiren politik ekonomik güç yapılarını daha iyi inşa etmek için dönüştürmektir.

Kaynaklar

- Aka, A., Kablay, S. ve Demir, M.C. (2012) Neoliberal Politikalar ve Sağlık Çalışanları, Ankara: Nobel
- Altunalı, Gürgeç, Y. (2022) Sağlık Hizmetlerindeki Dönüşümün Ekonomi Politikası: Yeni Kamu İşletmeciliği Modeli, Bilgi İletişim Teknolojileri ve Halk Sağlığı, SAV Katkı (12):12-22
- Bayırbağ, M.K. ve Göksel, A. (2020) Kamu Yönetimi, içinde Gökhan Atılğan, E. Atilla Aytekin (Eds.). Siyaset Bilimi: Kavramlar, İdeolojiler, Disiplinler Arası İlişkiler, İstanbul: Yordam Kitap, s.153-169
- Erbaş, Ö. (2017) Rızayla veya Zorla: Şehir Hastaneleri, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 32(6):427-431
- Güzelsarı, S. (2017) Üçüncü Kuşak Yapısal Reformlar-Kamu Hizmeti Anlayışında Değişim, Şehir Hastaneleri Çalıştayı, Ankara Eğitim-Sen Genel Merkez.
- İlhan, B. (2017) Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde 15 Yıllık Dönüşüm, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 32(6):422-426
- İlhan, B. (2026a) Hastane Mezarlığına Dönen Ülke, Birgün Gazetesi, 16.01.2026
- İlhan, B. (2026b) Sağlık Bakanlığı bütçe görüşmelerinden detaylar, Birgün Gazetesi, 5.12.2025
- Kablay, S. (2014) Performansa Dayalı Döner Sermaye Primi Uygulaması ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi, İş Güç Çalışma İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 16(4):85-110
- Kablay, S. (2021) Neoliberal Transformation of Turkey's Health Sector and its Effects on the Health Labour Force, in Çağatay Edgücan Şahin and Mehmet Erman Erol (Eds.) The Condition of the Working Class in Turkey Labour Under Neoliberal Authoritarianism, England: Pluto Press, pp.75-96.
- Kasapoğlu, A. (2016) Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü, Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 19(2):131-174.
- Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M. ve Kerman, U. (2014) Sağlık Bakanlığı'nda yeniden yapılanma: Yeni kamu yönetimi açısından bir değerlendirme, Amme İdaresi Dergisi, 47(1):53-78
- Lin, L.K. (2022) Effects of a global budget payment scheme on medical specialty workforces, Social Science & Medicine, Vol.309,115254
- Memişoğlu, K. (2025) 2026 Yılı Bütçe Sunumu.
- OECD (2025) Health at a Glance 2025: OECD Indicators, Paris:

OECD Publishing

- Osborne, D. ve Gaebler, T. (1992) Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector, Massachusetts: Addison Wesley
- Özseven, M., Danışman, A. ve Bingöl, A.S. (2014) Dönüşüm mü, gelişim mi? Kamu hastanelerinin yönetiminde yeni bir kurumsal mantığa doğru, ODTÜ Gelişme Dergisi, (41):119-150
- Öztek, Z. (2024). Cumhuriyet'in 100 Yılında Sağlıkta 100 Olay, <https://www.saglik100.com/olaylar-dizini/askeri-hastaneler-kapatildi>
- Öztürk, O. (2014) Bir Zamanlar SSK Hastaneleri, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 29(6):448-454.
- Pala, K. (2005) Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 20(1): 72-74
- Pala, K. (2023) AKP'li Yıllarda Sağlık Bakanlığı, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 38(2): 126-132
- Pala, K. (2014) Neoliberal Sağlık Reformlarının Etkisi: Kamu Hastanelerinde Finansman Yapısı Değişiyor, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 29(6):414-429.
- Sağlık Bakanlığı (2003) Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara
- Sağlık Bakanlığı (2014) Faaliyet Raporu 2014, Ankara
- Sağlık Bakanlığı (2017) Faaliyet Raporu 2016, Yayın No:1063, Şubat 2017:Ankara
- Sağlık Bakanlığı (2018) Faaliyet Raporu 2017, Yayın No:1092, Mart 2018:Ankara
- Sağlık Bakanlığı (2025a) 2024 Yılı Faaliyet Raporu, Erişim Tarihi 15 Ocak 2026, <https://sgb.saglik.gov.tr/TR,60674/strategik-yonetim.html>
- Sağlık Bakanlığı (2025b) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü,
- Sağlık Bakanlığı (2026) Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporları 2009-2024 Yılları, Erişim Tarihi 12 Ocak 2026, <https://saglik.gov.tr/TR-11584/istatistikler-ve-yayinlar.html>
- Sayıştay Başkanlığı (2016) Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2015 Yılı Sayıştay Denetim Raporu.
- Sayıştay Başkanlığı (2014) Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2013 Yılı Sayıştay Denetim Raporu.
- Sayıştay Başkanlığı (2025) Sağlık Bakanlığı 2024 Yılı Düzenlilik Denetim Raporu.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2026) Sosyal Güvenlik Kurumu Faaliyet Raporları 2011-2024 Yılları, Erişim Tarihi 10 Ocak 2026, <https://www.sgk.gov.tr/Politikalar/Kurumsal/b55336ad-0af5-4e78-a7c5-79734c4c476f/>
- Tanık, F.A. (2014) 1980 Sonrasında Hastanelerin Dönüşümü, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 29(6):405-413
- Topal, A. (2020). Yeni Sağ, içinde Gökhan Atılğan, E. Atilla Aytekin (Eds.). Siyaset Bilimi: Kavramlar, İdeolojiler, Disiplinler Arası İlişkiler, İstanbul:Yordam Kitap, s.423-435
- TÜİK (2026) Sağlık Harcamaları İstatistikleri, Erişim Tarihi 18 Ocak 2026, <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>
- Tükel, R. (2023) Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 38 (2): 154-160.
- Türk Tabipleri Birliği (2018). Sağlıkta Dönüşüm Programı Çöktü: Kamu Hastane Birlikleri: Ne Dediler? Ne Oldu?, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 33(6):473-475
- Üstüner, Y. ve Kalav İdrisoğlu, F. (2014) Kamu çalışma etiği ve neo-taylorist uygulamalar: Türk kamu sağlık hizmetinde performansa dayalı ücretlendirme örneği, ODTÜ Gelişme Dergisi, (41): 177-200.
- Üstüner, Y. (2000). Kamu Yönetimi Kuramı ve Kamu İşletmeciliği Okulu, Amme İdaresi Dergisi, 33(3):15-31
- Wolfe P.R. ve Moran D.W. (1993) Global budgeting in the OECD countries. Health Care Financ Rev. 1993 Spring;14(3):55-76.
- Yenimahalleli Yaşar, G. ve Guven-Uslu, P. (2017) Performance-Based Payments in the Turkish Health System, in Douglas J. Besharov, Karen J. Baehler, Jacob Alex Klerman (Eds.), Improving Public Services: International Experiences in Using Evaluation Tools to Measure Program Performance, New York: Oxford University Press, pp.185 – 211.
- Yenimahalleli Yaşar, G. ve Pala, K. (2020) Cumhuriyet'in 100. Yılına Doğru Türkiye'nin Sağlık Politikası: Sorunlar ve Çıkış Yolları Üzerine, Mülkiyeliler Birliği, MİSAM Politika Metinleri-5, Erişim Tarihi 12 Ocak 2026, <https://mulkiye.org.tr/misam-politika-metinleri-5/>