

T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE 2003-2023
YILLARI BÜYÜME DİNAMİKLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe YILDIRIM

İSTANBUL, 2025

T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE 2003-2023
YILLARI BÜYÜME DİNAMİKLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe YILDIRIM

Danışman: Prof. Dr. Gaye Gencer

İSTANBUL, 2025

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program : Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı

Tez Başlığı : Türkiye Sağlık Sektöründe 2003-2023 Yılları Büyüme Dinamikleri

Tez Sahibi : Ayşe YILDIRIM

Sınav Tarihi : 02.07.2025

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)
Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Can Tansel KAYA Yeditepe Üniversitesi
Tez danışmanı:	Prof. Dr. Gaye Gencer Yeditepe Üniversitesi
Üye:	Doç. Dr. Murat BOLELLİ Altınbaş Üniversitesi

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Burcu Gemici BAŞOL

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Ayşe YILDIRIM



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI FORMU	ii
BEYAN.....	iii
TABLolar	vi
ŞEKİLLER.....	vii
ÖZET	ix
ABSRTACT.....	x
SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Konusu ve Amacı.....	1
1.2. Araştırmanın Bölümleri	1
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yöntemi	2
1.4. Çalışmanın Önemi.....	2
1.5.Araştırma Soruları.....	3
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Temel Kavramlar	4
2.2. Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları.....	8
2.3. Sağlıkta Yapısal Dönüşüm.....	12
2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)	14
2.5. Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Modeli (PPP)	17
2.5.1. Şehir Hastaneleri	20
2.6. Özel Sektörün Rolü.....	23
2.6.1. Özel Sağlık Kuruluşları Finansal Analiz.....	25
2.6.2. Özel Sağlık Kuruluşlarının Halka Arzı	27
2.6.3. Özel Sağlık Sektörü Bazı Sorunları.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1.Çalışmada Kullanılan Veri Seti ve Metodoloji	29
3.2. Sağlık Harcamaları.....	29

3.2.1. Sağlık Harcamaları GSYİH Oranı	31
3.2.2.Kamu Sağlık Harcamaları ve Özel Sağlık Harcamaları Tutarları 2003-2023	34
3.3.Türkiye Sağlık Hizmetleri Arzında Yapısal Değişim (2003–2023)	38
3.3.1. Hizmet Sunumu: Altyapı	38
3.3.2.Sağlık İnsan Kaynağındaki Gelişim (2003–2023)	40
3.4. Sağlık Finansmanı: SGK Aktif ve Pasif Sigortalı Oranları	44
3.5. Sağlık Çıktıları	46
3.5.1. Anne Ölüm Hızı	46
3.5.2. Hasta Memnuniyeti Verileri	47
3.5.3. Uluslararası Kıyas (OECD).....	49
3.6. Özel Sektör.....	53
3.7. Sağlıkta Büyümenin Sürdürülebilirliği	55
3.8. Güçlü Yönler Zayıf Yönler Fırsatlar ve Tehditler	56
4. SONUÇ VE POLİTİKA ÖNERİLERİ	64
5.KAYNAKLAR	70
6.ÖZGEÇMİŞ	77

TABLÖLER

Tablo 1 Sağlık Hizmetleri Basamakları Kıyası (Hayran, 2018).....	5
Tablo 2 Sağlık Hizmetleri Sektörü (Özeltürkay & Orel, 2016).....	6
Tablo 3 Sağlık Durumu Göstergeleri Panosu, 2021 (OECD, 2023).....	11
Tablo 4 Sağlık Politikası Döngüsü Tablosu (Akdağ, 2023)	15
Tablo 5 Genel Bütçe Kaynaklarıyla Açılan Şehir Hastaneleri Listesi (Sağlık Bakanlığı)	22
Tablo 6 KÖİ Modeli ile Açılan Şehir Hastaneleri Listesi (Sağlık Bakanlığı)	22
Tablo 7 Türkiye Sağlık Harcamaları 2015-2023 GSYH Oranı ve Aynı Dönem için OECD Ortalaması (OECD, 2023)	32
Tablo 8 Hekim, Hekim Başına Hasta ve Müracaat sayıları 2009-2023 (TÜİK, Sağlık Personeli, 2025)	41
Tablo 9. Sağlık Durumu Göstergeleri 2021 yılı (OECD).....	49
Tablo 10 Sağlık Risk Faktörleri Tablosu 2021 (OECD, 2023)	50
Tablo 11. OECD genelinde bakıma erişim, 2021 (veya en yakın yıl) (OECD, 2023) ...	51
Tablo 12 Sağlık Sistemi Kapasitesi ve kaynaklar,2021 (OECD, 2023)	52
Tablo 13 Türkiye Sağlık Sektörü GZFT Analizi (Songur, Top, & Tekingündüz, 2013)57	
Tablo 14 Türkiye Sağlık Sigortası GZFT Analizi (Songur, Top, & Tekingündüz, 2013)	58
Tablo 15 Türkiye sağlık turizmi sektörü GZFT Analizi (Songur, Top, & Tekingündüz, 2013).....	60

ŞEKİLLER

Şekil 1. Sağlık Sisteminin Bileşenleri (Roemer, 1991)	6
Şekil 2 Modellere Göre KÖİ Proje Sayılarının Dağılımı (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2024)	19
Şekil 3 KÖİ Projelerinin Sektörlere Göre Dağılımı (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2024)	19
Şekil 4 2003-2023 KÖİ Yatırım Miktarları (Milyar Dolar) (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2024)	20
Şekil 5 Kamu ve Özel Sektörün Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı (%) (TÜİK) ...	30
Şekil 6 Toplam Sağlık Harcaması GSYH Oranı (%) (TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2023)	33
Şekil 7 Kamu ve Özel Toplam Sağlık Harcaması (Milyon USD) (TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2023, 2023)	35
Şekil 8. 2003 ve 2023 Yılları Genel Kamu Sağlık Harcamalarının Dağılımı (%) (TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2023, 2023)	36
Şekil 9 2003 ve 2023 Yılları Genel Özel Sağlık Harcamalarının Dağılımı (%) (TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2023, 2023)	37
Şekil 10. Yataklı Sağlık Kurumları Sayısı, 2003-2023 (TÜİK, Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları, 2025)	38
Şekil 11 Sektörlere göre hastane yatağı sayıları, 2003-2023 (TÜİK, Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları, 2025)	39
Şekil 12. 2003 ve 2023 Yılları Sağlık Personeli Sayısı (TÜİK, Sağlık Personeli, 2025)	40
Şekil 13. 2002-2023 Sağlık Personeli Sayısı (TÜİK, Sağlık Personeli, 2025)	42
Şekil 14. 2003 ve 2023 Yılları Sağlık Personeli Sayısı (TÜİK, Sağlık Personeli, 2025)	43
Şekil 15 Aktif/Pasif Sigortalı Sayısı (Milyon) (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2024)	45
Şekil 16. Anne Ölüm Oranı, 2007-2023 (Yüz bin canlı doğumda) (TÜİK, 2023)	46
Şekil 17 Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Oranı 2003-2023 (TÜİK, Yaşam Memnuniyeti, 2025)	47
Şekil 18 Kamu Hastanesi ve Özel Hastane Memnuniyet Oranları 2003-2023 (TÜİK, Yaşam Memnuniyeti, 2025)	48

Şekil 19 2003-2023 Özel Sektörün Sağlık Harcamaları Oranı (%) (TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2023, 2023)	54
Şekil 20 Özel Yataklı Sağlık Kurumları Sayısı 2003-2023 (TÜİK, Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları, 2025)	55
Şekil 21 Uluslararası Hasta Sayısı (USHAŞ, 2023)	61
Şekil 22 Harcamalara Göre Turizm Geliri, Sağlık (Bin Dolar) 2003-2023 (TÜİK, Turizm İstatistikleri, 2024)	61



ÖZET

Türkiye Sağlık Sektöründe 2003-2023 Yılları Büyüme Dinamikleri Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD, Master Tezi. İstanbul.

Bu çalışmada, 2003-2023 döneminde Türkiye’de sağlık sektöründe yaşanan büyüme dinamikleri çok boyutlu bir bakış açısıyla incelemiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulamaya konulduğu 2003 yılı itibariyle; sağlık hizmeti sunumundaki yapısal değişimleri, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile ilişkisi, özel sektörün sağlık sektöründeki artan rolü, kamu-özel işbirliği modelleri, sağlık çıktılarındaki gelişmeler, GSYH içinde sağlık harcamalarının oranı, kamu ve özel sektör sağlık harcama oranları, sağlık hizmeti altyapı yatırımları, sağlık iş gücü artışı, sağlık finansmanı mekanizmaları bütüncül olarak ve ikincil veriler üzerinden analiz edilmektedir. OECD, TÜİK, Sağlık Bakanlığı, SGK ve Kalkınma Planı raporlarından elde edilen veriler grafiksel ve tablo destekli biçimde sunulmuş, yorumlanmış ve sektörel büyümenin arka planında yer alan yapısal, ekonomik ve politik etkenler ortaya konmuştur. Bulgular, Türkiye sağlık sektöründe kayda değer bir büyümenin gerçekleştiği fakat yine de yeterli düzeyde ve istikrarlı olmadığı ayrıca bu büyümenin sürdürülebilirliği konusunda yapısal tehditler ve fırsatlar içerdiğini göstermektedir. Türkiye’nin son 20 yılda sağlıkta hizmet kapasitesini ve memnuniyet düzeyini artırdığı, ancak bu büyümenin ekonomik sürdürülebilirlik ve kaynak verimliliği açısından dikkatle yönetilmesi gerektiği görülmektedir. Sonuç olarak, sağlıkta büyümenin sadece hizmet miktarındaki artışla değil, aynı zamanda hizmet kalitesi, finansal sürdürülebilirlik ve sosyal fayda ile birlikte değerlendirilmesi gerektiği ve büyümenin sürdürülebilirliği ve toplumsal etkileri açısından bütüncül bir değerlendirme ile sağlık politikalarının sürekli iyileştirme kapsamında değerlendirilip güncellenmesinin gerekliliğini vurgulamakta bu konuda politika yapıcılar için öneriler sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Büyüme, Sağlık, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Harcamaları

ABSRTACT

The Growth Dynamics of The Turkish Healthcare Sector in The Years 2003-2023 Yeditepe University, Institute of Health Science, Department of Health Care Management MSc thesis, İstanbul.

In this study, the growth dynamics of the health sector in Turkey in the period of 2003-2023 were examined from a multidimensional perspective. As of 2003, when the Health Transformation Program was put into practice; structural changes in health service delivery, the relationship between health expenditures and economic growth, the increasing role of the private sector in the health sector, public-private partnership models, developments in health outcomes, share of health expenditures in GDP, public-private health expenditure ratios, health service infrastructure investments, health workforce growth, health financing mechanisms are analyzed holistically and through secondary data. The data obtained from OECD, TurkStat, Ministry of Health, SSI and Development Plan reports are presented and interpreted in graphical and tabular form, and the structural, economic and political factors in the background of sectoral growth are revealed. The findings show that there has been significant growth in the Turkish health sector, but it is still not sufficient and stable, and that there are structural threats and opportunities for the sustainability of this growth. It is observed that Turkey has increased its service capacity and satisfaction level in healthcare in the last 20 years, but this growth should be carefully managed in terms of economic sustainability and resource efficiency. As a result, it emphasizes that growth in health should be evaluated not only with an increase in the amount of services, but also with service quality, financial sustainability and social benefit, and provides recommendations for policymakers on this issue to evaluate and update health policies within the scope of continuous improvement with a holistic assessment in terms of growth sustainability and social impacts.

Keywords: Growth, Health, Health Transformation Program, Health Expenditures

SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

DB	Dünya Bankası
GSYİH	Gayrisafi Yurt İçi Hasıla
IMF	Uluslar arası Para Fonu
KÖİ	Kamu Özel İşbirliği
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WB	World Bank
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

1.1.Araştırmanın Konusu ve Amacı

Türkiye, sağlık sektöründe son 20 yılda önemli bir dönüşüm ve büyüme gerçekleştirmiştir. Bu büyüme hizmet sunumunda artan talep ile doğru orantılı artan harcama ve yatırımlar, özel sektörün artan rolü ile finansal sürdürülebilirlik açısından önemli bir inceleme konusudur. Bu çalışmada zaman aralığı olarak; Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamaya başlandığı 2003 yılı ile başlayan Türkiye Cumhuriyetinin 100. Yılı olan 2023 yılına kadarki 20 yıllık dönem seçilmiştir. Türkiye sağlık sektöründeki büyüme dinamikleri çok boyutlu olarak ele alınmıştır. Bu araştırmanın ana konusu, Türkiye sağlık sektörünün 2003-2023 yılları arasında gerçekleşen büyümesini ekonomik, yapısal ve politikalar açısından genel hatlarıyla analiz etmektir. Sağlıkta Dönüşüm Programı, kamu-özel işbirliği projeleri, sağlık harcamaları, özel sağlık kuruluşlarının artan payı ve sağlık hizmeti altyapı ve insan kaynağı yatırımları bu sürecin en temel yapı taşları olarak ele alınmıştır. Araştırmada ikincil veriler kullanılarak sektördeki büyüme dinamikleri TÜİK, SB, SGK, OECD gibi kaynaklardan alınan ikincil veriler kullanılarak grafikler ve tablolar aracılığıyla sayısal temelde değerlendirilmiş, anlamlı ilişkiler yorumlanmıştır.

Araştırmanın temel amacı, Türkiye’de son 20 yılda sağlık sektörünün ne ölçüde büyüdüğünü ekonomik, yapısal, politikalar boyutlarını anlayabilmek, sağlık sektöründeki büyümenin itici güçlerini ortaya çıkarmaktır. Ayrıca büyümenin hangi alanlarda yoğunlaştığını ve bu büyümenin sürdürülebilirliğine yönelik mevcut fırsatları ve tehditleri belirlemektir. Böylece, sağlık politikalarının gelecekteki şekillenmesine katkı sağlamak ve sürdürülebilir büyüme stratejilerine kaynak sunmak hedeflenmiştir.

1.2. Araştırmanın Bölümleri

Çalışmanın giriş bölümünün ardından ikinci bölümünde; temel kavramlara değinilmiş ayrıca sağlıkta neoliberal dönem, Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık alanında finansman değişim, kamu özel iş ortaklığı, özel sektörün rolü konularına değinilmiştir. Üçüncü bölümünde ikincil veriler ışığında sağlık sektöründe büyümenin finansal, yapısal ve performans göstergeleri, fırsatlar-tehditler ve sürdürülebilirlik analiz

edilmiştir. Dördüncü bölümde de genel değerlendirme ve çözüm önerileri yer almaktadır.

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yöntemi

Çalışmanın sınırlılığı; ikincil veri kaynakları kullanılmış olmasıdır. Çalışmanın bulguları, belirli varsayımlar ve veri sınırları çerçevesinde ele alınmalıdır.

Veri Toplama Yöntemi: Araştırmada yalnızca ikincil veriler kullanılmıştır. Bu kapsamda aşağıdaki kaynaklardan yararlanılmıştır:

- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu): Sağlık harcamaları
- SB (Sağlık Bakanlığı): Faaliyet raporları, yıllık sağlık istatistikleri, şehir hastaneleri ve hizmet sunumu verileri
- SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu): Aktif /pasif sigortalı oranı
- OECD Sağlık Veri Tabanı: Uluslararası karşılaştırmalı göstergeler
- DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü): Küresel sağlık eğilimleri

Çalışmada, Türkiye’deki kamu ve özel sektör hastane sayısı (SB hastaneleri, özel sektör hastaneleri, KÖİ şehir hastaneleri sayıları gibi), hastane yatak sayıları gibi konularda 2003-2023 yıllarını kapsayan veriler kullanılarak betimleyici analiz yapılmıştır.

1.4. Çalışmanın Önemi

Sağlığın bireylerin yaşam kalitesini doğrudan etkilemesi, ülkelerin sosyoekonomik kalkınmasında stratejik öneme sahip olması gibi nedenlerden dolayı sağlık sektörü akademik çalışmalar ve politika yapıcılar açısından önem arz etmektedir.

Türkiye’de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmış ve bu program ile sağlık hizmetlerinde temel üç alan olan; hizmet sunumu, finansman, yönetimde köklü değişiklikler gerçekleşmiştir. Bu süreçte sağlık sektörü hem yapısal olarak kapasite olarak büyümüş hem de finansal/ekonomik anlamda yeniden şekillenmiştir. 2003–2023 dönemini kapsayan bu çalışma, sağlık sektöründeki büyüme dinamiklerini

ve finansal/ekonomik dönüşümü çok boyutlu ele alan güncel bir analiz sunarak mevcut literatürdeki boşlukları doldurmayı amaçlamaktadır. Yirmi yıllık uzun bir zaman dilimini kapsayan bu tez, Türkiye sağlık sisteminde meydana gelen büyümenin süreçsel, yapısal ve sonuç odaklı bir analizini sunmaktadır.

1.5.Araştırma Soruları

- Türkiye’de 2003-2023 dönemi sağlık sektöründe büyümenin finansal boyutları nelerdir?
- Kamu ve özel sektörün sağlık sektöründe büyümeye katkısı 2003-2023 yılları boyunca nasıl şekillenmiştir?
- Türkiye sağlık sektörü 2003–2023 yılları arasında hangi dinamiklerle büyümüştür?
- Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı ve bileşenleri nasıl değişmiştir?
- Özel sektör sağlık alanında rolü nedir?
- Türkiye’de sağlık hizmet sunumundaki büyüme, uluslararası normlarla kıyaslandığında nasıl bir yerde durmaktadır?
- Sağlık Sektöründe sürdürülebilir büyüme açısından hangi politikalar gereklidir?

2.GENEL BİLGİLER

Bu bölümde temel kavramlar açıklanmış, kamu ağırlıklı sistemden neoliberalizme evirilen piyasaya açılan sağlık sektöründeki değişimi incelenmiş, küresel ekonomide kamunun görevlerini özel sektöre devri ve aktif rolden planlayıcı–denetleyici rolü üstlenmesi bağlamında ortaya çıkan Kamu-Özel İşbirliği Modeli ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) konularında literatür taraması yapılmış ve genel bilgiler derlenmiştir.

2.1. Temel Kavramlar

DSÖ (1948) sağlığı sadece hastalık sakatlık açısından değil sosyal, bedensel ve ruhsal bakımdan tam bir iyilik halinde olma olarak geniş bir alanda tanımla tanımlar. Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporunda (2012) sağlık; hayatın en temel yapı taşı ve değişmez bir paydamız olarak tanımlanmaktadır. Hatta hayatın tüm değişkenlerinin de bu temel yapı taşının içinde olduğu ve her detayın buna göre hesaplandığı sözleriyle betimlenmektedir.

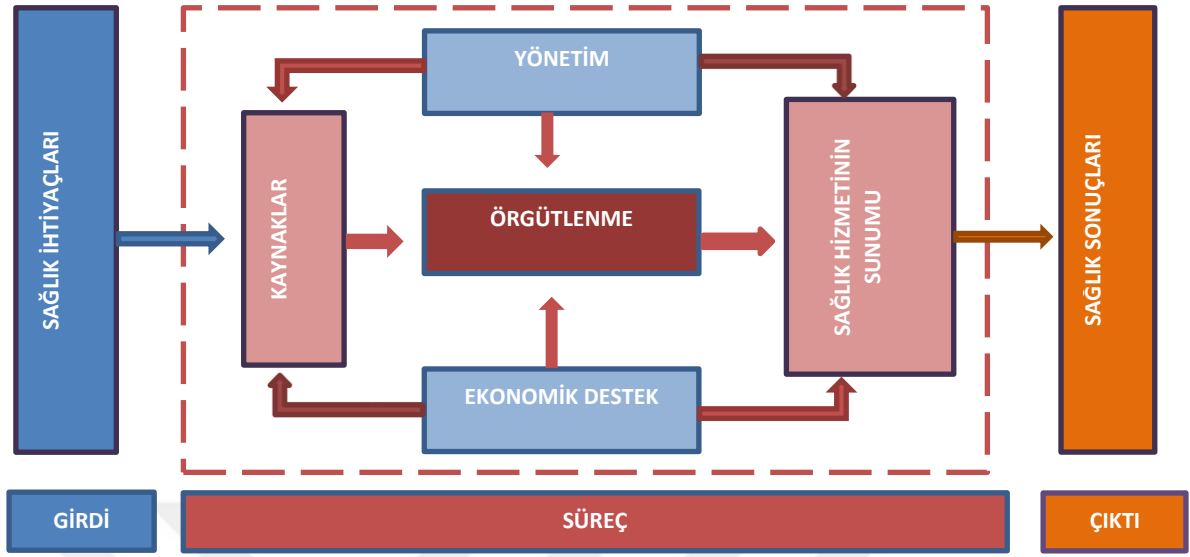
Sağlık hizmeti sunumu ana hatlarıyla; Genel anlamda toplumun özelde de bireyin sağlığını iyileştirme, koruma ve daha iyi düzeye getirme amacıyla koruma, tedavi, rehabilitasyon faaliyetlerinin tamamıdır. Talebin yaygın olması ve maliyetlerin yüksek olması nedeniyle kamu malı niteliğinde görülen sağlık hizmetlerinin yatırımları ve hizmetleri yüksek oranda devlet tarafından sağlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması; koruyucu, tedavi, ve rehabilitasyon olarak üç ayrı sınıfta kategorize edilir. Koruyucu sağlık hizmeti çevreye ve bireye yönelik olarak iki ana çatıda uygulanır. Tedavi hizmeti basamaklara ayrılmıştır; Birinci basamak, ayaktan tedavi hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu gününbirlik; aile sağlığı merkezleri, muayenehane ve poliklinikler gibi sağlık merkezleridir. İkinci basamak, yataklı sağlık kuruluşlarıdır. Üçüncü basamak, Üniversite hastanesi, eğitim hastaneleri gibi ileri derece teknoloji ve bilgi birikimi ile yataklı sağlık hizmeti sunulan sağlık kurumlarıdır. Tablo1’de görüldüğü üzere basamak sayısı arttıkça hizmet kapsamı ve maliyet artmakta, hizmete ulaşım konusunda ise bir azalma oluşmaktadır (Hayran, 2018).

Tablo 1 Sağlık Hizmetleri Basamakları Kıyası (Hayran, 2018)

3. Basamak	HİZMET KAPSAMI	ULAŞILABİLİRLİK	MALİYETLER
2. Basamak			
1. Basamak			

Sağlık sisteminin tanımlarken temel ölçütü, eylemin esas amacının sağlığı korumak, iyileştirmek, sürdürmeye yönelik olmasıdır (Sungur, 2021). Ödeme kaynakları ve üstlenilen riskler açısından farklılaşan, dört temel sağlık sistemi modelinden bahsedilebilir bu modeller: Sağlık harcamalarının vergi gelirlerinden karşılandığı bir kamu sistemi olan Beveridge modeli, işçi ve işverenden yapılan kesintilerden finanse edilen sigorta sistemi olan Bismark modeli, karma model ve cepten ödeme modeli (Tatar, 2011). Karma model Bismark ve Beveridge modelinden bazı özellikler taşır. Sistemde özel sağlık hizmeti sunucuları da yer alır fakat sağlık harcamalarının büyük oranda, vatandaşın vergi ve primleriyle finanse edildiği kamunun idaresinde bir sistemdir. Cepten ödeme modeli, harcamanın tamamen birey tarafından yapıldığı modeldir. Genelde az gelişmiş ülkelerde görülmekte olan bu modelde kamu sağlık hizmetlerine katkı sunmamaktır (Daştan ve Çetinkaya, 2015). Genellikle ülkeler sağlık sistemlerinde kesin olarak tek bir modeli benimsemez örneğin İngiltere ile özdeşleşen Beveridge sistemini kullanan İngiltere’de özel sağlık kuruluşları da bulunmaktadır. Ülkeler sağlık finansmanı açısından ağırlıklı olan modele göre sınıflandırılmaktadır. Türkiye karma sağlık sistemi yapısında olup sağlık hizmeti finansmanı vergilerden, sigorta primlerinden, doğrudan ödemelerden karşılanmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetleri ağırlıklı kamu görevi olarak sağlık bakanlığınca sağlanmasına karşılık özel sağlık sigortası veya cepten ödeme yöntemiyle sağlık hizmetlerinden faydalanılabilmektedirler (Albayrak & Öztürk, 2021).



Şekil 1. Sağlık Sisteminin Bileşenleri (Roemer, 1991)

Sağlık sisteminin bileşenleri Şekil 1’de Roemer (1991) tarafından girdi, süreç ve çıktı olarak 3 aşama olarak ele alınmıştır. Kaynaklar: insan kaynağı, teknoloji, makineler, sağlık bilgisi, sermaye, hasta vb. girdilerden oluşur. Sağlık hizmeti sunumu ekonomik ve yönetsel araçlarla desteklenir. Bu girdilerin ve sürecin sonunda ise çıktı olarak kaliteli sağlık hizmeti, katlanılabilir maliyet gibi sağlık sonuçları alınmaktadır. Sağlık sonuç çıktıları her zaman istenilen düzeyde olamayabilir. Bu nedenle sağlık sisteminde çıktıları olumsuz etkileyen konularda, sağlık sonuçlarının iyileştirilebilmesi için düzeltici ve önleyici faaliyetlerin yapılması gerekmektedir (Akbayrak, 2022).

Sağlık sektörü, bireyin ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve yönetimini kapsayan, sağlık hizmetlerine olan arz ve talebin oluşumunu ve bu süreçlerin gerçekleştiği düzenleri, yapıları ve mekanizmaları tanımlar (Sargutan, 2005).

Tablo 2 Sağlık Hizmetleri Sektörü (Özeltürkay & Orel, 2016)

Sağlık Sektörü Öğeleri	Sağlık Hizmetleri Ürün Sağlayıcılar	Sağlık Hizmeti Sunanlar	Sağlık Hizmetini Alanlar
- İlgili Çevreler - Yönetim - Sigorta Şirketleri ve Kurumları	-İlaç-Tıbbi Cihaz-Tıbbi Malzeme Üretici ve Tedarikçileri	-Sağlık Kurum ve Kuruluşları	-Sağlık Hizmeti Edenler - Talep

Tablo 2’de sağlık hizmetleri sekt6r6n6n paydaşları g6r6lmektedir. Hizmet sunan kuruluşları, 6reticileri, tedarik6ileri, hizmeti talep eden hastalarıyla geniş bir sekt6r olması ile iş alanı (istihdam) yaratır, iş g6c6 verimliliğini artırma ve halk sağlığını iyileştirmesi ile de ekonomik kalkınmaya katkıda bulunur. Sağlık sekt6r6ndeki gelişmeler, ekonomik istikrar ve s6rd6r6lebilirlik a6ısından belirleyici fakt6rlerdendir. Diğer ekonomik mal ve hizmetlerden farkları; sağlık hizmetleri sorumluluğunun kamusal niteliği, 6ng6r6lemez talep, ertelenemez, ikamesiz, sosyal amaca y6nelik olması gibi 6zellikleridir. Diğer dikkat 6ekici fark ise hizmeti talep edenin aldığı hizmet hakkındaki yetersiz bilgi d6zeyidir. Sağlık ekonomisinin ayrı bir bilim dalı olarak ortaya 6ıkmasında bu gibi kendine has 6zellikleri etkili olmuştur (6zelt6rkay & Orel, 2016).

Sağlık ekonomisi, temelde 6r6nler/hizmetlerin nasıl 6retildiği ve dağıtıldığı ve bu s6re6lerin nasıl iyileştirilebileceğine odaklanan ekonomi disiplininin sağlık hizmetleri alanına uygulanmasıdır. Sağlık ekonomisi; kaynakların nasıl tahsis edileceğini ve bu s6re6te elde edilen fayda ile katlanılan maliyetleri değerlendirir. Kaynakların etkin kullanımı amacıyla maliyetleri değerlendirerek sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlar (Kurt, 2023). Ekonomik değerlendirme yoluyla mali 66z6mler 6retmesi y6n6yle, g6n6m6zde her ge6en g6n daha da artan sağlık hizmeti maliyetlerinden dolayı sağlık ekonomisi her zamankinden daha 6nemlidir (University of Phoenix, 2021). Sağlık ekonomisi; sağlık hizmeti talebi, arzı ve bu alanda yapılan harcamalar, sağlık politikalarının oluşturulması ve bu politikaların sonu6larının değerlendirilmesi ile ilgilidir (6elik, Boylu, & 6zg6lnar, 2024). Her bireyin sağlık hizmetine ihtiya6 duymasına karşın sağlık profesyonelleri veya sağlık kurumları kaynağı sınırlıdır. Bir 6lkenin sağlık sekt6r6nde yeterliliğini ve sağlık alanındaki b6y6me oranını belirleyebilmek i6in yapılan sağlık harcamaları sağlık harcamasının GSYH i6indeki payı ile birlikte değerlendirilmelidir (Albayrak & 6zt6rk, 2021).

Sağlık sekt6r6nde b6y6me, ekonomik (6zel sekt6r yatırımları, kamu harcamaları vb.) ve toplumsal fakt6rlerin (yaşlanan n6fus, sağlık hizmetlerine artan talep vb.) etkileşimiyle şekillenmektedir. Sağlık politikaları, finansman modelleri, kamu ve 6zel sekt6r yatırımları, sigorta sistemleri ve sağlık harcamaları sağlık sekt6r6n6n b6y6mesini doğrudan etkiler. Ayrıca sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini de belirler. Sağlık harcamaları, anne 6l6m oranı, doğuşta yaşam beklentisi ile bebek 6l6m oranları gibi bazı sağlık g6stergeleri 6zerinden sağlık hizmeti

değerlendirilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bebek ve çocuk ölüm oranları azalmakta buna bağlı olarak ortalama yaşam süresi ise uzamaktadır. Yaşam süresindeki uzama iş gücünü arttırmakta bu ise ülkelerin kalkınmasında önemli bir etken olan beşeri sermaye kalitesini arttırmaktadır (Yumuşak & Yıldırım, 2009). Bu durum gelişmiş ülkeleri sağlık harcamalarını arttırmaya yönlendirmektedir. Tüm bu süreç ve etkenler toplumun sağlık seviyesini ve verimliliği arttırması ile ekonomik büyümeye katkı sağlamaktadır (Taban, 2006).

2.2. Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları

Beşeri sermaye konusunda iki ana etken vardır: sağlık ve eğitim. Sağlıklı bireyler iş gücü bakımından ülkeler için kalkınma hedeflerine ulaşmada kritik öneme sahiptir (Özeltürkay & Orel, 2016). Gelişmiş sağlık hizmetleri yaşam süresini ve kalitesini arttırmakta böylece tasarrufları ve yatırımları artırarak ekonomik büyümede de önemli rol oynamaktadır. Aynı şekilde kalkınmış ülkeler beşeri sermayenin artması ve büyümeyi sürdürme için sağlık için ayrılan kaynaklarını ve sağlık yatırımlarını arttıracığı için ekonomik büyüme sağlık harcamalarını etkilemektedir. Bireylerin yüksek gelirleri alacakları sağlık hizmetinde kalite beklentisini yükseltecektir (Sevinç & Yılmaz, 2020). Dolayısıyla hem sağlık, hem beşeri sermaye hem ekonomik büyüme arasında bir bağ bulunmaktadır.

Gelişmiş toplumlar ekonomik başarılarında beşeri sermayenin etkisini gördükçe, beşeri sermaye sağlayan eğitim ve sağlık hizmetine daha fazla önem addetmiş ve yatırım yapmışlardır. Bu nedenle sağlık ile ekonomi arasındaki yakın ilişki birçok araştırmanın konusu olmuş iktisadi büyüme ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin analizini içermeye başlamıştır (Üzümcü & Söğüt, 2020). Yüksek sağlık seviyesinin ülkelerin kalkınmasında olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir (Taban, 2006). Yetkiner (2006)'e göre; sadece çalışanın hasta olması değil çalışanın ailesinden hasta bir birey olması durumunda, hasta bakımının hem psikolojik etkileri hem de hastanın tedavisine ayrılacak zaman ve çaba çalışanın verimliliğini olumsuz etkileyecektir. Salgın hastalıklar konusunda da az hasta olsa da bulaş nedeniyle üretim ve iş gücünde olumsuz etkisi olacaktır.

Yumuşak ve Yıldırım (2009) çalışmalarında, Türkiye'de 1980-2005 yılları ekonomik büyüme ve sağlık göstergeleri arasındaki ilişki; sağlık harcamalarının,

doğuşta yaşam beklentisi, GSMH oranları ile olan ilişkisini inceleyerek araştırmışlardır. Sağlık harcamalarından GSYH' a küçük, negatif bir nedensellik ilişkisinin var olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Doğuşta yaşam beklentisinden GSYH' a anlamlı bir nedenselliğin bulunduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuçlar, bireylerin yaşam süresindeki artışın ekonomik büyüme üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini, ancak sağlık harcamalarının doğrudan ekonomik büyümeye pozitif katkı sağlamadığını göstermektedir.

Taban (2004), 1968-2003 dönemi, doğumda beklenen ömür, sağlık kurum sayısı, hasta yatağı sayısı, sağlık personeli başına hasta sayısı, gibi verileri kullanarak yaptıkları çalışma sonucunda; sağlık kurumu sayısı haricindeki göstergelerle ekonomik büyüme arasında bir ilişki oluşu hatta bu ilişkinin çift yönlü olduğu yönünde sonuçlara ulaşmışlardır. Bu sonuçlar, ekonomik büyümenin sağlık alanındaki gelişmeleri etkilediği gibi, sağlık göstergelerinin de ekonomik büyüme üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir.

Akar (2014) yaptığı çalışmada, Türkiye'de GSYH ile sağlık harcamaları ilişkisini, sağlık harcamalarının nispi fiyatını ele almıştır. Yaptığı analiz neticesinde GSYİH, sağlık harcamalarının nispi fiyatı ve sağlık harcamaları arasında kısa dönemli bir ilişki olmadığı fakat ilişkinin uzun dönemli var olduğunu tespit etmiştir. Bu sonuçlar sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisinin zaman içerisinde ortaya çıktığını göstermektedir.

Gelişmekte olan ülkelerden olan MENA (İran, Yemen, Fas, Tunus, Lübnan, Cezayir, Libya, Suriye, Cibuti, Filistin, Irak, Mısır, Ürdün) ülkelerinin ekonomik büyümeleri ve yaptıkları sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada (Güven, Şimşek, & Güven, 2018); ülkelerin sağlık harcaması ile ekonomik büyümeleri arasında negatif bir ilişki, doğuşta beklenen yaşam zamanı ve bebek ölüm hızı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu yönündeki sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlar yaratıcı yıkım teorisiyle¹ açıklanır. Schumpeter'in "yaratıcı yıkım" teorisine

¹ Schumpeter'in "yaratıcı yıkım" olarak bilinen teorisi, icat ve inovasyonların ekonomik dönüşümü tetiklediğini ve bu dönüşümlerin belirli kümeler halinde gerçekleştiğini öne sürmektedir. Bu süreci başarıyla takip edebilen girişimciler, ekonomik sistemde yerlerini sağlamlaştırmak, uyum sağlayamayan aktörler rekabetin dışına itilmektedir. MENA (Orta Doğu ve Kuzey Afrika) ülkeleri bağlamında değerlendirildiğinde, teknolojik ilerlemeler ve otomasyon uygulamaları birçok sektörde emek talebini azaltmakta, bunun sonucunda özellikle düşük vasıflı iş gücü işini kaybetmektedir. İşsizliğin artması, bireyler ve dolaylı olarak aileleri üzerinde hem psikolojik hem de sosyal anlamda ciddi baskılar oluşturmakta; bu durum stres kaynaklı ruhsal bozukluklar ve fiziksel sağlık sorunlarını tetiklemektedir.

göre, yenilikçi dönüşümler ekonomik yapıyı radikal biçimde değiştirir; bu dönüşüme uyum sağlayabilen girişimciler piyasada yer bulurken, uyum sağlayamayanlar elenir (Olca & Genç, 2024). Bu ülkelerde sağlık harcamalarından hijyen için yapılan harcamalar ne etkinliği ne de verimliliği çok fazla arttırmayan aslen koruyucu yönde harcamalar olmalarından dolayı ekonomik büyüme üzerinde negatif bir etkisi olduğu söylenebilmektedir. Bu durum tüm ülkelerin sağlık yatırımları ve harcamalarını kısa vadeli ihtiyaçlar için değil, refah ve kalkınmayı destekleyecek etkili stratejik uzun vadeli sonuçlar doğuracak etkin ve etkili yapmaları gerektiğini gözler önüne sermektedir. Doğru bir yönetim sağlıklı bir ekonomi için ilk şarttır (Güven, Şimşek, & Güven, 2018). Ekonomik büyümenin sağlık göstergeleri üzerinde olumlu etki yaptığı aynı şekilde sağlıkta iyileştirmelerinde iş gücü verimliliğini arttırarak ekonomik büyümeye kayda değer katkı sağlamakta olduğu net olarak kabul edilse de yapılan çalışmalarda ülke ve bölge farklılıkları, yönetim farklılıkları, demografik faktörler, araştırmalarda kullanılan veri setleri/analiz yöntemleri/modelleme tekniklerindeki farklıklar nedeniyle farklı sonuçlara ulaşılabilmektedir.

Türkiye Sağlık Harcamaları GSYH oranı ve OECD ortalamasına bakıldığında (Tablo 7) 2015-2023 döneminde Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı %4,1 ile %4,6 arasında dalgalanırken, OECD ortalaması aynı dönemde %8,7 ile %9,7 arasında seyretmiştir. Bu veriler, Türkiye’nin OECD ortalaması açısından oldukça az olduğunu göstermektedir. Bu durum beşeri sermaye gelişimi dolayısıyla ekonomik büyümeyi olumsuz etkileyebildiğinden sağlık harcamalarının artırılması ve etkin kullanımı, sürdürülebilir ekonomik büyüme için önemlidir. OECD (2023): “Sağlık harcamaları son on yılda genellikle GSYH’den daha hızlı artmış olsa da, pandemi döneminin zirvesinden bu yana çoğu ülkede sağlık harcamalarının ekonomideki payı azalmıştır; bu durum, mevcut ekonomik koşulların zorluğunu yansıtmaktadır.”

Gelir kaybı yaşayan bireylerin yaşam standartlarında düşüş gözlemlenirken, sağlık hizmetlerine erişim ve bakım kalitesi de olumsuz etkilenmektedir. Bu durum, kamu ve özel sektörün sağlık alanındaki harcamalarını artırmak zorunda kalmasına neden olmaktadır. Yaygın işsizlik aynı zamanda toplam hanehalkı gelirini azaltmakta, bu da ülke genelinde efektif talebin daralmasına yol açmaktadır. Talepteki azalma, üretim kapasitesinin düşmesine neden olmakta; bu da gayrisafi yurt içi hasılanın (GSYİH) gerilemesine ve dolayısıyla ekonomik büyümenin yavaşlamasına neden olmaktadır. Sonuç olarak, teknolojik dönüşümle birlikte ortaya çıkan yapısal işsizlik, sadece bireysel düzeyde sağlık sorunları yaratmakla kalmayıp, aynı zamanda makroekonomik dengeleri de olumsuz yönde etkilemektedir.

Tablo 3 Sağlık Durumu Göstergeleri Panosu, 2021 (OECD, 2023)

	Doğumda Beklenen Ömür	Önlenebilir Ölüm (oran)	Kronik Hastalıklar	Bireyin Kendi Algısına Dayalı Sağlık Durumu
	<i>YIL</i>	<i>100.000 Kişide Ölüm Sayısı (Yaşa Göre Standardize Edilmiş)</i>	<i>Diyabet Prevalansı (% Yetişkin Nüfus, Yaşa Göre Standardize Edilmiş)</i>	<i>Kötü Sağlık Durumundaki Nüfus Oranı (% 15 Yaş Ve Üzeri Nüfus İçinde)</i>
OECD	80,3	237	7,0	7,9
Türkiye	78,6	233	14,5	8,4

Türkiye'nin 2021 sağlık göstergelerini OECD ortalamasıyla karşılaştırmasına bakıldığında (Tablo 4) Türkiye açısından doğuştan beklenen ömür 78,6 sene ve OECD ülkeleri ortalaması (80,3 yıl) göz önünde bulundurulduğunda ortalamanın biraz altındadır. Türkiye, önlenebilir ölümün 100.000 kişide 233 ölüm ile OECD ortalamasına (237) yakın bir seviyededir, bu da sağlık hizmetlerinde bazı olumlu gelişmeler olduğunu gösterebilir. Ancak, Türkiye'de diyabet yaygınlık oranına bakıldığında %14,5 ile OECD ortalamasının (%7,0) iki katından fazladır; bu durum, kronik hastalıklarla mücadelede önemli bir soruna işaret etmektedir bunun etkenleri ayrıca bir araştırma konusudur. Bireyin kendi algısına dayalı sağlık durumu açısından, Türkiye'de kendini kötü sağlıkta gören nüfus oranı %8,4 ile OECD ortalamasının (%7,9) üzerindedir. Bu veriler, Türkiye'nin sağlık hizmetlerinde bazı alanlarda ilerleme kaydetmekle birlikte kronik hastalıklar ve bireysel sağlık algısı gibi konularda daha fazla iyileştirmeye ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 2003 yılında başlatılmasıyla birlikte sağlık sektöründe kapsamlı yeniden yapılanma sürecinde; sağlık kurumlarının artması, sağlık çalışanı sayısındaki artış trendi, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki yükselen payı ve özel sektörün güçlenmesi gibi çok boyutlu göstergelerle kendini göstermiştir. OECD 2023 yılı verilerinde (OECD, 2023) Türkiye'nin, son 20 yılda sağlık yatırımları ve altyapı kapasitesi açısından kayda değer bir gelişim gösterdiği görülmektedir.

2.3. Sağlıkta Yapısal Dönüşüm

II. Dünya Savaşı sonrası dönemde devlet iktisadi alanda aktif bir rol üstlenerek kamu kaynaklarını bu doğrultuda kullanmıştır. 1973 yılında Petrol İhraç Eden Ülkeler Birliği (OPEC) tarafından sanayi için önemli bir girdi unsur olan petrolün fiyatının arttırılmasının etkisi ile devlet müdahalelerinin etkinliği tartışılır hale gelmiştir. Sorunların kaynağı olarak görülen müdahaleci devletin sorgulandığı bir kriz haline dönüşmüştür. Kapitalizmin “altın çağı” olarak adlandırılan dönem, işsizlik oranlarının artması, kronik enflasyonun kalıcı hale gelmesi ve ekonomik büyüme hızlarının yavaşlaması gibi ciddi yapısal sorunlarla birlikte sona ermiştir. Bu dönemde ortaya çıkan birikim krizi, kapitalist sistemin sürdürülebilirliğini tehdit etmiş ve mevcut ekonomik politikaların yetersiz kaldığını göstermiştir. Bu kapsamda, neoliberalizm ideolojisi ve politikaları, devlet müdahalesinin azaltılması, piyasaların serbestleştirilmesi ve özelleştirmeler gibi reformlarla bu ekonomik krize çözüm sunmak amacıyla gündeme gelmiştir (Gökbulut, 2019).

Harvey (2015); Neoliberalizm, esas olarak politik ve ekonomik uygulamalara dair bir teoridir. Bu teoriye göre, insan refahını artırmanın en iyi yolu, güçlü özel mülkiyet haklarının, serbest piyasa mekanizmalarının ve serbest ticaretin temel alındığı bir kurumsal çerçeve içinde bireysel girişim, yetenek ve özgürlüklerin serbest bırakılmasıdır. Devletin görevi ise, bu ekonomik yapıyı destekleyecek uygun kurumsal düzenlemeleri oluşturmak ve bu düzenlemeleri korumaktır. Bu kapsamda devlet, özel mülkiyet haklarını güvence altına almalı ve piyasaların düzgün işlemleri için gerekli olan güvenlik, savunma, hukuk ve adalet mekanizmalarını sağlamalıdır. Ancak devlet, bu görevlerin ötesine geçerek ekonomik ya da sosyal alanlarda geniş müdahalelerde bulunmamalıdır.

Neoliberalizm kapsamında geliştirilen politikalardan “Washington Konsensüsü politikaları” olarak adlandırılan; doğrudan yabancı sermaye girişlerinin serbestleştirilmesi, kamu kaynaklarının ekonomik getiri sağlayan alanlara yönlendirilmesi, özelleştirme, piyasa giriş ve çıkışın serbestleştirilmesi, mülkiyet haklarını güvence verilmesi IMF’nin “standby anlaşmaları” uygulamaları yoluyla ve Dünya Bankası’nın “yapısal uyum kredileri” uygulamaları yoluyla uygulanmıştır. Fakat

tüm dünyada yaşanan finansal/ekonomik krizler, mali dengesizlikler, kamu harcamalarının artması gibi sorunlar nedeniyle tekrar bir kriz tetiklenir. 1980’lerdeki kamunun tek aktör olmasına karşı konumlanan minimal kamuya alternatif olarak 1990’larda Kamunun kurumsal çatının inşası için önemli rol oynaması kabul görmeye başlar. “Kamu-piyasa İşbirliği”, “piyasa dostu kamu” veyahut “düzenleyici kamu” söylemleri ortaya çıkar. Önerilen “yeni” yönetim ise tüm sorumluluğu yüklenen kamu yerine yöneten yönlendiren kamu ile yeni bir kamu modeli öne çıkar (Gökbulut, 2019). Bu dönüşüm sürecinin önemli bir yönü, kamu yönetiminde geleneksel “yöneten-yönetilen” ayrımının aşılması yönündeki çabalar. Bu yeni yaklaşımda, kamu kurumlarının görev ve yetkileri, kendi kurumsal kapasiteleriyle sınırlı olmak kaydıyla, bazı kamu hizmetlerinin özel sektöre devredilmesi ya da özel sektörle iş birliği yoluyla yürütülmesi esas alınmıştır. Bu bağlamda, kamu sektörü yalnızca yönlendirici ve düzenleyici bir rol üstlenirken, hizmet sunumu gibi alanlarda girişimcilik ruhuyla hareket eden piyasa aktörlerinin daha etkin hale gelmesi teşvik edilmiştir. Böylece kamu, geleneksel hizmet sağlayıcı rolünden uzaklaşarak, kaynakları verimli kullanan, riskleri paylaşan ve performans odaklı çalışan bir yapıya dönüşmeye başlamıştır. Bu anlayış, özellikle altyapı, sağlık ve ulaşım gibi büyük yatırım gerektiren alanlarda uygulanan Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) modeliyle örtüşmekte ve bu modelin yaygınlaşmasını meşrulaştıran kuramsal zemini oluşturmaktadır.

Küresel çaptaki bu dönüşümden Türkiye de etkilenmiştir. 1920’li yıllarda Türkiye’de sağlık sistemi bileşenleri kamu ekonomisi anlayışıyla oluşturulmuştur. Tüm sağlık hizmetlerinin bir kamu görevi olduğu benimsendiği 1961 Anayasası’nda Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun (224 sayılı) kabul edilerek Sosyalleştirme Dönemi olarak adlandırılan dönem başlamış, herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılması hedeflenmiştir. 1982 Anayasası’nda ise 56. Madde ile sağlık kamu sorumluluğu kaldırılmış devlet, sağlık kuruluşlarını planlayıp düzenlemekle yetkilendirilmiştir (Erol & Özdemir, 2014).

1980’li yıllardan 1990’lara uzanan dönemde, küresel ölçekte olduğu gibi Türkiye’de de sağlık sektöründe önemli reform hareketleri başlatılmıştır. Bu reformlar, sağlık hizmetlerinin serbestleştirilmesi ve kamu ağırlıklı sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması doğrultusunda ciddi dönüşümleri beraberinde getirmiştir. Uygulanan politikaların temel hedefi, kamu maliyesi üzerindeki baskıyı azaltmak, hizmet sunumunun etkinliğini ve verimliliğini artırmak, sağlık hizmetlerine erişimi genişletmek

ve sistemin finansal sürdürülebilirliğini sağlamaktır. Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinin finansmanı alanında köklü değişiklikler yapılmış; vergi tabanlı finansman anlayışından uzaklaşarak, ödeme gücüne dayalı prim ve katkı payı sistemlerinin kullanımı teşvik edilmiştir. Aynı zamanda, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmış; sağlık kuruluşlarının kamu yönetiminden bağımsız hale getirilmesi, özerkleştirilmesi veya tamamen özelleştirilmesi yönünde politikalar izlenmiştir. Bu dönüşüm, merkeziyetçi yapının yerini, yerinden yönetime dayalı, yerel ihtiyaçlara duyarlı, rekabeti ve verimliliği esas alan bir sağlık sistemi modeline bırakmıştır. Reformların bir diğer boyutu, merkeziyetçi yapıdan uzaklaşarak yerinden yönetime dayalı, bölgesel ihtiyaçlara duyarlı ve rekabeti teşvik eden bir sağlık sistemi modelinin benimsenmesi olmuştur. Bu çerçevede, sağlık sektöründe performansa dayalı ödeme sistemleri ön plana çıkarken, sağlık emek gücü istihdamında da esnekleşmeye yönelik politikalar hayata geçirilmiştir. Özellikle kamu hastanelerinde uygulanan performans bazlı ücretlendirme sistemleri, sağlık çalışanlarının üretkenliğini ve hizmet kalitesini artırma amacı taşımıştır. Tüm bu uygulamalar, sağlık hizmetlerinin kamu tekelinden çıkarılarak daha rekabetçi ve çok aktörlü bir yapıya dönüşmesini amaçlayan neoliberal sağlık politikalarının somut yansımalarıdır. Türkiye’de bu reformlar, hükümetlerin neoliberal ekonomik anlayış doğrultusunda benimsediği politikaların bir yansıması olarak, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile kurumsal bir çerçeveye kavuşturulmuştur. Söz konusu program, Dünya Bankası ve Türk uzmanlardan oluşan bir komisyon tarafından hazırlanan ve 2003’te yayımlanan; “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Reformu” isimli rapora dayanmaktadır (Erol & Özdemir, 2014). Bir sonraki bölümde, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel unsurlarına genel hatlarıyla yer verilecektir.

2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması konusunda dönüm noktası olmuştur. Dönemin Sağlık Bakanı olan Prof. Dr. Recep Akdağ programı, kamu politikası döngüsünün tüm aşamalarını içeren kamu politikası döngüsünün (Tablo 3) tüm aşamalarını içeren sistematik bir yaklaşım olarak değerlendirmiştir (Akdağ, 2023).

Tablo 4 Sağlık Politikası Döngüsü Tablosu (Akdağ, 2023)

Sağlık Politikası Döngüsü Tablosu			
Aşama No	Aşama Adı	Açıklama	Etik Merkezilik ve Ülke Koşullarıyla İlişkilendirme
1	Problem Tanımı	Birey ve toplum sağlığını olumsuz etkileyen problemlerin tanımlanması	Etik ilkeler doğrultusunda, ülkenin şartlarına uygunluk gözetilir.
2	Teşhis (Analiz)	Belirlenen problemlerin nedeni nasıli etkileri teşhis edilir.	Tüm küresel faktörler göz önünde bulundurularak, analizler yerel verilerle desteklenerek yapılır.
3	Politika Geliştirme	Problemin çözümüne yönelik politikalar geliştirilir.	Etik değerlere, toplum ihtiyaçlarına ve finansal kaynaklara uygun stratejiler oluşturulur.
4	Politik Karar (Karar Alma)	Politikalar arasında en etkili ve uygun olanı seçilir.	Politika seçimi sürecinde şeffaf, hesap verebilir ve katılımcı bir yaklaşım esas alınır; alandaki paydaşlardan görüşler alınır.
5	Uygulama	Seçilmiş olan politika hayata geçirilir	Politikanın uygulanması sürecinde etik kurallar gözetilerek, kaynaklar etkin kullanımı ve hizmet kalitesi göz önünde bulundurulur.
6	Değerlendirme	Uygulamaya geçilen politikanın etki ve sonuçları analiz edilir.	Sonuçlar etik standartlara uygun kriterlerle belirlenen analizler sağlık göstergeleriyle uyumlu, doğru ve yansız yapılır.
7	Geri Bildirim ve Yeni Problem Tanımı	Alınan sonuçlara göre tanımlanan yeni problemlere yönelik mevcut politika revize edilebilir ya da yeni politikalar geliştirilebilir. Bu şekilde döngü devam ettirilir.	Sürekli iyileştirme (kaizen) anlayışıyla, etik ve yerel koşullar gözetilerek politika döngüsü yeniden başlatılır.

2003 yılından itibaren sağlık alanında yaşanan sorunlara karşı üretilen projeler insan odaklı bir yaklaşımla oluşturulmuştur ve Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık sisteminin üç temel sacayağı olan finansman (GSS gibi), örgütlenme (Birinci Basamak Aile Sağlığı gibi) ve hizmet sunumu alanlarında köklü reformlar yapılmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm süreci çerçevesinde, Sağlık Bakanlığı'nın kurumsal rolünün yeniden yapılandırılması hedeflenmiştir. Bu kapsamda, Bakanlığın yalnızca hizmet sunan bir yapı olmaktan çıkarılarak; politika geliştirici, sistemi denetleyen, lisans ve akreditasyon süreçlerinden sorumlu bir üst otorite haline getirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, sağlık sigorta sisteminin düzenlenmesi ve halk sağlığının korunmasına yönelik düzenleyici rolünün güçlendirilmesi öngörülmüştür. Bu yapısal dönüşümle birlikte, karar alma süreçlerini bilimsel verilerle destekleyecek kapsamlı bir sağlık bilgi altyapısının oluşturulması önemli bir hedef olarak belirlenmiştir. Söz konusu bilgi sisteminin temel amacı; sağlık hizmetlerine dair kayıtların güvenli ve ortak bir veri tabanında toplanması, sağlık kaynaklarının kullanımının izlenmesi ve elde edilen verilerin sağlık sisteminin etkililiğini ve verimliliğini artıracak şekilde analiz edilebilir

kılınmasıdır. Böylelikle, sağlık hizmetlerinin planlanması, izlenmesi ve değerlendirilmesinde veri odaklı, kanıta dayalı yaklaşımların benimsenmesi yönünde önemli bir adım atılmıştır (Akbaşrak, 2022).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansman yapısında köklü bir değişim, 2006 yılında uygulamaya konan “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile gerçekleştirilmiştir. Bu düzenleme ile daha önce ayrı yapılar halinde faaliyet gösteren üç büyük sosyal güvenlik kurumu — Emekli Sandığı, BAĞ-KUR ve SSK — tek bir çatı altında, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) bünyesinde birleştirilmiştir. Bu birleşme sonucunda, hem kamuya hem de özel sektöre ait sağlık hizmet sunucuları, SGK ile sözleşme yaparak sağlık hizmeti sunabilen yapılar haline gelmiştir. Aynı dönemde çıkarılan 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile birlikte, Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi hayata geçirilmiş; böylece nüfusun tamamını kapsayıcı bir sağlık sigortası yapısına geçilmiştir. Bu reformlar kapsamında ayrıca, kamu sağlık çalışanlarının gelir yapısında değişiklik yapılmış, döner sermaye gelirleri ve performansa dayalı ödeme sistemleri uygulamaya konmuştur. Bu sistemle birlikte sağlık çalışanları, performans göstergelerine dayalı olarak ücretlendirilmeye başlanmış ve böylece kamu kurumlarında rekabetçi bir ücretlendirme modeli benimsenmiştir (Erol & Özdemir, 2014).

Sağlık hizmeti sunumunda birinci basamakta, toplum sağlığına yönelik sağlık ocakları kaldırılmış aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Bu dönemde sigara, obezite gibi çeşitli alanlarda mücadele amacıyla çeşitli halk sağlığı programları başlatılmıştır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının iş yükünü azaltmak gereksiz başvuruları önlemek amacıyla birinci basamak sağlık sistemi sevk zinciri ve aile hekimliği alanlarında zaman zaman yeni uygulamalarla verim ve etkinlik artırma yolunda adımlar atılsa da henüz istenen düzeyde bir sevk zinciri veya etkin bir aile hekimliği oluşturulamamıştır. Artan beklentiler, yaşlanan nüfus, artan hastalık maliyetleri, kronik hastalıklardaki artış, hızla gelişen teknoloji, küreselleşme gibi faktörler sağlık sistemlerini zorlamaktadır (Yıldırım & Konca, 2018). Böylece yeni politikalar üretilmesi var olanların yeniden gözden geçirilmesi gereğini gözler önüne sermektedir.

2010-2014 yıllarını kapsayan sağlıkta dönüşüm programı birinci stratejik planda (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010) tam olarak standart bir stratejik plan formatında olmaması

ve öngörülemeyen gelişmelerin eklenmesinden dolayı, plan dönemi tamamlanmadan yeni bir stratejik plan yayınlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012–2016 Stratejik Planı, 2012). 2012 yılında 2013-2017 yıllarını kapsayan bu stratejik planla aynı doğrultuda, 2014 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı, stratejik planlama modeli ilkelerine uygun olarak performans değerlendirmeleri 2019-2023, 2024-2028 olmak üzere periyodik olarak yayınlanmaya başlamıştır. Fakat 2018 yılını kapsayan Sağlık Bakanlığı stratejik planı yoktur. Çünkü o yıl, Cumhurbaşkanlığı hükümet sistemine geçilmiş ve Cumhurbaşkanlığı bünyesinde Strateji ve Bütçe Başkanlığı oluşturulmuştur. 2018 yılından sonraki 2019-2023, 2024-2028, dönemleri Stratejik Planları, Strateji ve Bütçe Başkanlığı koordinasyonunda hazırlanmıştır (Akbarak, 2022).

Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003-2013 yıllarını kapsayan ilk on yılında, tüm vatandaşlara hizmet alacakları hastane/ hekimi seçme özgürlüğü sunulmuş, artan sağlık kapsayıcılığı ve özel sağlık kuruluşlarının teşvik edici yönde mekanizmaları oluşturulmuş ve buna uygun yoğun düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık kapsayıcılığında ve hizmetlere erişimdeki hızlı ilerleme vatandaşın memnuniyetini artırmıştır. Böylece Hükümet ve dolayısıyla Sağlık Bakanlığı, sağlıkta kalite ve erişilebilirlik merkezinde çok daha uzun vadeli planlama ve sağlık stratejisi uygulamaya başlamışlardır (Boyacı, 2023). Sağlık Bakanlığı'nın bu planlamaları ile sağlık altyapısının hızla arttırılmaya devam edilmesi, sağlıkta kalite gereği güncel teknolojinin sahaya uygulanması, insan kaynağındaki artış, toplumu kapsayan sigorta sistemi hedefi gibi nedenler sağlık harcamalarının hızla artmaya devam etmesine neden olmuştur. Bu alanda yapılan değişimler bir sonraki başlık altında incelenecektir.

2.5. Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Modeli (PPP)

20. yüzyılın son çeyreğinde; kamu sektörünün merkeziyetçi yönetim yapısı, eksik rekabet, verimsizlik, yetersiz mali kaynaklar, kamunun ekonomik faaliyetlerde etkili tek aktör olamayacağı görüşünün güçlenmesine neden olmuş ve hizmetlerin daha etkin ve verimli olması amacıyla kamunun düzenleyici, denetleyici olarak faaliyet göstermesi gerektiği görüşü kabul görmüştür. Dolayısıyla küresel ekonomide gerçekleşen liberalleşme ve özelleştirme eğilimleri sonucu kamu sektöründe önemli dönüşümler yaşanmıştır. Kamu sektörünün özel sektörün yönetim anlayışı, işletme prensipleri doğrultusunda yeniden yapılanması ve kamu hizmetlerinin kısmen de olsa

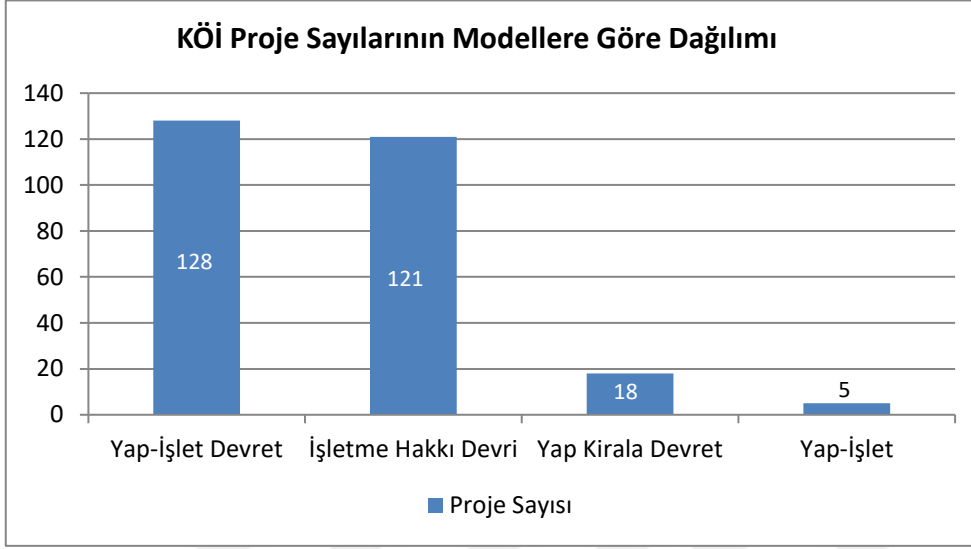
özel sektöre devri yoluyla özelleştirme öne çıkmıştır. Bu bakımdan, Türkiye'de sağlık sektöründe uygulanan KÖİ modeli, bu dönüşümün ir örneğidir (Ayhan & Önder, 2018).

Kamu-Özel İşbirliği Kalkınma Bakanlığı (2012) tarafından; Yatırım veya hizmet sunumunun, taraflarca yapılan sözleşmeye dayalı, süresi genelde 30 yılı geçmeyen, maliyetin, riskin ve getirilerin, kamu ve özel sektör arasında paylaşılması yöntemi ile gerçekleştirilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Dünya Bankası tarafından “Bir özel sektör tarafı ile bir kamu kuruluşu tarafı arasında, kamuya ait bir yapının veya hizmetin gerçekleştirilmesi için yapılan, risk ve sorumluluğun genel anlamda özel sektör tarafında olduğu ve özemenin performans bazlı olduğu uzun vadeli bir sözleşme” olarak tanımlanır (World Bank, 2020). İlk kez Birleşik Krallık’ ta kullanılan kamu özel sektör işbirliği yatırımlarında, özel sektörün dahil olması, proje türü ve sözleşme detaylarına göre farklılaşabilmektedir. Türkiye’de son yıllarda ulaştırma ve enerji sektörlerinde gerçekleştirilen büyük çaplı altyapı çalışmaları, kamu yatırımlarının önemli bir kısmı kamu-özel işbirliği modeli kapsamında uygulanmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2012).

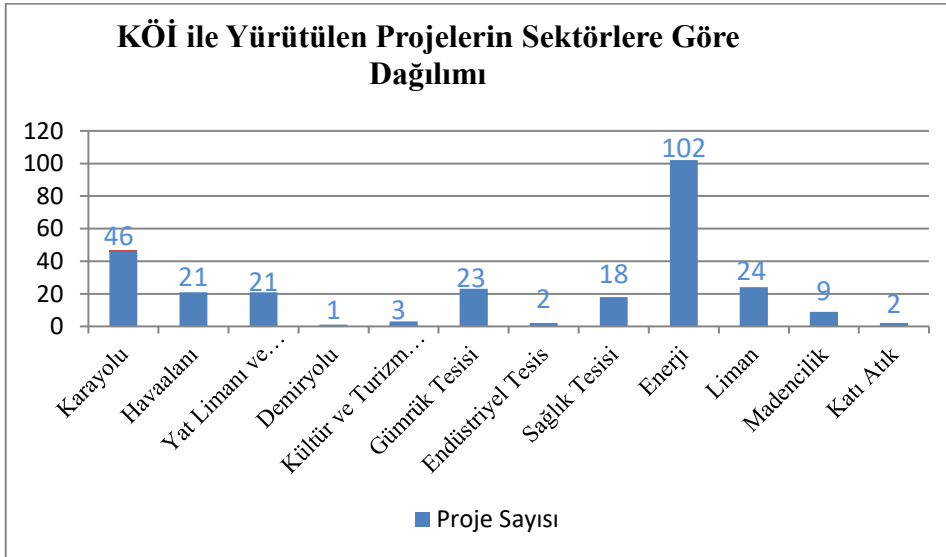
Türkiye, Kamu-Özel İşbirliği’ne yabancı değildir. 1986 yılında çıkarılan Yap-İşlet-Devret Kanunu elektrik hizmeti altyapı yatırımlarına özel sektörün dahil edilmesi ile önemlidir. Daha sonraki yıllarda birçok hukuksal düzenlemelerle KÖİ modelinin Türkiye’de ilk enerji ve ulaştırma gibi büyük altyapı projelerinde uygulanma yolu açılmıştır. 2004 yılı ile başta ulaştırma sektöründe (Liman, havayolu, karayolu yatırımları), hizmet sunumu altyapısında ise; sağlık kurumları, iletişim teknolojisi gibi alanlarında artmaya başlamıştır. Projenin kamu bütçesinden kaynak çıkmadan, özel sektör finansman kaynağı ve teknoloji birikimlerinden yararlanarak büyük projeleri hayata geçirme olanağı sağlaması nedeniyle Türkiye’de benimsenmesine rağmen kamu garantileri ile önemli maliyetleri de beraberinde getirmiştir. Ayrıca yatırımcı özel sektörün iflas etmesi halinde, yatırım kredilerinin borç üstlenme garantisi verildiği için kamu borcuna dönüşme riski de vardır.

AB, DB, IMF gibi kuruluşlar, 1990’lardan global krize kadar Kamu-Özel İşbirliği’ni teşvik edici bir rol oynamışken, 2008 yılında yaşanan global krizden sonra modelin finans ve ekonomik açıdan risklerini vurgulamışlar ve ülkelere dikkat etmeleri yönünde uyarıda bulunmuşlardır. KÖİ projelerinin gelişmekte olan ülkelerde kırılgan ekonomileri, coğrafi sorunlar, siyasi dengesizlikler gibi riskler kamu garantilerinin oranını arttıracığı bu nedenle de risk paylaşımının kamu aleyhine olacağı yönünde

uyarıları bulunmaktadır. Gelişmiş ülkeler Kamu-Özel İşbirliği modelinin finansman sorunlarını çözmeleri daha kolay olurken, gelişmekte olan ülkeler verilen kamu garantileri yoluyla finansman problemlerini çözmeye çalışır. KÖİ projelerinde bir çok farklı finansman modeli olmakla birlikte öne çıkan finansman modelleri arasında ülkemizde uygulanmakta olan Yap-İşlet, İşletme Hakkı Devri, Yap-İşlet-Devret ve Yap-Kirala-Devret gibi modeller bulunmaktadır (Canbaz, 2019).



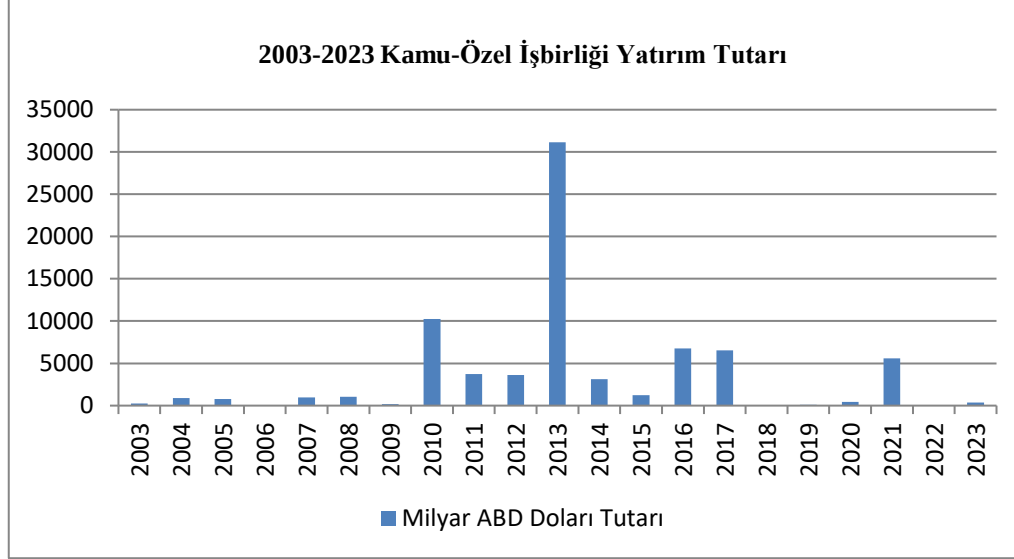
Şekil 2 Modellere Göre KÖİ Proje Sayılarının Dağılımı (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2024)



Şekil 3 KÖİ Projelerinin Sektörlere Göre Dağılımı (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2024)

Şekil 2’de KÖİ Modelleri arasında Türkiye’de en çok uygulanan Kamu-Özel İşbirliği modeli olarak Yap-İşlet-Devret modeli öne çıkmaktadır. Şekil 3 de Türkiye’de

Kamu-Özel İşbirliği projeleri, ulaşım ve enerji alanlarında yoğunlaşmaktadır. Karayolu ve havaalanı projeleri bu sektörlerde en büyük yatırımlar olarak öne çıkan projelerdir. Sağlık tesisleri, özellikle şehir hastaneleri projeleriyle önemli bir yer tutmaktadır.



Şekil 4 2003-2023 KÖİ Yatırım Miktarları (Milyar Dolar) (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2024)

Şekil 4’de KÖİ modeli ilk yıllar nispeten düşük düzeyde seyretmiş 2010 yılında 10,2 milyar dolarla keskin bir yükselme görülmüş ve 2013 yılında 31.138 milyon dolar tutarı ile dev bir proje olan İstanbul Havalimanı en yüksek yatırım olarak kayda geçmiştir. Covid-19 Pandemi etkisiyle 2021’de yatırımlar tekrar artarken, 2022 ve 2023 yıllarında belirgin bir azalma görülmüştür bu azalmanın nedenlerinden biri olarak merkezi hükümetin yatırımları genel bütçeden karşılamaya yöneldiği söylenebilir.

2.5.1. Şehir Hastaneleri

Mart 2013’te uygulamaya başlanan 6428 numaralı "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Kanun" (2013) kapsamında, 2015 yılında “Şehir Hastaneleri” projeleri başlamıştır. Mevcut tesislerin bakım ve yenilenmesi, hastane inşa aşaması, hizmet alanlarının işletilmesinde (tıbbi hizmet alanları dışında) ve bazı hizmetlerin alınmasında, Kamu-Özel İşbirliği modeli çerçevesinde Yap-Kirala-Devret yöntemi kullanılmaktadır (Resmi Gazete, 2013).

KÖİ finansman modeli ile yapılan her işte; yüklenici özel şirket ile 30 yılı geçmemek kaydıyla yapılan sözleşme ile sabit yatırımın tamamlanması ve işletme sürecinde; Bakanlık ve ilgili idari birimler tarafından yüklenici şirkete ‘kullanım bedeli²’ ödemesi ile ‘mecburi hizmet bedeli³’ önceden belirlenir. Sağlık hizmetlerinin sözleşmede belirtilen kullanım seviyelerinin altında kalması halinde, Kamu-Özel İş Birliği sözleşmesi kapsamında ilgili kamu kurumu, hizmet bedelindeki bu farkı karşılamakla yükümlü olabilir (Resmi Gazete, 2013).

Şehir Hastaneleri; finansmanı özel sektörcü karşılandığından yapım dönemi için ödenek gerekmemesi, tesisler teslim alındıktan sonra işletme süresince kullanım bedeli şeklinde ödenmesi, şehir hastanelerinin modern tıbbi cihazlar ile donatılmış olması, teknolojik altyapısı ve buna bağlı olarak teşhis ve tedavi süreçlerinde etkinliği arttırmış olması dolayısıyla sağlık turizmi potansiyeli gibi fırsatlar da doğurmuştur. Elazığ (24 Ocak 2020) ve Kahramanmaraş (6 Şubat 2023) depremlerinde etkilenen illerde; Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Mersin Şehir Hastanesi, Malatya Şehir Hastanesi gibi şehir hastanelerinin hasar almadan kapasitelerini arttırarak hizmet vermeye devam etmeleri yapı güvenliği ve hizmet sürekliliği açısından şehir hastanelerinin önemini göstermiştir. Şehir hastanelerinin inşasının kamu kaynaklarıyla yapılan hastanelerden daha maliyetli olması, uzun vadede Kamu-Özel İş Birliği sözleşmelerinin kamunun mali yük oluşturmaması, sağlık hizmetinin ticarileştirilmesi ve özelleştirilmesi ise eleştirilmektedir.

3 Şubat 2017 ‘de ilk şehir hastanesi Mersin Şehir Hastanesi hizmete girmiştir. Bundan sadece 2 yıl sonra, 10 şehir hastanesinin hizmete girdiği 8 inin yapımının devam ettiği 2019 yılında Sağlık Bakanı Fahrettin Kocanın verdiği Gelecekte finansman modeli değişse de, genel bütçeden sağlanıyor olsa dahi, şehir hastanelerinin yapımına, konseptine ve işleyişine yönelik planlarımızdan ödün vermeyeceğiz (Bakan Koca: Şehir hastanelerinden vazgeçmeyeceğiz, 2019) beyanından, yapılması planlanan 12 hastane projesinin Kamu-Özel İşbirliği finansman modeli yerine genel bütçeden yapılmasına karar verildiği anlaşılmaktadır. Tablo 5’de toplam 6.695 yatak kapasiteli bu şehir hastanelerinin genel bütçe yani kamu kaynaklarıyla hayata geçirilmesi ile sağlık alt yapısında şehir hastaneleri özelinde Kamu-Özel İşbirliği’nden kamu kaynaklarına

² Özel sektör tarafından yapımı üstlenen tesislerin kamu tarafından kullanılması bedelli olarak sözleşmede belirtilmiş olan, tesisin kullanımına ilişkin genellikle sabit bir tutar üzerinden belirlenen dönemsel ödemelerdir.

³ Özel tarafından sunulan belirli hizmetler karşılığında genellikle değişken olan kamu tarafından yapılan ödemelerdir.

geçildiğini görmekteyiz. 2021 Covid-19 dönemi istisna tutulduğunda 2018 den itibaren Kamu-Özel İşbirliği Modeli projelerin azaldığı görülmektedir (Şekil 4).

Tablo 5 Genel Bütçe Kaynaklarıyla Açılan Şehir Hastaneleri Listesi (Sağlık Bakanlığı)

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

Tablo 6 KÖİ Modeli ile Açılan Şehir Hastaneleri Listesi (Sağlık Bakanlığı)

Tesis Adı (Şehir Hastaneleri)	Hasta Yatağı Sayısı
Adana	1.640
Ankara Bilkent	4.050
Bursa	1.355
Elazığ Fethi Sekin	1.038
Eskişehir	1.150
Isparta	845
Kayseri	1.607
Manisa	558
Mersin	1.440
Yozgat Şehir Hastanesi	475
İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura	2.720
Konya	1.250
Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumaloğlu	605
Ankara Etlik	4.050
Kocaeli	1.220
Gaziantep	1.875
İzmir Bayraklı	2.060
Toplam	27.938

Tablo 6’da T.C. Sağlık Bakanlığı’nın 2023 yılına ait faaliyet raporunda bulunan Kamu-Özel İş Birliği (KÖİ) modeli ile hayata geçirilen 17 şehir hastanesinde toplam 27.938 yatak kapasitesine ulaşıldığı görülmektedir. En çok yatak kapasitesine sahip hastaneler, Ankara Bilkent ve Etlik Şehir Hastaneleri 4.050 yatakla ilk sırada, İstanbul Çam ve Sakura Şehir Hastanesi 2.720 yatakla üçüncü sırada yer alır. Bu verilerle, şehir hastanelerinin merkezi sağlık kompleksleri olarak, büyük ölçekli planlandığı ve özellikle büyükşehirlerde hizmet sunumu hedeflendiğini görülmektedir. KÖİ modeliyle gerçekleştirilen bu hastane yatırımları, sağlık altyapısının daha modern ve daha fazla yatak kapasitesinde olmasını sağlasa da, bu büyüklükteki yatırımların verilen kamu garantileri nedeniyle finansal sürdürülebilirlik, verimlilik ve ülkede bölgesel eşitsizliklere neden olduğu için personel dağılımı açısından dikkatle değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

2.6. Özel Sektörün Rolü

5283 numaralı 2005 tarihli, “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” ‘un yürürlüğe girmesi ile Sosyal Sigortalar Kurumu’na (SSK) ait olan hastaneler, kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığına devredilmiş böylece kamu hastaneleri “Sağlık Bakanlığı hastanesi” adıyla tek çatı altında birleştirilmiştir (Boyacı, 2024). Bahsi geçen Sağlık Bakanlığı hastaneleri, Milli Savunma Bakanlığı ve Belediye hastaneleri, Tıp Fakülteleri kamu hastaneleri olup bunun dışındaki diğer hastaneler ise özel hastane statüsünde olan hastanelerdir.

Özel hastaneler, yönetmeliğinde (Özel Hastaneler Yönetmeliği); Tüzel ya da gerçek kişi adına Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılan, hastaların tedavi aldığı, ruhsatlarında yazan hizmet birimleriyle çalışan, yataklı sağlık kurumları olarak tanımlanmaktadır.

Özel sektör özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık sisteminin vazgeçilmez aktörü olmaya başlamıştır. SDP’nin temel ilkelerinden “hizmette rekabet” ve “kamu-özel iş birliği”, özel sektörün sağlık sistemi içindeki alanını genişleterek rolünü güçlendirmiştir. Bu dönemle birlikte özel sağlık kuruluşları sayı, kapasite ve hasta grubu bakımından anlamlı ölçüde büyüme göstermiştir. Bunda etkili olan uygulamalardan biri de 2006 yılında yürürlüğe konan 5510 numaralı Sosyal Sigortalar

ve Genel Sağlık Sigortası Kanunudur. Vatandaşın sosyal sağlık sigortaları kapsamında, cepten belli bir ücret ödeyerek özel hastanelerden de sağlık hizmeti alabilmenin önü açılmıştır. Bu düzenleme ile insan odaklı dönüşüm programında tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine fiziksel erişiminin de iyileştirilmesi gözetilmiştir. Finansman yapısı, hizmet sunumu ve erişilebilirlik boyutlarıyla kamu sektörüyle rekabet etmeleri, sürdürülebilirlik ve maliyet etkinliği konularında sisteme katkı yadsınamaz seviyededir. Türkiye'nin sağlık turizminde artan iddiası da özel hastane yatırımlarını daha fazla tetikleyen etkenlerin başında gelmektedir (Özgülbaş, Koyuncugil, Duman, & Hatipoğlu, 2008).

Bireylerin sağlık hizmeti almak için başka bir ülkeye seyahat etmesi sağlık turizmi olarak nitelendirilir. Sağlık kuruluşlarının büyümesine önemli bir katkısı bulunmaktadır. Özel sağlık kuruluşları, sadece iç pazarla sınırlı kalmamış sağlık turizmi alanında da özellikle estetik cerrahi, diş, tüp bebek tedavisi ve onkoloji gibi yüksek gelir getiren alanlarda etkin olmaları ile Türkiye'nin küresel ölçekte rekabet gücünü artırmıştır. Sağlık turizmi rekabet ortamında yabancı hastaların talebini çekmek için sağlık sektöründeki aktörleri yüksek kalitede sağlık hizmeti verme konusunda teşvik etmekte ayrıca ekonomiye döviz kazandırma yoluyla katkı sağlamaktadır. Sağlık turizmi terimi 2003 yılında SDP ile ülke gündemine gelmiş, 2010'dan sonraki stratejik eylem planlarında ve 2023 vizyonunda da yer alarak bir devlet politikası olmuştur. (Acar & Turan, 2016). Böylece 2023 yılında sağlık hizmeti almak için ülkemize gelen kişi sayısı toplam 1.538.643 sayısına ulaşmıştır, elde edilen gelir ise 3.006.092 bin ABD Doları tutarında olmuştur (USHAŞ, 2023).

2019 yılında Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde yapılan bir değişiklikle özel hastanelerin aynı ilde yer almak şartıyla başka bir özel hastane ile birleşmesinin önü açılmış olmakla birlikte farklı illerdeki hastanelerin birleşme talepleri Sağlık Bakanlığının iznine tabi tutuldu. (Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu değişiklikle birlikte özel sağlık sektöründe birleşme ve satın alma faaliyetleri hız kazanmıştır (TÜSEB, 2018). MLP Care (Medical Park, Liv Hospital) bu konuda öne çıkmaktadır.

2.6.1. Özel Sağlık Kuruluşları Finansal Analiz

Özel sağlık işletmelerinin finansal ve operasyonel, başarılarının sağlık sektörünün gelişmesinde önemli bir rolü bulunmaktadır. Sağlık yöneticilerinin finansal yetenekleri de gerek büyümesi açısından önem arz eder. Etkin yatırım, doğru finansman kararları, sürekli analiz edilen finansal performans ve verimli finansal planlamanın yapılması gerekmektedir (Karadeniz, 2016). Literatürde özel sağlık kurumlarının finansal analizi ile ilgili bazı çalışmalar şu şekildedir:

Karadeniz (2016), Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası tarafından yayımlanan sektör bilançolarını kullanarak, Hastane Hizmetleri Alt Sektörü'nün 2011-2013 dönemine ait finansal tablolarını oran analiz yöntemiyle değerlendirmiştir. Çalışmada öncelikle sektörün varlık ve kaynak yapısı incelenmiş, ardından likidite, finansal yapı, varlık kullanımı ve kârlılık oranları analiz edilmiştir. Sonuçlar, sektörün likidite açısından zayıf bir performans sergilediğini ve finansmanının büyük ölçüde yabancı kaynaklara dayandığını göstermiştir. Ayrıca, öz sermaye yapısının zayıf olması nedeniyle sektörün finansal riskinin yüksek olduğu ortaya konmuştur. Varlık kullanım oranlarına bakıldığında, sektördeki işletmelerin stok yönetiminde verimlilik sağlayamadıkları tespit edilmiştir. Kârlılık açısından ise sektörde genel olarak düşük performans gözlemlenmiş, bu durumun özel sağlık işletmelerinin borç ödeme kapasitelerinin sınırlı olduğuna işaret ettiği belirlenmiştir.

Atlı ve Demir (2017), Borsada işlem gören bir sağlık şirketi olan Lokman Hekim Sağlık Turizm Eğitim Hizmetleri ve İnşaat Taahhüt Anonim Şirketi'nin 2010-2014 yılları verilerini oran analizi yöntemiyle analiz ettikleri çalışmalarında likidite oranlarının genel kabul gören oranlardan düşük olduğu ayrıca olası finansal krizlerden çabuk etkileneceği sonucuna ulaşmıştır. Bir işletmenin stoklarını ne kadar hızlı kullandığını gösteren stok devir hızındaki yıllar içinde görülen düşüşü, hasta sayısındaki azalmaya bağlamışlardır. Hasta sayısı azaldığı için ihtiyaç duyulan malzeme ve ürünler daha yavaş tüketilmektedir. Böylece stoklar daha uzun süre elde tutulmaktadır. SGK tarafından yapılan ödemelerden kaynaklı olduğu düşünülen alacak devir hızının zamanla azalması da ayrıca ulaşılan sonuçlar arasındadır.

Bülüş ve diğerleri (2017), 2013-2016 dönemi Borsa İstanbul'daki bir özel hastanenin finansal performansını inceledikleri çalışmalarında likidite oranlarından

nakit oranının, genel kabul görmüş oran olan 0,20'nin altında olduğu sonucuna varmıştır. Bu durum borç ödeme gücünün zayıf olduğunu göstermektedir. Karlılık oranlarının tamamı pozitif olup en yüksek kar 2016 yılındadır.

Aydemir (2018) TCMB verileri Hastane Hizmetleri Alt Sektörü verileri üzerinden 2013-2015 yıllarının incelendiği çalışmada likidite oranları (cari oran dışında) genel kabul gören oranlara yakın bulunmuştur. Likidite oranlarının en iyi seviyede olduğu yıl 2016 yılıdır. Kaldıraç oranı genel kabul görmüş oranın üzerindedir ve diğer çalışmalarda olduğu gibi bu çalışmada da sektördeki özel sağlık işletmelerinin borç ödeme konusunda yüksek finansal risk olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bıçakçı & diğerleri (2018), 2009-2013 dönemi Gelir İdaresi Başkanlığı'ndan (GİB) alınan verilerle, özel hastanelere ait bilanço ve gelir tablolarını kullanarak oran analizi yaptıkları çalışmalarında Ankara'da bulunan özel hastanelerin likidite ve karlılık oranları bakımından yüksek değerlere sahip olduğu, İstanbul'da faaliyet gösteren hastanelerin ise finansal yapı oranlarında daha iyi değerleri olduğu görülmüştür.

(Bozdemir & Güley, 2022), 2009-2020 yıllarına ait özel sektörün finansal durumu ve performansını oran analizi yöntemiyle yaptıkları çalışmalarında TCMB 'ye ait web sitesinden alınan veriler doğrultusunda Q-861 Hastane Hizmetleri Alt Sektörünün gelir tabloları ve bilanço verilerini incelemişlerdir. Likidite, varlıkların kullanımı, finansal durum ve karlılık açısından yaptıkları analizler sonucunda, özel sağlık hizmeti sunan işletmelerin likidite oranları 2009-2010 yıllarında ideal seviyede fakat olması gereken değerlerden düşük olup finansal yapı oranları da olması gereken değerlerin altında hesaplamışlardır. Borçlanma oranı sürekli artış göstermektedir. Stokların nakde dönüşme hızı, alacakların tahsil süresinden daha hızlı gerçekleşmektedir. Karlılık göstergeleri incelendiğinde; net kar marjı, öz sermaye karlılığı ve varlık karlılığı oranlarının 2011, 2016 ve 2018 yıllarında negatif değerlere inerek zarar edildiği görülmüştür.

Bu veriler doğrultusunda, sağlık hizmetlerinde kullanılan yüksek maliyetli ileri teknoloji cihazlar ve malzemelerin yerli üretiminin artırılması, maliyetlerin düşürülmesi ve dışa bağımlılığın azaltılması yoluyla finansal performansı olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Ayrıca, Sağlık Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yapılan ödemelerin, özel sağlık işletmelerinin alacak tahsil süreleri, satış fiyatları ve karlılıkları üzerinde önemli bir etkisi olduğu söylenebilir. Mevcut durumda, öz kaynakların

yetersizliği nedeniyle borç ödeme sürecinde finansal risklerin de dikkate alınması gerekmektedir.

2.6.2. Özel Sağlık Kuruluşlarının Halka Arzı

Sağlık sektörendeki özel şirketlerin halka arz ile sermaye piyasalarına açılması, Türkiye sağlık sistemine finansal kaynak sağlayarak sektördeki büyümeyi desteklemektedir. Halka arz süreci, bu şirketlerin şeffaflık ve hesap verebilirlik ilkeleri doğrultusunda yönetilmesini teşvik ederek teknolojik yatırımları artırmalarına ve sağlık hizmetlerini çeşitlendirmelerine katkı sağlamaktadır. Özel sektörünün bu yolla güçlenmesi, kamu hizmetlerinin yükünü azaltmakta ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğine katkı sunmaktadır. Ayrıca ulusal ve uluslararası yatırımcıların sektöre ilgisini artırarak sağlık alanında rekabeti ve kaliteyi teşvik etmektedir. Düzenli denetim ve raporlama süreçleri ise sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmakta, güveni sağlamaktadır.

2018 yılında Türkiye'de ilk özel hastane grubu halka arzı MLP Care'in 1 milyar 384 milyon lira tutarında gerçekleşti (Boomberght, 2018). Son yıllarda Nasmed (2021), Tınaztepe (2023) ve Tapdi Oksijen (2023) de halka arz edilen özel sağlık kuruluşları olmuşlardır. Bu halka arzlar, özel sektörün sermaye piyasalarına erişimini artırmış ve sağlık sektöründe şeffaflık ve hesap verebilirlik düzeyinin artmasına katkıda bulunmuştur (OHSAD, 2025). Halka açık sağlık şirketleri, yabancı yatırımcıların ilgisini çekmekte, bu durum sektöre uluslararası sermaye girişini kolaylaştırarak arttırmaktadır. Acıbadem'in %90 hissesinin Malezya merkezli % 70'i Malezya hükümetinin yatırım fonu Khazanah Nasional Berhad'a ait % 30'u ise Japon Mitsui&Co'ya ait olan IHH (Integrated Healthcare Holding) tarafından satın alınması, uluslararası yatırımcıların Türk özel sağlık sektörüne olan ilgisini göstermektedir (Yatırım ve Finans Ofisi, 2011)

Borsa İstanbul'da ilaç ve sağlık alanında yer alan 14 işletmenin 2019-2023 yılları arasındaki 5 yıllık performansları ve finansal risk değerlerinin ölçüldüğü (Altman Z" skoru ile) bir çalışma (Gülençer, Bozdoğan, & Ancın, 2024) sonucunda finansal performans açısından; 2019 yılında ANGEN işletmesi, 2020, 2021, 2022 ve 2023 yıllarında RTALB işletmesi en iyi finansal performans gösteren işletmeler olurken;

finansal risk başarısı açısından sağlık sektörü işletmelerine kıyasla ilaç sektörü işletmelerinin finansal başarı skorlarının daha güçlü olduğu sonucuna ulaşmıştır.

2.6.3. Özel Sağlık Sektörü Bazı Sorunları

Türkiye'de özel sağlık sektörünün son 20 yılda gösterdiği önemli büyüme, beraberinde çeşitli yapısal, finansal, etik ve düzenleyici sorunları da beraberinde getirmiştir (OHSAD, 2025). Gereksiz, aşırı tetkik ve işlem yapılarak gelirin artırılması, hasta merkezli değil kar merkezli yaklaşımların öne çıkması sağlıkta ticarileşme yönünde eleştiriler artmaktadır. 2024 yılında bir özel hastanede bebek yoğun bakımda yaşanan skandal bu sorunun ne kadar zarar verebileceği konusunda önemli bir örnektir. Bu durum yeterli denetim mekanizması olmadığının göstergesidir. Sağlık sektöründeki bu sorunun benzeri ülkemizde banka sektöründe de yaşanmış banka açılması ve işletilmesi konusunda yeterli düzenleme olmayışı daha önemlisi yeterli denetleme mekanizmalarının olmayışı, var olan denetleme mekanizmalarının da yetkilerinin/etkilerinin azlığı nedeniyle 2001 krizi ile bir çok banka batmış müşterileri mağdur olmuş devlet verdiği mevduat garantileri nedeniyle büyük bir borç krizine girmiştir. Fakat bu kriz banka sektörü açısından ülkemizde bir milat olmuş ve sıkı denetim mekanizmaları ve yeni politikalarla güçlü bir bankacılık sektörü oluşturulmuştur. Nitekim bu 2008 ve Covid-19 pandemi dönemi yaşanan ekonomik krizlerden Türk bankacılık sektörünün hasar almadan atlatmasını sağlamıştır. Son dönemde özel sağlık sektörünün yeterli denetim mekanizması olmaması nedeniyle yaşanan etik tartışmalarla, sağlık turizminde yaşanan olumsuz örneklerle, yoğun bakım skandalları ile benzer bir dönüşüm ihtiyacı apaçık ortadadır. Etkin bir denetim ve kamu-özel dengesinin korunması, özel sektörün sağlık sistemine pozitif katkısının sürdürülebilirliği açısından kritik önemdedir.

Sonuç olarak, özel sektör Türkiye sağlık sisteminde hem tamamlayıcı bir hizmet sağlayıcı, hem de rekabeti ve hizmet kalitesini artırıcı bir unsur olarak önemli bir rol üstlenmiştir. Ancak bu rolün etkin, adil ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşabilmesi için kamu denetiminin güçlendirilmesi, fiyatlandırma politikalarının şeffaflaştırılması ve eşitlikçi sağlık politikalarının korunması büyük önem taşımaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde Türkiye sağlık sektörü 2003-2023 dönemi sistemi şekillendiren değişim ve gelişim, ikincil veri kaynaklarına dayalı olarak betimsel analiz yöntemi ile incelenmiştir. Sağlık sektöründe son 20 yılda yaşanan dönüşüm büyüme dinamikleri çok boyutlu olarak sayısal veriler yardımıyla ortaya koymak amaçlanmıştır.

3.1.Çalışmada Kullanılan Veri Seti ve Metodoloji

Bu çalışmada, resmi istatistikler dayanağında ikincil veri kullanılmıştır. Sonuçların güvenilirliğini artırmak adına, kullanılan tüm verilerin güncel ve kamuya açık resmi kaynaklardan alınmasına özen gösterilmiştir. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları, TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu), Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, OECD gibi kaynaklardan alınan veriler; sağlık tesisi yatak sayıları, kamu-özel sağlık hizmeti dağılımı, KÖİ modeli ile hayata geçirilen şehir hastaneleri, insan gücü istatistikleri (hekim, hemşire, ebe, diğer sağlık personeli), sosyal güvenlik kapsamındaki aktif-pasif sigortalı oranları gibi göstergeleri kapsamaktadır. Bu veriler Microsoft Excel ortamında düzenlenmiş, yıllara göre tablo ve grafiklerle görselleştirilmiştir. Elde edilen bulgular üzerinden yorumlarla sağlık sektöründe büyümeyi etkileyen dinamikler değerlendirilmiştir.

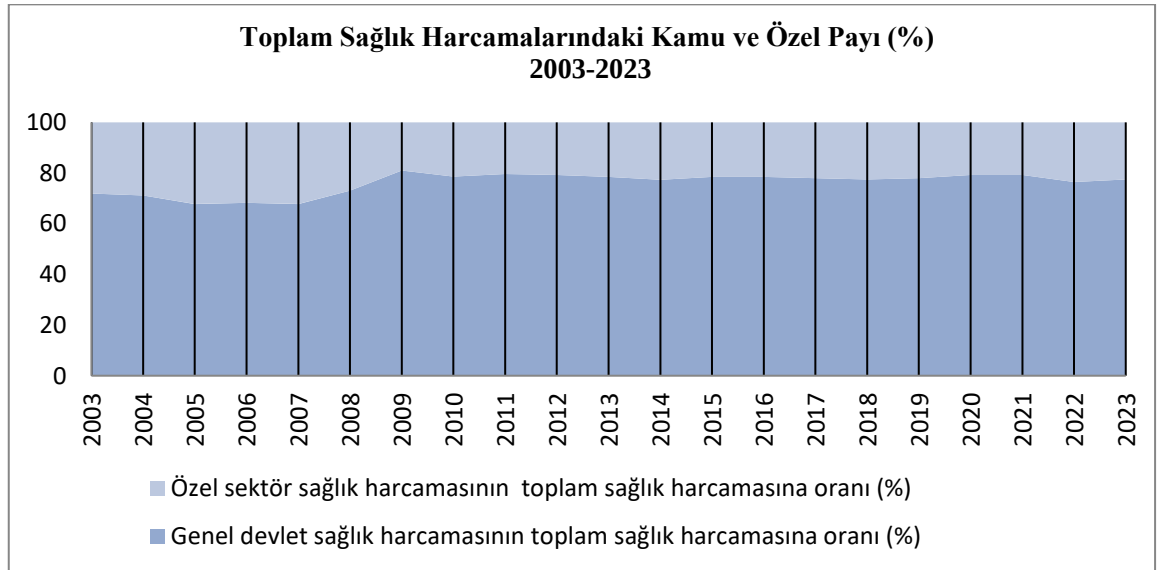
3.2. Sağlık Harcamaları

Sağlık hizmetleri ekonomik faaliyet konusunda önemli bir etkidir (Selim, Uysal, & Eryiğit, 2014). Gelişmiş ülkelerde artan gelir seviyeleri hem tüketim hem sağlık harcamalarında artışı getirecektir. Bu durum bireylerin hayat standartlarının artması dolayısıyla da beşeri sermayenin etkinliğini sağlayarak ekonomik kalkınmayı destekleyecektir (Erdoğan & Bozkurt, 2008). Gelişen teknoloji de sağlık harcamalarını artıran bir unsurdur. (Kurtulmuş, 1998).

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliğini arttırmak amacıyla kamu sağlık harcamalarında arttırılmış ve sigorta kapsamı genişletilmiştir. KÖİ modeli ile şehir hastaneleri gibi dev sağlık yatırımları hayata geçirmiştir. Bu modelle hem kamu kaynaklarını daha etkin kullanılması hedeflenmiştir hem de özel sektörün sağlık hizmetlerine katkısının arttırılması hedeflenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003) ile başlayan Türkiye'nin 100. Yıl

hedeflerinin olduğu 2023 yılına kadar olan 20 yıllık süredeki Türkiye sağlık harcamaları verileri, sağlık sistemindeki dönüşümün ve finansmanda yaşanan değişikliklerin en önemli göstergeleridir.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (2024) 2023 verilerine göre, toplam sağlık harcaması 2023 yılında 2022 yılına oranla %105,0 artışla 1 trilyon 244 milyar 237 milyon TL'ye ulaşmıştır. Genel devlet sağlık harcaması %108,1 oranda artışla 964 milyar 355 milyon TL'ye ulaşmıştır. Özel sektör sağlık harcaması ise %95,3 oranında artış sonucunda 279 milyar 883 milyon TL olarak tahmin edilmiştir. Toplam sağlık harcamasında, genel devlet sağlık harcamasının oranı 2023 yılında %77,5 olmuşken özel sektör sağlık harcaması %22,5 oranında gerçekleşmiştir. Genel devlet ve özel sektörün alt bileşenlerine bakıldığında ise, 2023 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu %42,1, merkezi devlet %34,8, hane halkları %17,8, sigorta şirketleri %2,5, hane halklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ile diğer işletmeler %2,2, mahalli idareler %0,6'lık bir paya sahip olmuştur. Bu veriler, Türkiye'de sağlık sektörünün büyümesinin büyük ölçüde kamu kaynaklarıyla desteklendiğini ve bu yapının sürdürülebilirliği için dikkatli mali planlama gerektiğini ortaya koymaktadır. Aynı zamanda hizmet kalitesi, altyapı yatırımları ve erişim açısından olumlu bir gelişmeyi işaret etse de, hane halkı katkısının yüksekliği gibi bazı alanlarda hâlâ yapısal iyileştirmelere ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.



Şekil 5 Kamu ve Özel Sektörün Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı (%) (TÜİK)

Şekil 5, toplam sağlık harcamalarında kamunun tüm yıllarda %70 in üzerinde seyrettiği, özel sektör harcamalarının ise küçük dalgalanmalar yaşasa da %20 düzeylerinde seyrettiği Şekil 5’de görülmektedir. Kamunun artan harcaması artan yatırımlar kadar hatta daha büyük etki Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), ile vatandaşların büyük çoğunluğunun sigorta kapsamına alınmış olmasıdır harcamaların çoğu Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yapılmaktadır.

Artan sağlık harcamalarının sağlık hizmetlerinin çıktıları üzerindeki etkisi önem arz etmektedir. 2023 yılında kişi başına düşen sağlık harcaması, bir önceki yıla oranla %104,2 artarak 14.582 TL'ye ulaşmıştır. Bu artış, sağlık hizmetlerinde kalite ve erişimin artırılması yönündeki çabaların bir göstergesi olarak görülebilir. Türkiye’de kişi başına hekime müracaat sayısı 2022’de 10 iken, 2023’te 11,4’e yükselmiştir. Bu artış, sağlık hizmetlerine olan hem talebin hem de erişimin arttığını göstermektedir (TÜİK).

Ancak, sağlık harcamalarının artışı her zaman doğrudan sağlık çıktılarında iyileşme anlamına gelmemektedir. OECD’nin 2023 verilerine göre, Türkiye’de kişi başına düşen sağlık harcaması 1.827 dolar iken, OECD ortalaması 4.986 dolardır. Listede 12.555 dolar ile ilk sıradaki Amerika Birleşik Devletleri’ni sırasıyla İsviçre, Almanya, Norveç ve Hollanda takip ediyor. Türkiye sağlık harcamalarında OECD içinde “son sıralarda” yer almaktadır. Bu büyük fark Türkiye’de artan harcama ve yatırımlara rağmen uluslararası standartların altında kaldığını ve sağlık çıktılarının iyileştirilmesi için daha fazla yatırım yapılması gerektiğini göstermektedir (OHSAD, 2023). Bu veriler şunu açıkça göstermektedir: Türkiye’de sağlık harcamalarındaki hızlı artışa rağmen, kişi başına düşen harcama açısından uluslararası ortalamanın oldukça gerisinde kalınmaktadır. Bu durum, artan yatırımlara rağmen sağlık çıktılarında hâlâ yeterli iyileşme sağlanamadığını düşündürmektedir. Bu nedenle, uluslararası standartları yakalamak ve sağlık sisteminin etkinliğini artırmak için daha yüksek düzeyde ve hedefe yönelik yatırımların yapılması gerekmektedir.

3.2.1. Sağlık Harcamaları GSYİH Oranı

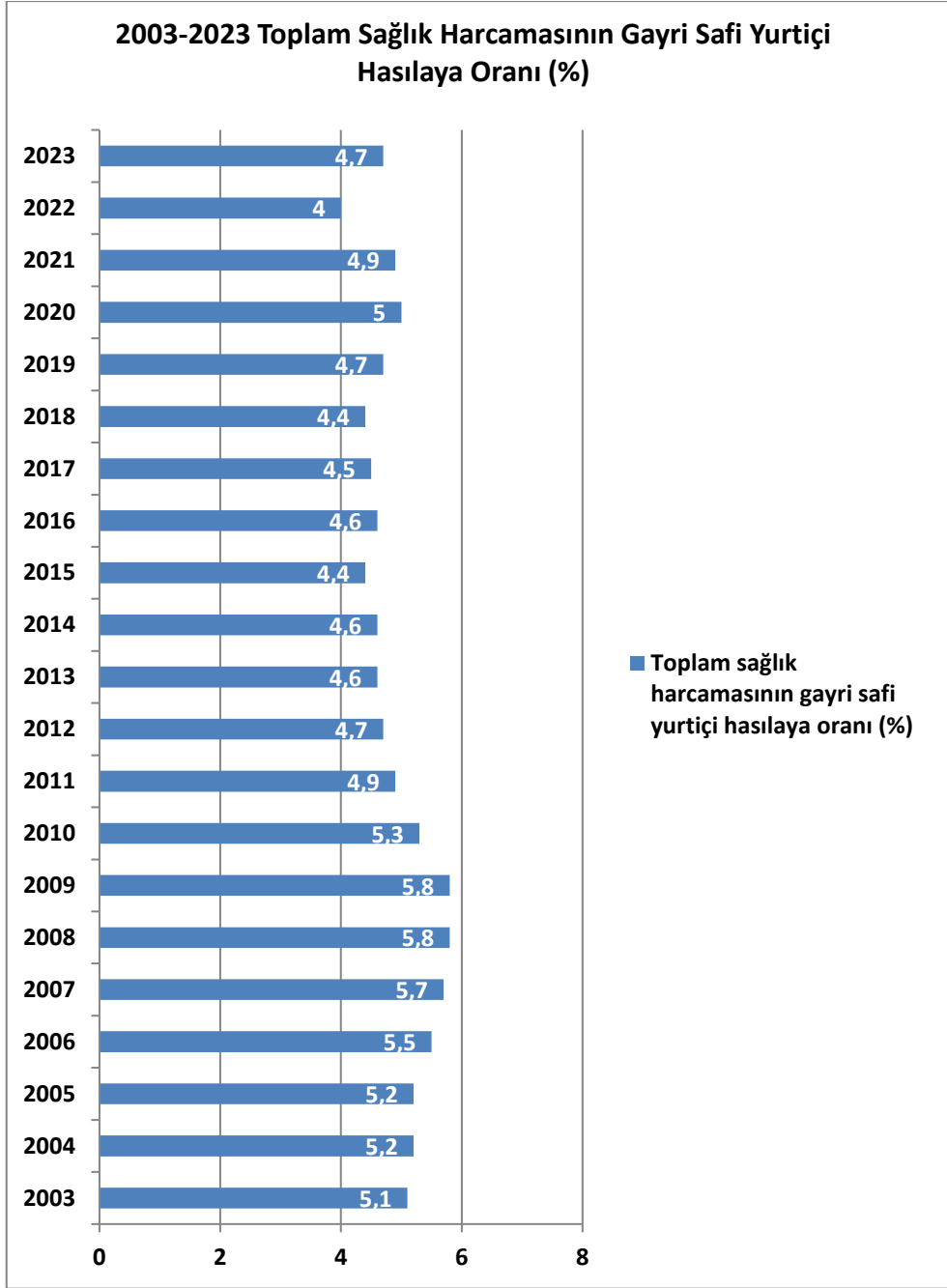
Türkiye’nin sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı 2003–2023 yılları arasında incelediğimizde (Şekil 6), dalgalı bir seyirle birlikte anlamlı kırılmaların bulunduğu görülmektedir.

2003’de başlayan ve 2008’e kadar süren dönemde; 2003 yılında uygulamaya başlanılan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamındaki hizmet sunum kapasitesinin yeni altyapı yatırımlarıyla genişletilmesi, sosyal güvenlik sisteminin daha geniş kapsamlı hale getirilmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması etkisi ile yaşanan artış 2008 yılına birçok ülkeyi etkileyen ekonomik krizin etkisiyle 2010 yılından itibaren 2015 e kadar azalarak 4,4 düzeyine inmiştir. 2015 yılından 2020 yılına kadar süren görece dalgalı seyir 2020 yılında küresel Covid-19 pandemi etkisiyle GSYH oranı artmış olsa da sonraki dönemde azalmaya başlamıştır. 2022 yılında oranın %4,0 seviyesine düşmesinin nedeni büyük ölçüde yüksek enflasyon ve kur dalgalanmalarıdır. 2023 yılında oran %4,7’ye yükselerek tekrar toparlanma göstermiştir.

Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı, uluslararası karşılaştırma bağlamında OECD ortalamasının (%8–12) oldukça altındadır. Bu durum, Türkiye’nin gelişmekte olan bir ülke olarak, sağlık finans kaynaklarının sınırlı olmasının ve ekonomik büyüklük ile sağlık sektörüne yapılan harcamaların orantılı bir artış göstermemesinin sonucudur. Bu çalışmada TÜİK kaynağından alınan sağlık harcamalarının GSYH oranı ile OECD raporlarında yer alan Türkiye’ye ait oranda küçük de olsa fark olduğu görülmüştür. Bu farkın kaynağı ise OECD’nin hesaplama yöntemi, USD cinsinde değerlendirme yapması gibi nedenler olduğu anlaşılmaktadır. Tablo 7’de OECD verileri kullanılmıştır. Şekli 6’da yer alan grafik verileri ise Türkiye İstatistik Kurumu sayfasından alınmıştır.

Tablo 7 Türkiye Sağlık Harcamaları 2015-2023 GSYH Oranı ve Aynı Dönem için OECD Ortalaması (OECD, 2023)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Türkiye	4,1	4,3	4,2	4,1	4,4	4,6	4,6	3,7	4,2
OECD	8,7	8,8	8,7	8,7	8,8	9,7	9,7	9,2	9,1



Şekil 6 Toplam Sağlık Harcaması GSYH Oranı (%) (TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2023)

Şekil 6’da yer alan toplam sağlık harcamasının GSYH oranı, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık altyapısının genişletilmesi, yatırımların artması, sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi nedeniyle 2003-2009 yılları arası 5,1% den 5,8% e kadar yükselmiştir. 2010-2018 yılları genelde azalma eğilimi gösterse de 2020 yılı Covid-19 pandemi etkisi ve bu süreçte sağlığa yapılan harcamanın artması nedeniyle %5’ e yükselmiştir. 2021 pandemi sonrası toparlanma dönemi olarak görülebilir. 2022

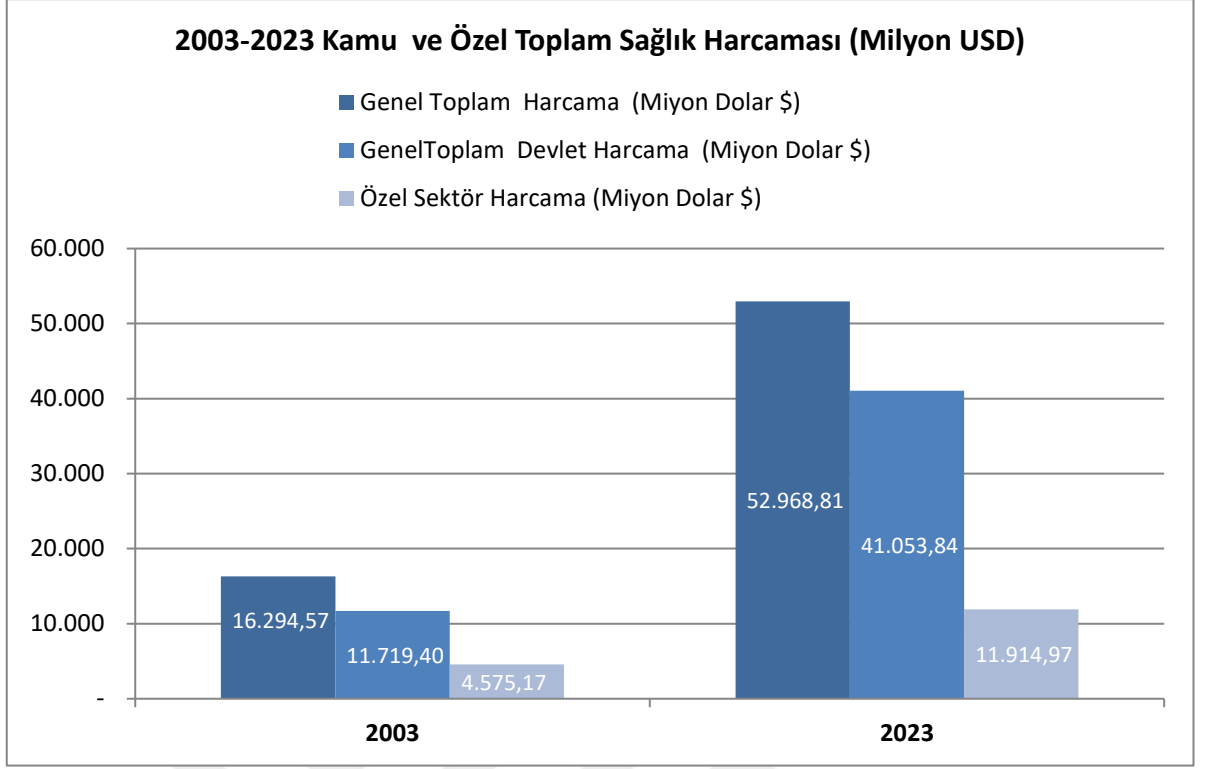
yılındaki hızlı düşüş ise pandemi sonrası enflasyon fiyatları yükselttiği için GSYH daha yüksek görünmekle birlikte gerçek üretim artışından değil fiyat artışından kaynaklanır. Bu dönem sağlığa ayrılan kaynak, GSYH'ye oranla azaldığı için sağlık sektörü görece olarak daha az destek almıştır.

3.2.2.Kamu Sağlık Harcamaları ve Özel Sağlık Harcamaları Tutarları 2003-2023

Türkiye’de 2003-2023 döneminde sağlık harcamaları gerek kamu gerekse özel sektör düzeyinde artış göstermiştir. Toplam Sağlık harcamaları içindeki kamu sağlık harcamalarının oranı artmıştır. Bu durum, sağlık sisteminde kamunun rolünün güçlendiğini, finansal koruma alanında gelişmeler kaydedildiğini göstermektedir.

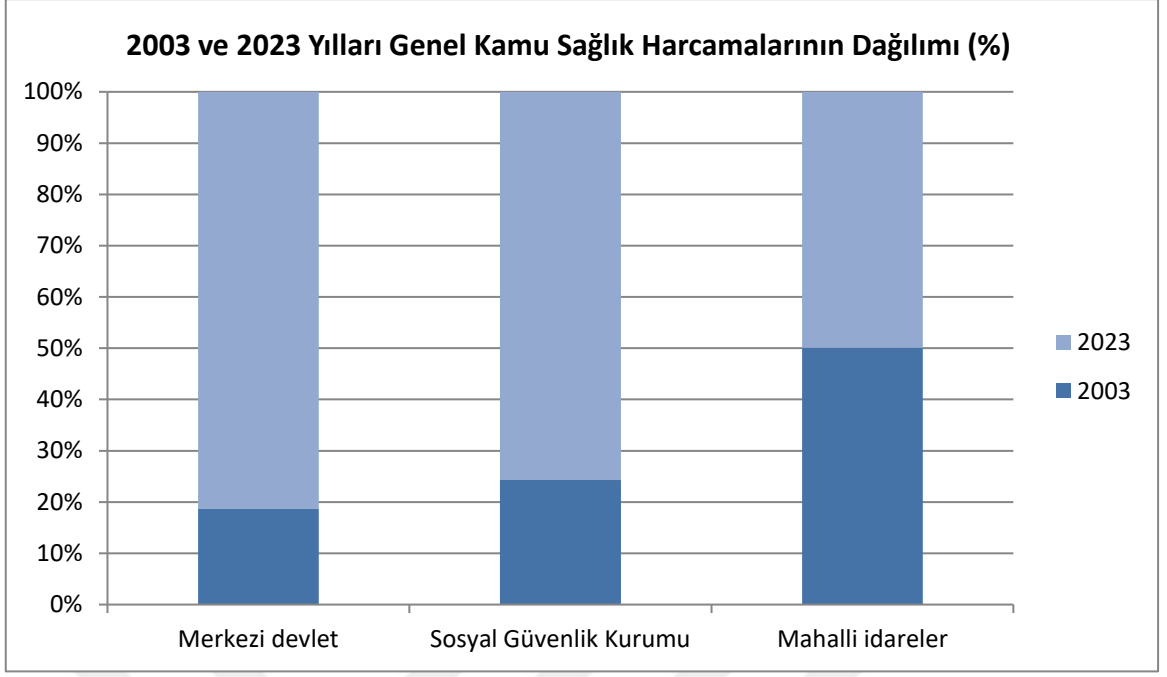
Şekil 7’de görüldüğü üzere, 2003 yılında toplam sağlık harcaması 16.29 milyar dolar, 2023 yılında ise 52.97 milyar olmuş toplam sağlık harcamasında yaklaşık 3.25 kat büyüme kayda geçmiştir. Bu büyüme, artan sağlık altyapı ve hizmet sunumu harcamaları, sağlık teknolojilerindeki ilerleme ve hizmet talebinin artmasıyla doğrudan ilgilidir. 2003'te 11.72 milyar dolar olan kamunun sağlık harcaması, 2023'te 41.05 milyar dolara yükselmiştir. 2003 yılında %72,4 olan kamu payı, 2023'te %77,5'e yükselmiş dolayısıyla kamunun sağlık sektöründeki finansal yükü son 20 yılda mutlak ve oransal olarak artmıştır. Bu durum, kamu odaklı sağlık sisteminin göstergelerindendir. Ayrıca bu artış, özellikle sağlıkta dönüşüm projeleri, büyük yatırımlar olan dev kapasiteli şehir hastaneleri, genel sağlık sigortasının yaygınlaşması gibi uygulamalarına da bağlanabilir.

Sağlık harcamaları tümüyle bir maliyet değil aynı zamanda bir yatırımdır ve verimliliği artırır, sürdürülebilir büyümeyi destekler. Sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi, sağlık sistemlerinin uzun vadede sürdürülebilir olabilmesi ve toplumun üretken bireylerinin ekonomik ve sosyal hedeflerine ulaşabilmesi açısından büyük önem taşır. Bu çabaların başarıya ulaşabilmesi için sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği, toplumsal dayanışmayı ve herkes için eşit erişimi temel alan bir yaklaşıma dayanmalıdır (Özer & Yıldırım, 2016).



Şekil 7 Kamu ve Özel Toplam Sağlık Harcaması (Milyon USD) (TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2023, 2023)

2003 yılında 4.58 milyar dolar olan özel sektör sağlık harcaması, 2023'te 11.91 milyar dolara çıkmış görünse de oransal olarak bakıldığında özel sektördeki harcamalar 2003'te toplam harcamanın %28,1'i iken, 2023'te %22,5'e gerilemiştir. (Şekil 7) Bu durum özel sektördeki büyümeye rağmen sağlık harcamalarında kamuya dayalı bir modelin tercih edildiğini göstermektedir. Özel sektördeki büyüme; özel hastanelerin sayısının artması ve özel sağlık sigortalarının yaygınlaşması gibi faktörlerin yanı sıra Kamu-Özel İşbirliği ve SGK kapsamında yapılan anlaşmalarla özel hastaneden hizmet alan sigortalılar için SGK tarafından ödeme yapılması gibi devlet desteği niteliğinde uygulamalar kaynaklı olduğu söylenebilmektedir. Bu aşamada kamu harcamaları ve özel harcamalarının dağılımı detaylandırılacaktır.



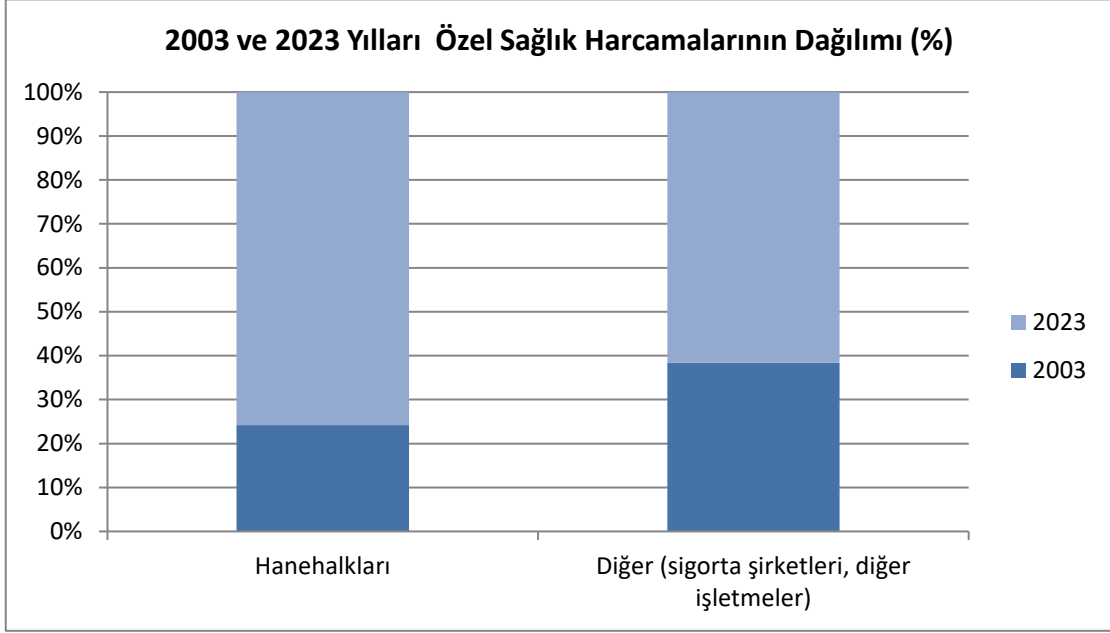
Şekil 8. 2003 ve 2023 Yılları Genel Kamu Sağlık Harcamalarının Dağılımı (%) (TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2023, 2023)

Şekil 8’de yer alan genel kamu sağlık harcamaları; merkezi, mahalli idareler ve sosyal güvenlik kurumu (SGK) ‘dur.

- Merkezi Kamu: Yurt içindeki tüm kamu kurumları ve bunların kontrolündeki finansmanının kamu tarafından sağlandığı bütün kamu kurumlarının sağlık harcamalarını kapsar. Sağlık Bakanlığı, askeri hastaneler, tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri vb.
- Sosyal Güvenlik Kurumu: 2006 yılında birleştirilmiş olan (BAĞ-KUR, SSK, Emekli Sandığı) kurumların SGK çatısı altında tüm harcamalarıdır.
- Mahalli idareler: Bahsedilen kamu kurumları dışındaki kamu kurumlarının yaptığı sağlık harcamalarıdır.

2003 yılında toplam 11.719 milyon USD olan genel kamu sağlık harcamaları dağılımı şu şekildedir: Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK): %61,0Merkezi Kamu: %36,2Mahalli İdareler: %2,8. 2023 yılında ise, genel kamu sağlık harcamaları 41.054 milyon USD' ye ulaşmış ve dağılımı ise: Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) %54,4,

Merkezi Kamu %44,8, Mahalli İdareler: %0,8 olarak gerçekleşmiştir. Bu oranlar, merkezi kamu harcamasının payı artış gösterirken SGK'nın sağlık finansmanındaki payının azaldığını göstermektedir. Mahalli idarelerin payı ise oldukça düşüktür. Bu fark, yerel yönetimlerin katkısının sınırlı olmasına ve merkezi hükümetin sağlık hizmetlerindeki rolünün artmasına yorumlanır.



Şekil 9 2003 ve 2023 Yılları Genel Özel Sağlık Harcamalarının Dağılımı (%) (TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2023, 2023)

Özel sektör harcamaları (Şekil 9) ;

- Hane halkları: Cepten ödemeler olarak da adlandırılır bireysel ödemelerdir.
- Sigorta şirketleri: Özel sigorta şirketleri harcamalarıdır.
- Diğer: Diğer ve kâr amacı gütmeyen kuruluşların yaptığı sağlık harcamalarıdır.

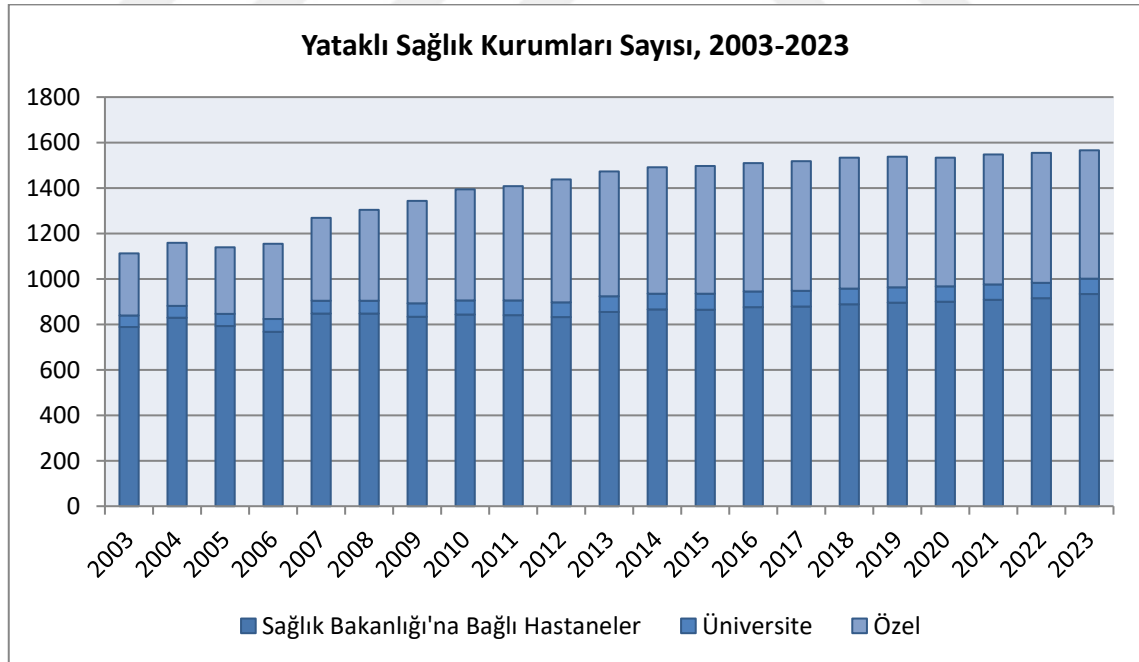
2003 yılında toplam 4.575 milyon USD olan özel sektör sağlık harcamaları dağılımında Hane halkları: %65,7 ile en yüksek orandadır. Diğer (Özel Sigorta, Vakıflar vb.)ise %34,3 olarak gerçekleşmiştir. 2023 yılına bakıldığında ise 11.915 milyon USD'ye yükselen özel sektör harcamalarında yine en yüksek pay %79 ile Hane halkları olmuş. Özel sigorta ve vakıflar vb. içeren diğer ise %21,0 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye’de kamu tarafından özel sağlık sigortasının teşvik edilmesi ile hem kamu üzerindeki yük azaltılabilir hem de özel sektör katkısı artırılabilir. Ayrıca,

mahalli idarelerin rolünün artırılması, merkezi alandaki yükü paylaştırıp yerel ihtiyaçlara daha uygun bir sağlık hizmetlerinin sunulmasını sağlayabilir.

3.3.Türkiye Sağlık Hizmetleri Arzında Yapısal Değişim (2003–2023)

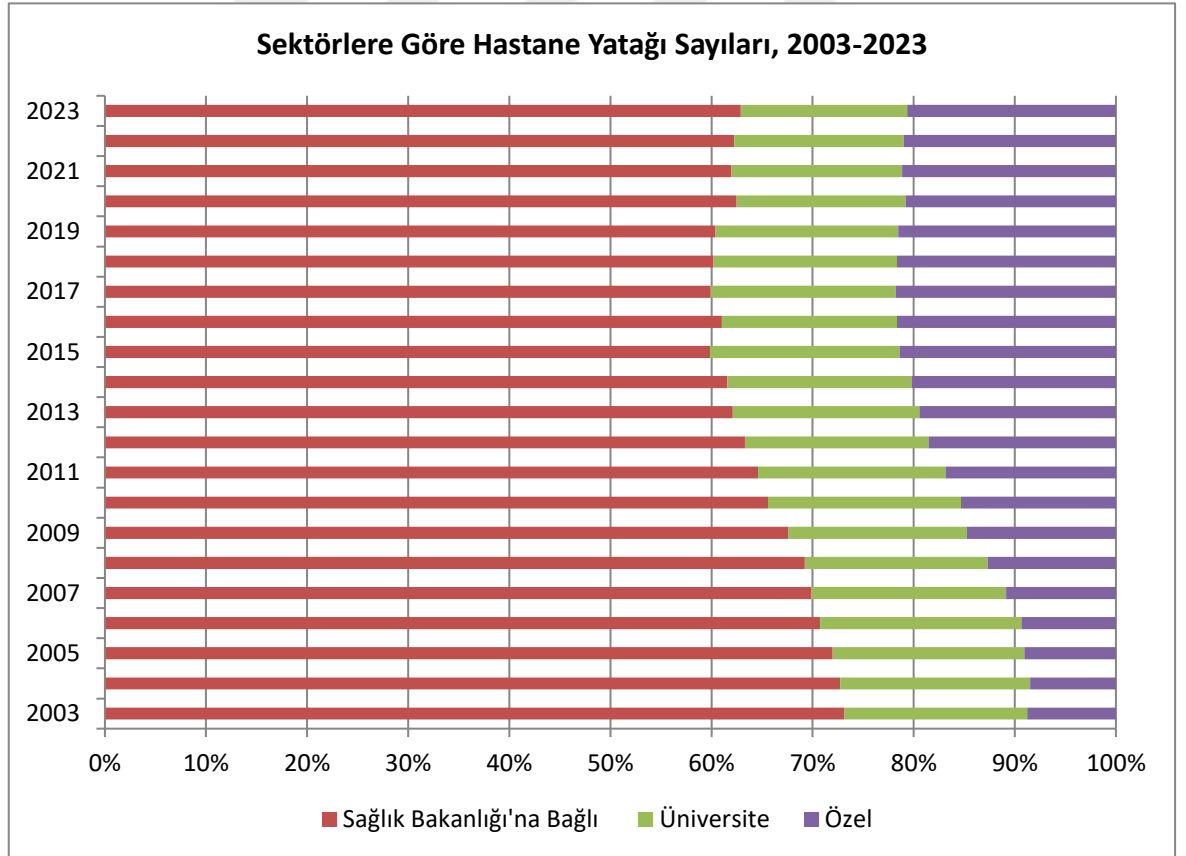
Türkiye'de sağlık sektörüne yapılan yatırımlar, son yıllarda önemli ölçüde artış göstermiştir. Bu yatırımların en öne çıkan yönü, sağlık altyapısının güçlendirilmesine yönelik birçok yeni hastane inşa edilmesi, mevcut hastanelerin modernize edilmesi gibi adımlar atılmıştır. Özellikle şehir hastaneleri gibi büyük ölçekli bir projeyle entegre yatak kapasitesi artırılmıştır. Buna bağlı olarak kamunun sağlık personeli alımı ve bu konuda üniversitelerin ilgili alanlarındaki kontenjanlarının artması ile sağlık personel istihdamı artırılarak sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılmış, hizmet kalitesi yükseltilmiştir. Türkiye'nin sağlık sisteminin fiziksel ve beşerî altyapısını güçlendirmeye yönelik bu politika ile sektördeki büyüme ivme kazanmıştır.

3.3.1. Hizmet Sunumu: Altyapı



Şekil 10. Yataklı Sağlık Kurumları Sayısı, 2003-2023 (TÜİK, Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları, 2025)

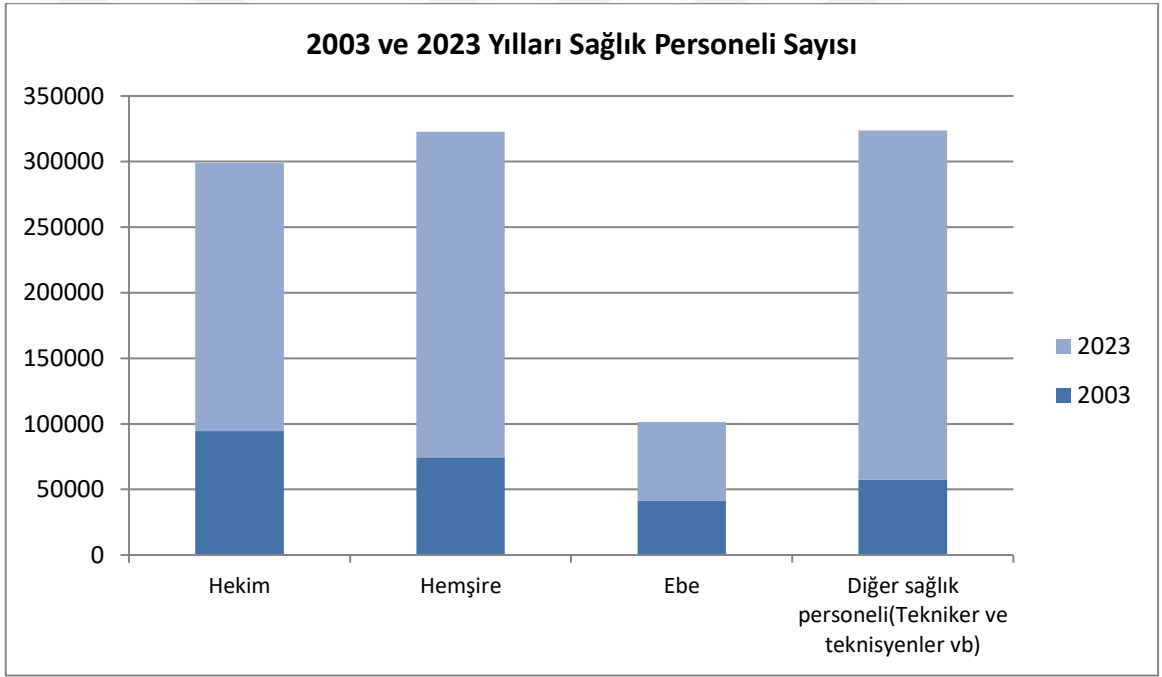
2003–2023 yılları arasında Türkiye’de hastane sayılarındaki sektör bazındaki değişim, hizmet sunumunda yapısal değişimi anlamada önemli göstergelerindendir. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı çatısı altındaki hastane sayısı 789’dan 933’e yükselmiştir.(Şekil 12) Özel hastane sayısı 274’ten 565’e ulaşmıştır. Bu artışlar üniversite hastaneleri sayısına aynı oranda olmamış ve bu hastanelerin sayısı 20 yılda sadece 50’den 68’e çıkmıştır. Bu verilerden çıkarılabilecek sonuç, kamu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştığı ve özel sektörün liberalleşme ile özel yatırımların teşvik edilmesiyle alandaki rolünün arttığıdır. Ayrıca 2010 yılından sonra yeni özel hastanelerin sayısı artış durmuş olması ve 2020’li yıllarda durağan bir seyir izlemeye başlaması kamu tarafından yapılan özel hastanelerin kurulması ve yönetilmesine yönelik sıkı düzenlemeler ve piyasa doygunluğu ile yorumlanabilir. Üniversite hastaneleri sayısındaki artışın çok az olması, eğitim, araştırma odaklı olmaları nedeniyle kapasite artışının sınırlı kalması, finansal ve yönetsel zorlukları gibi nedenlere bağlanabilir.



Şekil 11 Sektörlere göre hastane yatağı sayıları, 2003-2023 (TÜİK, Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları, 2025)

Şekil 11 de görüldüğü üzere Türkiye’de 2003-2023 arasında toplam yatak kapasitesi yaklaşık %81 artmıştır. Özel sektörde yatak sayısının %326 artması, toplam içindeki payın da %9’dan %20,6’ya yükselmiş olması dikkat çekicidir. Bu artışa rağmen Sağlık Bakanlığı’nın payı %73’ten %62,9’a düşerken, üniversite hastaneleri yatak sayısını artırsa da toplam içindeki payı neredeyse sabit kalmıştır. Bu tablo, kamunun özel sektörün ise hızla büyüye de kamunun hâlâ en büyük sağlık hizmeti sunucusu olduğunu bu sağlık hizmeti alanında hem harcama grafiğinde gördüğümüz hem de hastane yatağı sayısında oranında gördüğümüz bunu ortaya koymaktadır.

3.3.2.Sağlık İnsan Kaynağındaki Gelişim (2003–2023)



Şekil 12. 2003 ve 2023 Yılları Sağlık Personeli Sayısı (TÜİK, Sağlık Personeli, 2025)

Şekil 12 de 2003-2023 yılları personel sayısındaki artış gösterilmiştir. 2003 yılında 94.466 olan hekim sayısı, 2023 yılında %116’lık bir artışla 204.223’e yükselmiştir. Mevcut hükümetin her şehre bir üniversite hedefi doğrultusunda hızla açtığı yeni üniversitelerde tıp fakültelerinin ve kontenjanlarının arttırılması hekim sayısındaki artışı etkileyen faktörlerdendir. Tekniker, teknisyen vb. sağlık personellerinin yer aldığı diğer sağlık personeli ve hemşire sayısındaki artış dikkat

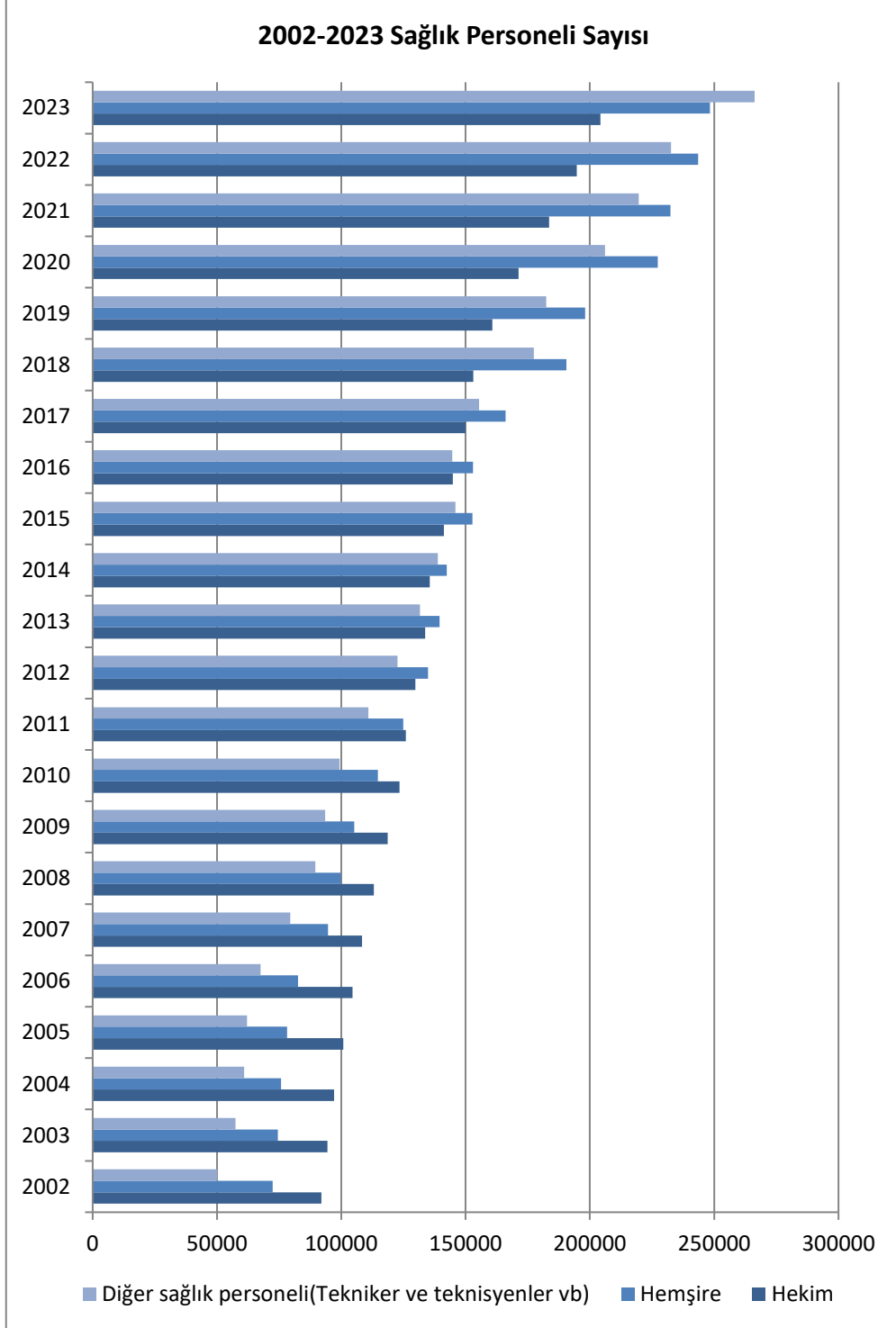
çekicidir. 2003'te 74.483 olan hemşire sayısı, 2023'te %233 artış ile 248.287'ye çıkmıştır. Bu artış sağlıkta dönüşüm programı kapsamında, hizmet kalitesinin yükseltme ve hemşire başına düşen hasta sayısını azaltma yapılan personel sayısının arttırılmasından kaynaklanır. Bu artışa rağmen Türkiye Hemşire sayısı, OECD ülkeleri ortalamasının altında kalmaktadır (OECD, 2023). Diğer sağlık personeli; 2003 yılında 57.416 kişi iken, %364 artış ile 2023'te 266.217'ye ulaşmıştır. Bu artış oranının nedeni ise, acil sağlık hizmetleri, görüntüleme, laboratuvar, gibi alanlarda teknik personele duyulan ihtiyacın artmasıdır. Ayrıca sağlık meslek yüksekokullarının artan sayısı, iki yıllık ön lisans bölümlerinin artması da bu orandaki yükselişi desteklemiştir.

Tablo 8 Hekim, Hekim Başına Hasta ve Müracaat sayıları 2009-2023 (TÜİK, Sağlık Personeli, 2025)

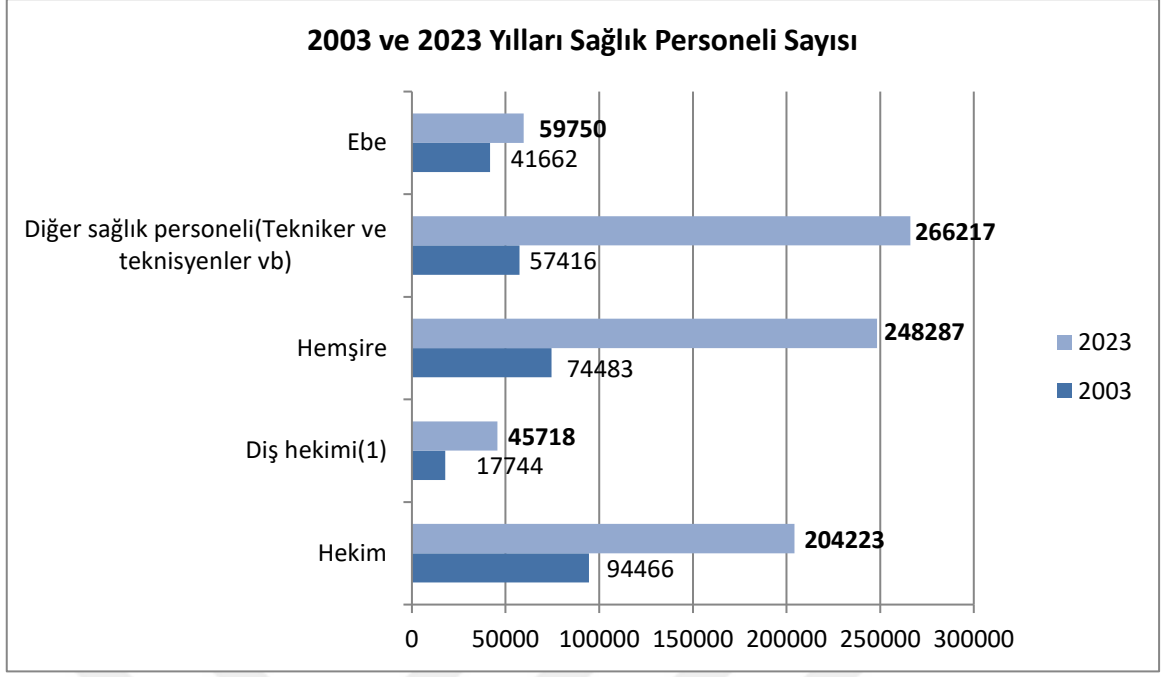
Yıl	Hekim (Sayı)	Hekim Başına Düşen Kişi	Hekim Başına Müracaat
2009	118 641	612	4 447
2010	123 447	597	4 367
2011	126 029	593	4 850
2012	129 772	583	4 791
2013	133 775	573	4 712
2014	135 616	573	4 749
2015	141.259	557	4 673
2016	144 827	551	4 735
2017	149 997	539	4 793
2018	153 128	536	5 110
2019	160 810	517	5 055
2020	171 259	488	3 505
2021	183 569	461	3 681
2022	194 688	438	4 388
2023	204 223	418	4 767

Türkiye’de 2009-2023 dönemi hekim sayısında sürekli artış seyri görülmektedir ve bununla inilti olarak hekim başına düşen hasta (kişi) sayısında düşüş gözlenmektedir.(Tablo7) Hastaların sağlık hizmetine erişimi artmıştır hekimlerin hastalara ayırdığı süreyi de etkilemiştir. Pandemi sürecinde evden çıkma yasakları, Sağlık Bakanı ve diğer devlet yetkililerinde sağlık çalışanları üzerindeki yükü azaltmak için halka yapılan önemli bir gerekçe olmadıkça hastaneye başvurmamalarını talep ettikleri açıklamaları vb. nedenlerle 2020’de hekim başına düşen müracaat sayısı düşse de, pandemi sonrası yıllarda toparlanarak 2023’te 4.767’ye ulaşmıştır. Bu veriler, sağlık

hizmetlerine erişimin zamanla iyileşmesine karşın hekimlerin iş yükünün arttığını göstermektedir. Hekim başına düşen hasta sayısının azaltılması için hekim sayısını artırma çözümü maliyetli ve zaman alan bir süreçtir ancak buna karşılık, hastaların farkındalık düzeyini arttırmak, sağlık okuryazarlığı seviyesi ve sağlık bilincini arttırmak yoluyla talebin azaltılması çok daha verimli ve etkin olacaktır.



Şekil 13. 2002-2023 Sağlık Personeli Sayısı (TÜİK, Sağlık Personeli, 2025)



Şekil 14. 2003 ve 2023 Yılları Sağlık Personeli Sayısı (TÜİK, Sağlık Personeli, 2025)

Türkiye’de sağlık çalışanı sayısında Şekil 13’de görüldüğü gibi 2002-2023 yılları arasında dikkat çekici bir artış yaşanmıştır. Hekim sayısı iki kat, hemşire sayısı üç kat, diğer sağlık personeli sayısı ise beş kata yakın artış göstermiştir. Bu artış, özellikle şehir hastaneleriyle daha da artan insan kaynağı ihtiyacını karşılamaya yönelik önemli bir adımdır ve bu sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve kalitesini artırmada belirleyici rol oynamıştır.

Şekil 14’de yer alan grafikte ise 2003-2023 yılları Türkiye’de sağlık iş kıyaslanmıştır. Bu SDP ile başlayan 20 yıllık sürede hekim sayısı yaklaşık 2,2 kat artarak 94.466’dan 204.223’e; diş hekimi sayısı ise 2,5 kat artışla 17.744’ten 45.718’e ulaşmıştır. Hemşire sayısı grafikte bu süreçte en dikkat çeken artışlardan biridir, 74.483’ten 248.287’ye yükselerek sağlık hizmetlerinin en temel taşı haline gelmiştir. En yüksek artış ise beş kata yakın bir artışla diğer sağlık personeli (tekniker, teknisyen vb.) sayısı da görülmüştür. 57.416’dan 266.217’ye çıkmıştır. Ebe sayısındaki artış ise doğumlarda eskisi kadar aktif ebe ihtiyacı duyulmaması nedeniyle sınırlı kalmış olsa da, %43’lük bir büyümeye 41.662’den 59.750’ye yükselmiştir. Bu verilerle, Türkiye’nin sağlık sisteminde yalnızca nicelik yönünden büyümeyi değil, aynı zamanda hizmet çeşitliliği ve uzmanlaşmayı da öncelik verdiğinin göstergesidir.

3.4. Sağlık Finansmanı: SGK Aktif ve Pasif Sigortalı Oranları

Türkiye’de sağlık finansmanında karşılaşılan başlıca sorunlardan biri, yeterli düzeyde gelir toplanamamasıdır. Bu bağlamda, sağlık harcamalarının mutlak düzeyde düşük ya da yüksek olmasından çok, mevcut finansal kaynakların etkili, verimli ve sürdürülebilir bir biçimde kullanılması daha kritik bir konu olarak öne çıkmaktadır.

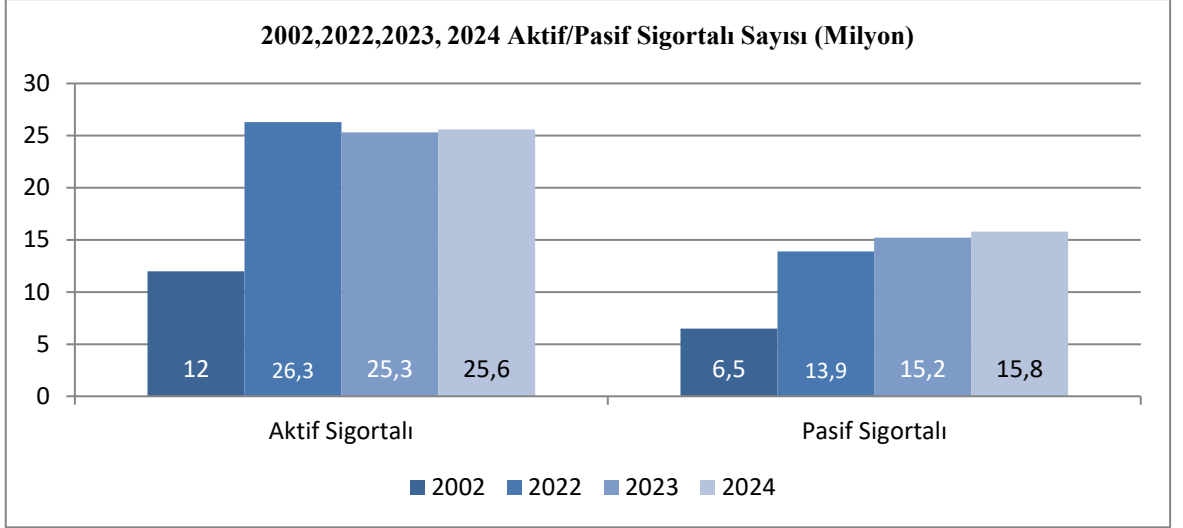
SGK sisteminde aktif sigortalılar⁴ ödedikleri primlerle pasif sigortalıların⁵ aylık ve gelirlerini karşıladıkları için sağlık finansmanında kritik öneme sahiptir. Gelişmiş ve sağlıklı toplumların olduğu ülkelerde aktif sigortalı oranının pasif sigortalı oranından çok daha yüksek olması beklenir. Ayrıca aktif sigortalı göstergesi ülkenin beşeri sermayesi çalışan iş gücünü de ortaya koyması açısından önemlidir.

Şekil 15 de Türkiye’de 2002-2023 yılları aktif ve pasif sigortalı sayıları yıllara göre değişimi görünmektedir. 2002 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi aktif sigortalı (çalışan) sayısı 12 milyon iken, 10 yılda yani 2022 yılında 26,3 milyon, 2023 yılında 25,3 milyon, 2024 yılı ise 25,6 milyonu bulmuştur. Pasif sigortalı sayısı ise 2002 yılında 6,5 milyon, 2022’de 13,9 milyon, 2023’de 15,2 milyon, 2024’de 16,5 milyon sayısına ulaşmıştır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2024) Aktif/pasif oranı⁶ açısından değerlendirildiğinde, 2002 yılında 2,08 olan oran, 2022 yılı 2,01 iken 2023 yılı 1,66 ve 2024 yılı 1,61 olarak gerçekleşti. (HABERTURK, 2025). Bu durum, ekonomik durgunluk, kayıt dışı istihdamda artış, emeklilik oranlarındaki artış, yaşam süresindeki artış gibi etkenlerle açıklanabilir.

⁴ Sosyal güvenlik (SGK) kapsamında çalışmakta olan ve sigorta primleri yatırılanlar aktif sigortalı olarak sınıflandırılır. (4A özel sektör çalışanları, 4B sözleşmeli çalışanlar, 4C memur olarak 3 ana gruptur.)

⁵ Sosyal güvenlik (SGK) kapsamında gelir alanlardır. Emeklilik, yaşlılık, malullük veya ölüm aylığı alanlar ile meslek hastalığı, iş kazası sonucu sürekli gelir bağlananlar pasif sigortalı olarak sınıflandırılmaktadır.

⁶ Aktif /Pasif oranı iken Sosyal Güvenlik Kurumu’nun gelir/gider dengesi arasında bir ilişki bulunmaktadır. Aktif sigortalı artışı SGK gelirlerini arttırmakta, pasif sigortalı sayısındaki artış ise SGK giderini arttırmaktadır. Devlet 2008 yılından beri, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun topladığı primlerin dörtte biri kadar katkı sağlamaktadır ve bu da Sosyal Güvenlik Kurumu’nun doğal gelirlerinden kabul edilmektedir. Artan pasif sigortalı sayısı, kayıt dışı çalışan sayısındaki artış, erken emeklilik gibi gideri arttırıcı gelir azaltıcı problemlere rağmen Sosyal Güvenlik Kurumu’nun ödemelerini yapabiliyor olması bu devlet katkısına bağlıdır. Devlet katkısı; gelir-gider dengesinde oluşan açıkların kapatılması, bayram ikramiyeleri, vergi iadesi yerine emeklilere yapılan ek ödeme (emekli aylığının %4’ü), memurların emekli ikramiyeleri ile bazı işçi ve BAĞ-KUR’lular için uygulanan 4 ila 5 puanlık prim indirimleri gibi kalemler karşılığında Sosyal Güvenlik Kurumu’na bütçeden aktarılan ödemeleri kapsamaktadır.



Şekil 15 Aktif/Pasif Sigortalı Sayısı (Milyon) (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2024)

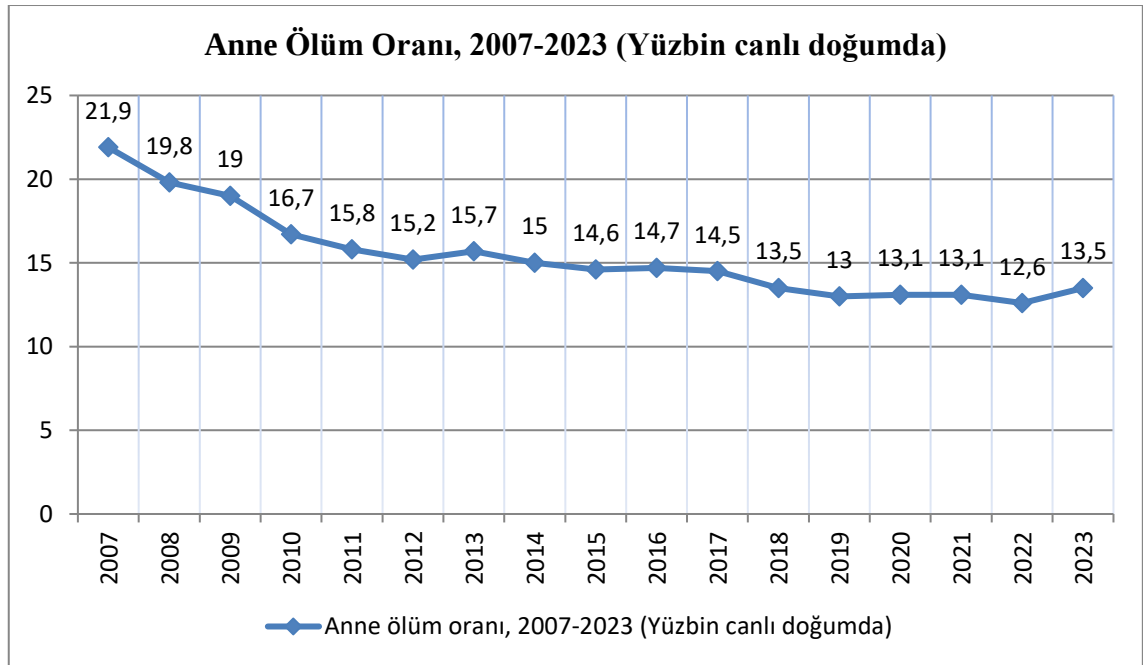
Aktif/Pasif sigortalı oranında görülen riskler: Aktif/pasif oranındaki düşüş, demografik dönüşüm ve çalışan/emekli dengesizliği nedeniyle sosyal güvenlik sisteminde açıkların büyüme riskini artırmaktadır. Yakın zamanda hayata geçen EYT düzenlemesi sonrası milyonlarca kişinin aynı anda emekli olması, kısa vadede pasif sayısını hızlı bir şekilde arttırmıştır. Potansiyel iş gücü olup istihdama katılmayan genç nüfus, kayıt dışı istihdam gibi yapısal sorunlar da aktif sigortalı sayısını baskılamaktadır.

Bugün içinde bulunduğumuz durum sürdürülebilir değildir. İstatistiklerdeki artan kapsayıcılık gibi görünen aslında bağımlı nüfustaki (pasif sigortalılar) artıştır. Sosyal güvenlik reformundan beklenen sonuçların alınması için, aktif sigortalı sayısını artırmaya yönelik adımlar atılmalıdır. Pasif sigortalı sayısının azaltılması, insanların daha uzun süre çalışma hayatında kalmasını teşvik edecek önlemler almak gerekir. GSS gelir testinin daha sağlıklı yapılması, pasif sigortalı statüsüne hak sahibi olma şartlarının yeniden belirlenmesi, sosyal sigorta sisteminin sigortacılık ilkelerine göre çalıştırılmasına imkân verilmesi gerekmektedir. Sağlıklı işleyen bir sosyal sigorta sistemi, sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi için elzemdir (Alper, 2017).

3.5. Sağlık Çıktıları

Sağlık sisteminin performansını kalite seviyesini değerlendirmek amacıyla çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşlar tarafından belirlenmiş ölçütler, göstergeler bulunmakla birlikte bu çalışmada Türkiye özelinde yıllara göre ölüm parametreleri, hasta memnuniyetine yer verilmiştir. Uluslararası alanda ise OECD ülkeleri arasında bazı sağlık parametreleri karşılaştırmalarına yer verilmiştir.

3.5.1. Anne Ölüm Hızı

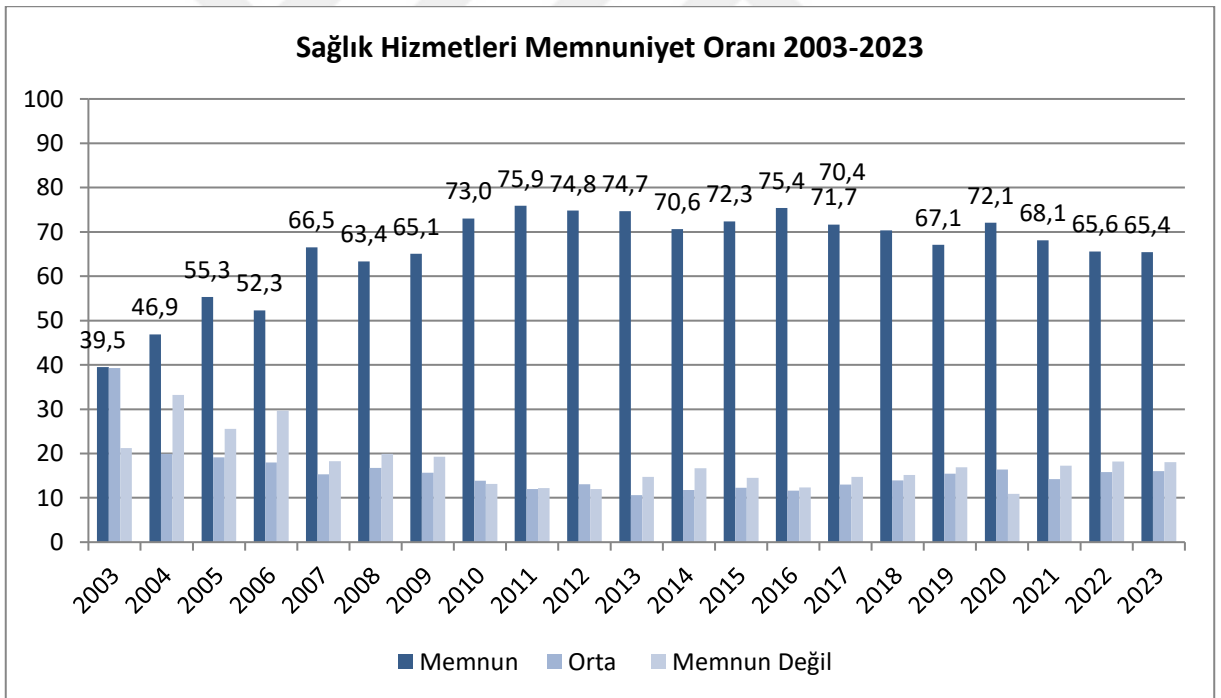


Şekil 16. Anne Ölüm Oranı, 2007-2023 (Yüz bin canlı doğumda) (TÜİK, 2023)

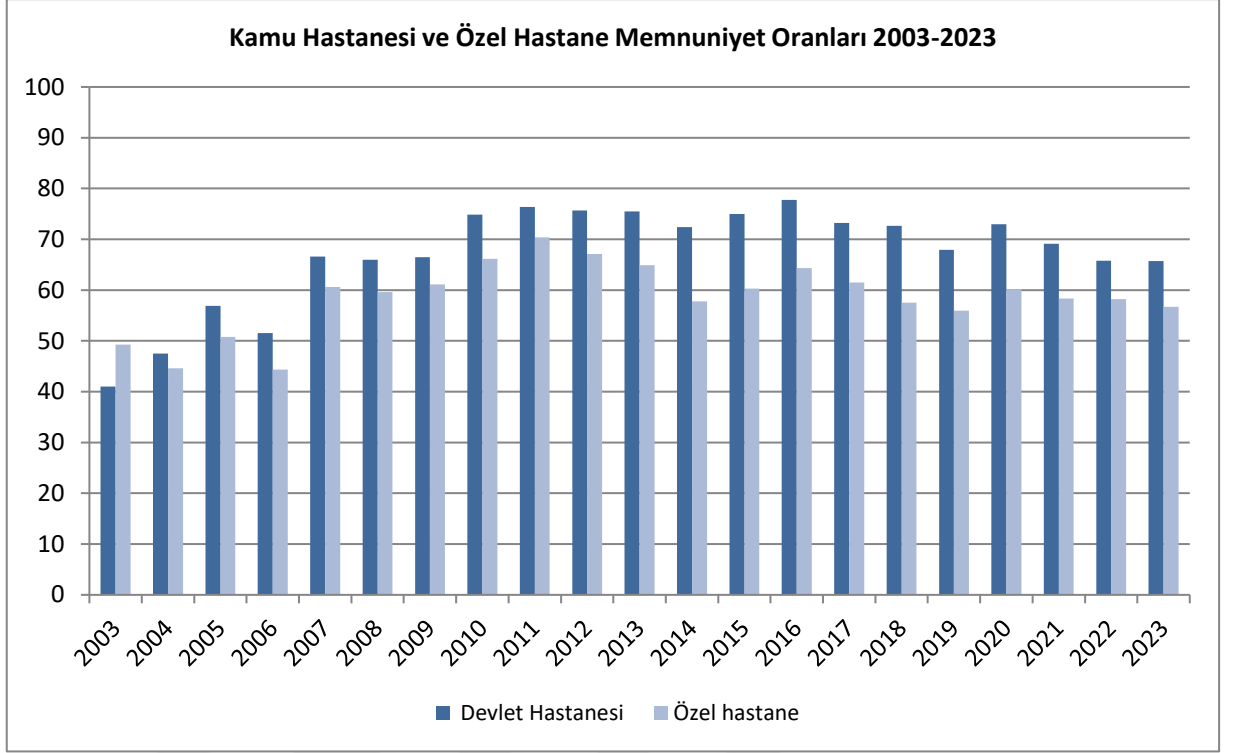
Şekil16’da görüldüğü gibi 2013’e kadar hızlı bir azalma görülmüş ama 2013 ve sonrasında yataya yakın bir seyir gözlenmektedir. Sığınmacıların etkisi göz ardı edildiğinde bu tablo gebe sağlığı ve doğum süreci, bebek sağlığı konularında yeni düzenlemeler gerektiğinin göstergesidir. Anne ölüm hızı bir ülkenin gelişmişlik ve sağlık sistemi verimliliği ölçen önemli parametrelerindendir.

3.5.2. Hasta Memnuniyeti Verileri

Bir diğer sağlık durum göstergesi olan hasta memnuniyet oranına (Şekil 17) baktığımızda 2003 yılında %39,5 olan memnuniyet oranı, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında artan hastane altyapısı ve yeni randevu sistemi (MHRS) ile hizmetlere erişimin kolaylaşması, hastanelerin modernizasyonu arttırılan konforu (nitelikli yatak sayısı gibi), aile hekimliği gibi uygulamaların etkisiyle bu süreçte hızla yükselerek 2011’de %75,9’a ulaşmıştır. Ancak 2016 ve sonrasında memnuniyet oranında görülen düşüş sistemde yeni sorunların varlığı ve bu sorunların çözümü için yeni politikalar yapılması gerekliliğinin göstergesidir. Artan hasta sayısı, hastaların randevu bulamaması, sağlık çalışanlarının çeşitli nedenlere bağlı memnuniyetsizliği etkili olmuştur. 2020 de görülen yükseliş, Covid-19 Pandemi dönemi diğer ülkelere kıyasla iyi bir sınav veren sağlık sistemimizin halk tarafından takdir edilmesi olarak izah edilebilir.



Şekil 17 Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Oranı 2003-2023 (TÜİK, Yaşam Memnuniyeti, 2025)



Şekil 18 Kamu Hastanesi ve Özel Hastane Memnuniyet Oranları 2003-2023 (TÜİK, Yaşam Memnuniyeti, 2025)

Şekil 18 de yer alan kamu hastanesi ve özel hastanele memnuniyet oranlarında 2003–2016 döneminde kamu hastanesinden memnuniyet oranı Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında altyapı ve erişim iyileştirmeleriyle ilişkili olarak %41’den %77,8’e kadar yükselmiştir. Özel hastanelerde daha dalgalı bir seyir gözlenmekle birlikte 2011’de %70,4 ile zirve noktasını görüp 2023’te %56,7’ye gerilediği görülmektedir. Bu durum maliyet, erişim sorunları ve pandemi etkileriyle ilişkilidir. Her iki sektörde memnuniyet oranlarındaki 2016 sonrası gerileme, artan hasta yükü ve hizmet kalitesindeki dalgalanmaları göstermektedir.

3.5.3. Uluslararası Kıyas (OECD)

OECD'nin yayımladığı "Health at a Glance" (2023) raporu, hem üye ülkelerin sağlık sistemlerinin performansını hem de toplumlarının sağlığını değerlendirmek yönüyle detaylı göstergeler sunmaktadır. Bu rapor, sağlık durumu, risk faktörleri, sağlık hizmetlerine erişim ve kalitesi ile sağlık sistemlerinin kaynakları gibi başlıklar altında, ülkeler arası karşılaştırmalı analizler içermektedir. Ayrıca bu raporda, COVID-19 pandemisinin sağlık sistemleri üzerindeki etkilerine de özel bir vurgu yapılmıştır.

Tablo 9' da, Türkiye'nin de yer aldığı bazı OECD ülkeleri 2021 yılına ait bazı temel sağlık göstergeleri verileri ve OECD ortalamaları özetlenmiştir:

Tablo 9. Sağlık Durumu Göstergeleri 2021 yılı (OECD)

Ülke	Yaşam Beklentisi (Yıl)	Önlenebilir Ölüm Oranı (100.000'de)	Kronik Hastalık Diyabet Prevalansı (%)	Kötü Sağlıkta Nüfus Değerlendirmesi (% 15+ yaş nüfus)
TÜRKİYE	78.6	233	14,5	8.4
ABD	76.4	336	10.7	3.1
Birleşik Krallık	80.4	222	6.3	7.4
İsviçre	83.9	133	4.6	3.9
İtalya	82.7	146	6.4	13.6
İspanya	83.3	163	10.3	7.7
Japonya	84.5	134	6.6	13.6
OECD	80.3	237	7.0	7.9
ORTALAMASI				

Yaşam beklentisi çoğu ülkede son on yılda artmış olsa da, bu kazanımların çoğu pandemi sırasında ortadan kalkmıştır. Japonya, İsviçre ve İspanya gibi ülkeler, yaşam beklentisinde OECD ortalamasının oldukça üzerinde olmasına rağmen İtalya ve İspanya bireylerin sağlıklarını kötü değerlendirme oranı yüksektir. Türkiye ve ABD ise yaşam beklentisinde OECD ortalamasının altında kalmaktadır.

İsviçre, Japonya ve İtalya gibi ülkeler, önlenabilir ölüm oranlarında OECD ortalamasının oldukça altındadır. Türkiye ise OECD ortalamasına yakın seyretmektedir. En yüksek değeri ise ABD göstermektedir. İsviçre, İngiltere ve İtalya gibi ülkelerde diyabet prevalansı OECD ortalamasının altındadır. Tabloda Türkiye ile ilgili en dikkat çekici nokta ise diyabet prevelansında görülmektedir. OECD ülkeleri arasında en yüksek ikinci orandır. Bu tür artış eğilimlerinin ardında kısmen, artan obezite ve fiziksel hareketsizlik oranlarının nedenler arasında olduğu söylenebilmekle birlikte bireyin sağlık durumunu bozan, beşeri sermayeyi etkileyen ve sağlık harcamaları konusunda maliyetli hastalıklardan olan diyabetin bu hızla artma nedenleri kapsamlı bir şekilde araştırılması ve hızlıca çözüm bulunması gereken bir konudur.

Tablo 10 Sağlık Risk Faktörleri Tablosu 2021 (OECD, 2023)

Ülke	Sigara Kullanımı Günlük Sigara Kullanımı (%15+ yaş nüfus)	Alkol Kullanımı Kişi başına tüketilen litre (15+ yaş nüfus)	Obezite VKİ $\geq$ 30 olan nüfus (% 15+ yaş nüfus)	Hava Kirliliği 2019 Kirlilik nedeniyle ölümler (100.000 nüfus başına)
Türkiye	28 ⁷	1.4	21.1 (28.8 ⁸)	49.9
ABD	8.8	9.5	33.5	14,5
Birleşik Krallık	12.7	10	25.9	21.4
İsviçre	19.1	8.5	11.3	16.0
İtalya	19.1	7.7	12	40.8
İspanya	19.8	10.5	14.9	19.0
Japonya	16.7	6.6	4.6	31.3
OECD	16.0	8.6	19.5	28.9
ORTALAMASI				

Tablo10'da yer alan sağlık riski faktörleri incelendiğinde günlük sigara içme oranları çoğu OECD ülkesinde düşmeye devam ederken, 15 yaş ve üzeri insanların ortalama %16'sı hala günlük sigara içiyor ve elektronik sigara tüketimi de yükselmektedir. ABD %8.8 ile en düşük sigara kullanma oranına sahipken Türkiye'de %25'in üzerinde olan sigara kullanma oranı dikkat çeken önemli bir konu olarak öne çıkar. Türkiye alkol kullanımında en %1.4 ile en düşük oranlardan biri olarak görülmektedir. Ancak obezite oranına bakıldığında Türkiye %21.1 Erkeklerde %28.8, ile ortalamanın üzerinde görünmektedir. Türkiye'nin hava kirliliğine bağlı ölüm oranı,

⁷ 2019 verisi

⁸ 2019 verisi Erkekler

OECD ortalamasının oldukça üzerindedir. Bu durum, hava kalitesinin iyileştirilmesi ve çevresel sağlık politikalarının güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Tablo 11. OECD genelinde bakıma erişim, 2021 (veya en yakın yıl) (OECD, 2023)

Ülke	Nüfus kapsamı Temel hizmetlere uygun nüfus (% nüfus)	Nüfus kapsamı, memnuniyet (2022) Nüfus, kaliteli sağlık hizmetlerinin mevcudiyetinden memnun (% nüfus)	Finansal koruma Zorunlu ön ödeme ile karşılanan harcama (% toplam harcama)	Hizmet kapsamı Tıbbi bakım için karşılanmamış ihtiyaçları bildiren nüfus (% nüfus)
Türkiye	98.8	53	78.8	2.4
ABD	91.3	75	83,6	Veri yok
Birleşik Krallık	100	67	83	Veri yok
İsviçre	100	94	67.7	0.5
İtalya	100	55	75.5	1.8
İspanya	100	64	71.6	1.1
Japonya	100	76	84.9	Veri yok
OECD	97.9	66.8	75.9	2.3
ORTALAMASI				

OECD'nin, OECD genelinde bakıma erişim tablosunda çoğu üye ülke temel sağlık hizmetleri için evrensel veya evrensele yakın kapsama ulaşmıştır. Ancak, sağlık hizmetlerinin kalitesi, erişilebilirliği ve finansmanı konularında ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. 2020 yılında, OECD ülkelerinde yaşayan bireylerin ortalama %67'si yaşadıkları bölgede kaliteli sağlık hizmetlerinin mevcudiyetinden memnun olduklarını belirtmiştir. İsviçre'de bu oran %90'ın üzerindeyken, Türkiye'de %53 dolaylarında kalmıştır. Genel olarak, memnuniyet düzeylerinde zamanla hafif bir azalma gözlemlenmiştir.

Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen bir diğer faktör, hizmetlere uygulanan maliyet paylaşımıdır. 2021 yılında, OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %75'i hükümet veya zorunlu sağlık sigortası planları tarafından karşılanmıştır. Ancak, Türkiye 78.8 ile OECD ortalamasının üstünde bir oranda olduğu görülmektedir.

Türkiye’de sağlık harcamalarında ağırlıklı yükün kamunun üstünde olduğu görülmektedir

Hizmet kapsamı açısından, karşılaştırılabilir verilere sahip 25 OECD ülkesinde, maliyet, mesafe veya bekleme süreleri nedeniyle sağlık hizmeti ihtiyaçlarının karşılanmadığını belirten nüfus ortalama %2,3 iken Bu oran Türkiye için %2,4 ile OECD ortalamasına yakındır. Sosyoekonomik eşitsizlikler de önemlidir; düşük gelirli bireyler, yüksek gelirli bireylere kıyasla sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla zorluk yaşamaktadır.

Bu veriler, sağlık hizmetlerinin sadece kapsama oranlarıyla değil, aynı zamanda hizmet kalitesi, erişilebilirliği ve finansal sürdürülebilirliğiyle de değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ülkeler arası farklılıklar, sağlık politikalarının etkinliğini ve toplumların sağlık hizmetlerine olan güvenini doğrudan etkilemektedir.

Tablo 12 Sağlık Sistemi Kapasitesi ve kaynaklar,2021 (OECD, 2023)

Ülke	Sağlık Harcamaları (2022)		Doktorlar	Hemşireler	Hasta Yatağı
	Kişi başına (ABD doları, satın alma gücü paritelerine göre)	% GSYİH	Uygulayan hekimler (1.000 nüfus başına)	Uygulayan hemşireler (1.000 nüfus başına)	(1.000 nüfus başına)
Türkiye	1 827	4.3	2.2	2.8	3.0
ABD	12 555	16.6	2.7	12	2.8
Birleşik Krallık	5 493	11.3	3.2	8.7	2.4
İsviçre	8 049	11.3	4.4	18.4	4.4
İtalya	4 291	9	4.1	6.2	3.1
İspanya	4 432	10.4	4.5	6.3	3
Japonya	5 251	11.5	2.6	12.1	12.6
OECD	4 986	9.2	3.7	9.2	4.3
ORTALAMA					
SI					

Tablo 12’de yer alan sağlık sistemi kapasitesi ve kaynakları tablosuna bakıldığında; ABD en çok sağlık harcaması yapan OECD üyesi olmuştur. Pandemi sonrası ekonomik zorluklar nedeniyle, birçok ülkede sağlık harcamalarının GSYİH

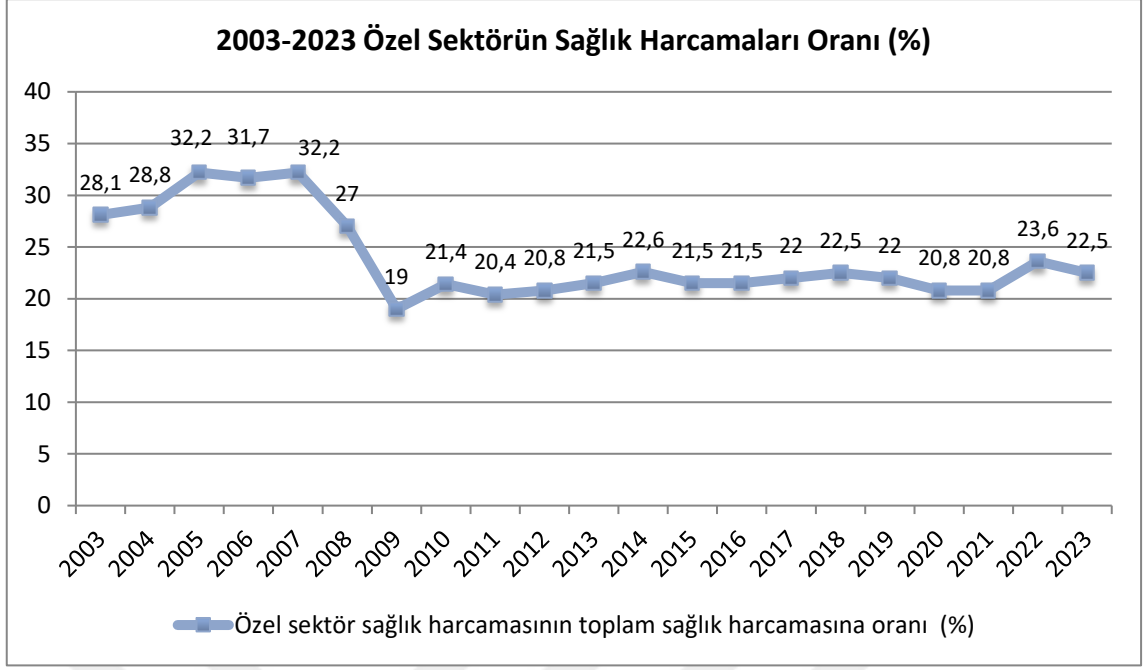
içindeki oranı azalmıştır. Türkiye sağlık personeli sayısı, sağlık harcamaları, ve hastane altyapısı açısından OECD ortalamalarının altında yer almaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Sağlık sisteminin güçlendirilmesi için sağlık harcamalarının artırılması, sağlık personeli sayısının yükseltilmesi ve hastane altyapısının geliştirilmesi gerekmektedir. Bu veriler, Türkiye'nin sağlık sistemi performansını değerlendirmek ve iyileştirme alanlarını belirlemek için önemli bir temel sunmaktadır.

Sağlık harcamaları ve altyapı, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği açısından önemli göstergelerdir. Ancak, bu kaynakların etkin kullanımı ve sağlık risk faktörlerinin yönetimi de sağlık sonuçlarını belirlemede kritik öneme sahiptir.

Sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri altyapısı ile sağlık sonuçları arasında genel bir ilişki bulunmaktadır. Ancak, sağlık alanında yapılan yüksek harcamalar her zaman doğrudan daha iyi sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmemektedir; bu noktada bireylerin maruz kaldığı sağlık risk faktörleri ile sağlık hizmetlerinin etkin, yerinde ve verimli kullanımı da sağlık çıktılarının iyileştirilmesinde belirleyici rol oynamaktadır.

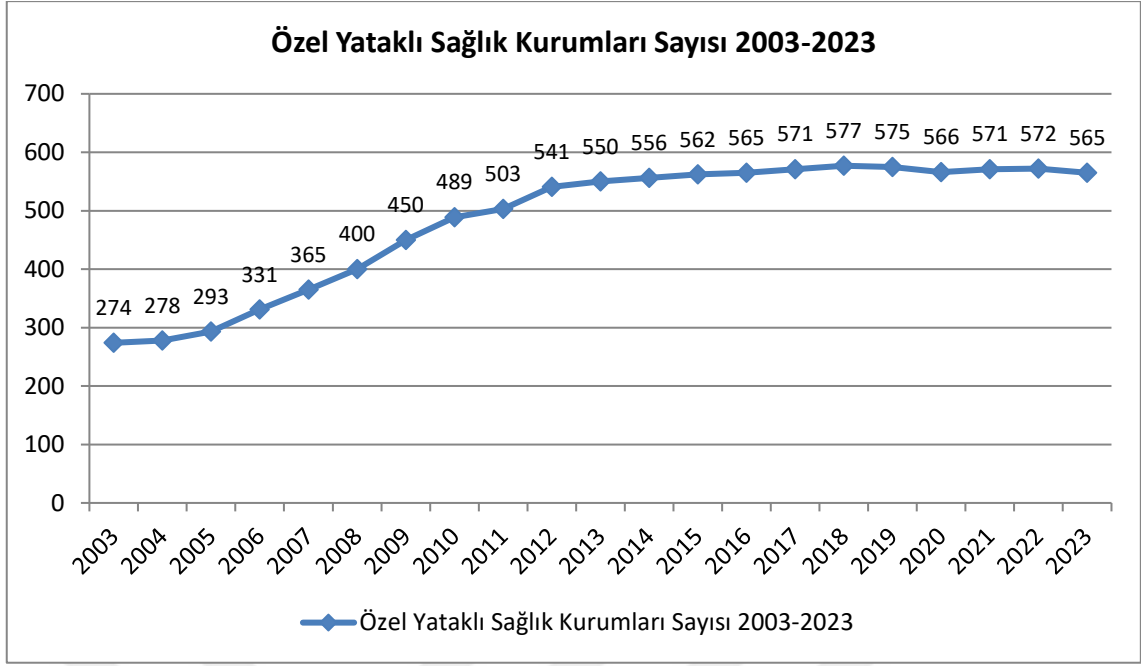
3.6. Özel Sektör

Toplam sağlık harcamasında özel sektör sağlık harcamasının oranı yıllar içinde dalgalı seyretmekle birlikte SDP'nin ilk yılları hızlı artış dikkat çekmektedir. (TÜİK, 2023). Birinci Basamak, toplum sağlığını koruma, çevre sağlığı konuları kâr oluşturan alanlar olmadığı için her zaman kamu eliyle yürütülen sağlık hizmetleri olmaya devam etmektedir.



Şekil 19 2003-2023 Özel Sektörün Sağlık Harcamaları Oranı (%) (TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2023, 2023)

Şekil 19’da özel sağlık sektörünün toplam sağlık harcamalarındaki oranı yer almaktadır. 2003 yılında %28,1 olan özel sektör payı, 2005’te %32,2’ye ulaşarak en yüksek seviyeye çıkmıştır. Ancak 2008’de keskin bir düşüş gözlenmektedir. Kamu kaynaklı sağlık harcamalarının artması ve Genel Sağlık Sigortası kapsamının genişlemesiyle ilişkilendirilebilir bu düşüşle 2009’da bu oran %19’a gerilemiş ve sonrasında %20-23 bandında dengelenmiştir. 2023 yılında %22,5 oranıyla özel sektörün payı geçmişe kıyasla nisbeten sabit bir yapıya kavuşmuştur. Bu oranlar Türkiye’de sağlık finansmanında kamu ağırlığının arttığını ve özel sektörün ise destekleyici bir rol üstlendiğini gözler önüne sermektedir.



Şekil 20 Özel Yataklı Sağlık Kurumları Sayısı 2003-2023 (TÜİK, Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları, 2025)

Özel sektörün sağlık hizmet sunumundaki payının artması, rekabet ortamının gelişmesine ve hizmet kalitesinin yükselmesine katkıda bulunmuştur. Özel hastaneler, rekabet avantajı sağlamak amacıyla ileri tıp teknolojilerine yatırım yapmış, bu durum Türkiye'deki sağlık teknolojisi altyapısının gelişmesine katkıda bulunmuştur.

3.7. Sağlıkta Büyümenin Sürdürülebilirliği

Sürdürülebilirlik kavramı olarak Latince “sustenare” kelimesinden gelmiş olup “ayakta durmak” veya “desteklemek” anlamlarındadır. Sürdürülebilirlik kavramının temel hedefi, mevcut kaynakların tükenmeden korunması ve gelecek nesillere aktarılabilmesi için bu kaynakların devamlılığının sağlanmasıdır. Genel anlamda sürdürülebilirlik; bir durumun ya da sürecin uzun bir zaman dilimi boyunca kesintiye uğramadan devam ettirilebilme kapasitesini ifade eder. Türkçede ise bu kavram, “süreklilik gösterme”, “devamlı olma” ya da “kalıcılığı sürdürme” anlamlarında kullanılmaktadır (Aydın M. , 2016).

Sağlık sektöründe sürdürülebilirlik; dış paydaş olan topluma karşı toplumsal sorumlulukla birlikte, iç paydaşlar olan çalışanlar ve hastalara karşı sorumluluğu da içeren çok boyutlu bir kavramdır. Sadece hizmet sunumu değil, bu hizmetin gerçekleştiği fiziksel ortam da sürdürülebilirlik açısından büyük önem taşımaktadır.

Doğru biçimde tasarlanmış ve çağın ihtiyaçlarına uygun altyapıya sahip sağlık tesisleri; verimli çalışmayı destekleyen, etkili sonuçlar doğuran ve uzun vadede korunabilir yapılar olmalıdır. Bu tür yapılar, çevresel, sosyal ve ekonomik açılarından işlevsel olup farklı paydaşların çeşitli beklentilerine uyum sağlayabilir nitelikte olmalıdır. Özellikle hastane binalarında tasarım, hem hasta memnuniyetini hem de çalışanların motivasyonunu etkilediği için sürdürülebilirlik kriterlerine göre şekillendirilmelidir. Bu kapsamda sürdürülebilir hastaneler, kullanıcıların konforunu, güvenliğini ve sağlığını önceleyen yapılar olarak öne çıkmaktadır. Dolayısıyla sürdürülebilirlik, günümüzde sağlık kuruluşları açısından yalnızca bir tercih değil, kurumsal bir zorunluluk haline gelmiştir (Tamer, 2020).

Finansal sürdürülebilirlik, sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri ile sınırlı kaynaklar arasında dengeli bir yönetim gerektirir. Bu dengeyi sağlamak için mevcut durumun performans ölçümleriyle analiz edilmesi ve buna göre planlamaların yapılması şarttır. Performans değerlendirmesi genel olarak teknik ve finansal olmak üzere iki ana kategoride ele alınır. Teknik performans, daha çok verimlilik ve personel gibi finansal olmayan unsurlara odaklanırken, finansal performans değerlendirmesi mali tablolar ve finansal veriler üzerinden gerçekleştirilir. Kamu hastanelerinde temel hedef, kaynakları en verimli şekilde kullanarak topluma maksimum fayda sağlamaktır. Özel hastaneler ise bu hedefin yanı sıra kâr maksimizasyonu yaparak kurum değerini artırmayı amaçlar. Bu farklı hedefler, hastanelerin finansal performanslarının ölçülmesi ve finansal durumlarının doğru şekilde ortaya konması açısından kritik bir önem taşımaktadır.

Sürdürülebilirlik konusunda bakılan alan harcamalardır; toplam sağlık harcamalarının, kamu sağlık harcamalarının, kamu sağlık harcamalarının GSYH oranları. Bu harcamaların kamu gelirleri içindeki oranı, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı gibi göstergelerdir.

3.8. Güçlü Yönler Zayıf Yönler Fırsatlar ve Tehditler

Sağlık kurumları, belirsizliğin yüksek olduğu açık sistemlerdir. Stratejilerini gerçekleştirmek isteyen sağlık kurumlarının dış çevresindeki (demografik, ekonomik, politik-yasal ve sosyokültürel) fırsat ve tehditleri değerlendirebilmeli ve iç çevresini

(müşteriler, rakipler, dağıtıcılar ve tedarikçiler) iyi izlemek zorundadır. Ayrıca kendi üstün ve zayıf yönlerini de iyi bilmesi gerekmektedir.

Tablo 13 Türkiye Sağlık Sektörü GZFT Analizi (Songur, Top, & Tekingündüz, 2013)

<u>Güçlü Yönler</u>	<u>Zayıf Yönler</u>
Deneyimli ve uzman araştırma hastanelerinin varlığı	80 milyondan fazla insanın sağlık verilerinin raporlama amaçlı ve büyük veri olarak kullanılmıyor olması
Özel sağlık sektöründe faaliyet gösteren çok sayıda hastane ve uluslararası yatırımcıların Türkiye pazarına girişi	Kamu sağlık hizmetlerinin kapasite ve hizmet yükü açısından aşırı baskı altında olması
Uluslararası sağlık yatırımcılarının Türkiye’de güçlü bir şekilde konumlanması	Önleyici sağlık politikalarının yeterince yaygınlaşmamış olması. Güçlü bir sevk sisteminin olmaması.
Sağlık hizmetlerine erişimin giderek artması	Sağlık personelinin sayısal ve nitelik olarak yetersizliği
Sağlık turizminin politika yapıcılar tarafından desteklenmesi	Nüfusun yaşlanması sonucu kronik hastalıklarda artış beklentisi
Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı yöneticilik uygulamalarının benimsenmesi ve başarısız yöneticilerin görevden alınması	Atama ve görevlendirmelerde liyakate gerekli önemin verilmemesi.
<u>Fırsatlar</u>	<u>Tehditler</u>
Uluslararası yatırımcıların sağlık sektörüne olan ilgisinin sürmesi	Özel sağlık hizmet sunucularının finansal kaynak bulma konusunda yaşadığı zorluklar nedeniyle el değiştirmesi ve bunun kaliteye olumsuz yansması
Genç nüfusun sağlık hizmetlerine talebinin devam etmesi	Son yıllarda uzun vadeli stratejik planlamalarda süreklilik eksikliği yaşanması
Sağlık hizmetlerinde standardizasyonu sağlamak amacıyla sağlık protokollerinin oluşturulması	Tıbbi malzeme, teknoloji ve hizmet maliyetlerinin sürekli artarak finansal sürdürülebilirliği zorlaştırması Bölgesel çatışmalar ve siyasi istikrarsızlıkların sağlık sektörüne olumsuz etkileri Nüfusun yaşlanması nedeniyle kronik hastalık yükünün artması

Tablo 13-14-15 de Songur ve diğerlerinin (2013) Türkiye’de sağlık sektöründe sağlık hizmetleri, sağlık sigortacılığı sektörü, sağlık turizmi sektörü alanlarında GZFT analiz örnekleri sunulmuştur. GZFT analizi sonucunda yöneticiler veya politika yapıcılar; güçlü yönleriyle fırsatları değerlendirmeye çalışmalı ve aynı zamanda tehdit oluşturabilecek durumlara karşı da zayıf yönlerinin farkında olma yoluyla tehditlerden kaçınma yoluna başvuracak yada önlem almaya çalışıp güçlendirme konusunda çaba sarf etmelidir.

Tablo 14 Türkiye Sağlık Sigortası GZFT Analizi (Songur, Top, & Tekingündüz, 2013)

<u>Güçlü Yönler</u>	<u>Zayıf Yönler</u>
Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasında önemli ve yetkili bir rol üstlenmesi Sağlık hizmetlerine erişim talebinin giderek artması	Sosyal Güvenlik Kurumu'nun hastaneler arasında fiyat rekabeti yaratamaması Geniş kapsamlı Genel Sağlık Sigortası nedeniyle özel sağlık sigortasına yönelik talebin sınırlı olması
Artan satın alma gücü ve ekonomik büyüme sayesinde sağlık hizmetlerine olan talebin yükselmesi Kapsamlı nüfusu içine alan Genel Sağlık Sigortası uygulamasının yaygınlığı	Kurumun hastanelere yaptığı ödemelerde adil dağıtım sağlamada yetersizlikler bulunması Türkiye genelinde sağlık sigortası kapsamının bölgesel farklılıklar göstermesi ve bazı bölgelerde sınırlı kalması
Sağlık hizmetleri fiyatlandırmasında Sosyal Güvenlik Kurumunun etkin rolü ve yetkisi.	
<u>Fırsatlar</u>	<u>Tehditler</u>
Kamu sağlık harcamalarındaki artışa alternatif çözümler geliştirme ihtiyacının doğması	Risk değerlendirmesi için yeterli verinin bulunmaması nedeniyle sağlıklı ve sürdürülebilir bir sağlık sigortası piyasasının oluşamaması
Tamamlayıcı sağlık sigortası ürünleri aracılığıyla sigorta pazarının genişleme ihtimali	Özel sağlık hizmet sunucularının, özel sağlık sigortası şirketleri üzerindeki baskıları neticesinde artan fiyatlar ve sonuç olarak düşen pazar hacmi
Tamamlayıcı sağlık sigortası ürünleri aracılığıyla sigorta pazarının genişleme ihtimali	

Tablo 15 GZFT Matrisi (Songur, Top, & Tekingündüz, 2013)

Eşleştir	
Güçlü Yönler	Fırsatlar
↕ Dönüştür	↕ Dönüştür
Zayıf Yönler	Tehditler

Tablo 16’da yer alan GZFT matrisinde Güçlü yönler, Fırsatlar (GF), Zayıflıklar, Fırsatlar (ZF), Güçlü Yönler, Tehditler (GT), Zayıflıklar, Tehditler (ZT) stratejileri olup, bunların tanımları şu şekildedir (Aydın S. , 2012);

GF Stratejisi (Güçlü yönler-Fırsatlar): Güçlü yönlerin fırsatlardan en büyük faydayı elde etmek için kullanılması stratejisidir.

ZF Stratejisi (Zayıflıklar-Fırsatlar): Zayıf yönleri mümkün olduğunca azaltırken, aynı zamanda dış çevreden gelen fırsatları en iyi şekilde değerlendirmeyi amaçlayan stratejik yaklaşımdır.

GT Stratejisi (Güçlü yönler Tehditler): karşılaşılan tehdit ve risklere karşı kurumun güçlü yönlerini kullanarak etkili çözümler geliştirmeyi ve bu tehlikelerin olumsuz etkilerini azaltmayı hedefleyen stratejidir.

ZT Stratejisi (Zayıflıklar- Tehditler): Bu matrisinin savunmaya dönük stratejisidir. Zayıf yönlerini azaltmaya odaklanırken, aynı zamanda karşı karşıya olduğu tehditlere karşı koruyucu ve önleyici tedbirlerin geliştirilmesini amaçlayan stratejidir.

Sağlıkta büyüme konusunda riskler genel olarak ele alındığında; finansal baskı ekonomik belirsizlikler, artan sağlık ihtiyaç ve beklentilerine oranla personel yetersizliği, kronik hastalıklardaki artış ve yaşlanan bakıma muhtaç nüfusta yaşanan artış, teknolojiye baş döndürücü gelişmeler karşısında dijital dönüşümü daha yavaş gerçekleştiren bir sağlık sistemi gibi başlıklardan da bahsedilebilmektedir. COVID-19 pandemisi, sağlık sistemlerinin dayanıklılığını test etmiş ve birçok ülkede sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payını artırmıştır. Ancak, ekonomik toparlanma sürecinde bu harcamaların sürdürülebilirliği sorgulanmaktadır.

Tablo 15 Türkiye sağlık turizmi sekt6r6 GZFT Analizi (Songur, Top, & Teking6nd6z, 2013)

<u>G6çl6 Y6nler</u>	<u>Zayıf Y6nler</u>
Termal kaynaklar bakımından Avrupa’da lider, d6nya genelinde ise 6st sıralarda yer alma.	Yurtdışında sağlık turizmi imkanlarının yeterince tanıtılamaması.
Sağlık turizmiyle ilgili d6zenlemelerin oluşturulmuş olması..	Sağlık turizmi için kurumsal altyapının ve organizasyonun yetersiz kalması.
Uygun iklim koşulları ve zengin tarih6-turistik cazibe merkezlerine sahip olma.	Sağlık turizmi açısından kurumsal yapı yetersizlikleri.
Joint Commission International (JCI) akreditasyonu alan hastaneler bakımından d6nyada ikinci sırada yer alma.	Sağlık turizmi alanında politika ve stratejilerin hen6z yeni ve sınırlı olması.
Sağlık hizmetlerinde maliyetlerin g6rece d6ř6k olması.	Sağlık personeli sayısının (doktor, hemşire vb.) yeterli seviyede olmaması.
6zel sağlık kuruluşlarının kalitesinin uluslararası standartlara yaklaşması ve rekabet g6c6n6n artması.	Devlet, sivil toplum kuruluşları ve sekt6r paydaşları arasında sağlık turizmde işbirliğinin tam sağlanamaması.
<u>Fırsatlar</u>	<u>Tehditler</u>
Bilgi ve deneyim transferinin (know-how) artması.	Malpraktis (tıbbi hata) ile ilgili yasal yaptırımların yetersiz olması ve hukuki risklerin devam etmesi.
6lkeye d6viz kazandıran ekonomik fırsatlar.	6zel sağlık kurumlarındaki talep artışı nedeniyle sağlık hizmeti maliyetlerinin y6kselmesi riski.

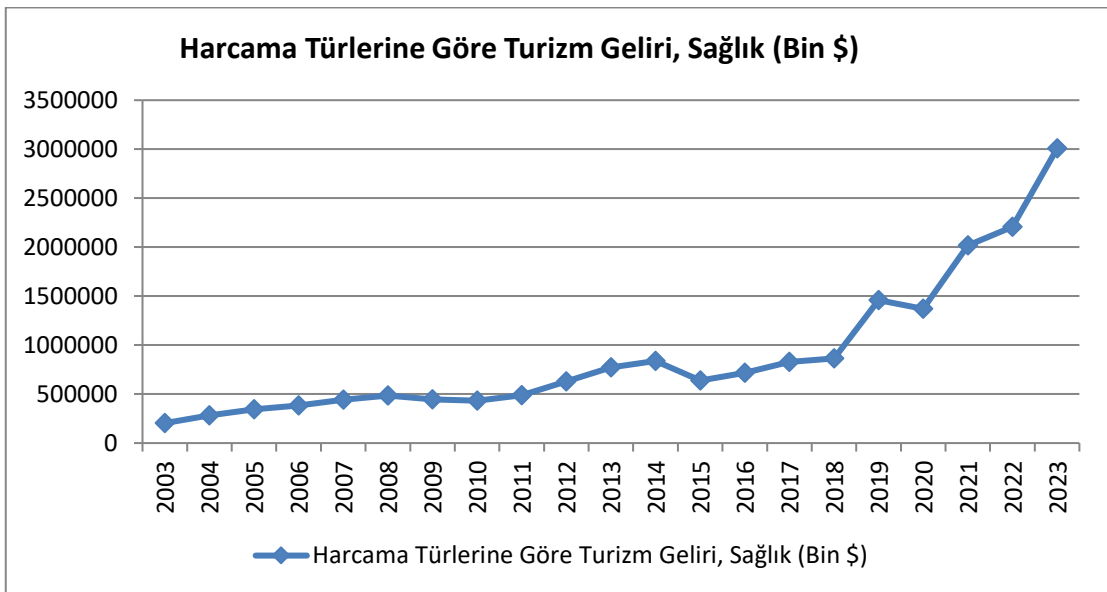
Sağlıkta b6y6me konusunda fırsatlar konusunda ilk akla gelen sağlık turizmi olmaktadır. 2003 yılında T6rkiye’ye gelen sağlık turisti sayısı, g6n6m6zdeki rakamların oldukça altında kalmaktadır. Son yıllarda T6rkiye, sağlık turizmi alanında istikrarlı bir b6y6me sergileyerek daha fazla uluslararası hastaya hizmet vermektedir. 6zellikle 2020 yılında yaşanan Covid-19 pandemisi sonrasında sağlık sisteminde ve altyapısında gerçekleştirilen iyileştirmeler, uluslararası hasta sayısının artmasına 6nemli katkı sağlamıştır. 2023 yılında T6rkiye’den sağlık hizmeti alan hasta sayısı 1.538.643 kişi olarak kaydedilmiştir. 2024 yılının ilk altı ayında ise sağlık turisti sayısı 801.723’e ulaşmış olup, bu sayı 2023 yılının aynı d6nemindeki 788.386 kişiden daha y6ksektir (şekil 21). Bu veriler, T6rkiye’nin sağlık turizmi sekt6r6nde her geçen yıl daha fazla uluslararası hastaya ulaşarak b6y6mesini s6rd6rd6đ6n6 açıkça ortaya koymaktadır (Uluslar Arası Sağlık Turizmi Enstit6s6, 2024) Bu artış, hem 6lkenin sağlık

altyapısındaki gelişmeler hem de sağlık turizmi alanındaki tanıtım ve hizmet kalitesinin yükselmesiyle doğrudan ilişkilidir. Ayrıca, pandemi sonrası dünyada sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan değişiklikler de Türkiye'nin bu alandaki cazibesini artırmıştır.

Şekil 21 Uluslararası Hasta Sayısı (USHAŞ, 2023)



Şekil 22 Harcamalara Göre Turizm Geliri, Sağlık (Bin Dolar) 2003-2023 (TÜİK, Turizm İstatistikleri, 2024)



Şekil 22’de 2003–2023 yılları boyunca Türkiye sağlık turizmi gelirlerinde dikkat çekici bir artış sağlamıştır. Türkiye'nin sağlık turizmi geliri 2003 yılında yaklaşık 204 milyon dolar iken, 2023 yılında bu tutar yaklaşık 15 kat artış göstererek 3 milyar doları aşmıştır. Bu dikkat çekici büyüme, özellikle 2017 sonrası daha da hızlanmıştır. 2019'daki 1,4 milyar dolarlık gelir 2021'de 2 milyar doları, 2023'te ise 3 milyar doları aşmıştır. 2020’de Covid-19 pandemi olumsuzluklarına rağmen düşüş sınırlı kalmış, sonrasında hızlı bir toparlanma gerçekleşmiştir. Bu oranlarda en çok özel sektörün ve estetik cerrahinin başı çektiği bilinen bir gerçektir.

Türkiye’nin modern sağlık altyapısı, nitelikli sağlık profesyonelleri, batıya oranla uygun maliyetli tedavi olanakları ve yüksek uluslararası hasta memnuniyeti bu büyümenin temel dinamikleridir. Türkiye'nin sağlık turizmi sektörü, kaydettiği bu büyüme ile küresel sağlık hizmetleri pazarındaki konumuna ve ülkenin ekonomik kalkınmasına büyük bir katkı sağlamıştır. Türkiye uluslararası hastalar için cazip bir konum haline gelmiştir. Sağlık turizmi, doğrudan döviz girdisi sağlamanın yanı sıra, konaklama, ulaşım ve yeme-içme gibi sektörlerde de ekonomik canlılık yaratmaktadır. Ancak, sektördeki büyüme ile gelen sağlık turizmi hizmetlerinin pazarlanmasında yaşanan yetersizlikler ve hasta memnuniyetine yönelik standartların eksikliği örnekleri gibi bazı tehditler Türkiye'nin bu alandaki rekabet gücünü olumsuz etkileyebilir.

Gelecek perspektifinde, Türkiye'nin sağlık turizminden elde ettiği geliri artırması için, uluslararası akreditasyonların yaygınlaştırılması, dijital pazarlama stratejilerinin geliştirilmesi ve hasta deneyiminin iyileştirilmesine yönelik yatırımların artırılması gerekmektedir. Bu adımlar, Türkiye'nin sağlık turizminde sürdürülebilir bir büyüme yakalamasına ve küresel pazardaki konumunu güçlendirmesine katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak, Türkiye'nin sağlık turizmindeki mevcut başarısını sürdürebilmesi ve gelecekte daha büyük pay alabilmesi için fırsatları değerlendirmesi ve mevcut tehditleri bertaraf etmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda atılacak adımlar, ülkenin sağlık turizminde küresel bir merkez olma hedefini destekleyecektir.

Çalışmanın bu bölümünde yer alan grafikler ve yorumlamalar ışığında bu bölümü özetlemek gerekirse Türkiye’de 2003-2023 döneminde sağlık sektöründe yaşanan dönüşüm süreci, harcama düzeylerindeki artışın yanı sıra; sağlık hizmet sunumu, finansman yapısı, insan kaynağı gelişimi, sağlık çıktılarında iyileşmeler ve özel sektörün artan rolüyle birlikte çok boyutlu bir büyümeyi de beraberinde getirmiştir.

Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payındaki artış, bir dönem kamu-özel işbirliği modelleriyle altyapının yenilenmesi-yeni hastanelerin yapılması, hizmet kalitesinin artırılması ve uluslararası sağlık turizmi gelirlerindeki belirgin artış, bu büyümenin önde gelen göstergelerindendir. Bununla birlikte, sağlık sektöründe yaşanan büyüme bazı riskleri ve sürdürülebilirlik sorunlarını da beraberinde getirmiştir. Özellikle finansal kaynakların verimli kullanımı, kamu-özel sektör dengesinin korunması, sağlık profesyonelleri ihtiyacı açısından nitelikli insan gücü ihtiyacının karşılanması ve sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye olan etkisinin dikkatlice analiz edilerek değerlendirilmesi gerekmektedir. Tüm bu göstergeler doğrultusunda, Türkiye sağlık sektörünün önümüzdeki dönemde büyümeye devam edebilmesi için güçlü yönlerinin stratejik biçimde değerlendirilmesi, karşılaşılan tehditlerin etkin politikalarla yönetilmesi ve sağlık sektörü ile ilgili planlamanın veriye dayalı bir bakış açısıyla yürütülmesi çok önemlidir. Bu süreçte, sağlıkta büyüme sadece nicel değil, aynı zamanda niteliksel desteklenmeli ve sağlıklı bir toplum için vatandaşların yaşam kalitesini artıracak sürdürülebilir modeller öncelikli hale getirilmelidir.

4. SONUÇ VE POLİTİKA ÖNERİLERİ

Türkiye'de özel sağlık sektörü, 2003-2023 döneminde önemli bir büyüme ve dönüşüm geçirmiştir. Özel hastane sayısı ve yatak kapasitesindeki artış, teknolojik yatırımlar, birleşme ve satın alma faaliyetleri, halka arzlar ve sağlık turizmi alanındaki gelişmeler, sektörün dinamik yapısını göstermektedir (Sağlık Bakanlığı).

Kamu yatırımları ve özel sektör yatırımlarının artmasıyla desteklenen Türkiye'de sağlık sektörünün finansal büyümeye rağmen sağlık harcamaları OECD ortalamalarının altında olması sektörün daha fazla büyüme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Türkiye'de sağlık yatırımları ve harcamalarının etkinlik ve verimlilik ilkeleri doğrultusunda artırılması gerektiği ortaya konmaktadır (Çetinkaya, 2023). Sağlık harcamalarının artırılabilmesi için, sağlık hizmetlerinde başlıca pay sahibi olan kamu kesimine ek kaynak sağlanması gerekmektedir. Kamu finansmanının büyük ölçüde vergi gelirlerine dayandığı göz önüne alındığında, bu ihtiyacın karşılanması için kayıt dışı ekonominin önlenmesi, bazı mal ve hizmetlerde (sigara, alkol, piyango gibi mal ve hizmet satışlarından) çok küçük miktarlarda sağlık hizmetlerine pay aktarılması (örneğin TRT fonu benzeri bir model) değerlendirilebilir.

Sağlık sektörü paydaşlarının görüşlerinin alındığı bir çalışmada (Özer & Yıldırım, 2016) paydaşlar; sağlık hizmetlerinin gereksiz veya kötüye kullanımı engellenerek, kayıt dışı ekonomiye karşı alınacak etkili önlemlerle, hizmet sunumunda daha etkili ve verimli yolların benimsenmesiyle, bütçenin etkili ve yaygın bir şekilde kullanılarak ve istihdamın artırılarak finansal sürdürülebilirliğin sağlanabileceğini belirtmişlerdir.

Kamu hastaneleri kâr amacı gütmeyen kurumlar olsa da performans kriterleri önemsenmektedir fakat bu yeterli değildir. Kamu kurumlarının özel sektörün rekabet ve kar amacı güden yönetim mantığına uygun satışlarını artırma ve maliyetleri azaltılmak için yeni yöntemler oluşturmaları israfı önlemek için adımlar atmalıdırlar. 2023 yılı itibari ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane sayısının 933 olduğu göz önünde bulundurulduğunda her bir hastanede göz ardı edilen gereksiz küçük israf ve harcamaların bile toplamda ne denli büyük meblağlara ulaşabileceği açıktır. Bu tasarruf

ve kâr güden yöntemler kamu üzerindeki yükün azaltılmasında son derece etkili olabilecektir.

Dünya Sağlık Örgütü Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye'nin çok kısa bir zaman içerisinde sağlık sistemi ve sağlık sistem çıktılarını önemli ölçüde iyileştirdiği ve böylece ancak birkaç ülkenin başarabildiği bir sonuca ulaştığı (WHO Regional Office for Europe , 2012) yorumunda bulunur. Bu büyük bir başarı olmakla birlikte zamanla ortaya çıkan sorunlar nedeniyle var olan politikaların revizyonu ve yeni politikalar gerekliliği ortaya çıkmıştır. Sağlık sektöründeki büyüme ve dönüşüm süreci; finansal sürdürülebilirlik sorunları, insan kaynakları zorlukları, kalite standartları ve denetim eksiklikleri, etik sorunlar ve düzenleyici çerçevedeki belirsizlikler gibi sorunlar ve zorlukları da beraberinde getirmiştir.

SDP kapsamında, özel hastanelerin SGK ile anlaşmalar yapıp ödemeler yapması, özel sektörün büyümesini teşvik etmiş ve sağlık hizmet sunumundaki rolünün güçlenmiştir. Ancak, bu durum sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi, eşitsizlikler gibi tartışmalara da yol açmıştır. İstanbul'da birçok bebeğin, hekim ve sağlık çalışanlarının da içinde bulunduğu bir çete tarafından tıbbi bir gerekçe veya ihtiyaç olmamasına karşın özel hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerine yönlendirildiği bu sayede de Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan ve bebeklerin ailelerinden haksız gelir kazandığı bir skandal yaşanmış. Bu durum bebeklerin bir kısmının yoğun bakımda hayatını kaybetmesi ile fark edilmiştir. Bu olay bahsedilen sorunların somut bir yansıması olarak değerlendirilebilir (Türk Tabipler Birliği, 2024). Özel sağlık sektörünün geleceği, bu sorunların çözümüne ve fırsatların değerlendirilmesine bağlıdır. Finansal sürdürülebilirliğin sağlanması, insan kaynakları yönetiminin iyileştirilmesi, kalite standartlarının yükseltilmesi, etik değerlerin güçlendirilmesi ve düzenleyici çerçevenin geliştirilmesi, sektörün sürdürülebilir büyümesi için kritik öneme sahiptir.

OECD (2023) 'nin Türkiye sağlık politika önerileri şu şekildedir; Türkiye için, kamu ve özel sektörün dengeli bir biçimde yer aldığı karma finansman modeli önerilmeli ve kamu özel sektörü teşvik etmelidir. SDP'nin sürdürülebilirliği için mali planlama ve vergi tabanının genişletilmesi (kayıt dışının engellenmesi, üretimin artırılması, girişimcilere teşvikler verilmesi gibi yöntemlerle) elzemdir. Hizmet kalitesi ve erişilebilirliğin artırılması kapsamında niceliksel büyümeden çok niteliksel

büyümeye öncelik verilmelidir. Sağlık harcamalarının kontrolü için uzun vadeli yeni yapısal reformlar yapılmalıdır. .

Toplumun ücretsiz, adil, erişilebilir ve kaliteli sağlık hizmetine ulaşabilmesi için sağlık sisteminin temeline koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi yerleştirilmelidir. Bu sistemde, sağlık çalışanlarının güvenli, güvenceli ve insana yakışır çalışma koşullarına sahip olması sağlanmalı; sağlık hizmetlerinin niceliğinden çok niteliği ve toplum sağlığına katkısı esas alınmalıdır. Türkiye, hem ekonomik kapasitesi hem de insan kaynağıyla böyle bir sistemi hayata geçirebilecek potansiyele sahiptir. Bu yaklaşım, yalnızca bireylerin sağlığı için değil, toplumun genel refahı ve sağlık sisteminin uzun vadeli sürdürülebilirliği açısından da kritik önemdedir (Türk Tabipler Birliği, 2024).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın her bir insan için temel hak olduğunu beyan etmektedir. Ancak sağlık alanının piyasaya açılması bu hakkın özünü zedeleyebilecek bazı olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Piyasa dinamiklerinin egemen olduğu bir sağlık sisteminde, sağlık hizmeti bir hak olmaktan çıkıp satın alınabilir bir meta haline gelir. Bu durum, ekonomik gücü yeterli olan bireylerin daha nitelikli ve hızlı hizmet almasına olanak tanırken, maddi imkânı kısıtlı bireylerin sağlık hizmetine erişimini zorlaştırabilir. Böylece, sağlık hizmetleri eşitlik ilkesinden uzaklaşarak, sosyal adalet açısından sorunlu bir yapıya dönüşebilir (Erol & Özdemir, 2014).

Türkiye'nin sağlık harcamalarına daha fazla kaynak ayırması yönündeki toplumsal ve politik baskı giderek artarken, mevcut kamu bütçesinden bu alana aktarılabilecek kaynakların sınırlı olması önemli bir sorun olarak tartışılmaktadır. Bir sektöre daha fazla kaynak sağlamanın üç temel yolu bulunmaktadır: Birincisi, farklı sektörlerden veya fonlardan sağlık alanına kaynak aktarmaktır. İkincisi, sağlık sektörünün kendi gelirini artıracak şekilde yapılandırılması ve sürdürülebilir finansal modellerle desteklenmesidir. Üçüncüsü ise mevcut kaynakların daha etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasıdır. Türkiye’de kamu bütçesinin yapısal kısıtları nedeniyle birinci ve ikinci yolun uygulanabilirliği sınırlı kalmakta, bu nedenle üçüncü yol olan kaynakların verimli kullanımı daha da önem kazanmaktadır. Ancak, Türkiye’de sağlık alanında kaynak kullanımının etkililiğini değerlendiren araştırmalar yetersizdir. Bu alandaki boşlukların doldurulması, sadece mevcut kaynaklarla daha fazla hizmet

sunulmasını değil, aynı zamanda sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamayı da mümkün kılacaktır. Bu nedenle, sağlık sektörünün her bir faaliyet alanında verimlilik ve etkinlik odaklı detaylı çalışmalar yapılması bir gereklilik haline gelmiştir (Yıldırım S. , 1994).

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla ilk on yılda hızlı bir büyüme grafiklere yansırken sonraki yıllarda aynı hızla büyüme gözlenmemektedir bu da sağlıkta dönüşümde yeni bir faza geçme gereğini ortaya koymaktadır.

Politika Önerileri:

Hekimler ile idare, hekimler ile diğer sağlık profesyonelleri ama en çok da hasta hekim olumsuzlukları iletişim problemlerini çözmek için yeni bir zemin oluşturulmalıdır. Bu alandaki çalışmalar sağlıkta şiddeti önleme konusunda da önem arz etmektedir.

Performans yönetimi konusunda yeni düzenlemeler yapılmalı ve adil bir ceza(yaptırım), ödül sistemi oluşturmalı böylece idareci, hekim veya diğer sağlık personelleri arasında özverili çalışanları teşvik eden ve bu çalışma stilini özendirici hale getirilmelidir. Aynı şekilde düşük performans sergileyen hatta iş yerine yabancılaşan çalışanlar için eğitim, uyarı, ceza(yaptırım) sıralaması uygulanmalıdır. Aksi halde çalışan ve çalışmayanın aynı muameleyi gördüğü aynı maaşı aldığı çalışma alanlarında iş barışı bozulacak çalışan motivasyonu düşecek ve verim etkinlik hızla azalacaktır. Nitekim çalışanlar arasındaki sahadaki en büyük sorunlardan biri bu olmaktadır hatta nitelikli sağlık profesyonelleri bu nedenle özel sektöre kaymaktadır. Özel sektör için kazanç olan bu durum kamu için nitelikli işgücü kaybıdır. Performans ödeme sisteminde gereken iyileştirmeler de bu konu kapsamındadır.

Sağlık bilgi sistemi yeni teknolojilere uyumlandırılarak çok daha yaygın ve etkin kullanılması gerekmektedir. Örneğin; bir yazılımla elektronik ortamda yapılabilecek birçok işlem, teknoloji çağı olan günümüzde kamuda matbu evraklar üzerinden yapılmaya devam edilmektedir. Bu alışkanlık zaman kaybı, emek israfı, kâğıt israfı gibi birçok kayba sebep olmaktadır. Net bir örnek verilmek gerekirse TDMS (Tek düzen Muhasebe Sistemi) adında tamamen sağlık bakanlığı bünyesinde geliştirilmiş çok kullanışlı muhasebe yazılımı, işleri kolaylaştırmakla birlikte, sistemde yer alan alımla ilgili matbu evrak imzadan geçirilip taranarak sisteme yüklenmeye ve bir nüsha da arşiv

için saklanmaya devam edilmektedir. Aynı şekilde sağlık bakanlığı bünyesinde işlevsel bir yazışma yazılımı olan DYS (Dosya Yönetim Sistemi) de elektronik ortamda yazılan, e-imza ile imzalanan, sistem üzerinden diğer kurumlara gönderilen belgelerin saymanlıkça matbu olarak ayrıca istenmesi, arşivin hala matbu olarak tutulması gibi sorunlar sahada devam etmektedir. Yapay zekâ çağı olarak adlandırılan günümüzde işlemlerin veri güvenliği ve yedekleme konularını göz önünde bulundurarak teknoloji kullanımını yaygınlaştırmamız gerekmekte çalışanları da bu duruma eğitimle adapte etmek gerekmektedir.

Artan hizmeti talebi ve beklentilerini karşılamak için sağlık alt yapısını, sağlık profesyonellerinin sayısını arttırmak, teknoloji kullanımını yaygınlaştırmak gibi çözümler gerekli olmakla birlikte yüksek maliyetli ve zaman alan çözümlerdir. Fakat vatandaşların sağlık okur yazarlığını arttırmak, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını önleme yolunda gerekli ve önemli bir adımdır. Sağlık alanında kötüye suiistimali ve gereksiz başvuruyu engelleyecek yönde önlemler alınması ile sağlık hizmeti talebindeki balon artışı azaltmak, sahada tüm sorunların ana kaynağı olan iş yükünü azaltacağı hem talebi azaltmasıyla daha az maliyetli, hızlı sonuçlar almayı sağlayacak yöntemlerdir.

Aktif/Pasif Sigortalı oranını iyileştirmek için Aktif sigortalı sayısını artırıcı kayıt dışı istihdamla mücadele, kadın istihdamının teşviki, gençlere yönelik iş programları gibi politikalar oluşturulmalıdır. Emeklilik sisteminde, daha geç emeklilik ve prim gün sayısında artış gibi yapısal düzenlemeler sürdürülebilir bir SGK yapısı için gereklidir.

Sağlık çalışanlarının sayısındaki niceliksel artış olumlu bir gelişme olarak görülse de nitelik, personel dağılımdaki eşitsizlik gibi sorunlar ayrıca, sağlık çalışanlarının tükenmişliği, iş memnuniyeti ve motivasyonuna dair sorunlar da artmakta alan yazında bu konularda birçok çalışma bulunmaktadır.

KÖİ modeli uygulanırken yapılan sözleşmelerde kullanıcı fiyatları koşullar göz önünde bulundurularak ve kamu faydası aranarak belirlenmelidir. Ayrıca kamu garantilerinin de olumsuz etkilerine dikkat edilmelidir. KÖİ, kamu hizmetlerinin finansman sorunlarını çözmede başvurulabilecek tek araç değildir. Gelişmekte olan ülkelerin kamu finansman sorunlarının asıl çözümü vergi gelirlerini arttıracak üretimi arttırmak ve kayıt dışının önüne geçmektir. Şehir hastaneleri gibi büyük hastane yatırımlarında bölgesel eşitsizliklerin azaltılması için yatırımların büyük şehirlerde yoğunlaşmaması gerekmektedir.

Sağlık bakım hizmetlerinde yükün büyük bir kısmının kamunun üstünde olduğu açıktır buna karşın önerilen liberalleşme de çözüm değildir. Kamunun amir yürütücülüğü olmaksızın sadece serbest piyasa ekonomisi ile sağlık bakım hizmet sunumunda ve toplum yararını öncelemede yeterli olmayacağı açıktır. Kamunun düzenleyici rolünün etkili ve kararlı olduğu, özel sektörün etkin olduğu hibrit bir sağlık sistemi güçlü denetim mekanizmalarıyla gerçekleştirilmelidir.

Özel hastanelerin finansal durumunu analiz eden bir çalışmada (Özgülbaş, Koyuncugil, Duman, & Hatipoğlu, 2008) şu önerilerde bulunmaktadır; Türkiye sağlık sisteminin daha dengeli, erişilebilir ve sürdürülebilir hale gelmesi için hastanelerin finansal yönetim kapasitelerini güçlendirmeleri gerekmektedir. Öz kaynak kullanımının sermaye maliyetini artırma riski, hastaneleri alternatif finansman kaynaklarını, özellikle de yabancı kaynakları değerlendirmeye yöneltmelidir. Alacak tahsilat sürecindeki gecikmeler, yalnızca kamu değil, özel hastaneler için de ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Sosyal güvenlik kurumlarının ödemelerindeki gecikmelere rağmen, hastanelerin sözleşme yönetimi ve alacak takibinde daha sistematik, bilimsel yöntemleri benimsemeleri elzemdir. Mali yapının güçlendirilmesi için likiditenin korunması, giderlerin etkin kontrolü ve stratejik finansman planlaması ön plana çıkmaktadır. Bu bağlamda, hastanelerde finansal yönetim bilgi ve becerisine sahip yöneticilerin görevlendirilmesi veya mevcut yöneticilerin hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi önem taşımaktadır. Sonuç olarak, bu öneriler doğrultusunda sağlık sisteminde daha sağlam ve sürdürülebilir bir büyümenin temelleri atılabilir. Gelecek araştırmaların ise zaman serilerine dayalı olarak sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini analiz etmesi önerilmektedir.

5.KAYNAKLAR

- 1) Acar, N., & Turan, A. (2016). Sağlık çalışanlarının sağlık turizmi farkındalığı üzerine bir araştırma: Ahi Evran üniversitesi eğitim ve araştırma hastanesi çalışanları örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 17(1), 17-36.
- 2) Akar , S. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yönetim Ve Ekonomi Dergisi*, 21(1), 311-322.
- 3) Akbayrak, M. K. (2022, Mayıs). Sağlıkta Dönüşüm Yönetimi Performansının Karşılaştırılması: Türkiye ve ABD Örneği . *Doktora Tezi*, s. 1-400.
- 4) AKDAĞ, P. D. (2012, Aralık). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003–2011)* , 2012). 05 13, 2025 tarihinde [sağlık.gov.tr: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/kitaplar/SDPturk.pdf](https://ekutuphane.saglik.gov.tr/kitaplar/SDPturk.pdf) adresinden alındı
- 5) Akdağ, R. (2023, Temmuz 5). *Sağlıkta Dönüşüm Programının Kalite ve Akreditasyona Etkisi*. Mayıs 16, 2025 tarihinde YouTube: https://youtu.be/D0Mm3eNQFtw?si=7dIbS8M1oCVwjH7_ adresinden alındı
- 6) Albayrak, S., & Öztürk, İ. (2021). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi:. *Uluslararası Ekonomi ve Yenilik Dergisi*, 233-257.
- 7) Alper, Y. (2017). Sosyal Güvenlik Reformu (2008-2016): Kapsamla İlgili Gelişmeler. *Journal of Social Policy Conferences (No 68)*, 1-23.
- 8) Atlı, Y., & Demir, Ö. (2017). BORSADA İŞLEM GÖREN ÖZEL BİR SAĞLIK KURULUŞUNUN FİNANSAL TABLOLARININ ORAN ANALİZİ YÖNTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ. *Ataturk University Journal of Economics & Administrative Sciences*, 31(4).
- 9) Aydemir, İ. (2018). Hastanelerde finansal performansın değerlendirilmesi: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Hastane Hizmetleri Sektör Bilançolarında Bir Uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(2), 133-149.
- 10) Aydın, M. (2016). Enerji verimliliğinin sürdürülebilir kalkınmadaki rolü: Türkiye değerlendirmesi. *Yönetim Bilimleri Dergisi 14 (28)*, 409-441.
- 11) Aydın, S. (2012). Üretim Stratejisi ve Verimlilik. *Üretim Yönetim. Üretim Stratejisi ve Verimlilik, Üretim Yönetim* (s. 30-53). içinde Eskişehir: Anadolu Üniversitesi AÖF.
- 12) Ayhan, E., & Önder, E. (2018). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Derneği*, 109-121.

- 13) *Bakan Koca: Şehir hastanelerinden vazgeçmeyeceğiz.* (2019, Aralık). Mayıs 13, 2025 tarihinde TRT Haber: <https://www.trthaber.com/haber/saglik/bakan-koca-sehir-hastanelerinden-vazgecmeyecegiz-449239.html> adresinden alındı
- 14) Bıçakçı, H., Ağırbaş, İ., Bülüş, F., & Turgut, M. (2018). Özel Hastanelerde Finansal Analiz. *III. Uluslararası Al- Farabi Sosyal Bilimler Kongresi 9-11 Kasım 2018, Ankara.*
- 15) Boomergh. (2018, Şubat 07). *MLP Care'in halka arz büyüklüğü 1,4 milyar lira oldu.* Mayıs 26, 2025 tarihinde Boomergh: <https://www.bloombergh.com/mlp-carein-halka-arz-buyuklugu-1-4-milyar-lira-oldu-2093865?page=2> adresinden alındı
- 16) Boyacı, İ. (2023). Türkiye Sağlık Sisteminin Dönüşümü (2003-13): Tıbbi Teknolojinin Yayılımı. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(46), 115-134.
- 17) Boyacı, İ. (2024). Dönüşen Türkiye Sağlık Sisteminde Özel Hastanelerin Yayılımı. *Yönetim Bilimleri Dergisi* 22(53), 1017-1037.
- 18) Bozdemir, E., & Güley, A. Ö. (2022). Sağlık Hizmeti Sunan Özel İşletmelerin Finansal Analizi: Merkez Bankası Verileri Üzerine Bir Çalışma. *İşletme Bilimi Dergisi*, 10(3), 337-361.
- 19) Bülüş, F., Özkan, O., & Ağırbaş, İ. (2017). Oran Analizi Yöntemiyle Özel Hastane Finansal Performansının Değerlendirilmesi. *International Journal of Academic Value Studies*, 3(11), 64-72.
- 20) Canbaz, M. (2019). Kamu Hizmetlerinin Finansmanında Kamu-Özel İşbirliği Modeli Türkiye İçin Bir Değerlendirme. *Yüksek Lisans Tezi*, s. 2-200.
- 21) *Constitution of the World Health Organization.* (1948). Mayıs 13, 2025 tarihinde World Health Organization: <https://www.who.int/about/governance/constitution> adresinden alındı
- 22) Çelik, M. Ö., Boylu, F. B., & Özgülner, N. (2024). SAĞLIK EKONOMİSİ. S. Karabey, A. E. Önal , & S. Canbaz içinde, *HALK SAĞLIĞI: BUGÜN VE HER ZAMAN* (s. 365-385). İstanbul, Türkiye: İstanbul Üniversitesi Yayınevi.
- 23) Çetinkaya, Ş. (2023). Türkiye’de Sağlık Harcama Ve Yatırımlarının Milli Gelir İle İlişkisi. *Dumlupınar Üniversitesi İİBF Dergisi*, (12), , 177-190.
- 24) Erdoğan, S., & Bozkurt, H. (2008). Türkiye’de Yaşam Beklentisi – Ekonomik Büyüme İlişkisi: ARDL Modeli ile Bir Analiz. *The Journal of Knowledge Economy & Knowledge Management*, 25-38.
- 25) Erol, H., & Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 9-60.

- 26) Gökbulut, F. (2019). *Türkiye'de Kamu Özel İşbirliğinin Sağlık Alanında Uygulanması: Şehir Hastaneleri*. Ankara: Yükseköğretim Kurumu.
- 27) Gülençer, S., Bozdoğan, C., & Ancın, V. (2024). Borsa İstanbul'da İşlem Gören İlaç Ve Sağlık Sektörü İşletmelerinin Finansal Risk Ve Performanslarının Değerlendirilmesi. . *Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 61-75.
- 28) Güven, D., Şimşek, T., & Güven, A. (2018). Güven, D., Şimşek, T., & Güven, A. (2018). Sağlık yönetimi kapsamında sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: MENA ülkeleri üzerine bir panel regresyon analizi. *Sosyoekonomi*, 33-55.
- 29) HABERTURK. (2025, Mart 03). *SGK'nın aktif/pasif oranı 1,49'a düştü*. Mayıs 16, 2025 tarihinde haberturk .com: <https://www.haberturk.com/2024te-724-bin-kisi-emekli-oldu-3770290-ekonomi> adresinden alındı
- 30) Harvey, D. (2015). *Neoliberalizmin Kısa Tarihi*. İstanbul: Sel Yayıncılık.
- 31) Hayran, O. (2018). Sağlık Hizmetleri. A. Üniversitesi içinde, *Sağlık Kurumları Yönetimi I* (s. 31-41). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- 32) Kalkınma Bakanlığı. (2012, 10). *Dünyada ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler*. 06 05, 2025 tarihinde ssb.gov.tr: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/D%C3%BCnyada-ve-T%C3%BCrkiyede-Kamu-%C3%96zel-%C4%B0%C5%9Fbirli%C4%9Fi-Uygulamalar%C4%B1na-%C4%B0li%C5%9Fkin-Geli%C5%9Fmeler-2012.pdf> adresinden alındı
- 33) Karadeniz, E. (2016). Hastane hizmetleri alt sektörünün finansal performansının incelenmesi: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası sektör bilançolarında bir uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2).
- 34) Konat, G. (2021). Sağlık Harcaması ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: OECD Ülkeleri İçin Panel Veri Analizi. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi* 16(61), 348-360.
- 35) Kurt, E. (2023). *Sağlık Ekonomisi Alanında Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi*. Bilecik: Yüksek Öğretim Kurumu.
- 36) Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- 37) OECD. (2023, 11 7). *Health at a Glance 2023: OECD indicators*. 05 12, 2025 tarihinde <https://www.oecd.org/>: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>. adresinden alındı
- 38) OECD. (2023). *Health expenditure and financing*. Mayıs 15, 2025 tarihinde <https://data-explorer.oecd.org/>: <https://data->

explorer.oecd.org/vis?lc=en&fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20expenditure%20and%20financing%23HEA_EXP%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=4&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_SHA%40DF_SHA&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=.A.EXP_HEALT adresinden alındı

- 39) OHSAD. (2023, Aralık 21). *Medimagazin – Türkiye Sağlık Harcamalarında OECD Ülkeleri Arasında Son Sıralarda – 21 Aralık 2023*. Mayıs 26, 2025 tarihinde ohsad (Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği): <https://ohsad.org/medimagazin-turkiye-saglik-harcamalarinda-oecd-ulkeleri-arasinda-son-siralarda-21-aralik-2023/> adresinden alındı
- 40) OHSAD. (2025, Şubat 20). *Hospital Manager – Sağlık Sistemimizin Geleceğini İnşa Etmek Hepimizin Ortak Sorumluluğu – Şubat 2025*. Mayıs 26, 2025 tarihinde OHSAD -ÖZEL HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI DERNEĞİ-: <https://ohsad.org/hospital-manager-saglik-sistemimizin-gelecegini-insa-etmek-hepimizin-ortak-sorumlulugu-subat-2025/> adresinden alındı
- 41) Olcay, C., & Genç, Ö. (2024). Schumpeter'in Yaratıcı Yıkım Teorisi Bağlamında Dijital Dönüşüm Ve Avrupa Birliği. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 128-138.
- 42) Özeltürkay, E. Y., & Orel, F. D. (2016). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 46-76.
- 43) Özer, Ö., & Yıldırım, H. H. (2016). Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliğine Yönelik Bir Uygulama. *Mehmet Akif Ersoy University Journal of Social Sciences Institute*, 149-161.
- 44) Özgülbaş, N., Koyuncugil, A. S., Duman, R., & Hatipoğlu, B. (2008). Özel Hastane Sektörünün Finansal Değerlendirmesi. *Muhasebe Ve Finansman Dergisi*(40), 120-131.
- 45) Resmi Gazete. (2013, Mart). Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Kanun. 6428 Numaralı Kanun. T.C. Resmî Gazete Sayı 28585.
- 46) Roemer, M. I. (1991). *National Health Systems of the World Volume I. The Countries*. Oxford University Press, 33.
- 47) Sağlık Bakanlığı. (2002). *Özel Hastaneler Yönetmeliği*. Mayıs 20, 2025 tarihinde Sağlık Bakanlığı: <https://www.saglik.gov.tr/TR-10510/ozel-hastaneler-yonetmeliği.html> adresinden alındı
- 48) Sağlık Bakanlığı. (2019). *Basın Duyuruları Sağlık Kurumlarının Basamaklandırılmasına İlişkin Genelge ile Özel Hastaneler Yönetmeliği*

Değişikliği Yayınlandı. Mayıs 22, 2025 tarihinde [saglik.gov.tr: https://www.saglik.gov.tr/TR-61701/saglik-kurumlarinin-basamaklandirilmasina-iliskin-genelge-ile-ozel-hastaneler-yonetmeligi-degisikligi-yayinlandi.html](https://www.saglik.gov.tr/TR-61701/saglik-kurumlarinin-basamaklandirilmasina-iliskin-genelge-ile-ozel-hastaneler-yonetmeligi-degisikligi-yayinlandi.html) adresinden alındı

- 49) Sağlık Bakanlığı. (2023). *T.C. Sağlık Bakanlığı 2023 Yılı Faaliyet Raporu*. Mayıs 15, 2025 tarihinde <https://khgmickontrol.saglik.gov.tr/https://khgmickontrol.saglik.gov.tr/Home/DuyuruDetay/42> adresinden alındı
- 50) Sargutan, E. A. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 400-428.
- 51) Selim, S., Uysal, D., & Eryiğit, P. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi. *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 13-24.
- 52) Sevinç, Ş., & Yılmaz, F. Ö. (2020). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri. *Selçuk Sağlık Dergisi 1(2)*, 118-132.
- 53) Songur, C., Top, M., & Tekingündüz, S. (2013). Sağlık Sektöründe GZFT (Güçlü-Zayıf Yönler-Fırsatlar-Tehditler) Analizi. *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi*, 5(1), 69-99.
- 54) Sosyal Güvenlik Kurumu. (2024, Aralık 27). *SGK 7. Olağan Genel Kurulu Yapıldı*. Mayıs 15, 2025 tarihinde <https://www.sgk.gov.tr/https://www.sgk.gov.tr/Haber/Detay/SGK-7-Olagan-Genel-Kurulu-Yapildi-2024-12-27-08-27-20#:~:text=Pasif%20sigortal%C4%B1%20say%C4%B1s%C4%B1%20ise%20002,itibar%C4%B1yla%20da%201%2C65%20seviyesindedir.> adresinden alındı
- 55) Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2024, Eylül). *Kamu Özel İşbirliği Proje Sayılarının Modellere Göre Dağılımı*. Mayıs 13, 2025 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı: <https://koi.sbb.gov.tr/koi-gostergeleri/#prettyPhoto> adresinden alındı
- 56) Sungur, C. (2021). Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması ve Performans Analizi Üzerine. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2274-2201.
- 57) Taban, S. (2006). Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi. *Sosyoekonomi*, 4.
- 58) Tamer, G. (2020). Sağlık Örgütlerinde Kurumsal Sürdürülebilirlik. *International Academic Studies on Natural and Health Sciences Gece Akademi*, 183-203.
- 59) Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. *sosyal güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-130.

- 60) *The world health report 2000*. (2000, Haziran 14). Mayıs 13, 2025 tarihinde World Health Organization : <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X> adresinden alındı
- 61) (2003). *Turkey - Reforming the health sector for improved access and efficiency*. Washington: World Bank.
- 62) TÜİK. (2023, Aralık 07). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2023*. Mayıs 13, 2025 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu: <https://data.tuik.gov.tr/kategori/getkategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101> adresinden alındı
- 63) TÜİK. (2024). *Turizm İstatistikleri*. Mayıs 27, 2025 tarihinde tuik: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turizm-Istatistikleri-IV.-Ceyrek:-Ekim-Aralik-ve-Yillik,-2024-53660> adresinden alındı
- 64) TÜİK. (2024, Aralık 06). *Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni* . Mayıs 26, 2025 tarihinde data.tuik.gov.tr: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamaları-Istatistikleri-2023-53561> adresinden alındı
- 65) TÜİK. (2025, Nisan 21). *Sağlık Personeli*. Mayıs 20, 2025 tarihinde data.tuik: <https://data.tuik.gov.tr/kategori/getkategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101> adresinden alındı
- 66) TÜİK. (2025, Şubat 17). *Yaşam Memnuniyeti*. Mayıs 16, 2025 tarihinde data.tuik.gov.tr : <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yasam-Memnuniyeti-Arastirmasi-2024-53785> adresinden alındı
- 67) TÜİK. (2025, Nisan 21). *Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları*. Mayıs 20, 2025 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu: <https://data.tuik.gov.tr/kategori/getkategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101> adresinden alındı
- 68) Türk Tabipler Birliği. (2024, 10 18). *Yenidoğan Çetesi Olayı, Sağlıkta Piyasacı Dönüşümün Vahim Sonuçlarından Biridir; Çözüm ise Kamucu, Eşit, Ulaşılabilir, Ücretsiz, Nitelikli Bir Sağlık Sistemindedir*. 06 05, 2025 tarihinde ttb.org: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=2c1d50a6-8d41-11ef-b085-bc31c02fa8be adresinden alındı
- 69) TÜSEB. (2018, Mayıs). *Türkiye'de Özel Sağlık Sektörü: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. Mayıs 26, 2025 tarihinde tuseb.gov.tr: <https://files.tuseb.gov.tr/tuspe/files/yayinlar/2024-10-21-11-01-15.pdf> adresinden alındı
- 70) Uluslar Arası Sağlık Turizmi Enstitüsü. (2024, Ağustos 21). *Verilerle Sağlık Turizmi*. Mayıs 27, 2025 tarihinde uste.org: <https://www.uste.org.tr/verilerle-saglik->

74) WHO Regional Office for Europe . (2012). *Successful health systems in the case of Turkey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

75) World Bank. (2020). *What is a PPP: Defining "Public-Private Partnership"*. Mayıs 13, 2025 tarihinde The World Bank: <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/what-ppp-defining-public-private-partnership> alındı

76) Yabancı Yatırımcıların Türkiye'de (2011, Aralık 15). *Türkiye'de Yatırımların Durumu*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Yatırımcıların Türkiye'de Yatırımların Durumu

- 76

6.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşe	Soyadı	YILDIRIM
-----	------	--------	----------

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora			
Yüksek Lisans	Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği	İstanbul Esenyurt Üniversitesi	05.04.2023
Lisans	Sağlık Yönetimi	İstanbul Üniversitesi	02.09.2018
Lise	Bilişim Teknolojileri Alanı Web Programcılığı	Mesleki Açık Öğretim Lisesi	14.05.2012

Bildiği Yabancı Dilleri	Yabancı Dil Sınav Notu (#)
YÖKDİL Sağlık Bilimleri	66,25

Başarılmış birden fazla sınav varsa (KPDS, ÜDS, TOEFL; EELTS vs), tüm sonuçlar yazılmalıdır

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Sağlık Teknikeri/Sağlık Memuru	Sultan 2. Abdülhamid Han E.A. H.	2018-2025
		-

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Bilimsel Çalışmaları

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler
