



DERLEME MAKALE / REVIEW ARTICLE

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi / BAUN Sağ Bil Derg
Balıkesir Health Sciences Journal / BAUN Health Sci J
ISSN: 2146-9601- e ISSN: 2147-2238
Doi: <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1070010>



Numune Hastanelerinden Şehir Hastanelerine: Türkiye’de Hastanelerin Dünü, Bugünü ve Yarını

İbrahim Hüseyin CANSEVER¹ Durmuş GÖKKAYA²

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

² Yozgat Bozok Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Geliş Tarihi / Received: 08.02.2022, Kabul Tarihi / Accepted: 25.05.2022

ÖZ

Amaç: Hastaneler sağlık hizmeti sunumunun önemli aktörlerinden biridir. Hastanelerin ülkeye dağılımı oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Bu kapsamda hastane planlaması; hastanelerin ülkeye dengeli şekilde dağılması, ihtiyaç ve taleplerin göz önüne alınarak yeni yapılacak veya onarılacak hastaneler için kriterler ortaya koyması bakımından önemlidir. Bu çalışmanın amacı, hastanelerin Sağlık Bakanlığının kuruluşundan günümüze kadar olan süreçte Türkiye’de geçirdiği dönüşümün ortaya konulmasıdır. **Gereç ve Yöntem:** Amaca yönelik olarak, ilgili süreçte ortaya konulan politika ve planlama belgeleri, sağlık istatistik yıllıkları ve ilgili döneme ve çalışma konusuna ilişkin yayımlanan dokümanlar doküman incelemesi yöntemiyle incelenmiştir. **Bulgular:** Çalışmada sağlık tesisi açısından paradigma değişiminin yaşandığı yıllar esas alınarak dönemlendirme yapılmıştır. **Sonuç:** Çalışmanın sonucunda; Türkiye’de hastane yapım çalışmaları ve çabası her dönemde var olmuş ancak hastaneler için belirli bir planlama çalışması olmadığı görülmüştür. 2010 öncesi döneme kadar ortaya konulan plan ve programların da çeşitli sebeplerle uygulanmadığı; 2011 sonrası dönemde sağlık tesislerinin planlamasıyla ilgili ilk ciddi adımın Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi ile atıldığı görülmüştür. Bunun yanında Sağlık Bakanlığı stratejik planlarında da amaçlar doğrultusunda hedefler belirlendiği görülmüştür. Bu kapsamda 2011 sonrası dönem için yataklı sağlık tesisleri ile ilgili planlı döneme geçişin olduğu ifade edilebilmektedir. Çalışmanın sonunda, var olan hastanelerin de onarımı/yenilenmesi veya yerine yeni hastane yapılması konusunda net kriterlerin ortaya konulması açısından planlama çalışmalarının geliştirilmesi gerektiği önerisinde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Hastane Planlaması, Sağlık Tesisleri, Numune Hastaneleri, Şehir Hastaneleri.

From Numune Hospitals to City Hospitals: Past, Present and Future of Hospitals in Turkey

ABSTRACT

Objective: Hospitals are one of the important actors of health service delivery. The distribution of hospitals to the country is important. In this context, hospital planning; It is important in terms of setting criteria for hospitals to be built or repaired by taking into account the needs and demands. This study aims to demonstrate the transformation of hospitals in Turkey in the period from the establishment of the Ministry of Health to the present day. **Materials and Methods:** For this purpose, the policy and planning documents, health statistics annuals, and documents published regarding the relevant period and the study subject were examined by document analysis method. **Results:** In the study, periodization was made based on the years in which the paradigm shift was experienced in terms of the health facility. **Conclusion:** As a result of the study; Hospital construction studies and efforts in Turkey have existed in every period, but it has been seen that there is no specific planning work for hospitals. It has been observed that the plans and programs put forward until the period before 2010 could not be implemented for various reasons. It has been observed that the first serious step in the planning of health facilities in the post-2011 period was taken with the Ministry of Health Inpatient Health Facilities Planning Guide. In addition, it has been observed that targets are determined in line with the objectives in the strategic plans. At the end of the study, it was suggested that planning studies should be developed to establish clear criteria for the repair/renewal of existing hospitals or the construction of a new hospital instead.

Keywords: Hospital, Hospital Planning, Health Facilities, Numune Hospitals, City Hospitals.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Durmuş GÖKKAYA, Yozgat Bozok Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

E-mail: durmusgokkaya@gmail.com

Bu makaleye atıf yapmak için / Cite this article: Cansever, İ.H., & Gökaya, D. (2023). From numune hospitals to city hospitals: Past, present and future of hospitals in Turkey. *BAUN Health Sci J*, 12(2), 425-436. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1070010>



BAUN Health Sci J, OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

GİRİŞ

Sağlık hizmet sunumunun başat aktörlerinden biri hiç şüphesiz hastanelerdir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu birimler olan hastaneler (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010), sağlık ihtiyacı olan kişileri ayakta veya yatırılarak tanı ve tedavi hizmetlerinin sunulduğu yerler olarak tanımlanmaktadır (Dirican ve Bilgel, 1993). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre yataklı tedavi kurumları, "Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır" şeklinde tanımlanmıştır (Resmî Gazete, 1983). Hastaneler her ne kadar yatarak tedavi amacıyla kurulmuş olsa da geçmişten günümüze sevk zincirinin zorunlu olmayışı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin olması gerektiği gibi işlememesi sebebiyle hastaların ayakta tedavisini içeren poliklinik hizmetlerinin yoğun şekilde sunulduğu bilinmektedir (Öztek, 2001; Akman ve Tarım, 2020). Hastanelerin sunmuş olduğu hizmetler göz önüne alındığında; tedavi edilen hastaların ülkeye işgücü olarak kazandırılması, bireylerdeki hastalıkların ilerlemesinin engellenerek gelecekteki sağlık harcamalarının azaltılması ve toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesini sağlaması gibi sonuçlar bakımından önemli bir yer tutmaktadır (Aba, 2018). Bu kapsamda hastanelerin varlığı bir yandan önemli çıktılar elde etmeyi sağlarken diğer yandan da önemli maliyet oluşturan birimlerdir ki sağlık harcamaları içinde en fazla yer tutan birimler hastanelerdir (TÜİK, 2020).

Hastane planlaması, toplumun sağlık ihtiyaçlarını ayakta ve yatarak karşılamak üzere hastanelerin ülke genelinde kurulması ve işletilmesinin sağlanmasıdır. Hastanelerin ülke genelinde varlığı her ülkenin öncelikli amaçlarından biri olup, topluma sağlık hizmeti sunmak için yeterli ve dengeli bir dağılım sağlaması hizmete erişilebilirlik konusunda önemli bir yer tutmaktadır. Yapılan her hastane ilgili bölgedeki sağlık hizmetlerine erişimi artırmayı amaçlamaktadır (Schultz, 1970). Bu kapsamda bir ülkede yer alan hastanelerin planlanmasında nüfus, bölgedeki mevcut sağlık tesislerinin durumu, talep, coğrafi faktörler, yatak sayısı ve teknoloji gibi birçok değişkeni bir arada ele almayı gerektirmektedir (Bergwall vd., 1973; Aba, 2018). Ülkeler genellikle coğrafi koşullar, gelişmişlik ve yönetim yapısı gibi çeşitli değişkenleri göz önünde bulundurarak ülkeyi bölgelere ayırarak sağlık hizmet sunumunu planlamaktadır (Ettelt, 2010). Hastane planlamasında, var olan tesisler ile yeni yapılacak olanların karşılaştırılması ve ekonomik analizlerin yanında ülkenin içinde bulunduğu coğrafi koşullar da göz önüne alınmalıdır. Dağılık bölgelerde sağlık tesislerinin dağılımı, düz zeminli ülkelere göre farklılıklar göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Amerika Hastaneler Birliği ve Halk Sağlığı Hizmetleri Ortak Komitesi 1961 yılında yayımlanan "Hastaneler ve İlgili Sağlık Tesisleri için Bölge Genelinde Planlama" isimli raporunda yeni hastane yapımı veya var olanlara ekleme yapılması için şu önerileri sunmuşlardır (American Hospital Association, 1961): 1. Hizmet, tesis ve personel ihtiyaçlarının belirlenmesi ve projelendirilmesi, 2. Karar vericiler için veri, bilgi ve rehberlik sağlamak, 3. Çeşitli tesis kategorileri arasında dengenin geliştirilmesi, 4. Planlamada esnekliğin korunması, 5. Projeleri değerlendirmek için tutarlı prosedürler geliştirmek, 6. Uygun resmî ve özel kuruluşlarla iş birliği yapmak, 7. Diğer planlama birimleri ile faaliyetleri koordine etmek, 8. Toplum karar alma sürecine dâhil etmek, 9. Karar alma sürecine geniş katılımın sağlanması, 10. Hizmet sunumundaki yeni eğilimleri analiz etmek, halkı hizmet ve tesislere olan talep üzerindeki olası etkileri konusunda bilgilendirmek.

Amerika Hastaneler Birliği'nin önerileri hastane yapımının aslında politik bir süreç olmaktan öte, teknik analiz gerektiren ve iyi kurgulanmış bir plan gerektirdiğini ortaya koymaktadır (Baker, 1988) ise ihtiyaç olan sağlık tesislerin planlamasındaki adımları şu şekilde sıralamıştır:

İhtiyaçların değerlendirilmesi,

- Mevcut sağlık tesislerinin ayrıntılı listesinin hazırlanması,
- Mevcut talep oranları ile geleceğe dair ihtiyaçların hesaplanması (Örn. Hill-Burton Metodu¹, ekonometrik modeller),

Maliyet analizi ve hesaplama,

- Yeni kurulacak olan tesisin maliyeti ile mevcut tesisin yenilenme maliyetinin tahmini (mevcutta tesis var ise),
- Sermaye maliyetinin yıllık olarak hesaplanması,
- Yeni bina ile var olan binanın karşılaştırılması,
- İnşaat için finansman kaynaklarının ortaya konulması,
- İşletme maliyetlerinin hesaplanması,

Yapım,

- Maliyet açısından alternatif planların hazırlanması,
- Uzmanlardan yararlanma.

Baker, bu adımları gerekli olan sağlık tesislerinin yapımına rasyonel bir şekilde karar verilmesi gerektiğini vurgulamak için ortaya koymuştur. Gerekli olmayan sağlık tesisi yapımının da ülke ekonomisine sadece yapım maliyeti olarak değil aynı zamanda yıllık işletme maliyetleri olarak da yük getireceğini, özellikle işletme maliyetlerinin gelişmiş ülkelere bile her yıl bütçeye önemli miktarda yük getireceğini vurgulamıştır (Baker, 1988: 147). Görüldüğü gibi sağlık tesislerinin

¹ Hill-Burton Metodu, mevcut yatan hasta ve nüfustan yola çıkarak, gelecekteki tahmin edilen nüfus ile ihtiyaç olabilecek yatak sayısını hesaplamakta kullanılan ve geçmişte ABD'de önemli şekilde

fyadalanılan bir metottur. Ayrıntılar için bkz. Bergwall, D.F., Reeves, P.N. ve Woodside, N.B., (1973), *Introduction to Health Planning*, Information Resources Press, Washington.

planlanması birden fazla durumu göz önünde bulundurulması gereken bir süreçtir.

Günümüzde özellikle kaynakların daha verimli kullanılması adına uygulanan politikalar içinde sağlık tesislerinin daha verimli kullanılması da bulunmaktadır. Bunun yanında günümüzde sağlık hizmet sunumunun daha fazla kısmının ayakta tedavisi için çaba harcanmakta ve yatan hastaların da daha hızlı şekilde taburcu edilmesi ve var olan yatakların daha etkin kullanılması için çaba harcanmaktadır (Hoadley vd., 2010: 16). OECD ülkelerinde bin kişiye düşen yatak sayılarında her geçen yıl azalma, buna karşın tedavi edilen hasta sayılarında artış görülmektedir. Örneğin, İngiltere’de 2000 yılında 240.144 olan yatak sayısı, 2010 yılında 183.831, 2019 yılında ise 163.873’e kadar gerilemiştir. Benzer şekilde çoğu Avrupa ülkesinde yatak sayısı 2000-2019 döneminde önemli azalma göstermiştir (OECD, 2021). Bu kapsamda hastane planlamasında özellik mevcut hastanelerin onarımı, ek bina yapılması ve/veya yeni bina yapılması konusunda mevcut bilgiler ve gelecek projeksiyonlarının kullanılarak optimum faydayı oluşturacak kıstasları içerecek bir planlama doğrultusunda hareket edilmesi oldukça önemlidir.

Türkiye’de tarihsel süreçte, sağlık hizmetlerinin ve dolayısıyla hastanelerin planlanması genelde bölge tabanlı bir anlayışla hemen hemen her dönemde varlığını göstermiş (Övgün ve Küçük, 2013: 62-66) ve merkezi hükümet tarafından yapılmıştır. Hastane yapımı ve ülkeye dağılımı göreve gelen hükümetlerin veya ortaya konulan politika belgelerinin öncelikleri arasında yer almıştır. Özellikle Cumhuriyet’in kuruluşu sonrası dönemde ülkede neredeyse yok denecek seviyede sağlık tesisinin varlığı bu amacı öncelikli hale getirmiştir. Sonraki dönemlerde ise var olan hastanelerin yanına yenilerinin eklenmesi konusunda; bazı dönemlerde birden fazla ve ayrı kurum (SSK, Belediye, Özel İdare vb.) tarafından yürütülmüş son dönemlerde ise çoğunlukla devlet ve özel sektör arasında paylaşılmıştır. Düünden bugüne Türkiye’nin hastane planlamasına genel olarak bakıldığında; hastanelerin tüm ülkeye yayılması ve yatak sayısının artırılması hemen her planda yer almış, ancak bu amaç için ayrı bir planlama yapılmamıştır. Bu konuda sağlık tesislerinin ayrı şekilde planlanması ilk kez 2011 yılında sağlık tesisleri yerleşimine ve yatak kapasitelerine ilişkin uzun vadeli öngörüler içeren Yataklı Sağlık Tesisleri Planlaması ile gerçekleşmiştir. Planlama, ilgili dönemde mevcut olan bölgelendirme stratejisi ile uyumlu olarak 29 bölgeye yönelik yapılmıştır. Her bölgede mevcut tesis ve yatak kapasiteleri ortaya konulmuş, bölgesel farkları ortadan kaldırmak üzere her bölgeye ilişkin nüfus da göz önüne alınarak geleceğe yönelik hedefler belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Çalışmanın amacı, en önemli sağlık hizmet sunumu tesisi olan hastanelerin Sağlık Bakanlığı’nın kuruluşundan günümüze kadar olan süreçte Türkiye’de geçirdiği dönüşümün ortaya konulmasıdır.

YÖNTEM

Amaca yönelik olarak, ilgili süreçte ortaya konulan politika ve planlama belgeleri, sağlık istatistik yıllıkları ve ilgili döneme ve çalışma konusuna ilişkin yayımlanan dokümanlar doküman incelemesi yöntemiyle incelenmiştir. Çalışma verileri; konuyla ilgili makale ve kitaplar, planlar, programlar, sağlık istatistik yıllıkları, yataklı tedavi kurumları istatistikleri ve Sağlık Bakanlığı internet sitesinden elde edilmiştir. Doküman incelemesi, araştırılmak istenen olgu/durum hakkında bilgi içeren yazılı belgelerin incelenmesidir. Doküman incelemesi tek başına veri toplama tekniği olarak kullanıldığı gibi birden fazla teknikle birlikte de kullanılabilir (Mogalakwe, 2006; Arıkan, 2011; Yıldırım ve Şimşek, 2013). Çalışmanın sınırlılığını Sağlık Bakanlığının kuruluşundan günümüze kadar olan sürede kurulan hastanelere ilişkin bilgiler oluşturmaktadır.

Çalışmada kullanılan dönemlendirme sağlık tesisi açısından paradigma değişiminin yaşandığı yıllar baz alınarak yapılmıştır. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığının kuruluşundan günümüze kadar olan yaklaşık 100 yıllık süre dört dönem altında incelenmiştir. Bunlar; 1920-1954 dönemi, 1954-2005 dönemi, 2005-2017 dönemi ve 2017 sonrası dönem olarak sıralanmıştır.

1920-1954 dönemi

1920-1954 dönemi, Sağlık Bakanlığı’nın kuruluşundan başlayarak 10.07.1953 tarih, 6134 sayılı ve “Özel İdare Hastanelerinin Muvazene-i Umumiye’ye Devri” adlı kanun ile Büyükşehirler hariç olmak üzere belediye ve özel idare hastanelerinin Bakanlığa devredilmesine kadar olan dönemi kapsamaktadır. 1923-1937 yılları arası Bakanlık görevinde bulunan ve bu dönemin en önemli aktörlerinin başında gelen Dr. Refik Saydam’ın kendi el yazısı ile 1925 yılında hazırladığı programında sağlık tesisleri ile ilgili olarak; *Devletin sağlık teşkilatını kurmak, numune hastaneleri açmak ve Sağlık ve Sosyal Yardım Teşkilatını köylere kadar götürmek* ibareleri yer almaktadır (SSYB, 1982). Saydam’a göre Bakanlığın asıl sorumluluğu koruyucu sağlık hizmetlerini üstlenmek ve bu alana öncülük vermektir. Tedavi edici hizmetler ve buna yönelik yatırımlar ise yerel yönetimlerin görevidir (Öztek, 2001). Bu kapsamda Bakanlık daha önceki dönemlerde Gureba Hastaneleri ve Memleket Hastaneleri olarak adlandırılan hastanelere yardımlar yapmıştır. Bunun yanında diğer kurumlara yol gösterici olması amacıyla 1924’te Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas illerinde²; 1936’da Haydarpaşa, 1946’da Trabzon’da Numune hastanelerini açmıştır (SSYB, 1983).

Bu dönemde ayrıca Konya, Manisa, Kütahya, Yozgat, Tokat, Çanakkale, Mersin, Antalya, Van, Kırşehir, Ağrı, Ordu, Amasya, Eskişehir, Niğde, Bilecik, Bursa, İzmir, Kocaeli ve Samsun, Kastamonu, Denizli, Gümüşhane, Çorum, Malatya, Aydın, Burdur, Çankırı illerinde memleket hastaneleri ve ek pavyonlar yapılmıştır. Ayrıca bu dönemde Giresun, Elâzığ, Bolu ve Afyon illerinde memleket hastanelerinin temelleri atılmış ve yapımlarına

² 1924’te kurulan 4 numune hastanesi (Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas) ilgili illerdeki Gureba hastanelerinin numune hastanesine dönüştürülmesi şeklinde düzenlenmiş ve 1924 yılı için 78.540 lira

maaşlar ve 108.000 lira masraflar için kaynak aktarılmıştır (Altay, 2019).

başlanmıştır. Bunun yanında Adana, Erzincan, Kars, Kayseri, Mardin, Muğla, Ordu Mesudiye memleket hastanelerinin de projeleri hazırlanmıştır. Ayrıca 1925'te Erzurum ve Sivas, 1926'da Diyarbakır, 1927'de Konya ve 1930'da İzmir Kuduz Tedavi müesseseleri açılmıştır. 1936'da Haydarpaşa ve İzmir Bulaşıcı Hastalıklar Hastanesi, 1941'de Elâzığ Cüzzam Hastanesi ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi açılmıştır (SSYB, 1983). Dönemin bir diğer önemli belgesi 1946 yılında dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanan ve ilk sağlık planı olarak bilinen Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planı'nda ülkemiz 7 sağlık bölgesine ayrılmıştır. Plan ülkenin her yerine sağlık teşkilatını götürmeyi amaçlayarak temelde her 40 köye bir adet on yataklı köy sağlık merkezi kurmayı amaçlamıştır. Bölge tabanlı bir anlayışla hazırlanan bu planda, hastane olarak her bölgeye; bölge hastanesi, akıl hastalıkları hastanesi, çocuk hastalıkları hastanesi, doğum evi (hastanesi), verem hastanesi, bulaşıcı ve salgın hastalıklar hastanesi kurulması öngörülmüştür (SSYB, 1946). Plan her ne kadar iyi hazırlansa da çeşitli nedenlerle uygulanamamıştır (Cansever, 2020). 1920-1954 yılları arası Türkiye'de hastane ve yatak sayılarının durumu Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. 1920-1954 yılları arası Türkiye'de hastane (hst.) yatak sayılarının durumu.

Yıl	Devlet Hst.	Belediye Hst.	Özel İdare Hst.	Özel, Yabancı ve Azınlık Hst.	Toplam Hastane Yatak Sayısı
1923 ³	3	6	45	32	6.437
1924	7	8	76	36	-
1925	17	11	79	40	9.561
1926	-	11	81	52	-
1927	-	13	78	52	-
1928	-	14	72	57	-
1929	-	14	63	60	-
1930	36	17	68	61	11.398
1931	-	16	69	61	-
1932	-	16	69	60	-
1933	-	17	69	59	-
1934	-	19	70	49	-
1935	43	19	70	44	13.038
1936	-	19	71	46	-
1937	-	19	71	54	-
1940	47	-	-	-	14.383
1942	-	-	-	-	15.000
1945	65	-	-	-	16.133
1950	96	-	-	-	18.837

(Kaynak: SSYB, 1983; CHP, 1938; SSYB, 1984)

Tabloda görüldüğü üzere 1923 yılında ülkemizde çok az sayıda hastane ve yatak sayısı bulunmakla birlikte ilgili hastanelerin sunduğu sağlık hizmetleri yetersiz seviyededir. Ancak geçen yıllar içinde Refik Saydam'ın politikası ve sonrasında Behçet Uz planı ile hastane ve

yatak sayısı önemli artış göstermiştir. 1923 yılında on bin kişiye düşen yatak sayısı 5,1 iken; 1950 yılına gelindiğinde bu oran 8,99'a yükselmiştir.

Bu dönemin hastane planlaması açısından en önemli gelişmelerinden birisi 1946 yılında İşçi Sigortaları Kurumu, bugünkü adıyla Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmasıdır. Kurum 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için kuruma ait sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlamıştır. Bunun sonrasında ise 1953 yılında çıkarılan 6134 sayılı kanun ile İstanbul, Ankara ve İzmir illeri dışındaki illerde bulunan özel idare, belediye ve vakıflara bağlı hastaneler Bakanlığa bağlanmıştır (SSYB, 1983). 1950 sonrası dönemde Refik Saydam'ın politikasından vazgeçilerek tedavi hizmetlerinin de Bakanlığın sorumluluğunda olduğu görüşü altında il ve ilçelerde devlet hastaneleri açılmaya başlanmıştır (Öztek, 2001).

1954-2005 dönemi

Bu dönem 10.07.1953 tarih, 6134 sayılı ve "Özel İdare Hastanelerinin Muvazene-i Umumiye'ye Devri" adlı kanun ile Büyükşehirler hariç olmak üzere belediye ve özel idare hastanelerinin Bakanlığa devredilmesinden, 19.01.2005 yılında çıkan 5283 sayılı kanun⁴ ile kamu kurum ve kuruluşlarına ait olan (Posta, Telgraf, Telefon (PTT), Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demiryolları (TCDD) vb.) ve SSK hastanelerinin Bakanlığa devrine kadar olan dönemi kapsamaktadır. Bu dönemin hastane planlaması açısından önemli bir özelliği de 03.07.2005 tarih ve 5396 sayılı kanun ile Şehir Hastaneleri'nin temellerini oluşturan kanunun yürürlüğe girmesidir.

1954 yılında ikinci defa Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet Uz, yeni bir plan hazırlamıştır. Millî Sağlık Programı adı altında hazırlanan bu plan ilkinde göre daha dar kapsamlı olup bu defa ülkemiz 16 sağlık bölgesine ayrılmıştır. Hastane planlaması açısından bakıldığında planda şu ifadeler yer almaktadır; *illerdeki hastaneler, modern teçhizatla donatılarak günün koşullarına uygun hale getirilecektir, yeni sağlık tesisleri kurulacak, eski olanlar ise günün şartlarına uygun hale getirilecektir, on bin kişiye düşen yatak sayısı mevcut durumda 13 iken; bu sayı 30'a çıkarılacaktır, verem hastanesi, akıl hastanesi, doğum hastanesi, cüzzam hastanesi açılarak yatak sayıları artırılabilecektir* (SMİV, 1954). Planda hastane olarak 16 bölgeye birer adet olmak üzere; umumi hastalıklar hastanesi, verem hastanesi, sanatoryum, prevantoryum, akıl hastalıkları hastanesi, çocuk hastalıkları hastanesi, emrazı sâriye (bulaşıcı hastalıklar) hastanesi yapılması planlanmıştır. Planda hastanelere (umumi hastaneler, akıl hastaneleri, çocuk hastaneleri, emrazı sâriye hastaneleri ve cüzzam hastaneleri) on yıllık sürede 42.892 yatak ekleneceği amaç olarak belirlenmiştir (SMİV, 1954). Bu plan da uygulama alanında yer bulamamış ancak ülkemizdeki hastane ve

³ 1923 yılı hastaneleri içindeki devlet hastanelerinin hangi kurumları kapsadığı açık olmamakla birlikte bu yıldaki kurumların çoğunluğunu 20. yy. başlarında kurulan İl Özel İdare Hastaneleri oluşturmaktadır (Altay, 2019).

⁴ Bu kanunla; "Kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık birimleri; bunlara ilişkin her türlü görev, hak ve yükümlülükler, taşınmalar, taşınmazlar ve taşınmazlarla birlikte, Sosyal Sigortalar Kurumuna ait olanlar rayiç bedeli karşılığında, diğerleri bedelsiz olarak aşağıdaki usul ve esaslar çerçevesinde Bakanlığa devredilmiştir." (5283 Sayılı Kanun)

yatak sayısının artırılmasında önemli rol oynamıştır (Cansever, 2020).

1961 yılında uygulamaya konulan ve Dr. Nusret Fişek'in öncülüğünde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında kanun çerçevesinde hazırlanan Sosyalleştirme Programı, koruyucu hekimliği ön plana alan bir anlayışla hazırlanmış ve hastanelere ilişkin olarak *Hastane yatak sayısının on binde 30-40'a çıkarılması* hedefi belirlenmiştir (Fişek, 1963).

1970 yılında son numune hastanesi olan Adana Numune Hastanesi açılmıştır. 1989 yılında SSK ve Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan protokol ile SSK üyelerinin Sağlık Bakanlığı hastanelerinde tedavi edilebilmeleri konusunda anlaşılmıştır (Savaş, 2001: 100).

1990 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "2000 yılında Herkese Sağlık: Türkiye Milli Sağlık Politikası" adlı belgede Sağlık Bakanlığı'nın merkezi bir durumda olduğu ve bunun sürdürülebilir olmadığı

vurgulanmıştır. Belgede, yapılacak bir hukukî düzenleme ile Sağlık Bakanlığı'na ait hastanelerin İl Özel İdareleri tarafından işletilmesini sağlayacak bir sistem kurulması ve Türkiye'de sadece gerçek kişiler, tüzel kişiler, yerel yönetimler ve üniversiteler hastane kurup işletilebilecek şekilde bir sistem kurulması öngörülmüştür.

Bunun yanında mevcut durumda hastane planlaması konusunda geliştirilmiş bir sistem olmadığı ve bir bölgede düşük yatak işgal oranı olan bir hastane varken, aynı bölgeye SSK'nın ikinci bir hastane hatta yeni bir üniversite hastanesinin dahi açılabilirdiği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1990). Ancak politika belgesindeki amaç gerçekleşmemiş ve mevcut uygulamaya devam edilmiştir. 1954-2005 yılları arası Türkiye'de hastane ve yatak sayılarının durumu Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. 1954-2005 yılları arası Türkiye'de hastane yatak sayılarının durumu.

Yıl	Devlet hastanesi	SSK hastaneleri	Üniversite hastaneleri	Millî Savunma Bakanlığı (MSB) hastaneleri	Özel, yabancı ve azınlık hst.	Diğer hst. ⁵	Toplam hastane yatak sayısı
1955	145	-	-	-	-	-	34.526
1960	159	-	-	-	-	-	45.807
1965	224	-	-	-	-	-	55.451
1970	254	-	-	-	-	-	71.876
1975	259	67	11	44	94	95	95.906
1977	302	70	14	44	94	96	102.744
1978	309	68	17	44	88	86	105.635
1979	315	71	17	44	91	86	108.513
1980	317	72	19	44	89	81	110.098
1981	317	76	19	44	97	64	108.960
1982	411	78	20	44	101	58	111.852
1983	319	78	20	44	100	36	113.021
1984	348	77	20	44	106	32	113.986
1985	360	77	23	44	109	32	117.083
1986	405	77	23	44	107	30	120.792
1987	413	83	24	42	109	32	125.550
1988	416	87	24	42	106	33	127.210
1989	430	91	24	42	115	33	130.171
1990	451	93	23	42	115	33	134.513
1992	478	102	25	42	132	31	141.592
1993	502	110	27	42	140	31	145.594
1994	510	115	29	42	144	28	148.330
1995	521	115	33	42	151	33	149.772
1996	530	115	35	42	169	33	153.704
1997	550	115	37	42	194	34	158.829
1998	576	115	40	42	219	35	162.812
1999	581	115	42	42	241	39	167.270
2000	603	118	42	42	243	37	170.519
2001	623	118	43	42	248	38	173.415
2002	654	120	50	42	250	40	178.135
2003	668	121	50	42	254	37	180.797
2004	683	146	52	42	261	33	187.788
2005	795	-	53	42	276	32	170.972

(Kaynak: <https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR-43595/yatakli-tedavi-kurumlari-istatistik-yilliklari.html> sitesinde yer alan Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllıklarından alınan verilerle yazarlar tarafından oluşturulmuştur).

⁵Bu kategorideki hastaneler; Belediye hastaneleri, Diğer Bakanlık Hastaneleri, İktisadi Devlet Teşekkülleri Hastaneleri ve derneklere ait hastanelerin toplamını içermektedir.

⁵ Bu kategorideki hastaneler; Belediye hastaneleri, Diğer Bakanlık Hastaneleri, İktisadi Devlet Teşekkülleri Hastaneleri ve derneklere ait hastanelerin toplamını içermektedir.

Tabloda görüldüğü üzere dönem boyunca hastane ve yatak sayısı istikrarlı şekilde yükselmiştir. Dönem başında Behçet Uz'un Milli Sağlık Programı ve sonrasında Sosyalleştirme Programı'nın etkisiyle hastane sayıları önemli artışlar göstermiş ve ülke geneline dağılmıştır. Planlı döneme giriş sonrası on bin kişiye düşen yatak sayısında hedef 26 olarak belirlenmiş ve 1962 yılından itibaren her yıl 1900 hasta yatağı ilavesi öngörülmüştür. Bu amaç doğrultusunda 1972'ye kadar geçen sürede 17.100 hasta yatağı ilave edilmesi gerekirken, 14.672 yatak ilave edilebilmiş ve %85 oranında başarı sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1983). 1980 darbesine kadar olan dönemde yatak sayısında iki kattan fazla artış sağlanmıştır. 1980 sonrası yaşanan neoliberal politikaların etkisiyle özel hastanelerin sayısında özellikle 1990 sonrası yıllarda önemli artışlar gözlemlenirken; SSK hastaneleri ve devlet hastaneleri ve üniversite hastaneleri neredeyse iki katına çıkmıştır. Dönem başından itibaren yatak sayısı ise 5 kattan fazla artış göstermiştir. 1955 yılında on bin kişiye düşen yatak sayısı 14.34 iken; 1960 yılında 16.6; 1970 yılında 20.3; 1980 yılında 22.2; 1990 yılında 24.0; 2000 yılında 25.8 ve 2005 yılında ise 26.7 olarak gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2006).

1954 yılında hazırlanan Milli Sağlık Programı'nda yer alan bilgilere göre; Ankara bölgesinde on bin kişiye düşen yatak sayısı 7.16 iken; Trakya ve İstanbul'da 6.22, Elâzığ, Erzincan, Tunceli, Bingöl ve Malatya bölgesinde ise 3 olarak gerçekleşmiş ve bölgeler arası dengesizlik olduğu görülmüştür (SMİV, 1954). 2000 yılı verilerine bakıldığında bölgeler arası hastane yatak sayısında belirgin dengesizlikler olduğu görülmektedir. Bu kapsamda 2000 yılında on bin kişiye düşen yatak sayısı 25.8 iken; Marmara Bölgesi'nde 21.9, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde 8.7 olarak gerçekleşmiştir (TTB, 2002). Bunun yanında 2002 yılında kişi başı hastane müracaat sayısı 1.9 iken; 2005 yılında 2.2 olarak gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Bu dönemde ülkemizde özellikle 1990 sonrası yıllarda özel hastanelerin varlığı önemli derecede artış göstermiştir. Özellikle büyük kentlerde yaşanan bu artış, kredi destekli modern teknolojiler ile desteklenerek üniversite, devlet ve özel hastaneler arasında rekabet anlayışını getirmeye başladığı yıllar olarak geçmiştir (Özcan, 2001). Bu artışın sebepleri olarak; teşviklerin verilmesi, devlet ve SSK hastanelerindeki kalitesiz hizmet, kentlere olan büyük göçler, devlet ve SSK hastanelerinin belirli hizmetlerde yetersiz kalması, özel sağlık sigortalı sayısındaki artış ve hastane açmanın maddi getirisinin yüksek olması gösterilebilir (Azak, 2001). Bu dönemin tamamında görülen önemli özellik, hastaneler aracılığı ile hizmet sunan kurum sayısının fazlalığı ve bu sebeple ortaya çıkan olumsuzluklardır. Bu olumsuzluklara örnek olarak; hizmetin standartlarının belirli olmaması, bilgi birikiminin paylaşımı, çıktılarının farklılık göstermesi, ücret farklılıkları, yönetim farklılıkları, denetimin farklılık göstermesi, ilaç için fark ödemeleri, kurumların hastanelerinin farklı bölgelere eşit

şekilde ulaşamaması, planlama farklılıkları ve gereksiz yatırımların ortaya çıkabilmesi gösterilebilir (Buğdaycı vd., 2001: 178-179).

2005-2017 dönemi

Bu dönem, 19.01.2005 yılında çıkan 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun ile kamu kurum ve kuruluşlarına ait olan (PTT, TCDD vb.) ve SSK hastanelerinin Bakanlığa devri ve 03.07.2005 tarih ve 5396 sayılı kanun ile Şehir Hastaneleri'nin temellerinin atılmasından, ilk şehir hastanesi olan Yozgat Şehir Hastanesinin Nisan 2017'de açılmasına kadar olan süreyi kapsamaktadır.

Bu dönemde hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık sisteminde önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Sağlık sisteminde önemli atılımlar yapılarak, çeşitli projeler hayata geçirilmiş ve sağlık sistemlerinin alt yapısı güçlendirilmeye çalışılmıştır. Bunların başında da ihtiyaca binaen yeni hastane projelerinin yapılması ve eskiyen hastanelerin yerine (şehir hastaneleri gibi) daha modern binaların tesis edilmesi gelmektedir. Bunun yanında bu dönemde sağlık sisteminden kaynaklanan hastanelerin görünümündeki dağınıklığa sebep olan bazı faktörlerin de ortadan kaldırıldığı görülmektedir. 58. Hükümet tarafından ilan edilen Acil Eylem Planı'nda sağlıkla ilgili bazı reformlar ve faaliyetler belirlenmiştir. Bunlardan biri ise, *devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımının kaldırılarak tüm hastanelerin tek bir çatı altında toplanmasıdır*. Nitekim 2005 yılında SDP kapsamında SSK hastaneleri ve sağlık tesisleri (145 hastane, 212 dispanser, 11 ağız sağlığı ve diş merkezi ve 2 özel dal merkezi olmak üzere toplam 370 tesis) Sağlık Bakanlığına devredilmiş (Aba, 2018: 162) ve hastaneler Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmıştır. Böylelikle hastanelerin dağınık görüntüsü ve hizmetlerden yararlanan vatandaşların kategorizasyonu (Emekli Sandığı, BAĞ-KUR ve SSK sigortasına sahip vatandaşlar) azaltılmış ve ortadan kaldırılmıştır. Hastanelerin Sağlık Bakanlığına devri ile yaşanan ayrımlar ortadan kalmış ve vatandaşlar kamu ve özel hastanelerden istediği şekilde yararlanmaya başlamıştır. SDP ile planlanan hedefler hayata geçirilmeye devam edildikçe sağlık sisteminde iyileştirmeler hem nitel (kalite) hem de nicel (sayı ve istatistik) olarak kendini göstermiştir. Nitekim Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan stratejik planda bu durum açıkça görülmektedir. Planda 2003-2011 yılları arasında *"bina, ekipman ve sağlık personelinin eksik olduğu bölgeler öncelikli kabul edilerek bu konudaki dengesizlikler büyük ölçüde ortadan kaldırıldı. Son dokuz yılda 554'ü müstakil hastane ve yeni hastane binası olmak üzere 2.021 yeni sağlık tesisi hizmete sunuldu."* bilgisine yer verilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012: 27).

2011 yılına gelindiğinde yayınlanan Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi ile ilk kez ayrı şekilde sağlık tesis planlanması yapılmıştır.

Bu plan belgesinde; ülkemizdeki sağlık hizmet etkinliğinin artırılması açısından, toplumun ihtiyaçları açısından, hastalar açısından ve çalışan açısından olacak şekilde neden hastane planlamasına ihtiyaç duyulduğu açıklanmış ve özellikli sağlık hizmetleri planlamasına da yer verilmiştir. Planda her bölgenin mevcut durumu il ve ilçe temelinde sunularak plan sonucunda oluşacak nihai durum hakkında da bilgiler verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011a). 2011 yılında ayrıca “Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023” adı altında bir planlama çalışması daha yapılmıştır. Bu çalışmada acil hizmetleri, onkoloji, kalp ve damar cerrahisi, yoğun bakım, yanık, el cerrahisi, kemik iliği ve organ nakli, genetik hastalık hizmetlerinin ülkemizdeki durumu detaylı şekilde ele alınmış ve bu hizmetlere yönelik 2023 yılına ilişkin hedefler belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011b).

SDP’nin ana hedeflerinden biri olan evrensel sağlık kapsayıcılığına erişilmesi sonrasında sağlık hizmetlerine finansal erişilebilirliği sağlamanın yanı sıra sağlık hizmetlerine fiziki/bölgesel erişimi de temin edebilmek için Bakanlık 2011 yılında bazı planlama uygulamalarını başlatmıştır. Burada iki uygulamanın ya da politikanın öne çıktığı görülmektedir. Bunlardan ilki *Sağlık Hizmet Bölgeleri* ikincisi ise *Şehir Hastaneleri* projeleridir. Bu iki yeni uygulama Sağlık Bakanlığının hastanelerle ilgili olarak SDP kapsamında sağlık hizmetlerinin sunumu tarafında var olan kaynakların yapılandırılması, yeniden dağıtılması ve yeni yatırımlar ile de kuvvetlendirilerek bütünlendirilmesine yönelik attığı önemli adımlar ya da politikalar olarak karşımıza çıkmaktadır (Boyacı, 2021: 361). İlk uygulama olarak bölgesel tabanlı anlayış kapsamında Türkiye’nin coğrafi yapısı, nüfus dağılımı, nüfusun sağlık merkezlerine uzaklıkları, bölgenin ulaşım kriterleri ve mevcut sağlık envanterlerini dikkate alınarak *Sağlık Hizmet Bölgeleri* oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011a: 6). Bölge tabanlı anlayış içerisinde sağlık hizmet sunumunda bütün kurumların üstlenecekleri roller belirlenmiş ve Sağlık Bakanlığı; üniversiteye, kamuya ve diğer kurumlara ait yataklı sağlık tesisleri ile özel sektöre ait sağlık kuruluşlarını birlikte ve bütün olarak ele almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011a: 16). Türkiye’de bölge tabanlı sağlık planlamasında yakın tarihte bölgeler çeşitli ihtiyaçlar dâhilinde değiştirilmiştir. Bu değişim şu şekilde gerçekleşmiştir (Akdağ, 2008: 99-100, Sağlık Bakanlığı, 2010a; Sağlık Bakanlığı, 2016);

- 2008 yılında yayımlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu isimli çalışmada Türkiye 27 ana bölgeye bölünmüş ve her bir bölgeye birer sağlık kampüsü yapılacağı belirtilmiştir,
- 02.07.2010 tarih ve 2010/50 sayılı Genelge ile Türkiye 29 sağlık bölgesine bölünmüş ve daha sonra hazırlanan Yataklı Sağlık Tesisleri Planlaması ve

Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri içinde kullanılmıştır. Belirlenen 29 Sağlık Bölgesinin bağlı bulunduğu 10 Üst Bölge Merkezi yapılanması da belirlenmiştir,

- 28.03.2016 tarih ve 83913885 sayılı Sağlık Bakanlığı yazısı ile 29 bölgeye ek olarak belirlenen ihtiyaçlar dâhilinde ve merkez olan Kars ilinin belirlenen şartları taşıması sebebi ile Ardahan, Iğdır ve Ağrı (Doğubayazıt ve Patnos İlçeleri Van Bölgesinde kalacaktır) illerini kapsayacak şekilde merkezi Kars olan bölge eklenmiştir. Mevcut durumda Türkiye, 30 bölge üzerinden planlanmaktadır.⁶

2013-2017 stratejik planında ise hastaneler ile ilgili olarak çoğunlukla kalite vurgusu yapılmış ve kaliteli ve nitelikli sağlık hizmeti sunumunun altını çizen hedeflere yer verilmiştir. Bu kapsamda bu planda hastane yapımından çok hizmet sunumundaki kaliteye geçiş yapıldığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012). 2005-2017 yılları arası Türkiye’de hastane ve yatak sayılarının durumu Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3. 2005-2017 yılları arası Türkiye’de hastane yatak sayılarının durumu.

Yıl	Devlet Hst.	Üniversite Hst.	MSB Hst.	Özel, Yabancı ve Azınlık Hst.	Diğer Hst. ⁷	Toplam Hastane Yatak Sayısı
2005	795	53	42	276	32	170.972
2006	769	56	42	313	25	183.696
2007	848	56	42	339	32	186.191
2008	847	57	42	400	4	188.065
2009	834	59	42	450	4	195.549
2010	843	62	42	489	3	200.239
2011	840	65	42	503	3	194.504
2012	832	65	42	541	3	200.072
2013	854	69	42	550	2	202.031
2014	866	69	37	556	-	206.836
2015	865	70	36	562	-	209.648
2016	876	69	-	565	-	217.771
2017	879	68	-	571	-	225.863

(Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2006-2018 yılları arası Sağlık İstatistik Yıllıklarından elde edilen verilerle yazarlar tarafından oluşturulmuştur).

Tabloda görüldüğü üzere hastane sayısı ve yatak sayıları istikrarlı şekilde artmaya devam etmiştir. Bu dönemde hizmet sunan kurum sayısının azalması (SSK, MSB ve

⁶ Sağlık Bakanlığı’nın her yıl düzenli olarak yayımladığı Sağlık İstatistik Yıllıklarında; İstatistik Bölge Birimleri Sınıflaması (İBBS) altında Türkiye, 12 bölge (İBBS-1), 26 alt bölge (İBBS-2) ve 81 il (İBBS-3) olacak şekilde istatistikleri yayımlanmaktadır. Bu durum mevcut sağlık bölgeleri ile uyumsuzluk oluşturmaktadır.

⁷ Bu kategorideki hastaneler; Belediye hastaneleri, Diğer Bakanlık Hastaneleri, İktisadî Devlet Teşekkülleri Hastaneleri ve derneklere ait hastanelerin toplamını içermektedir.

diğer kamu kurum ve kuruluşlarının devredilmesi sonucu) hizmet sunumunun kamu ve özel sektör tarafından iki taraflı sürdürülmesi sonucunu doğurmuştur. 2005 yılında on bin kişiye düşen yatak sayısı 26,7 iken; 2010 yılında 27,1; 2015 yılında 26,6 ve 2017 yılında 27,9'a yükselmiştir. 2017 verilerine bakıldığında on bin kişiye düşen yatak sayısı ülke genelinde 27.9 iken; İstanbul (25.3), Doğu Marmara (24,8) ve Güneydoğu Anadolu (23.3) bölgelerinde ülke ortalamasının altında yatak sayısı olduğu ve önceki dönemlere kıyasla bölgeler arası dengesizliklerin önemli ölçüde azaldığı görülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2018). Bunun yanında 2005 yılında kişi başı hastaneye müracaat sayısı 2.2 iken; 2010 yılında 4.1; 2015 yılında 5.3 ve 2017 yılında 5.8 olarak gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Diğer taraftan SDP'nin bileşenlerinden biri olan "yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi" için "idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri" vasıtasıyla sağlık hizmeti sunma planları yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2010b: 20). Bu planı hayata geçirmek için bir takım (663 Kanun Hükmünde Kararnameyle Kamu Hastaneler Birlikleri gibi) adımlar atılmıştır. Aynı şekilde idari ve mali özerkliğe sahip işletmeleri kurmak ve hayata geçirmek için 2005 yılında 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa" ek bir maddeyle (Ek Madde 7) çıkartılan 5396⁸ sayılı kanunla şimdiki şehir hastaneleri olarak bilinen Kamu Özel İşbirliği'ne (KÖİ-Public Private Partnership) dayanan hastane projeleri gündeme gelmiştir. 2013 yılında bu kanun kaldırılarak yerine 6428⁹ sayılı "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" yürürlüğe girmiştir. Bu kanuna dayanarak KÖİ modeli ile Türkiye geneli bazı hastane projeleri planlanmıştır. Bu hastaneler önceleri Entegre Sağlık Kampüsler (Integrated Healthcare Campuses) tesisleri olarak ifade edilirken daha sonraları şehir hastaneleri kavramı olarak kullanılmış ve hayata geçmiştir.

Şehir hastaneleri, Gökkaya'ya (2020: 88) göre "*kamu ve özel sektör arasındaki imzalanan bir sözleşmeye göre finansmanı, tasarlanması, inşası ve bazı (tıbbi olan ve tıbbi olmayan destek hizmetleri) hizmetlerin sunulmasını özel sektör temsilcilerinin sağladığı, buna karşılık kamunun planlayıcı ve denetleyici bir rol üstlenmekle birlikte sadece tıbbi (çekirdek) hizmetleri sunduğu, uzun süreli kiralama ile yürütülen büyük, modern, konforlu ve son teknolojik cihazlarla donanımlı hastanelerdir*". Sağlık Bakanlığı tarafından hukukî temellerinin 2005 yılında atılmaya başlandığı ve 2011 yılından sonra Türk sağlık sistemini yeniden yapılandırma amacıyla, tek bir kampüs içerisinde, örgütsel ve finansal düzeyleri de içine alarak kaliteli ve entegre bir şekilde, sağlık hizmeti vermek adına KÖİ yöntemiyle şehir hastaneleri modelini uygulamaya geçirmek öngörülmüştür (Gökkaya, 2020). Bu kapsamda Şehir hastaneleri ilk başta tasarlanma

olarak hastaların tüm sağlık sorunlarının kendi Sağlık Hizmet Bölgeleri'nde çözülmesi ilkesi gereğince toplam 22 ilde farklı fiziki boyutlarda ve farklı yatak kapasitelerinde toplam 30 Sağlık Kampüsü şeklinde planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011a). Ancak 2016 yılına gelindiğinde Sağlık Bakanlığı, toplamda 42.896 yatak kapasiteli 34 şehir hastanesinin projesinin yürütüldüğünü açıklamıştır (Müezzinoğlu, 2016). İlk olarak 18 şehir hastanesi projesi ihale edilmiştir (Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, 2021).

Şehir hastanelerindeki temel mantık KÖİ yönteminin bir türü olan Yap-Kırala-Devret modelinin kullanıldığı sisteme göre işlemektedir. Sağlık Bakanlığı, kurulmasını planladığı bir yerde belirlediği kriterlerde hastanenin yapılması için ihaleye çıkmaktadır. İhaleyi alan yüklenici firma ile Sağlık Bakanlığı arasında bir sözleşme imzalanmaktadır. İmzalanan bu sözleşmenin maddeleri hem hastanenin yapımıyla ilgili hem de yapımından sonra işletmesiyle ilgili bütün süreçleri kapsamaktadır. Sözleşme hem kamu hem de yüklenici firmaya ciddi sorumluluklar yüklemektedir. İhaleyi alan yüklenici firma istenilen özellikteki hastaneyi bütün maliyetlerini kendi karşılayıp inşa ederek ve hastanedeki kullanılan malzeme ve cihazların hepsini tedarik ederek sözleşme çerçevesinde en az 25 yıl ve artı olarak hastanenin yapım ve inşa süresinde eklenerek yaklaşık 30 yıllığına Sağlık Bakanlığına kiralamaktadır. Sözleşme süreci boyunca Sağlık Bakanlığı hastaneyi inşa eden firmaya hem binanın kira bedelini hem de firmanın sunmuş olduğu 19 kalem olan (yemek, temizlik, güvenlik, görüntüleme hizmetleri gibi) tıbbi ve tıbbi olmayan destek hizmetlerinin ücretlerini belli periyotlarla ödemektedir. Sözleşme süreci bittikten sonra hastane bedelsiz olarak Sağlık Bakanlığına devredilmektedir. KÖİ yapılan şehir hastaneleri klasik devlet hastanelerinden bu gibi çeşitli yönleriyle farklılaşmaktadır. Ayrıca şehir hastaneleri eskiden ve kapatılan devlet hastanelerinin yerine yapılmaktadır. Diğer bir ifadeyle nitelikli sağlık hizmeti sunmak için hastanelerin modernizasyonunun inşası şeklinde yorumlanabilir. Özetle şehir hastaneleri projeleri SDP kapsamında önemli reformlardan birisi olarak meydana gelmiş ve KÖİ yöntemiyle finansmanı, inşa edilmesi ve işletilmesi sağlanmıştır.

2017 sonrası dönem

Bu dönem ilk şehir hastanesi olan Yozgat Şehir Hastanesi'nin Nisan 2017'de açılmasından, günümüze kadar olan süreyi kapsamaktadır. Şehir hastanelerinin 2017 yılına kadar politik, hukukî, finans ve yöntem konularında alt yapılarının sağlanması ve gerekli adımların atılmasıyla birlikte planlanan hastane projeleri tek tek açılmaya başlamıştır. Ancak planlanan (34 hastane projesinden) ve ihalesi yapılan 18 şehir hastanesinin KÖİ modeliyle kurulması sağlanmış ve çoğu hastane hizmet vermeye başlamıştır. Sözleşmesi imzalanan ve KÖİ yöntemiyle yapılmış ve yapılacak olan şehir hastanelerine ilişkin bilgiler Tablo 4'te sunulmuştur.

⁸ Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklennesi Hakkında Kanun, Tarih: 15.07.2005 Resmî Gazete Sayı: 25876. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050715-2.htm>.

⁹ <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130309-1.htm>

Tablo 4. Sözleşmesi imzalanan ve KÖİ yöntemiyle yapılmış ve yapılacak olan şehir hastaneleri.

Şehir Hastanesi	Yatak Kapasitesi	Hizmete Açılma Yılı
Yozgat Şehir Hastanesi	475	2017 yılından itibaren hizmete giren hastaneler
Isparta Şehir Hastanesi	755	
Mersin Şehir Hastanesi	1294	
Adana Şehir Hastanesi	1550	
Kayseri Şehir Hastanesi	1607	
Elâzığ Şehir Hastanesi	1038	
Manisa Şehir Hastanesi	558	
Eskişehir Şehir Hastanesi	1081	
İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi	2682	
Konya Karatay Şehir Hastanesi	1250	
Tekirdağ Şehir Hastanesi	486	
Ankara-Bilkent Şehir Hastanesi	3711	
Bursa Şehir Hastanesi	1355	
Kocaeli Şehir Hastanesi	1180	
Ankara-Etilik Şehir Hastanesi	3566	
Gaziantep Şehir Hastanesi	1875	
Kütahya Şehir Hastanesi	600	
İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2060	

(Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, 2021).

2019 yılının sonuna doğru alınan bir kararla KÖİ modelinden vazgeçilerek eski ve klasik ihale yöntemiyle genel bütçeden hastanelerin yapılmasına karar verildiği Sağlık Bakanın açıklamalarından görülmektedir. Bu durumu Sağlık Bakanı Fahrettin Koca 12 Kasım 2019 tarihinde plan bütçe komisyonunda yaptığı bir açıklamada “planlanan 12.400 yatak kapasiteli 10 şehir hastanesinin KÖİ yöntemi yerine genel bütçe kaynakları ile yapılacağını” belirtmiştir. Ek olarak “bu hastanelerin 3’ünün proje ihale ilanının yapıldığını, 7’sinin proje ihalesinin hazırlık aşamasında olduğunu” vurgulamıştır (TBMM 2019: 16). Bu karara göre konsept olarak şehir hastaneleri mantığının devam edeceği ancak finans yöntemi olarak KÖİ yerine genel bütçe tercih edileceği belirtilmektedir. Nitekim alınan bu karardan sonra 2021 yılının sonuna doğru şehir hastanelerindeki geleneksel nokta Tablo 5’te açıkça görülmektedir. Bu tabloya göre 12 şehir hastanesinin yapılması planlanmaktadır. Bu hastanelerin bazıları inşaat aşamasına geçmiş bazıları ise ihale ve proje aşaması devam etmektedir. Özetle şehir hastanelerinin son durumuna bakıldığında; Türkiye geneli ilk başta planlanan 34 şehir hastanesinin 18’i (Tablo 4’teki hastaneler) KÖİ yöntemiyle hayata geçmiştir. Geri kalan projeler ise (Tablo 5’teki hastaneler) sırasıyla genel bütçe kapsamında yapılarak uygulamaya geçerek hizmet vereceği görülmektedir. Bundan sonra da yeni şehir hastanelerinin genel bütçe kapsamında yapılmasına devam edileceği düşünülmektedir.

Tablo 5. Genel bütçe kapsamında yapılacak olan şehir hastaneleri.

Şehir Hastanesi	Yatak Kapasitesi	Hizmete Açılma Yılı
Ordu Şehir Hastanesi	900	İnşaat aşamasında
Denizli Şehir Hastanesi	1000	İnşaat aşamasında
Antalya Şehir Hastanesi	1000	İnşaat aşamasında
Trabzon Şehir Hastanesi	900	İnşaat aşamasında
Samsun Şehir Hastanesi	900	İnşaat aşamasında
Aydın Şehir Hastanesi	950	İnşaat aşamasında
Sakarya Şehir Hastanesi	1000	İnşaat aşamasında
Şanlıurfa Şehir Hastanesi	1700	İnşaat aşamasında
Diyarbakır Yenişehir Şehir Hastanesi	750	Proje aşamasında
Rize Şehir Hastanesi	800	Proje aşamasında
İstanbul Sancaktepe Şehir Hastanesi 1.Etap	2100	Proje aşamasında
İzmir Tınaztepe Şehir Hastanesi	1200	Planlama aşamasında

(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü ve Yatırım Takip sisteminden elde edilen verilerle yazarlar tarafından oluşturulmuştur).

Bu dönemde hazırlanarak uygulamaya konulan 2019-2023 stratejik planına bakıldığında; hastaneler ile ilgili olarak, Şehir Hastanesi Modeli ile sağlık hizmet sunumunu güçlendirmek, on bin kişiye düşen yatak sayısının 30’a çıkarılması, üniversite hastanelerinin hastane işletmeciliğinden ayrıştırılması, kalitenin ve memnuniyetin artırılması ifadeleri yer almıştır. Bu kapsamda bu dönemde şehir hastane modeli ön planda tutulmuş ve kaliteyi hedef alan bir anlayışın ortaya çıktığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021). 2017 ve sonrası döneme ilişkin Türkiye’de hastane ve yatak sayılarının durumu Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. 2017 ve sonrası dönemde Türkiye’de hastane yatak sayılarının durumu.

Yıl	Devlet Hst.	Üniversite Hst.	Özel Hst.	Toplam Hastane Yatak Sayısı
2017	879	68	571	225.863
2018	889	68	577	231.913
2019	895	68	575	237.504

(Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2018-2021 yılları arası Sağlık İstatistik Yıllıklarından elde edilen verilerle yazarlar tarafından oluşturulmuştur).

Tabloda görüldüğü üzere hastane sayısı ve yatak sayıları istikrarlı şekilde artmaya devam etmiştir. 2017 yılında on bin kişiye düşen yatak sayısı 27.9 iken; 2019 yılında 28.6’ya yükselmiştir. Ülke içinde hastane yatağı sayısının dağılımındaki dengesizliğin bu dönemde de azalma gösterdiği görülmüştür. 2019 yılı verilerine bakıldığında on bin kişiye düşen yatak sayısı ülke genelinde 28.6 iken; İstanbul (26.2), Doğu Marmara (26.2) ve Güneydoğu Anadolu (23.3) bölgelerinde ülke ortalamasının altında yatak sayısı olduğu görülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Son olarak bu dönemde Bakanlık 19.06.2020 tarihli Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge yayımlamıştır. Yönerge içindeki madde 19’da Sağlık

Hizmetleri Planlama Dairesi Başkanlığı'na ait görevler içinde sağlık tesisleri ile ilgili olarak şu görevler yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021):

- Bölge ve coğrafi dağılımlı hizmet sunum planlama ve düzenleme hizmetlerini yürütmek,
- Mevcut sağlık tesislerinin dağılımını izlemek, yeni yatırım taleplerini değerlendirmek, planlama çalışmalarının sekretaryasını yürütmek,
- Yatırım planlanan yerler için yatırım izni verilmesine ilişkin işlemleri yapmak,
- Özellikle planlama gerektiren sağlık hizmetlerini tanımlamak, bu hizmetlerle ilgili hizmet standartlarını belirlemek ve uygulama rehberlerini oluşturmak,
- Özellikle planlama gerektiren, yoğun bakım, total parenteral nutrisyon, inme, yanık, hiperbarik oksijen tedavisi, radyoterapi gibi sağlık hizmetlerini planlamak.

SONUÇ

Bu çalışmada Türkiye'de hastane planlamasının dönüşümü ayrıca nicel verilerle hastane ve yatak sayılarının yaklaşık yüz yıllık gelişimi ortaya konulmuştur. Çalışmanın sonucunda, Türkiye'de hastane yapım çalışmaları ve çabası her dönemde var olmuş, ancak hastaneler için uzun yıllar boyunca belirli bir planlama çalışması yapılmadığı görülmüştür. Hastaneler için ayrı şekilde olmasa da ortaya konulan politika ve plan belgelerinde yer alan amaçlarda hastane yapımı sürekli şekilde kendine yer bulmuş, ancak bu amaçlar belirli analiz ve öngörü içermeyen şekilde gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Ayrıca 2010 öncesi döneme kadar ortaya konulan plan ve programların da çeşitli sebeplerle uygulanamadığı görülmüştür. 2011 yılına gelindiğinde sağlık tesislerinin planlamasıyla ilgili ilk ciddi adım olarak Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi ile hastanelerin mevcut durumlarının net şekilde ortaya konulduğu ve geleceğe yönelik hedeflerin belirlendiği görülmüştür. Bunun yanında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 2010-2014, 2013-2017 ve 2019-2023 Stratejik Planlarında hastaneler ile ilgili olarak kalite ve yatak sayılarının artırılmasına yönelik hedefler konulduğu görülmüştür. 2011 sonrası dönem için yataklı sağlık tesisleri ile ilgili planlı döneme geçişin olduğu ifade edilebilmektedir. Sağlık sisteminde son 100 yıllık sağlık tesisleri ile ilgili alınan kararlar ve uygulanan planlara bakıldığında bir standardizasyonunun olmadığı görülmektedir. Değişen hükümetlerle değişmeyen sağlık sistemi ve planlamalarının yapılması anlayışı hiçbir zaman tam anlamıyla uygulanamamıştır. Sağlık sisteminde hastanelerin ilk dönemden günümüze kadar çeşitli şekillerde ortaya çıkması bu durumun göstergesidir denilebilir. Numune hastaneleri, Özel İdare ve Belediye hastaneleri, SSK hastaneleri, MSB hastaneleri ve Şehir hastanelerinden geçerek günümüze kadar evrilen hastaneler bunun bir göstergesidir. Bu hastanelerin mülkiyet, işletme ve idari olarak birbirinden

farklı olması çeşitli dönemlerde sağlık sunum sistemini de oldukça etkilemiştir.

Diğer taraftan Cumhuriyet'in kuruluşundan günümüze kadar hastane ve yatak sayısı sürekli olarak artış göstermiştir. Bu artış ülke genelinin tamamına yansımış ancak belirli dönemlerde bölgeler arası dengesizliklerin olduğu gözlemlenmiştir. Gelişim gösteren yatak sayısı diğer ülkelerle karşılaştırıldığında önemli bir seviyeye gelmiş olsa da yeterli olmamıştır. Nitekim 2018 yılında on bin kişiye düşen yatak sayısında Avrupa Birliği ortalaması 48,7, OECD ortalaması 45,3 iken; Türkiye'de bu sayı 28,6'da kalmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021). Bu kapsamda Türkiye'nin yatak sayısı bakımından önemli gelişme sağlaması gerekliliği görülmektedir. Yapılan her hastane, uluslararası göstergelere yaklaşmayı ve sağlık hizmeti sunmayı amaç edinse ve birçok olumlu çıktıyı beraberinde getirirse de akılcı ve ekonomik analizleri içeren net bir planlama dâhilinde hayata geçirilmemesi kaynakların etkin kullanılmasının önüne geçeceği unutulmamalıdır. Bu kapsamda var olan hastanelerin de onarımı/yenilenmesi veya yerine yeni hastane yapılması konusunda da net kriterlerin (maliyet, ildeki sağlık tesislerinin durumu, nüfus yapısı ve nüfus artış oranları gibi) ortaya konulması için planlama çalışmaları yapılması önemlidir. Çünkü artan hastane ve yatak sayısı hem yapım hem de işletme maliyetleri ile ekonomiye yük getirmektedir. Ayrıca, yapılacak planlamaya özel sektörün de dâhil edilmesi özel hastanelerin de kurulacağı yerler için belirli kriterler getirilmesi, ülkedeki hastanelerin daha dengeli dağılmasını ve yatırımların verimli şekilde kullanılmasının önünü açacaktır.

Bir başka önemli konu ise hastanelere başvuru sayılarının her geçen yıl artması ve beraberinde hastanelere yapılan harcamaların artmasıdır. Bu kapsamda birinci basamağın olması gerektiği gibi işletilmesi ve sevk sisteminin uygulamaya koyulması hastanelerin amaca uygun şekilde kullanılmasının önünü açacaktır. Çalışmanın kısıtlılığını, çalışmaya konu olan süreçteki tüm verilere ulaşılamaması ve kaynakların kısıtlı olması oluşturmaktadır.

Çıkar Çatışması

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Yazar Katkıları

Plan, tasarım: İHC, DG; **Yöntem ve veri toplama:** İHC, DG; **Analiz ve yorum:** İHC, DG; **Yazım ve eleştirel değerlendirme:** İHC, DG.

KAYNAKLAR

- Aba, G. (2018). *Sağlık Politikası ve Planlaması*. Nobel Yayınevi, Ankara.
- Akdağ, R. (2008). *İlerleme Raporu: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Yayın No: 749, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Akman, E. ve Tarım, M. (2020). Türkiye ve İngiltere Sağlık Sistemleri: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Karşılaştırması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 303-316.

- Altay, S. (2019). *Atatürk Döneminde Numune Hastanelerine Dönüştürülen Osmanlı Hastaneleri*. Atatürk Araştırma Merkezi Başkanlığı, Ankara.
- American Hospital Association. (1961). *Areawide Planning for Hospitals and Related Health Facilities*. Report of the Joint Committee of the American Hospital Association and Public Health Service. U.S. Department of Health, Education, And Welfare, Washington.
- Arıkan, R. (2011). *Araştırma yöntem ve teknikleri*. Nobel Yayınevi, Ankara.
- Azak, S. (2001). Özel Hastaneler Yoğun Bakımda!. *Yeni Türkiye*, 7(40): 1515-1518.
- Baker, T.D. (1988). Planning Health Facilities, in Reinke W.A., *Health Planning for Effective Management*. Oxford University Press, New York.
- Bergwall, D.F., Reeves, P.N. and Woodside, N.B. (1973). *Introduction to Health Planning*. Information Resources Press, Washington.
- Boyacı, İ. (2021). Türkiye Sağlık Sisteminin Dönüşümü (2003-13): Sağlık Hizmet Bölgeleri Planlaması ve Şehir Hastaneleri. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(40), 358-376.
- Buğdaycı, R., Şaşmaz, T. ve Aydın, S. (2001). Temel Sağlık Hizmetlerinin Anlamı ve Bütünlüğü. *Yeni Türkiye*, 7(39): 174-182.
- Cansever, İ.H. (2020). *Türkiye’de Sağlık Planlaması*. Gazi Kitabevi, Ankara.
- CHP. (1938). Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti, içinde *On Beşinci Yıl, Yeniden bastırılan kurum Türkiye Tıp Akademisi*, (2010), 3. Baskı, Türkiye Tıp Akademisi, İstanbul.
- Dirican, R. ve Bilgel, N. (1993). *Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)*. Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa.
- Ettelt, S., Nolte, E., Thomson, S., & Mays, N. (2010). *Sağlık Hizmetlerinde Kapasite Planlama: Uluslararası Deneyimlerin İncelenmesi*, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No. 785, Ankara.
- Fişek, N.H. (1963). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerine Çalışmalar, *Sağlık Dergisi*. 37(3). Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-I.
- Gökkaya, D. (2020). “Şehir Hastaneleri Modelinin Kavramsal Çerçevesinin Değerlendirilmesi”, Erdal Eke (Ed.) *Sağlık Yönetiminde Güncel Tartışmalar*, İçinde (77-110), Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Hill-Burton Metodu, mevcut yatan hasta ve nüfustan yola çıkarak, gelecekteki tahmin edilen nüfus ile ihtiyaç olabilecek yatak sayısını hesaplamakta kullanılan ve geçmişte ABD’de önemli şekilde faydalanılan bir metottur. Ayrıntılar için bkz. Bergwall, D.F., Reeves, P.N. ve Woodside, N.B., (1973), *Introduction to Health Planning*, Information Resources Press, Washington.
- Hoadley, E.D. Jorgensen, B., Masters, C., Tuma, N., & Wulff, S. (2010). Strategic Facilities Planning: A Focus On Health Care. *Journal of Service Science*. 3(1): 15-22.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. 2. Baskı. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Mogalakwe, M. (2006). The use of documentary research methods in social research. *African Sociological Review*, 10(1), 221-230.
- Müezzinoğlu M. (2016). *Sağlık Bakanlığı 2016 Yılı Bütçe Sunumu*. <https://dosyasab.saglik.gov.tr/Eklenti/881,tbmmpdf.pdf> ?0 Erişim Tarihi 07.09.2021.
- OECD. (2021). *Health Care Resources*. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC. Erişim Tarihi: 27.08.2021.
- Övgün, B. ve Küçük, A. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Ölçeklendirme: Bölge Uygulamaları. *Amme İdaresi Dergisi*, 46(1): 57-80.
- Özcan, C. (2001). Türkiye’de Tedavi Hizmetlerinin Analizi. *Yeni Türkiye*, 7(39): 868-874.
- Öztek, Z. (2001). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, *Yeni Türkiye*, 7(39): 60-64.
- Resmî Gazete. (1983). *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği*. 13.01.1983 tarih ve 17927 sayılı Resmî Gazete.
- Sağlık Bakanlığı. (1990). 2000 yılında Herkese Sağlık: Türkiye Milli Sağlık Politikası. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2006). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü. (2021). *Şehir Hastaneleri*. <https://sygm.saglik.gov.tr/TR-33027/sozlesmesi-izmalanan-ihaleler.html> Erişim Tarihi 07.09.2021
- Sağlık Bakanlığı Yatırım Takip Sistemi. (2021) <https://yts.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi 07.09.2021
- Sağlık Bakanlığı. (2010a). *Sağlık Bölge Planlamasına İlişkin Uygulamalar*, 02.07.2010 tarih ve 2010/50 sayılı Genelge.
- Sağlık Bakanlığı. (2010b). *Stratejik Plan 2010-2014*. Yayın No: 788, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2011a). *Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi: Özet Kitap*, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2011b). *Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri: 2011-2023*. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 836, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2012). *Stratejik Plan 2013-2017*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2016). *Sağlık Hizmet Bölgeleri Organizasyon Şemasının Güncellenmesi*. 28.03.2016 tarih ve 83913885 sayılı yazı.
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlık İstatistikleri 2017*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2021). *Sağlık İstatistikleri 2019*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. Sözleşmesi İmzalanan İhaleler. <https://sygm.saglik.gov.tr/TR-33027/sozlesmesi-izmalanan-ihaleler.html> Erişim Tarihi 07.10.2021.
- Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130309-1.htm> Erişim Tarihi 05.09.2021
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, 15.07.2005 tarih ve 25876 sayılı Resmî Gazete. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050715-2.htm>. Erişim Tarihi 05.09.2021
- Savaş, B.S. (2001), Türkiye Sağlık Sistemi: Kısa Bir Genel Bakış, *Yeni Türkiye*, 7(39): 87-128.
- Schultz, G.P. (1970). The Logic of Health Care Facility Planning. *Socio-Economic Planning Sciences*. 4(3): 383-393.
- SMİV. (1954). *Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler*, Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti Neşriyatı, Yayın No. 177, Ankara.

- SSYB. (1946). *Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı*, Sayı. 124. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- SSYB. (1982). Dr. Refik Saydam 1881-1942: Ölümünün 40. Yılı Anısına, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- SSYB. (1983). Cumhuriyet Dönemi Yataklı Tedavi Hizmetleri 1923-1983 ve 1982 Çalışmaları. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yayın No: 505. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- TTB. (2002). Yeni Bin Yılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu. Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi.
- TBMM. (2019). Türkiye Büyük Millet Meclisi Plan ve Bütçe Komisyonu Tutanak Dergisi-12. Toplantı 12 Kasım 2019 Salı. Ankara. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/02/12-Kasim-2019_PBK_Gorusemeler.pdf Erişim Tarihi: 10.09.2021.
- TÜİK. (2020). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2019-33659>. Erişim Tarihi: 02.09.2021.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2013). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Seçkin Yayıncılık, Ankara