

# COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE KAMU HASTANELERİ

**Dr. Osman Öztürk\***, **Dr. Özgür Karcıoğlu\*\***

\* Tıp Doktoru, İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi

\*\* Tıp Doktoru, Profesör, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

## Özet

Koronavirüs pandemisi dünyada ve Türkiye’de hız kesmeden devam ediyor. Türkiye’nin altı aylık süreçte salgını hâlâ baskılamayı bile başaramadığı, erken dönemde başlatılan “normalleşme”nin ardından vaka ve ölüm sayılarındaki artış göz önüne alındığında süreci yürütmekte başarılı olduğunu söylemek mümkün görünmüyor. Gene de Türkiye’nin salgını daha ağır geçirmemesinin sahip olduğu birkaç avantajdan kaynaklandığı söylenebilir. Bunlardan biri yaşlı nüfus oranının gelişmiş ülkelere göre düşük olması, bir diğeri fedakâr sağlık çalışanları oldu. Üçüncüsü ise özellikle salgının bir tsunami gibi vurduğu ilk günlerde Sağlık Bakanlığı’nın bütün hazırlıksızlığına karşın hızla organize olarak daha fazla ölümlerin gerçekleşmesinin önüne geçen “her şeye rağmen ayakta kalmayı başarabilen” köklü, büyük kamu hastaneleri ve kamucu/toplumcu hekimlik geleneği oldu. Bu noktada geriye dönüp Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde kamu hastaneleriyle ilgili tartışmaları hatırlamak gerekiyor.

\*\*\*

COVID-19 pandemisine karşı mücadele altı aydır devam ediyor. Aslında COVID-19’un hastane kaynaklı bir enfeksiyon değil, küresel bir salgın olduğu, SARS-cov-2’nin hastane koridorlarında, polikliniklerde, ameliyathanelerde değil sokaklarda, AVM’lerde, fabrikalarda, işyerlerinde, insanlar arasında dolaştığı göz önüne alındığında mücadelenin “sahada” ve birinci basamakta karşılanması gerekirdi. Üstelik Türkiye uzun yıllar boyunca sıtma, trahom, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklara karşı sahada mücadele deneyimine sahipti. Ama öyle olmadı.

Türkiye’de birinci basamak sağlık örgütlenmesinin Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak isimlendirilen sağlık “reformu” sürecinde geçirdiği dönüşüm düşünüldüğünde bu durumun bir tercih olmanın yanı sıra bir zorunluluk olduğu anlaşılıyor. Hatırlanacağı gibi SDP sürecinde bölge tabanlı olarak koruyucu ve tedavi edici hizmeti birlikte veren sağlık ocakları tasfiye edilmiş; topluma ve bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetler ayrı-

lıp Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) / İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM) ile Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) arasında paylaştırılmıştı. Birinci basamak sağlık örgütlenmesinin hakim yapısı ASM'ler esas olarak bir aile hekimi ve bir aile sağlığı çalışanından ibaret "Aile Hekimliği Birimi (AHB)"nden oluşuyor ve ev ziyaretleri dışında hizmetlerini sahadan tamamen kopuk olarak yürütüyor. Dahası, aile hekimleri coğrafi bölge / nüfus temelli değil, liste tabanlı olarak çalıştığı için aynı ailenin farklı bireylerinin farklı aile hekimlerine bağlanması, şehrin bir ucunda ikamet eden bir yurttaşın şehrin diğer ucundaki aile hekimine kayıt yaptırması mümkün. Böyle bir ASM yapılanmasıyla herhangi bir salgın hastalığa karşı mücadele etmek doğal olarak mümkün değil. Nitekim, Sağlık Bakanlığı'nın 24 bin aile hekimi ve 23 bin aile sağlığı çalışanına pandemi mücadelesinde verdiği tek görev telefonla izlem oldu. Birinci basamağın "üvey evladı" TSM/İSM'ler ise ekip ve donanım olarak saha çalışmasında yetersiz kaldı; eksikler birinci basamak deneyimi olmayan, ikinci basamakta görevli diğer sağlık çalışanlarından takviyeyle tamamlanmaya çalışıldı.

Neticede; Türkiye, altı aydır devam eden COVID-19 pandemisini esas olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları olan hastanelerde karşıladı. Somut örnek vermek gerekirse COVID-19 şüphesi ile ASM/TSM'ye başvuran bir kişinin biyokimya, radyoloji (özellikle tomografi) gibi tanıda önemli yeri olan testlerinin yapılması, konsültasyonları gibi konularda çıkan yetersizliği nedeniyle birinci basamak hemen tümüyle dışarıda kalmış oldu. Bölgeden bölgeye değişmekle birlikte, ikinci basamak hizmet hastaneleri de 7/24 ilgili branş konsültasyonları, yoğun bakım, bazen radyolojik incelemelerdeki yetersizlikleri nedeniyle beklendiği/gerektiği şekilde mücadeleye katılamadı.

\*\*\*

Salgının başlangıcında belirli kamu hastaneleri pandemi hastanesi olarak belirlenirken hasta sayısının hızla artması karşısında ise bünyesinde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları uzmanlarından en az ikisinin bulunduğu ve üçüncü seviye erişkin yoğun bakım yatağı bulunan Sağlık Bakanlığı hastaneleri, devlet ve vakıf üniversitesi hastaneleri ile tüm özel sağlık kuruluşları pandemi hastanesi olarak ilan edildi.

Ancak, yıllardır hastaların hem sağlık sigortalarından hem de ceplerinden para almaya alışkın olan özel hastaneler salgın koşullarında "ilave ücret" almakta zorlanınca daha baştan pandemi mücadelesinden kaçmaya çalıştı. Özel hastane patronlarının örgütü Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği Başkanı, henüz salgının ikinci haftasında "Özel hastaneler pandemi hastanesi ilan edildi, ciromuz yüzde 80 azaldı. Devlet, özel hastanelere salgın bitene kadar, 3-4 ay el koysun." Diyerek salgının bütün yükünü devlete yıkmaya çalıştı. Daha sonra Sosyal Güvenlik Kurumu ayrı bir "COVID-19 paketi" belirleyince hastaları kabul ettilerse de özel hastanelerin hasta seçtikleri, yoğun bakım da dahil olmak üzere hastalardan para aldıkları, para ödeyemeyen hastaları endikasyonu olsa bile servise yatırmadıkları şikayetleri kamuoyunda sürekli yer aldı. Sonuçta Türkiye'de COVID-19

Türkiye, altı aydır devam eden COVID-19 pandemisini esas olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları olan hastanelerde karşıladı.

pandemisine karşı mücadele ağırlıklı olarak başta tıp fakülteleri ve eğitim araştırma hastaneleri olmak üzere kamu hastanelerinde yürütülmeye devam edildi.

Dünya Sağlık Örgütü'nün pandemi ilan etmesiyle aynı gün, 11 Mart 2020'de Türkiye'de ilk vakanın resmi olarak açıklanmasıyla birlikte hastaneler yoğun bir hasta akınına uğradı ve büyük kaos yaşandı.

Özellikle ilk dönemde kamu hastanelerinde yaşanan problemleri ana başlıklarıyla sıralarsak:

1. COVID-19 hastalığının 31 Aralık'ta Çin'in Wuhan eyaletinde ilk ortaya çıkışından Türkiye'de ilk vakaların görülmeye başlamasına kadar geçen yaklaşık iki buçuk aylık süreçte kamu hastanelerinde ciddi bir hazırlık çalışması yapılmamış, Bakanlık yetkilileri tarafından var olduğu söylenen pandemi planları hastanelerin çoğunda uygulanmamış, sağlık çalışanlarına planla ilgili gerekli ve yeterli eğitim verilmemiştir.
2. Kamu hastaneleri COVID-19 pandemisi sürecine büyük ölçüde hazırlıksız yakalanmış; hastanelerde yaşanan maske, önlük, eldiven, gözlük, vb kişisel koruyucu malzeme eksikliği bu hazırlıksızlık durumunu açık olarak göstermiştir. Ancak "malzeme eksikliği" durumu tablonun sadece görünen yüzüdür, asıl problem organizasyon eksikliğidir.
3. Özellikle ilk günlerde, haftalarda COVID-19 hastalarının karşılanması / muayenesi / yatışı / tedavisi için gerekli algoritma uygulanmamış, hastanelerin birçoğunda COVID-19 şüpheli hastalarla diğer hastaların temasını önleyecek triyaj sistemi ve kesin ya da şüpheli / olası COVID-19 tanılı hastaların diğer hastalardan ayrı servislerde yatırılması gerçekleştirilememiştir. Birçok hastanenin fiziksel yapısı da gerekli düzenlemelerin yapılmasında ciddi sorun oluşturmuştur.
4. Gerekli düzenlemelerin yapılmaması, özellikle triyaj ve COVID-19 polikliniklerinin henüz oluşturulmadığı ilk başlarda hastaların öncelikle acillere yönelmelerine yol açmış, bu durum ülkemizde zaten olağanüstü iş yüküyle çalışan acil servislerin iş yükünü çok daha fazla arttırmıştır. Bürokratik amaçlarla şart koşulan test istemi gibi nedenlerle hastanelere, yine ağırlıkla acillere / pandemi polikliniklerine büyük bir hasta yığılması yaşanmıştır. Halbuki birçok ülkede yalnızca test yapılması istendiği durumda hastaneler meşgul edilmemekte, kalabalık merkezlerde, hatta yollarda kurulan istasyonlarda test yapılarak hastaneye gitmeye gerek bırakılmamaktadır.
5. Sağlık Bakanlığı'nın gerekli hazırlıkları yapmaması salgında en öncelikli risk grubunda yer alan hekimler, sağlık çalışanlarının yaygın olarak enfekte olmasına yol açmış, bazı hastanelerde COVID-19'lu hastalarla temaslı hekimlerin bu süreçte de 24 saatlik nöbetler şeklinde çalıştırılması karşılaştıkları virüs yükünün artmasına yol açmış, neticede Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın 3 Eylül'de yaptığı açıklamaya göre 29 bin 865 sağlık çalışanı bu süreçte enfekte olmuştur. Bakanlık açıklamalarında PCR pozitif vakaların esas alındığı; bırakın dü-

COVID-19'lu hastalarla temaslı hekimlerin bu süreçte de 24 saatlik nöbetler şeklinde çalıştırılması karşılaştıkları virüs yükünün artmasına yol açmıştır.

- zenli test yapılmasını, COVID-19 hastalarıyla korunmasız olarak temas eden, semptom gösteren sağlık çalışanlarına yapılması gereken testlerde ciddi eksiklikler yaşandığı göz önüne alındığında bu sayının gerçekte çok daha yüksek olduğu söylenebilir.
6. Sağlık Bakanlığı süreç boyunca pandemiyle ilgili ayrıntılı verileri toplumla olduğu gibi sağlık çalışanlarıyla da paylaşmaktan kaçınmış; hekimler, sağlık çalışanları nasıl bir olguyla mücadele ettiklerini bilemeden günlük pratiklerini sürdürmek zorunda kalmışlardır.
  7. İlk günlerde Merkezi Hastane Randevu Sistemi eskisi gibi çalışmaya devam etmiş, yapılan çağrılara ve hasta sayılarında düşüşe rağmen birçok hastanede ertelenebilir sağlık hizmeti talebiyle müracaatlar devam etmiş ve bu durum hastanelerde yaşanan kaosu daha da arttırmıştır. Öte yandan, bu süreçte hastanelerde olağan tıbbi hizmet gereksinimi devam eden hastalarla ilgili gerekli düzenlemelerin yapılmaması da ciddi problemler yaratmıştır.
  8. “Normalleşme” adı verilen yeniden açılma sürecinde ise gerekli, uygun önlemlerin alınamaması da ciddi karışıklığa yol açmıştır. COVID-19 dışı hastaların ertelenemez sağlık hizmeti ihtiyaçları için sıkıntılar giderek büyüyor, bu hastalar hizmet alacak sağlık kurumu bulmakta zorlanıyorlar. Bu nedenle önemli fakat “elektif” kontrollerini yaptıramayan örneğin koroner arter hastası miyokard enfarktüsü ile, diyabet hastası diyabetik ketoasidoz ile başvurmak durumunda kalmıştır.
  9. Başlangıçta test merkezleri ve test sayıları ihtiyaca cevap verememiş, hastalardan istenen PCR test sonuçları hastayı takip eden hekime çok geç ulaşmış, bu durum tedavilerde ciddi aksaklıklara yol açmıştır. Bu arada azımsanmayacak oranda kayıp, sonucuna ulaşılamayan test olduğu da bilinmektedir.
  10. Test politikalarında yapılan değişikliklerle temaslı hastalardan PCR istenmesinin sınırlanması hasta-hekim ilişkisinde ciddi sorunlara yol açmış, yaşanan gerilimler zaman zaman hekime yönelik şiddete dönüşmüştür. Öte yandan bir dönem “Hızlı PCR Testi” konusunda toplumda yaratılan yanlış beklenti özellikle bazı hastanelere gereksiz başvurulara ve yığılmalara neden olmuştur. Test konusunda duyarlılık, özgüllük, doğruluk gibi olmazsa olmaz bilgilerin açıklık ve şeffaflıkla paylaşılmaması yurttaşların sürekli bir fısıltı gazetesini ile yaşamasına yol açmıştır.
  11. Sağlık kurumlarında yaygın olarak SARS COV-2 ile karşılaşan hekimlerin, sağlık çalışanlarının bu enfeksiyonu evlerine, ailelerine taşımaması için uygun konaklama ve ulaşım imkânları sağlanmamış, sağlıklı ve yeterli beslenmesi başta olmak üzere ihtiyaçlarının giderilmesi için gerekli önlemler alınmamış, sağlık çalışanları karşılaştıkları sıkıntıları kişisel olarak ya da gönüllü kuruluşların yardımlarıyla çözmek zorunda kalmışlardır. Mart-Mayıs döneminden sonra bu yardımlar hızla azalarak sifıra yaklaşmıştır.
  12. Sağlık çalışanlarına pandemi süresince tavandan performans ödemesi yapılacağına dair söz tutulmamış; özellikle de hekim dışı sağlık

COVID-19 dışı hastaların ertelenemez sağlık hizmeti ihtiyaçları için sıkıntılar giderek büyüyor, bu hastalar hizmet alacak sağlık kurumu bulmakta zorlanıyorlar.

çalışanlarına yapılan ödemelerin azlığı ve ödemelerdeki adaletsizlik çalışanların motivasyonunu son derece olumsuz etkilemiştir.

Kuşkusuz pandemiyle mücadelede yer alan her bir sağlık çalışanı burada ana başlıklarla sıralanan listeyi kendi mesleki deneyimleriyle çok daha fazla uzatabilir.

Sonuç olarak, Sağlık Bakanlığı'nın SARS cov-2'nin Çin'de ortaya çıkmasıyla Türkiye'de ilk vakanın tespit edilmesine kadar geçen yaklaşık iki buçuk ay boyunca gerekli hazırlıkları yapmamış olmasının getirdiği organizasyon eksikliği pandeminin hastanelerimizi bir tsunami gibi vurduğu ilk günlerde büyük karmaşa ve paniğe yol açtı, karşılaşılan sorunların çözümü ise büyük ölçüde hekimlerin, sağlık çalışanlarının yoğun gayretiyle mümkün oldu.

\*\*\*

COVID-19 pandemisinde ülkece en büyük şansımız İran ve bazı Avrupa ülkelerinin Mart-Nisan aylarında yaşadığı aşırı olgu sayıları ve hastanelerin buna yanıt verememe durumunun yaşanmaması oldu. Zaten pandemi öncesindeki dönemde de hastanelerimiz “olağan dışı durumlarda” çalışmaya oldukça antrenmanlıydı. Örneğin acil servislerine günde binden fazla hasta başvurusu olan onlarca üçüncü basamak hastanemiz olması bunun sayısallaştırılmış halini gösterir. Bu haliyle bakıldığında ülkemiz sağlıkçıları ve kurumlarının “zaten hep afet ve pandemi koşullarının içinde olduğunu” söylemek abartılı olmayacaktır. Yine yoğun bakımlar hızlı hasta sirkülasyonuna alışkıdır. Diğer bir etken, ülkemizde onlarca yıllık tıp eğitiminin teorik gelişmelerle tıp pratiğini harmanlamış olarak yüksek nitelikli denebilecek bir eğitim verdiği, hekim ve hemşirelerin yeni koşullara adapte olmakta becerikli olduğu gerçeğidir. Pandemi döneminde buna somut örnek verecek olursak, hekimlerimiz hasta kliniği-PCR ikileminde kalan batılı meslektaşları gibi tutuk davranmamış, kliniği öncelikli görerek agresif tedavileri öngörü ve cesaretle başlamışlardır. PCR testinin çok yüksek bir yanlış negatiflik oranına sahip olduğunun bilinmesi de bu kararda etkili olmuştur. Tomografi ve diğer yardımcı hizmetlerin çok rahatlıkla kullanılması da bunda etkenlerdir. Bu faktörlerin hastaların kötüleşmesini ve yoğun bakımları doldurmasını azalttığını söylemek mümkün görünüyor. Yine sivil toplum kuruluşları, meslek odalarımız ve bakanlık tarafından sık sık bilgilendirmelerin ve kılavuz güncellemelerinin yapılması ile hekimlerin gelişmeleri yakından izlediğini söyleyebiliriz.

Nitekim Sağlık Bakanlığı'nın bu süreçte gerek yurt içinde gerekse yurt dışında “başarı hikayesi” için öne çıkardığı sağlık kurumları tıp fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastaneleri oldu. Bu noktada biraz geriye dönüp son yıllarda kamu hastaneleriyle ilgili tartışmaları hatırlamak gerekiyor.

\*\*\*

Bundan on yedi yıl önce iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi'nin 16 Kasım 2003'te açıkladığı “Acil Eylem Planı”nda kamu hastaneleriyle ilgili olarak “Bir yıl içinde devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımını kaldırmaya dönük çalışmalar ve hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğinin sağlanması çalışmaları başlatılacak(tır).” Denilmektedir.

Pandemi öncesindeki dönemde de hastanelerimiz “olağan dışı durumlarda” çalışmaya oldukça antrenmanlıydı.

Haziran 2003'te açıklanan SDP'nin temel ilkeleri arasında ise “Desantralizasyon” sayılmakta ve “Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.” Olarak açıklanmaktaydı.

Programda SDP'nin sekiz bileşeninin en başında “Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı”na yer verilmekte ve öngörülen yapılanma şöyle tarif edilmekteydi:

“SDP vizyonundaki Sağlık Bakanlığı politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda olup ülkemizin kamu veya özel kurum ve kuruluşlarının sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapacaktır. (...) Sağlık Bakanlığı'nın başlıca görev ve sorumluluğu politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olacaktır. (...) Sağlık Bakanlığı bundan böyle, sağlık sektörü için önceliklerin belirlenmesi, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi, kurumların akreditasyonu ve uzmanlara lisans verilmesi, sigortanın düzenlenmesi ve denetimi, halk sağlığı işlevlerinin yönetimi ve salgın hastalıkların gözetimi üzerinde odaklanmalıdır.”

Görüldüğü gibi “SDP vizyonu” çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasında sağlık hizmeti sunumu, daha özel olarak hastanecilik yer almakta; dönemin Sağlık Bakanı Dr. Recep Akdağ da sürekli tekrarladığı “Kürek çeken değil dümen tutan Bakanlık olacağız.” Sözleriyle bu vizyonu anlatmaktaydı.

Nitekim, AKP'nin 2005 yılında Meclis'ten geçirdiği, Kamu Yönetimi Temel Kanununda Sağlık Bakanlığı hastanelerinin, ilk elde, yerel yönetimlere devri düzenlemesi yer almış ve fakat dönemin Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer'in vetosu nedeniyle yasalaştırılmamıştı. Keza kamu hastaneleriyle ilgili olarak daha sonra hazırlanan tasarlarda da hastanelere aralarında Sanayi ve Ticaret Odaları temsilcilerinin de bulunduğu “mütevelli heyet”ler atanması öngörülmüştü.



Sonrasında, 2 Kasım 2011'de çıkarılan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile

illerdeki Sağlık Bakanlığı hastaneleri Kamu Hastane Birlikleri çatısı altında toplanmış, hastane yönetimlerinde de değişikliğe gidilerek başhekimlerin üzerine “Hastane Yöneticisi” atanmış, Birliklerde ve hastanelerde yönetici olabilmek için hekim ya da bir başka sağlık meslek mensubu olma şartı kaldırılarak “en az dört yıllık eğitim veren yükseköğretim kurumlarından veya bunlara denkliği Yükseköğretim Kurulunca kabul edilmiş yurt dışındaki yükseköğretim kurumlarından mezun olmak ve kamu veya özel sektörde, genel sekreter için 8 yıl, idarî ve malî hizmetler başkanları, hastane yöneticisi ve müdürler için en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmak” şartı getirilmiştir.

SDP çerçevesinde kamu hastaneleriyle ilgili yapılan bütün bu değişikliklerle hastanelerin kamusal niteliği ortadan kaldırılıp birer piyasa aktörüne dönüştürülmesi hedeflenmişti.

\*\*\*

Koronavirüs pandemisi dünyada ve Türkiye’de hız kesmeden devam ediyor. Bu süreçte hükümetlerin yürüttüğü pandemi mücadelelerinin başarısını değerlendirmek için doğal olarak ülkeler arasında karşılaştırmalar yapılıyor. Aslında coğrafi, siyasi, demografik yapıları, salgın politikaları, test sayıları, vaka bildirim kriterleri gibi bir dizi değişken standardize edilemediği bu karşılaştırma oldukça zor. Ancak Türkiye’nin altı aylık süreçte salgını bırakın kontrol altına almayı hâlâ baskılamayı bile başaramadığı, erken dönemde başlatılan “normalleşme”nin ardından vaka ve ölüm sayılarındaki artış göz önüne alındığında başarılı ülkeler arasında saymak mümkün görünmüyor.

Gene de Türkiye’nin salgını daha ağır geçirmemesinin sahip olduğu birkaç avantajdan kaynaklandığı söylenebilir. Bunlardan biri yaşlı nüfus oranının gelişmiş ülkelere göre düşük olması, bir diğeri fedakâr sağlık çalışanları oldu. Üçüncüsü ise özellikle salgının bir tsunami gibi vurduğu ilk günlerde Sağlık Bakanlığı’nın bütün hazırlıksızlığına karşın hızla organize olarak daha fazla ölümlerin gerçekleşmesinin önüne geçen “her şeye rağmen ayakta kalmayı başarabilen” köklü, büyük kamu hastaneleri ve kamucu/toplumcu hekimlik geleneği oldu.

Kıymetlerini bilmek ve korumak, geliştirmek gerek...

### Kaynaklar

- [Korona Günlerinde İstanbul’da Sağlık -1 Kamu Hastaneleri Raporu](https://www.istabip.org.tr/koronavirus/Haberler/5620/korona-gunlerinde-istanbul-da-saglik-1-kamu-hastaneleri-raporu). İstanbul Tabip Odası web sayfası. Erişim Tarihi: 04.09.2020.
- [Korona Günlerinde İstanbul’da Sağlık-2 Özel Hastaneler Raporu](https://www.istabip.org.tr/koronavirus/Haberler/5643/korona-gunlerinde-istanbul-da-saglik-2-ozel-hastaneler-raporu). İstanbul Tabip Odası web sayfası. Erişim Tarihi: 04.09.2020.
- [Korona Günlerinde İstanbul’da Sağlık -3 Birinci Basamak Raporu](https://www.istabip.org.tr/koronavirus/Haberler/5665/korona-gunlerinde-istanbul-da-saglik-3-birinci-basamak-raporu). İstanbul Tabip Odası web sayfası. Erişim Tarihi: 04.09.2020.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde kamu hastaneleriyle ilgili yapılan bütün bu değişikliklerle hastanelerin kamusal niteliği ortadan kaldırılıp birer piyasa aktörüne dönüştürülmesi hedeflenmişti.