

İKİNCİ ve ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞİŞİM: HASTANELERE BAKIŞ

Cavit Işık YAVUZ*

*"bankaları ve hükümet konaklarıyla övünen şehirleri
sevmiyorum
sevdiğim şehirler sağlık evleriyle övünenlerdir çocuk
bahçeleriyle övünenlerdir"*
N. Hikmet

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının temelini oluşturan hastaneler, farklı biçimlerde tanımlanabilir. Bu tanımdan önce belirtmek gerekir ki sağlık hizmetleri gerek hizmetin içeriği gerekse de özelliği gereği çeşitli basamaklara ayrılır. Çok genel hatları ile belirtmek gerekirse birinci basamak sağlık hizmetleri ilk başvurulana, ağırlıklı olarak koruyucu ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmetlerinin temel olarak ekip halinde sunulduğu sağlık kurumlarını oluştururlar. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise ayaktan tedavi edici hizmetlerin yanında yataklı tedavi hizmetlerini ve rehabilite edici (esenlendirici) sağlık hizmetlerini, uzmanlaşmış tıbbi ekipman ve insangücü ile yürüten kurumlardan oluşur.

Çok genel bir tanım gerekirse hastane tıbbi tedaviye ihtiyaç duyan hastaların sürekli bakım ve yataklı tedavi altında oldukları, bakımları için gerekli ihtiyaçların karşılandığı (yatak, yemek vb.) kurumlar olarak tanımlanabilir.¹ Hastaneler sağlık hizmetinin birçok özelliğini barındıran elemanlarıdır. Hizmet kapsamı, ekipman ve bilgi sistem donanımı, personel yapısı, bina özellikleri vb bir çok başlık sayılabilir. Hastaneler sağlık hizmetinin ve tıbbın simgesi olarak da görülürler. Sağlık finansmanının yarıya yakını hastaneye gider.² Hastaneler her biri farklı özelliklere sahip kurumlardır. Küçük bir ilçe hastanesi ile bir anakent hastanesi hemen her yönüyle bambaşkadır.

* Tıp doktoru, Halk Sağlığı Uzmanı, Kocaeli Ü. Tıp Fakültesi

1 McKee M., Healy J. 2002

2 McKee M., Healy J. 2000

Tarih boyunca hastaneler tıbbi, sosyal ve dinsel birçok önemli işlev üstlenmiştir. Tarihte önceki benzerleri göz ardı edildiğinde kayda geçen ilk hastaneye bazı kaynaklara göre Bizans İmparatorluğu döneminde 5-6.yy'da bazı kaynaklara göre daha erken dönemde Anadolu'da rastlanmaktadır.^{1,3} Kayseri (M.S. 369 Saint Basil Hastanesi), Urfa (M.S. 375 Saint Ephraim kolera hastanesi) ve İskenderun (M.S. 610 İskenderiye hastanesi) bu erken dönemde topraklarımızda hastane kurulan bölgeler olmuştur. Ortaçağ'da başlayan ve ilerleyen bu hastanelerde sadece tıbbi işlemler yürütülmüyor, yaşlılar, kimsesizler ve engelliler için de bir sığınma yeri işlevi sağlanıyordu. Hastaneler bina yerleşimi olarak hizmetin devamlılığını sağlayacak gelir getirecek dükkan ve imalat evlerini de içeren bir yapı grubundan oluşuyordu. Aslında kurulma aşamasında da olmakla birlikte sonrasında yoğunlaşan bir biçimde dinin tıbbın üzerinde belirleyici bir etki göstermesiyle birlikte hastaneler manastırlara konuşlandı. Bugün Avrupa'da hala örneklerine rastlanabiliyor. Bu dinsel etki yanında askeri disiplinlerin etkisi (hasta bakımı ve hemşireliğin gelişimine etkileri nedeniyle) ve din dışı etkiler (kiliseden bağımsız örgütlerin hasta bakım organizasyonları) de hastaneleri etkileyen öğelerdir. Diğer yandan özel hastanelerin de ilk olarak 18. yy'dan itibaren ortaya çıkmaya başladığı izlenmektedir.⁴

Sanayi devrimi ile birlikte çok şey değişti gerek sağlık sorunları gerekse de sağlık hizmeti anlamında. Değişen toplumsal yapı, farklılaşan, yoğunlaşan sağlık sorunları, kapitalizmin ihtiyaçlarıyla da örtüşünce halk sağlığı önlemlerini ve yeni hastaneleri getirdi. Ondokuzuncu yüzyılın sonunda enfeksiyon hastalıklarının irdelenmeye ve anlaşılmaya başlanması, hemşirelik disiplinin bilimsel temellerinin atılması vb bir çok gelişmeyle birlikte hastaneler bakım hizmetlerinden giderek daha fazla oranda tedaviye yönelir oldular ve bu süreç 20. yy ile birlikte sağlamlaştı. Artık hastaneler ilaç alanında yaşanan gelişmelerin de hızlandırıcı etkisiyle "tedavi" odaklı tıbbi kurumlar idiler. Yirminci yüzyılda özellikle İkinci Dünya Savaşı askeri tıbbın cerrahi alanına önemli katkılarına sahne oldu. Hastanelerin ve hastalıkların değişiminde 1970'lerden sonra belirgin değişiklikler dikkati çekti. İlaç endüstrisindeki, tanı ve tedavi ekipmanlarındaki hızlı ilerlemeler, tıpta yeni uzmanlık alanlarının ortaya çıkışı, ileri cerrahi türlerin gelişimi hastane yapılanmasını da değiştirdi. 1960-1980 döneminde hastanelerin yatak sayısında ve özellikle hekim sayısında artış dikkat çekici. Bu dönemde dünya genelinde yatak sayısının 5 milyondan 17 milyona, hekim sayısının ise 5 katına (1.2 milyondan 6.2 milyona) çıktığı izleniyor.⁵

3 Eren N. 1996 s. 224.

4 Temel T. 2003.

5 Harding, Preker 2000

Yirmibirinci yüzyılın başlangıcında ise hastaneler farklı ihtiyaçlarla yüzyüze. İleri teknoloji ve klinik uzmanlaşmanın artan ihtiyacına karşın bunları kıt kaynaklarla ve yüksek maliyetlerle karşılamaya çalışmak özellikle sayıları bir hayli fazla olan küçük çaplı kurumlar için kolay değil. Bu durum 18. yy'daki buhar enerjisiyle çalışan makinelerin yaygın kullanımı karşısındaki eski fabrikaların verdikleri mücadeleye benzetiliyor. Yüzyüze kalınan bir diğer başlık ise bakım/tedavi ikilemi. Bakım hizmetleri, genel olarak, ekipmandan çok insangücü, uzmanlaşmadan çok genel pratik gerektiren bir alan olma özelliğinde ve hastaneler, yapılanma, hizmet kapsamı ve dizayn açısından karmaşık sorulara çözüm bulmak zorunda kalmaktalar. Buradan hareketle hastanelerin iki soruya yanıt aradıkları izleniyor: Merkezileşme mi yayılım mı? Hastanelerin merkezileşerek büyük çaplı kurumlar haline gelmesi gerektiğini savunanlar bu savı hastane büyüklüğünün sonuçlara daha çok yansımaları ve ekonomik bir büyüklüğe ulaşmasının yararlarına dayandırıyorlar. Bu sava karşı çıkanlar ise merkezleşmenin sağlık hizmetine ulaşımı zorlaştıracığı ve eşitsizliklerin azalmasına ilişkin sıkıntıları arttıracığını belirtiyorlar. Büyük çaplı hastanelerin ekonomik yönden değerlendirmelerine ilişkin yapılan çalışmalar optimal bir yatak sayısı tarif etmemekle birlikte 200-400 arası yatak sayısının uygun olabileceğini belirtmektedirler.⁶

Ülkemizdeki tarihçeyi incelediğimizde topraklarımızda birçok uygarlık döneminde hastanelere rastlandığı görülüyor. Selçuklu döneminde çağdaşı olduğu dönemdeki hastanelerle benzer yapılarıdaki ve vakıflar aracılığı ile hizmet veren hastaneler Osmanlı döneminde de varlığını sürdürmüştür. Osmanlı dönemi batının bilimsel değişim ve dönüşümünü geç fark etse de ya da daha çok dışsal etkilerin sonucu kendine uyarlamak durumunda kalsa da belli bir dönemden sonra sağlık hizmetlerine devletin bir şekilde müdahil olma sürecini yaşamıştır. 1871 yılında "memleket tabipliği", 1913 yılında da "hükümet tabipliği" düzenlemeleri ile ilk sistematik sağlık örgütlenmesi sağlanmıştır.⁷ Bu dönemde hastanelerin o dönemdeki belediye ve il özel idarelerine bağlı olarak çalıştığı ve bu modelin Cumhuriyet döneminde de 1950'lere kadar sürdürüldüğü izlenmektedir. Cumhuriyet döneminde hastaneler alanında yaşanan en önemli gelişme Sağlık Bakanlığı'nın mevcut dönemin hastanelerinden çok daha gelişmiş olanlarını yerel yönetimlere örnek olarak kurması olduğu söylenebilir. Ülkenin farklı yerlerinde 7 ilde kurulan hastaneler "Numune Hastaneleri" olarak adlandırılmıştır.⁸ 1950-1960 döneminde hastanelere ilişkin en önemli değişim hastanelerin yerel yönetimlerin sorumlu-

6 McKee, Healy 2002 yukarıda adı geçen kaynak (y.a.g.k.)

7 Aydın E. 1999

8 Aydın E. 2002

luğundan alınıp Sağlık Bakanlığı'na devredilmesidir. Cumhuriyet döneminden itibaren dikkati çeken hemşire sorunu hastane hizmetlerini etkileyen bir unsur olmuştur bu dönemde.^{9,10} Güncel olarak baktığımızda ise sağlık reformu ve neoliberal düzenlemeler nedeniyle sağlık kurumlarının "yeniden" yerel yönetimlere devrinin söz konusu olduğunu görüyoruz.

Tablo 1: Kısa Hastane tarihçesi

Zaman	Hastane rol ve karakteristiği
7. yy	Sağlık bakımı
Onuncu yüzyıldan on yedinci yüzyıla kadar.	Bakım (Hemşirelik Bakımı, ruhani bakım) Hastaneler dinsel temelli kurumlara bağlı
11. yy	İnfeksiyöz hastaların izolasyonu ve hemşirelik bakımı (örn: lepra)
17. yy	Yoksullar için sağlık bakımı Hayır kurumları ve devlet örgütleri
19. yy sonu	Tıbbi bakım ve cerrahi Yüksek ölümlülük
20. yy başları	Cerrahi merkezleri Hastanelerin teknolojik dönüşümü Ayaktan tedavi bölümlerinin yaygınlaşması
1950'li yıllar	Hastane merkezli sağlık sistemleri Büyük hastaneler, "teknoloji tapınakları"
1970'li yıllar	Genel bölge hastaneleri Bölge hastanelerinin artışı Hastanelerin yerel, ikincil ve üçüncül sınıflandırılması
1990'lı yıllar	Akut sağlık hizmeti hastaneleri Kısa yatış süreli bakım
1990'lı yıllar	Ayaktan cerrahi merkezleri Minimal invaziv cerrahinin yaygınlaşması Gündüz başvuruları ve cerrahilerinin yaygınlaşması

Kaynak: Mc Kee 2002

Bugün için hastaneler yeniden mercek altında. Nüfus yapısının değişimi, hastanelerin hizmet kapsamı ve içeriğinin değişimi, hızla gelişen tıbbi teknoloji, bilgi sistemleri, hekimlik pratiği, artan uzmanlaşma, maliyet unsuru, sağlık alanında

9 Öztekin Z. Eren N. 2006

10 Benli D. , Özalp H.

neoliberal düzenlemeler vb. birçok başlık sıralanabilir bu yeniden hatırlanma için. Sağlık reformu sürecinin de önde gelen aktörleri arasında yer alır hastaneler.

Hastanelerin değişimine ilişkin olarak üstünde durulan bazı faktörlerden söz edilebilir:¹¹

1. *Sağlık hizmetlerindeki değişimler*: Tıbbi bakım giderek artan bir biçimde özelleşmeyi gereksinmektedir. Uzmanlaşmanın artışı uzmanlık becerilerinin devamını sağlayabilmek için daha büyük popülasyonlara hizmet götürmeye neden olmaktadır. Uzmanlaşmanın artışı ve yeni eğitim sistemlerinin buna göre dizaynı hizmetin sürekliliği için bu uzmanlaşmış ekibi 24 saat bulundurma zorunluluğunu da getirebilmektedir. Bu durum geçmişte ağırlıklı olarak genel pratisyenlerle yürütülen işlevlerin artık uzmanlaşmış ekiplerle ve dolayısıyla daha fazla "uzmanlaşmış personele" ihtiyaç duyularak yürütülmesini dayatabilmektedir.
2. *Tıbbi pratiğin ve hekimlik pratiğinin değişimi*: Tıbbi pratiğin ve hekimliğin tarihsel süreci incelendiğinde her biri farklı zaman ve toplumsal dilimleri kapsayan bölümlerde kendine özgü ve farklı hekimlik pratikleri karşımıza çıkar. Öyle ki rahip hekimlerden berberlere, cerrahlara, babadan oğula geçen ve asillerin mesleği bir hekimlikten, teknolojinin bağımlısı haline gelen bir hekimliğe uzanan bir tarihsel süreçtir bu. Bugün için teknik ve uygulamalar öylesine gelişmiş durumdaki, bir zamanların çok özel cerrahi türleri olan kalp ve akciğer cerrahisi "alışlagelmiş", "robotik cerrahi", "tele cerrahi" "dokuların MRI ve optik incelemesi ile simultane (eşzamanlı) cerrahinin artışı" gibi öngörüler dile getirilir ve kısmen gerçekleştirilir olmuş durumda. Bu "karmaşık tıp" süreci uygulayıcılarına gelecek açısından endişe ve kötümserlik getiriyor. Sağlık hizmetleri maliyetini arttırmanın yanında hekimlerden "teknik uzmanlaşma" ve "yüksek başarı beklentisi" yoğunlaşırken, hekimleri çalışma saatlerinin yer yer azalması yer yer artması ve eğitimleriyle geçen sürenin kısalması ile yüzyüze bırakıyor.¹² Yaşadığımız zaman diliminde, bir yandan modern tıbbın en önemli bileşeninin "palyatif³ tedavi" olduğu, diğer yandan ise yeni ve geri dönen enfeksiyonlar ile çevre kirliliğinin sağlık etkileri gibi küresel tehlikelerin bir arada bulunduğu bir ortamda tıbbi pratik hayata

11 Edwards N. Ve ark. 2004

12 McCulloch P. 2006.

13 Temeldeki sorunu çözmeksizin geçici bir süre rahatlama sağlayan tedaviler. Türk Dil Kurumu sözlüğünde palyatif, "geçitirici" olarak belirtiliyor.

geçiyor. Sağlık ve beden algısının da değişimiyle, bireysel ve mekanik bir tıbbi pratik geliyor. Beden tıpkı bir makine görünümünde; diyetle "ayar" veriyorsunuz, tıbbi bakım fizikselliğe indirgenmiş durumda. Bedeninizin eskiyen parçalarını değiştirebiliyorsunuz, hekimlerin konumu için "araba tamircisi" benzetmesi yapılıyor.¹⁴ Her biri bu bedensel arabanın bir yönünde uzmanlaşmış durumda çünkü. Kaportacı motoru bilmiyor, motor ustası boya dan anlamıyor ama hepsi işinin ustası. Dolayısıyla böyle bir hekimlik pratiğinin hayat bulduğu hastaneler de bu değişimin paralelinde biçimleniyor. İşin ilginç yanlarından biri de uzmanlaşma arttıkça hekimlerin tıbbi pratikten dışlanmalarının da hızlanma tehlikesi taşınması. Tıbbi işlemlerde daha fazla oranda teknoloji kullanıldıkça tıbbi pratik bir dizi makineden, rakamlardan, elektronik görüntülerden oluşan bir süreç haline geliyor, diğer bir deyimle insansızlaşma sürecini yaşıyor.¹⁵ Birim zamanda yapılacak işlemin ekonomik gerekçelerle teknolojinin kolaylaştırıcılığında arttırılması, sağlık alanında neoliberal düzenlemeler ve tıbbi pratiğin değişimi, "fabrikasyon" tıbbi pratiğe neden oluyor. Bu durum, hekimleri "bant tipi üretim" yapar hale, hastaneleri ise bu üretim yöntemiyle çalışan hastaneler haline getiriyor.^{16,17} Günümüz hekimliğinin değişimini anlamaya çalışma temel olarak "hekimliğe ve tıbbı neler oluyor" sorusunu içeriyor. Bu soruya pek çok yanıt sıralamak olası ancak başlıklar halinde özetlemek gerekirse beş ana tartışma alanını belirtilebilir: "Profesyonelleşmenin ölümü, korporatizasyon, klinik otonomiye tecavüz, rekabet eden sağlık çalışanlarının ortaya çıkışı ve hasta doktor ilişkisinin erozyonu."¹⁸

3. *İstihdam pratiğinde ve işgücü profilinde değişimler:* Mevcut yasal düzenlemeler, hastanelerin özellikle görece küçük çaplı hizmetlerde çalıştıracacağı personelin sayı ve biçimleri üzerinde etkiler gösterebilmekte. Bu durum hastaneleri ihtiyaçlarını karşılayabilmek için yeni istihdam biçimleri yaratmaya yöneltiyor. İşgücü profilinin değişimi, özellikle aşırı uzmanlaşmanın neredeyse "patlaması" sağlık sistemlerini değişime zorluyor. Aşırı uzmanlaşma beraberinde çok uzmanlı ve çok meslekli ekipleri daha fazla oranda gerektiriyor. Bu durum giderek nadir görülen hastalık ve

14 McKinlay J.B., Marceu L.D., 2002.

15 Civaner M. 2005

16 Civaner M. y.a.g.k.

17 McKinlay , Marceu ., y.a.g.k.

18 McKinlay J.B., Marceu L.D. 2008

tıbbi durumların tanı ve tedavisine yönelmeyi ve hastanelerin de bu yönde farklılaşmasını artırırken genel hizmet hastanelerinin üzerinde de baskı yaratıyor. Öte yandan sık görülen hastalıkların karmaşıklaşan tanı ve tedavi süreçlerini de organize ve koordine edecek "genel tıp" bilgisine de ihtiyaç artıyor. Bu noktada üstünde durulması gereken bir başka istihdam değişimi de sağlık personeli göçü. Hizmetlerin serbestleşmesi sürecinin etkili olduğu ve özellikle ucuz işgücü sağlayan bu dinamik gözle görülür bir biçimde sağlık personelinin uluslararası göçünü hızlandırıyor. İngiltere'de 2002 yılında ulusal sağlık sistemi içinde çalışan yabancı hekim sayısının 71 bine ulaşması, 2003 yılında sağlık alanında çalışma başvurularının üçte ikisinin yabancılardan oluşması en çarpıcı örnek.

4. *Çalışma saatleri:* Hastaneler durmaksızın çalışan yapılar ve bu durum belli alanlarda kesintisiz ve yeterli sayıda personel istihdamı gerektiriyor. Özellikle çalışma saatlerinin sınırlandırıldığı ülkelerde hafta sonu ve gece çalışmaları için hekimlerin yaşadıkları sorunlar hastaneleri başka yollar aramaya itmiş durumda. Bu anlamda profesyonel sağlık mesleklerinin rollerinde değişim baskısı izleniyor. Hekim yerine hemşirelerin daha düşük ücretlerle istihdamının tercih edilmeye başlanması hemşirelerin mesleki rollerinin değişimine ilişkin tartışmaları da beraberinde getiriyor. Bu açıdan hastaneler "yaratıcı" personel istihdam biçimleri arayışındalar.
5. *Etkililik artışı:* Hastaneler, özellikle geri ödeme mekanizmalarının ve kurumlarının etkisi ile maliyetleri düşürme baskısı altındalar.
6. *Kalite ve kapasite:* Yukarıda da değinildiği gibi hastanenin büyüklüğü (gerek personel, gerekse kapasite olarak) tartışmaları da değişimin baskı yaratan bileşenlerinden. Kapasite ve büyüklük artışının hastanenin çıktılarına yansımaları arasında güçlü bir orantı olup olmadığı hala tartışılabilir. Kapasitenin hizmetin içeriği ile de yakından ilişkisi olduğu açık. Çok disiplinli yaklaşımların gerektirdiği çoklu tıbbi pratik elbette fazla sayıda tıbbi mesleğin ve uzmanlık alanının bir arada bulunmasını ve yönetimini, dolayısıyla belirli merkezlerde yoğunlaşmayı gerektiriyor. Hastanelerin bina yapılarının bile değişim geçirdiğini söyleyebiliriz. Geleneksel olarak cerrahi işlemlerin yürütüldüğü alanlar, poliklinikler, yataklı servisler ve diğer hizmet birimleri biçiminde yapılan hastanelerin iç organizasyonları da değişiyor. Bazı alanlarda çok amaçlı kullanılabilen esnek birimler (özellikle görüntüleme ve girişimsel radyoloji alanında), yatak sayılarının ve kullanımlarının değişimi ve eskisine göre daha az ya-

tış süresi, daha az yatak sayısı, buna karşın artan ameliyathane sayısı ve kapasitesinin artışı dolayısıyla kritik hasta bakımı yapılan yatakların çoğalması dikkat çekiyor.

7. *Güvenlik ve kalite*: Hastaneler giderek daha farklı tehlikelerle dolu hale geliyor. Yapılan işlemlerde komplikasyon (karmaşıklık) olasılığı az ya da çok her zaman var, öte yandan çok ilaca dirençli hastane infeksiyonlarının gelişimi ve daha fazla oranda görülür olması tehlikelerin boyutunu büyütüyor. Bu nedenle tıbbi pratikte "hasta güvenliği" kavramı üzerinde daha çok duruluyor. Bir çok tedavinin giderek karmaşık bir hal alması hastaneleri bazı alanlarda hizmet vermeye devam edip etmemeyi düşünmeye zorluyor (küçük çocuklarda cerrahi, damar cerrahisi, bazı kanserlerin tedavileri gibi).
8. *Teknoloji*: Teknoloji insan bedeninde daha çok söz sahibi haline gelerek bedeni "teknolojik oyunların sahnelendiği" bir arena haline getiriyor. Tanı, anestezi, görüntüleme, video konferans sistemleri, tıbbi robotik teknoloji, iletişim sistemlerindeki değişimleri hastaneleri baştan sona değiştiriyor. Bir yandan sanal hastaneler oluşturuyor diğer yandan hastanelerin çok uzaktaki sağlık kurumlarını destekleyen yapılar haline gelerek yeni sorumluluklar üstlenmesine neden oluyor. Ülkemizde Radyoloji, Patoloji ve Biyokimya alanlarında uygulanmaya başlayan "Teletıp" uygulamaları buna örnek olarak verilebilir. Kurulan bilişim ağıyla "ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları arasında uzaktan" hizmetin yürütülmesi, "uzman sayısının yeterli olmadığı hastanelerde veya konsültasyon hizmetinin alınması gerektiği kompleks vakalarda" kullanılması boyutuyla yürütülen bu hizmetlerle uzaktan teşhis ve raporlama sağlanıyor.¹⁹ Gelişen tıbbi bilişim, bilgi sistem ağlarının kolaylaştırıcılığında hastaneleri birinci basamak sağlık hizmetleriyle daha entegre hale getiriyor. Dolayısıyla hastanelerin rolleri yeniden belirleniyor diyebiliriz.
9. *Tüketicilik*: Tüketim kültürü ve tüketiciliğin gelişimi sağlık sektörünü de birçok açıdan etkiliyor.

Hastanelerin hizmet içerikleri ve kapsamları işleyişlerini belirleyen en önemli unsur. Bu hizmetlere kısaca göz atmak gerekirse;²⁰

Hastanelerde yürütülen hizmetler birçok başlığı içermektedir. Kronik hastalık izlemleri, acil tıbbi girişimler, çocuk hasta bakımı, doğum hizmetleri, genel tanı-

19 Teletıp, Sağlık Bakanlığı sağlık-net web sayfası

20 Edwards N., Wyatt S., Mc Kee M., 2004.

sal ve girişimsel işlemler yataklı tedaviler gibi. Bu başlıklarının her birinin özellikleri hastane yapılanması ve işleyişini etkiler. Bu yapılanma ve işleyişte hastanenin kendi rolünü belirleme kontrolünün olması ya da sistem tarafından bu rolün belirlenmesi inisiyatifinin olup olmayışı kilit konulardan biridir.

Acil sağlık hizmetleri: Acil servislere başvuru genellikle küçük çaplı tıbbi sorunlar nedeniyledir. Büyük travmalar ise neredeyse %1'den azdır. Değişken oranlar belirtilmesine karşılık başvuruların %65'inin küçük çaplı tıbbi sorunlar olduğu dikkat çekmektedir. Özellikle birinci basamak sağlık kurumlarının mesai saatleri sonrası başvurular yoğunlaşır ve sıklaşır. Buna ilişkin çeşitli hizmet modelleri artan oranda ilgi odağı olmaya başlamıştır. Hafif tıbbi başvurular için hastane öncesi hekim dışı sağlık personelinin çalıştığı başvuru merkezleri, birinci, basamak sağlık kurumlarının mesai saatleri dışında da açık tutulması, klinik protokollerin esas alındığı telefonla danışma hatları vb. gibi hizmet uygulamaları hastanelerin yüklerini azaltabilmek için kullanılabilir. Azaltılacak yük, işyükü olduğu kadar maliyet yüküdür de aynı zamanda.

Yataklı tedavi hizmetleri: Hastaneler yüksek oranda daha fazla hemşirelik bakımı gerektiren hastaların yatırıldığı bölümler içerir. Bazı kliniklerde bu oran %50'lere varır. Bu yükü belirli alanlarda evde bakım hizmetlerine kaydırarak azaltılmak olasıdır. Sağlıkta reform sürecinin önemli stratejilerinden biri olan maliyet yükünü azaltmaya ilişkin olarak ayakta hasta bakımı uygulamalarının yaygınlaştığı izleniyor. Bu amaçla kendi kendine bakım rehberleri, uzaktan izlem cihazları ve yukarıda değinilen tele tıp uygulamaları kullanılıyor.²¹ Tıpta internet kullanımı hızla yaygınlaşarak hekime başvurunun yerini alıyor.²²

Gündüz hastanelerinin gelişimi: Cerrahi tekniklerin ve anestezinin gelişimi, endoskopik müdahalelerin kolaylaşması, hasta yatırmadan bu işlemlerin uygulanmasına izin vermiş ve böylece hastayı yatırmadan da cerrahi işlemlerin yapılabilmesine olanak yaratılmıştır. Ayrıca gündüz hastanesi uygulamalarının tarihçesi psikiyatri alanında çok daha eskiye dayanmaktadır.²³

Doğum ve çocuk servisleri: Günümüzde-ülkelerin özelliklerine göre değişmekle birlikte- geçmişte yaşanan çocukluk çağı sağlık sorunları farklılaşmış, bu farklılaşma da ayakta çocuk sağlığı hizmetlerinin kullanımını yoğunlaştırmıştır. Bu konuda dikkati çeken bölgeler ve ülkeler arası eşitsizliklerdir. Ülkemizde de çocukluk çağı sağlık sorunları bölgelere göre değişebilmekte hatta kent içinde bile

21 Lurie N. 2009

22 McKinlay, Marceu 2008 y.a.g.k.

23 Güney M. 2008.

sosyoekonomik düzeye göre farklılaşabilmektedir. Önlenebilir bebek ve çocuk ölümlerinin hala önemli olduğu ülkemizde hastaneler bu açıdan önemini korumaktadır. Doğum hizmetlerinin yapısı ise değişim göstermektedir. Doğumun "aşırı medikalizasyonu" olarak adlandırılan bu değişim bir çok ülkede gözle görünür hale gelmiştir. Normal bir doğum sonrası hastanede geçirilen süre azalmış ve sıklıkla 24 saat ya da daha az süreye inmiştir. Ancak bir yandan da risksiz ve ağrısız doğum için artan talep yeni anestezi tekniklerini (epidural anestezi) ve olası hukuksal sorunlar nedeniyle defansif tıp uygulamalarını (yasal sorundan ya da hatalı tıbbi uygulamadan kaçınmak için yapılan tanıtım testleri) beraberinde getirmekte ve hastaneleri bu hizmetlere özelleşmek baskısıyla karşı karşıya bırakmaktadır.

Özetle hastaneler yetmişli yıllarda başlayan hızlı değişimi bugün daha da hızlanarak yaşamakta ve bir çok faktörün baskısı altında "esnek" kurumlar haline gelmeye başlamaktalar. Bu esneklik gerek teknolojinin gerekse de bilgi ve otomasyon sistemlerinin ve uzmanlaşma artışının etkisiyle, verimlilik ve maliyet kontrolü ekseninde sağlık reformunun çizdiği rota çerçevesinde gerçekleşiyor. Özellikle dikkat çeken birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesiyle hem hastanelere binen yükün hem de maliyetin azaltılması. Bu amaçla özellikle Avrupa'da hastane hizmetleri ile birinci basamak kurumlarının entegrasyonu, hizmetlerin yataklı tedavide ayaktan tedaviye dönüştürülmesi eğilimi, hastane yatak sayılarının azaltılması (Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa bölgesindeki bazı ülkelerde 1996'dan 2005'e hastane yataklarında %22'lik bir azalma olduğu görülüyor, Avrupa genelinde de aynı dönemde 100 bin kişiye 689 yatak düşerken 2005 yılında bu sayı 570'e gerilemiş) bazı alanlarda toplum tabanlı bakımın yaygınlaşması (psikiyatri gibi), İngiltere'de olduğu gibi telefon ya da hemşire temelli hizmet servislerinin artışı dikkat çekiyor.²⁴

SAĞLIK REFORMU ve HASTANELER

Sağlık politikaları otuz yıla yaklaşan bir süredir değişim yaşıyor. Bu değişimin temelinde kuşkusuz birçok faktör -neoliberal dönüşüm başta olmak üzere- bulunuyor ancak esas ilgi alanının özellikle Avrupa başta olmak üzere sağlık hizmeti giderleri olduğunu görüyoruz. Sağlık hizmetleri üzerinde giderlerin artması baskısı yaratan birçok başlık saymak mümkün: Nüfus yapısının değişimi ve yaşlı nüfusun artışı, süregelen hastalık ve sakatlık/engellilik/özürlülüğün artışı, toplumun beklentilerinin ve hizmet kullanımının farklılaşması, tıbbi pratiğin değişimi ve tek-

24 WHO The European Health Report 2009

noloji vb. vb. Sağlık hizmetlerinde harcamalar bugün için de odak olma noktasını sürdürüyor. DSÖ 2007 yılı verilerine göre dünya da kişi başı sağlık harcamasının en fazla olduğu ülke ABD. ABD’de yılda kişi başına 6103 USD harcanıyor. Dünya daki genel kişi başı harcama ortalamasının (639 USD) neredeyse on katı.²⁵

Avrupa’da sağlık hizmetlerinin maliyetine ilişkin eğilimler genel olarak üç döneme ayrılıyor:²⁶

- 1960-1970 dönemi: sağlık harcamalarının ve Gayri Safi Yırt İçi Hasıla (GSYİH) içindeki oranının hızla arttığı dönem.
- 1980’li yıllar: Makro düzey harcamaların kontrol edilmesi politikaları.
- 1991 ve sonrası: Avrupa’da ciddi resesyon, toplam harcamalarda artış eğiliminin başlangıcı. Özellikle ilaç maliyetindeki yükselme, sonrasında gelen maliyet sınırlaması stratejilerinin hareket noktası olmuştur.

Bütün bu tartışmaların genel çerçevesi “sağlık reformu” olarak adlandırılan bir süreçten oluşuyor. Dilimizde, “düzeltme” anlamına gelen “ıslahat” ile eş anlamlı kullanılabilen reform sözcüğü sağlık reformu alanında geniş anlamda kullanılan bir “kavram”. Sağlık reformunun üzerinde karar kılınan net ve açık bir tanımlı olmamakla birlikte sağlık reformunun “yukarıdan aşağıya doğru gelişen planlanmış bir değişimi içeren siyasal bir süreç” olduğu, sağlık politikalarında değişimler yanında “politikaların uygulanacağı kurumlarda” da değişimler içeren, “tek bir homojen varlık olarak değil”, “her bir parçası ayrı ayrı değerlendirilmesi gereken bir tedbirler paketi” olduğu dile getirilmektedir. Ek olarak yapısal olması, kurumsal değişimi takiben politika hedeflerinde değişim gerçekleşmesi, planlı, sürdürülebilir, ve uzun dönemli oluşu, yukarıdan aşağıya doğru gerçekleşmesi gibi süreç özellikleri de belirtilmektedir.²⁷

Sağlık reformu sürecinin ana tetikleyicisi yeni liberal dönüşüm olmuştur. Yeni liberal politikalar sağlık alanında bir yandan hizmetlerin kuralsızlaştırılması ve serbestleştirilmesi ile piyasa aktörlerine açılması, diğer yandan sağlık hizmetlerinin finansmanında değişiklikler ile devletin rolünü yeniden tariflemektedir. Devletin sağlık, eğitim vb. alanlardaki baskın rolü piyasanın rekabetçi yapısını bozan ve piyasanın önünü kesen bir engel olarak ortadan kaldırılmaya çalışılmış, piyasa düzenlemelerinin ve mekanizmalarının sağlık alanında yer bulmasına olanak yaratılmıştır. Sağlık alanında kamuya bağlı yapıların serbest piyasa kurallarına

25 WHO 2007

26 DSÖ Avrupa Bölge Ofisi 1998

27 DSÖ 1998 y.a.g.k.

uygun işler hale getirilmeleri başta hastaneler olmak üzere hizmet kurumlarının yapı ve işlev değişimini de beraberinde getirmiştir.

Sağlık alanında “sağlık hizmetleri alanında devletin ve kamunun değişen rolleri” olarak özetlenebilecek bu değişimde en büyük baskının özel sektörün sağlık hizmetlerini işletme ve bazı ülkelerde de finanse etmedeki rolünden kaynaklandığı izlenmektedir. Sağlık hizmetlerine etki eden “özelleştirme” baskısı kamu tarafından sunulan hizmetlerin farklı aşamalarında devreye girmektedir. Sağlık reformu temel karakteristik olarak sağlık hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılmasını, hizmetin satın alınması mekanizma ve biçimlerinin yaygınlaştırılması ve çeşitlendirilmesini öngörür. Bu kapsamda kamu hastanelerinin değişimi odaklanılan temel başlıklardan biridir. Kamu hastanelerinin kamusal şirketlere benzetilmesi, “yarı-otonom” hale getirilmesi ile piyasa benzeri bir yapıya kavuşturulması, böylece hizmet sunumu ve satın alınması mekanizmalarının piyasaya uygun hale getirilmesi söz konusudur. “Kamu özel ortaklığı” modeli ve “yeni kamu yönetimi” anlayışı reform sürecini yoğun olarak etkilemektedir. Yeni kamu yönetimi sağlık alanını da bileşenleri ile yoğun olarak etkilemektedir: “Profesyonel yönetim anlayışı, performans değerlendirilmesi, çıktı kontrolüne verilen önemin büyüklüğü, üretim birimleri arasındaki dağınık yapılaşma, hizmet sunumunda daha fazla rekabet ve bu ölçüde verimliliği sağlayacak ihaleci yönetim anlayışı, maliyetleri azaltıcı ve standartları geliştirici özel sektör yönetim anlayışının benimsenmesi, üretim sürecinde daha fazla disiplin.”²⁸

Gerek sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecinin gerekse de sağlık reformunun daha iyi anlaşılması için bu noktada “desantralizasyon” sürecine değinmemiz gerekiyor.

Desantralizasyon

Desantralizasyon, “kamu planlamasında, yönetimde ve karar almada yetkinin ulusal düzeyden yerel düzeye, ya da üst düzey yönetim seviyesinden aşağıya doğru aktarımı ve dağıtımı” olarak tanımlanmaktadır.²⁹ Bu anlamda hastanelerin değişimini yakından ilgilendirmektedir. Desantralizasyonun dört türü bulunmaktadır. Bunlar:

- İdari desantralizasyon (dekonsantrasyon, salt idari yetkinin alt kademelere devredilmesi. Örnek: idari sorumlulukların bakanlıklardan yerel yönetimlere devri)

28 Gökbayrak Ş. 2003

29 DSÖ 1998 y.a.g.k.

- Politik desantralizasyon (devölasyon; karar alma daha düşük düzeydeki politik seviyelere devredilmiştir. Örnek: tanımlanmış bazı işlevler açısından ulusal düzeyden tamamen bağımsız yerel hükümetler ya da yönetim yapılarına devir).
- Delegasyon (kararların uygulama ve planlanmasında yetkinin üst bir merciinin doğrudan denetimi olmadan devredilmesidir, genellikle bütün faaliyetlerle ilgili değil tanımlanmış görevlerle ilgilidir).
- Özelleştirme (yetki ve/veya işlevler kamudan özel sektöre devredilmiştir).

Bu türlerden özelleştirme desantralizasyonun son aşamasıdır. Hastanelerin değişimi desantralizasyon çerçevesinde, "organizasyonel reform" başlığında tartışılmaktadır. Bu tartışmaya göre, özellikle teknolojik kapasitelerin ve bilgi sistemlerinin geliştirilmesine yönelik olarak gelişen organizasyonel reform üç başlıktan oluşmaktadır: Otonomizasyon, korporatizasyon ve özelleştirme. Otonomizasyon hastanelerin karar alma mekanizmalarını genişleterek ve geliştirerek onları "otonom" hale getirmeyi amaçlamakta, korporatizasyonda ise kamu hastane yapılarının şirketleşmesi ve özel sektör yapısına benzetilmeleri süreci yaşanmaktadır. Özelleştirmede ise kamu hastanelerinin özel sektöre devredilmesi söz konusudur. Bu sürecin yansımaları ülkemizde de yaşanadursun benzer bir değişim Bulgaristan'da yaşanmıştır. Bulgaristan'da sağlık reformu kapsamında 32 bölge hastanesi, "ticari şirket satüsü"ne kavuşturularak yerel yönetimlere devredilmiştir (%51'i Sağlık Bakanlığı %49'u belediyelerin olmak üzere).^{30,31}

Bu noktada özelleştirme başlığına ayrıca bir yer açmakta yarar var. "Kamu sahipliğinin özel sahipliğe dönüşümü" ana hattında özelleştirme pek çok alt başlığa ve yola ayrılmaktadır. Sahipliğin yer değiştirmesi kamu kurumlarının hisselerinin şirketlere satışı, kamusal varlıkların direkt satışı ya da kamusal varlıkların sahipliğinin kar amaçlı olmayan özel fonlara devri gibi çeşitli biçimlerde gerçekleşmektedir. 1990'lı yıllarda telekomünikasyon ve ulaşım gibi kamu sektörlerinden başlayan özelleştirme uygulamaları yaygınlaşarak çeşitlenmektedir. Sağlık alanında dikkati çeken yukarıda da değindiğimiz biçimlerle (otonomizasyon, korporatizasyon ve özelleştirme) kamu sağlık kurumlarının yapısal değişimidir. Dikkati çeken, kamuya bağlı sağlık kurumlarının çeşitli biçimlerde özel sektör kuruluşlarına benzetilmeleri ve rekabete açık bir hale getirilmeleridir. Bu durum kamuya bağlı sağlık kurumlarının "kamusal şirketler"e dönüşümü ile olabildiği gibi kamu kurumlarının kendi kendini yöneten yapılara çevrilerek daha girişimci davranışlar sergilemesinin sağlanması biçiminde de olabilmektedir. Bu noktada kamusal

30 Datzova B., 2003, aktaran Yavuz C.I. 2006

31 Koulaksazov S. ve ark., 2003, aktaran Yavuz C.I. 2006

mülkiyet bir şekilde sürdürdüğü için özelleştirmeden farklı olarak “piyasalaştırma” düzenlemeleri karşımıza çıkmaktadır. “Piyasalaştırma” terimi “1990’ların başında İngiltere ve Galler’de Ulusal Sağlık Sistemi hastane sektöründe iç piyasa ya da yarı piyasanın sonuçları ve/veya davranışını açıklamak” biçiminde kullanılmıştır.³² Böylece klasik olarak kamu/özel ikili ayırımından başka biçimler de ortaya çıkmaktadır. Bugünlerde Kamu Hastane Birlikleri örneğinde olduğu gibi bir örneği ülkemizde de yaşanan bu yeni sınıflamada kamu, bütünüyle devlete ait, ‘devletin sahipliğinde ancak özerkleşmiş’ diye tanımlayabileceğimiz iki ana kategoriye ayrılmaktadır. Kamu sağlık kurumlarının özel sektöre benzetilmesi ve özel sektöre de kamusal sorumluluklar verilmesi kamu-özel sınırlarında bir belirsizleşmeye yol açmaktadır.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ve İKİNCİ ve ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞİŞİMİ

Yirmi yılı aşkın bir süredir neoliberal yeniden yapılanmanın hüküm sürdüğü sağlık alanında sağlık hizmetlerinin ikinci ve üçüncü basamağında da bir çok değişimin yaşandığı, yaşanmakta olduğu izleniyor. Bu sürecin son dönemi sağlık alanında yoğunlaşan ve çok bileşenli hale gelen bir değişim getiriyor. Sağlık Bakanlığı’nın “2003 yılı sonrası” olarak adlandırdığı bu dönemin temel çerçevesi 58, 59 ve 60. Hükümet programları ile ve Sağlık Bakanlığı’nın Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile çizilmiştir. Yeni dönemin başında hükümet programlarında genel çerçeve aşağıdaki başlıklarda çizilmiştir:

- “Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması
- Özel sektörün sağlık alanında yatırım yapmasının özendirilmesi
- Hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulmaları ve bütünleştirilmeleri
- Genel Sağlık Sigortası
- Aile hekimliği uygulaması”

Bu genel başlıklar 2004 yılında Sağlık Bakanlığı SDP dokümanında ayrıntılandırılmıştır.³³

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi

32 Saltman R. 2003

33 İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı 2008

- a. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
 - b. Etkili, kademeli sevk zinciri
 - c. İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
 5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
 6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
 7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
 8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemi

Bu ana hatlara genel olarak bakıldığında dönüşümün çerçevesini sağlık reformu dinamiklerine uygun olarak sağlık alanında devletin rolünü yeniden tanımlayan, özel sektör yönelimli, kamu sağlık kurumlarının yapı değişikliğine uğratıldığı, piyasalaştırılmış bir sağlık sistemini esas aldığını görüyoruz. Türkiye’de sağlık reformunun son dönemi olan SDP döneminde hastanelerin başta hizmet sunumu ve finansman olmak üzere bir çok başlıkta değişime uğradığı dikkat çekiyor. Bu açıdan SDP’nin hastaneleri etkileyen en önemli bileşenlerinin özel sektörün sağlık alanında yatırım yapmasının özendirilmesi ve hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulmaları ve bütünleştirilmeleri olduğunu söyleyebiliriz. Bu iki ana başlık ekseninde ilk olarak gerçekleştirilenler arasında başta SSK hastaneleri olmak üzere kamu kurumlarına bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığı’na devri ile tek bir çatı altında toplanması ve özel sağlık sektörünün hizmet sunumunda sosyal güvenlik programlarının hizmet satın alma mekanizmaları ile yer bulmasını saymak gerekir. Kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanması ve diğer yandan da sosyal güvenlik ile ilgili kuruluşlarını (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamında birleştirilmeleri bu iki yapının sağlık sistemimizin ana aktörleri olmasını sağlamıştır. Böylece Sağlık Bakanlığı gerek sağlık kurumu gerekse de personel istihdamı açısından deyim yerindeyse tekelleşmiş, SGK ise sağlık kurumlarının ana geri ödeme kurumu olarak finansman açısından kilit bir role sahip olmuştur.

Kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devrinin bir diğer ve aslında asıl hedefi özerkleştirme ve yerel yönetimlere devirdir. Bu hedef 2005 yılında TBMM’de kabul edilen 5283 sayılı ‘Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun’un gerekçesinde şöyle ifade edilmektedir: “Kamu yönetimi reformunda sağlık kuruluşlarının mahalli idarelere devri için öngörülen beş yıllık geçiş süreci içinde tüm sağlık kuruluşlarının aynı standartta kaliteli ve maliyet etkili hizmet sunacak şekilde rehabilite

edilmeleriyle birlikte mahalli idarelere devri nihai hedeftir.³⁴ Yerel yönetimlere devir süreci ile birlikte sağlık sisteminde Sağlık Bakanlığı'nın rolü de değişmekte, Sağlık Bakanlığı hizmet sunumundan çekilerek planlayıcı ve denetleyici bir konuma gelmektedir. Böylece devletin sağlık hizmeti üretmemesi, hizmeti piyasadaki aktörlerden (özel sektör ya da özertleştirilmiş, özele benzetilmiş kamu kurumları) satın alması esasına dayanan, sağlık reformunun "finansmanla hizmet sunumunun birbirinden ayrılması" özelliğine uygun bir sağlık sistemi oluşturulmaya çalışılmaktadır. Özel sağlık sektörünün özellikle hastane boyutunda gözle görülür bir biçimde hem sayı hem de sistemdeki ağırlığının artışı bu alanda yaşanan dinamiklerin de izlenmesini gerektirmiştir.

Türkiye'de hastane sayısı bakımından yukarıda da değindiğimiz gibi Sağlık Bakanlığı ilk sırada gelmektedir. Özel sektör hastanelerinin hastane sayısı açısından ikinci yatak sayıları açısından da üçüncü sırada olduğu izlenmektedir. 2007 yılı verileri incelendiğinde hastane yataklarının %74'ünün SB'ye, %16'sı üniversite hastanelerine %10'unun ise özel sektöre ait olduğu görülmektedir. Aynı yıl verileri üniversite hastanelerinde hastane başına yatak sayısının 536, SB'de 159, özel sektör hastanelerinde ise 49 olduğunu göstermektedir.³⁵ Bu manzara diğer verilerle birlikte incelendiğinde her üç yapının rollerini ve işlevlerini de ortaya çıkarmaktadır.

Özel sağlık sektörünün hizmet sunumu içerisindeki yerinin artışı oldukça çarpıcıdır. Bu durum 1 Kasım 2009 tarihli Resmi Gazete'de yer alan 2010 Programı dokümanında şöyle ifade edilmektedir:³⁶ "Sağlık hizmetlerine olan talep her yıl artmakta olup 2006-2008 döneminde hastanelere yapılan toplam müracaat sayısı yüzde 26 artarken, özel sektörde bu artış yüzde 149 olarak gerçekleşmiştir. Müracaat sayısının artışında, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanarak hizmet sunumundaki farklılıkların azaltılması, özel sektör sağlık hizmetlerinden faydalanmanın kolaylaştırılması etkili olmuştur." (Grafik1)

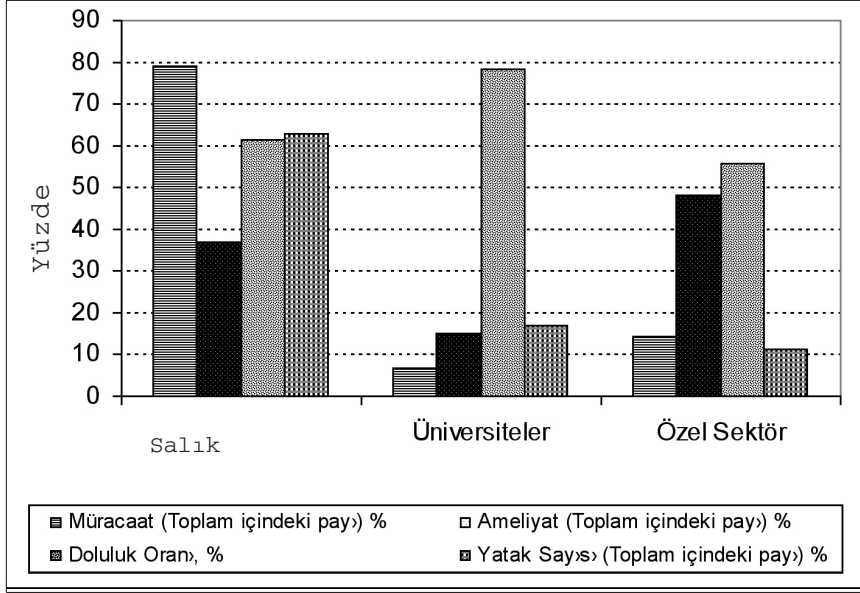
Aynı dokümanda hizmet ayrıntılarına ilişkin olarak da şu bilgilere yer verilmektedir: "2008 yılı için özel sektörün yatak kapasitesi toplamın %11.2'sidir. Buna karşılık, toplam ameliyatların %48'i, büyük ameliyatların da %26'sı özel hastanelerde gerçekleşmiştir."

Hastanelere ilişkin verilere biraz daha yakından bakmakta yarar var.

34 5283 sayılı Kanun, TBMM web sayfası

35 Hamzaoğlu O., 2009

36 1 Kasım 2009 tarih ve 27393 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete

Grafik 1: SB, Üniversite ve Özel sektör hastanelerine ilişkin hizmet verileri

Kaynak: 2010 programı dokümanından aynen alınmıştır, 1 Kasım 2009 tarih ve 27393 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete

İSTATİSTİKLER

Yataklı tedavi kurumlarına ilişkin olarak ülkemizde mevcut istatistiklerin değerlendirilmesinde belirli güçlükler karşımıza çıkıyor. Bunlardan en önemlisi yıllar içerisindeki değişimi karşılaştırmalı olarak görmeye çalışırken istatistiklerin ve verilerin karşılaştırmaya yer yer olanak vermeyecek biçimde farklı sınıflamalar ve verileri kullanmaları. Özellikle özel sektör verilerinde bu durum daha da dikkat çekici. Genel olarak Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde karşımıza çıkan bu durum geniş ve dönemsel bir değerlendirmeyi güçleştiriyor. Bazı verilerde "özel" başlığı "kişilere ait" kurumları kapsar iken bazılarında ise "vakıf ve dernek" hastaneleri, "yabancılara ve azınlıklara" hizmet veren hastaneler de "özel" başlığına giriyor. Bu nedenle bazı verilerle "kar amaçlı özel sağlık kuruluşları"nın değişimini tek başına izlememiz zorluklar barındırıyor. Her ne kadar dernek, vakıf, yabancı ve azınlık hastaneleri yıllar içinde sürekli sabit kalsa ve artışlar tamamen özel sektöre atfedilebilse de istatistikleri değerlendirirken bu noktayı göz önünde bulundurmamız gerekiyor. Aşağıdaki tablolarda verilerin türlerine bu açıdan bir açıklama getirilmeye çalışıldı.

Ayrıca SB istatistikler kadro yatak/fiili yatak açısından da yıllara göre farklılıklar içeriyor. Öncesinde "kadro yatak sayıları" üzerinden bazı veriler sunul-

muşken belirli bir tarihten sonra yatak sayılarının fiili yatak sayılarına dönüştüğü izleniyor. Bu da belirli güçlükler getiren bir diğer konu. Ek olarak 2005 yılında SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi de 2005 öncesi ve sonrası bazı verilerin değerlendirilmesinde sorunlar doğuruyor.

Öte yandan Sağlık Bakanlığı 2008 yılından itibaren istatistik yayın içeriğini de değiştirmiş durumda. Önceki yıllarda "yataklı tedavi kurumları istatistik yıllıkları" biçiminde sunulan veriler artık gerek TÜİK gerekse SB tarafından farklı biçimlerde sunuluyor. Bu iki kurumun istatistikleri de işin ilginç yanı birbirini tutmuyor. TÜİK'in "İstatistiklerle Türkiye 2009" kitabında sağlık başlıklı bölümde 2006 ve 2007 yılı hastane ve yatak sayıları ile Sağlık Bakanlığı 2008 İstatistik Yıllığı'nda aynı yıllara ait rakamlar bu tutarsızlığa örnek olarak verilebilir.^{37,38}

Özetle istatistiklerin içinden çıkmak pek de kolay değil.

Sağlık Bakanlığı 2008 yılı istatistik yıllığı rakamlarına göre Türkiye'de hastanelerin dağılımı şöyle:

Tablo 2: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2008 Yıllığı Verileri

Kurum	2002		2006		2007		2008	
	Hastane sayısı (%)	Yatak sayısı (%)	Hastane sayısı (%)	Yatak sayısı (%)	Hastane sayısı (%)	Yatak sayısı (%)	Hastane sayısı (%)	Yatak sayısı (%)
Sağlık Bakanlığı	774* (%67)	102589* (%64)	768 (%64)	119328 (%65)	848 (%64)	120228 (%65)	847 (%63)	119310 (%63)
Tıp fakültesi	50 (%4)	26877 (%17)	56 (%5)	31193 (%17)	56 (%4)	30978 (%17)	57 (%4)	29912 (%16)
Özel	270 (%23)	13192 (%8)	331 (%27)	15416 (%8)	365 (%28)	17397 (%9)	400 (%30)	20938 (%11)
Diğer **	61 (%5)	18561 (%12)	49 (%4)	17759 (10)	48 (%4)	17588 (%9)	46 (%3)	17905 (%10)
TOPLAM	1155 (%100)	161219 (%100)	1204 (%100)	183696 (%100)	1317 (%100)	186191 (%100)	1350 (%100)	188065 (%100)

* SSK hastaneleri dahil

** Veri kaynağında "Diğer" başlığı şöyle tanımlanıyor: "Diğer hastanelere dahil edilen MSB hastanelerinin sayısı 42 olup yatak sayısı 15.900'dür. Yine diğer hastanelere dahil edilen yerel idarelere ait belediye hastaneleri ve diğer kamu kuruluşlarına ait hastane sayısı 2002 yılında 19; 2006 yılında 7, 2007 yılında 6 ve 2008 yılında ise 4'tür. Bu 4 has-

37 TÜİK İstatistiklerle Türkiye 2009

38 SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008

taneden yerel idarelere ait olan hastaneler Ankara ilinde Belediye Hastanesi, İstanbul ilinde Darülaceze Hastanesi, İzmir ilinde Eşrefpaşa Belediye Hastanesidir. Sonuncu hastane ise vakıf hastanesi olup İstanbul ilinde Bezm-i Alem Vakıf Gureba Hastanesidir.”

Anılan yıllığa göre, genel toplamda hastanelerin yaklaşık %86’sı “Genel hastane” düzeyinde. Geriye kalan özelleşmiş hizmet yürüten hastaneler arasında ilk sırayı kadın doğum ve çocuk hastaneleri (2008 yılında 74 hastane) alıyor. Göğüs hastalıkları hastaneleri ikinci sırada ve 2002’ye göre sayılarında azalma dikkat çekiyor (2002’de 28 göğüs hastalıkları hastanesi varken 2008’de bu sayı 22). Yukarıdaki tabloda da görüldüğü gibi 6 yıllık bir sürede özel hastaneler sayı ve yatak sayısı açısından artış göstermiş durumdadır.

Bu artışı kamu/özel hastane sayı ve yataklarında daha geniş bir zaman aralığında başka bir veri kaynağında görmek de olası (Tablo 3)

Tablo 3: Yıllara göre hastane sayısı (MSB hastaneleri hariç. Kaynak: TÜİK)

Yıllar	Kamu*	%	Özel**	%	Toplam	%
1970	664	89.37	79	10.63	743	100.00
1975	706	88.47	92	11.53	798	100.00
1980	737	89.12	90	10.88	827	100.00
1985	607	84.07	115	15.93	722	100.00
1990	732	85.41	125	14.59	857	100.00
1995	843	83.55	166	16.45	1009	100.00
2000	923	77.96	261	22.04	1184	100.00
2005	887	76.73	269	23.27	1156	100.00
2006	858	73.77	305	26.23	1163	100.00
2007	911	71.39	365	28.61	1276	100.00

* Sağlık Bakanlığı, SSK, Tıp fakültesi, diğer resmi kurum, Belediye hastaneleri

** Kişilere, derneklere, yabancılara ait hastaneler

Tablo 4: Yıllar göre yatak sayısı (MSB hastaneleri hariç. Kaynak: TÜİK)

Yıllar	Kamu*	%	Özel**	%	Toplam	%
1970	67 592	94.55	3 894	5.45	71 486	100.00
1975	77 484	95.35	3 780	4.65	81 264	100.00
1980	95 249	96.10	3 868	3.90	99 117	100.00
1985	99 044	95.31	4 874	4.69	103 918	100.00
1990	114 508	94.84	6 230	5.16	120 738	100.00
1995	127 138	93.43	8 934	6.57	136 072	100.00
2000	142 292	90.89	14 257	9.11	156 549	100.00
2005	161 924	91.59	14 861	8.41	176 785	100.00
2006	164 059	90.76	16 708	9.24	180 767	100.00
2007	166 988	90.27	17 995	9.73	184 983	100.00

* Sağlık Bakanlığı, SSK, Tıp fakültesi, diğer resmi kurum, Belediye hastaneleri

** Kişilere, derneklere, yabancılara ait hastaneler

Bu tablolar incelendiğinde özel hastanelerin gerek sayısal olarak gerekse de yatak kapasitesi açısından sistem içerisindeki yerinin kademeli olarak artış gösterdiği izlenmektedir. Anılan dönem içerisinde ilk olarak 1981 yılında çıkarılan bir Bakanlar Kurulu kararı ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına alınarak özellikle 1985-1992 yılları arasında sağlık kuruluşlarına yönelik olarak teşvik tedbirleri ve 1994 sonrasında sağlık alanının “yatırım teşviki” tedbirleri uygulamaları artışı tetikleyen unsurlar olmuştur. 1997-2001 döneminde toplam yatak sayısı %13 artarken özel hastane yatak sayısı %56 oranında, özel hastanelerde tedavi gören toplam hasta sayısı da %71 oranında artmıştır.³⁹ Giderek sağlık hizmet sunumunda daha fazla yer kaplamaya başlayan özel sağlık kuruluşları kamu sağlık kurumlarının yaşadığı sorunlara karşı bir alternatif olarak sunulmuştur. Özel sağlık sigortalarının da ülkede sosyal güvenliği “tamamlayıcı” işlevi ile özellikle kentlerde yaygınlaşmaya başlaması da özel sektör sağlık kuruluşlarının gelişimini desteklemiştir. Bugün için nüfusun %2’sinin özel sağlık sigortası kapsamında olduğu ve bu oranın 2010 yılında %5, 2015 yılında ise %15’e çıkarılmasının hedeflendiği düşünüldüğünde özel sektörün hem hizmet sunumu hem de “tamamlayıcı sigorta” alanında genişleyeceği öngörülebilir.^{40,41}

39 Temel T. y.a.g.k.

40 Sağlık sigortaları bilgi merkezi web sayfası

41 Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği web sayfası

Grafik 2: Yıllara göre Türkiye’de özel sektör yatak sayıları

Kaynak:TÜİK verileri

Hastanelerin bir bütün olarak hizmet göstergelerini ve değişimlerini mercek altına aldığımızda aşağıda sunulan verilerle karşılaşırız. On yıllık bir süre içerisinde hem Sağlık Bakanlığı hem tıp fakülteleri ve hem de özel hastanelerin hizmet verdikleri hasta sayısında artışlar söz konusu. Bu geçen on yıllık dönemde Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki en önemli değişimin SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devri olduğu düşünüldüğünde Bakanlık hastanelerinin hizmet kullanımının yaygınlaşmasının artışta önemli etkenlerden olduğunu söylemek mümkün. 1995-2000 dönemi artış trendine göre 2000-2006 döneminde artışların çok daha fazla olmasında etkili bir çok parametre var kuşkusuz. Özellikle özel sektör hastanelerinin ayakta ve yatan hasta sayılarında 10 kata yaklaşan artışları ön planda görünüyor.

Burada üzerinde durmamız gereken önemli iki nokta daha var: Biri sevk sistemi diğeri ise personel döner sermaye ek ödemelerinde kullanılmakta olan performansa dayalı ek ödeme sisteminin etkileri. Türkiye’de sevk sistemi, 25 Mayıs 2007 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan ve 15 Haziran’da yürürlüğe giren “SGK Sağlık Uygulama Tebliği” ile sonlandırılarak SGK ile sözleşmeli kamu ya da özel sağlık kuruluşlarından doğrudan yararlanılabildiğine olanak sağlandı.⁴² Bu değişiklik yukarıda değindiğimiz artış trendini sürdüren ve çoğaltan bir manzara yaratıyor. SDP’nin “etkili bir sevk sistemi” kurulmasını öngören söylemine karşın kendi kendisiyle çelişen sevk sisteminin kaldırılması uygulanması sağlık sistemi-mizde kuralı-sızlaştırmanın da bir göstergesi oldu.

42 25 Mayıs 2007 tarih 26532 sayılı Resmi Gazete (Mükerrer)

Gelelim performansa dayalı ek ödeme sistemine. Bu ödeme sistemi kamu sağlık çalışanları için "bir ödeme ve ücretlendirme yapısı olarak" "performansa göre döner sermaye katkı payı ödenmesi" esasını taşımaktadır ve Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı konu ile ilgili dokümanında sistemi şöyle tanımlamaktadır: "Kurumun aylık gelirinden yasal ölçülerde katkı payı olarak çalışanlarına döndürebileceği miktardan her çalışanın kendi puanı ölçüsünde pay alması şeklinde bir düzenleme yapılmıştır. Bir anlamda çalışanların katkıları oranında kurumunun ürettiği artı değere ortak olmaları sağlanmıştır."⁴³ Bu cümle aslında sistemin hastanelere ve çalışanlar üzerine etkilerini öngörebilmek ve tahminler yürütebilmek için yeterli bir çerçeveyi sağlıyor. Çalışanlarının kurumun ürettiği artı değere ortak olduğu bir kamu hastanesi! Bu ek ödeme sisteminin uygulanmaya başlaması ile hizmetler ne ölçüde etkilendi, hangi başlıklar dikkat çekiyor ayırt etmek güç. Ancak ek ödeme ile elde ettiği gelir kurumun "artı değerine" bağlı olan çalışanların hizmet ve işlem başına alacakları puanlara göre ek ücrete kavuşacaklarına göre bunun gelir getirici işlere yönelme, bunları daha fazla kayıt altına alma ya da puanı yüksek işlemleri gösterme eğilimi ve baskısı yaratacağı açık olarak görülüyor. Nitekim konuyla ilgili yapılan bir araştırma çarpıcı sonuçlar ortaya koyuyor.⁴⁴ 1469 hekimin katıldığı araştırmada katılımcıların %67.3'ü performans sisteminin hasta başına düşen muayene süresini azalttığını, %63.8'i tetkik sayısının arttığını, %64.4'ü endikasyonsuz müdahalelerin arttığını, %60'ı yatırılan hasta sayısının arttığını belirtiyorlar.

İstatistiklerde çeşitli başlıklarda göze çarpan artışları belki bu gözle değerlendirilmek gerekiyor.

Tablo 5: SB Hastanelerinde yıllara göre verilen bazı hizmetler

Yıllar	Poliklinik sayısı (milyon)	Yatan hasta sayısı (milyon)	Büyük ameliyat (bin)	Orta ameliyat (bin)	Küçük ameliyat (bin)	Doğum (bin)
1995	41,5	2,2	230,6	188,4	167,5	520,6
2000	59,3	2,6	290,9	259,3	161,9	547,1
2005	164,7	5,0	*	*	*	687
2006	189,4	5,3	1 298,3	689,0	910,5	706,2

Kaynak: SB Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllıkları 2000, 2005, 2006

* Veri yok

43 Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Performans Yönetimi Dokümanı 2007.

44 TTB Etik Kurulu Hekimlerin Değerlendirmesi İle Performansa Dayalı Ödeme araştırması

Tablo 6: Tıp Fakültesi Hastanelerinde yıllara göre verilen bazı hizmetler

Yıllar	Poliklinik sayısı (milyon)	Yatan hasta sayısı (milyon)	Büyük ameliyat (bin)	Orta ameliyat (bin)	Küçük ameliyat (bin)	Doğum (bin)
1995	5,2	441	93,2	60,9	36,3	27,7
2000	8,1	681	155,4	90,7	32,7	32,7
2005	11,4	1 025,6	*	*	*	*
2006	12,5	1 165,2	322,098	186,031	165,153	38,585

Kaynak: SB Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllıkları 2000, 2005, 2006

* Veri yok

Tablo 7: Özel hastanelerde yıllara göre verilen bazı hizmetler

Yıllar	Poliklinik sayısı (milyon)	Yatan hasta sayısı (milyon)	Büyük ameliyat (bin)	Orta ameliyat (bin)	Küçük ameliyat (bin)	Doğum (bin)
1995	955,4	149,1	31,2	20,2	11,6	36,2
2000	3 195,0	406,1	87,7	48,1	32,9	77,5
2005	10 804,9	871,3	*	*	*	*
2006	12 982,5	1 085,8	310,1	173,5	99,2	149,4

Kaynak: SB Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllıkları 2000, 2005, 2006

* Veri yok

Hastanelerin hizmet göstergelerine başka parametreler açısından baktığımızda da döneme uygun değişimler izleniyor. Yorum kolaylığı sağlaması açısından incelenen parametrelerin açıklamaları tablonun altında sunulmuştur. (Açıklama ve 2007 yılı verileri için bkz: Hamzaoğlu O. 2009, Soyer A. 2010).

Tablo 8: Sağlık Bakanlığı hastanelerinin yıllara göre bazı hizmet ölçütleri

Yıllar	Yatak işgal oranı %	Bir hastanın ortalama kalış günü	Yatak devir hızı (hasta)	Devir aralığı (gün)	Yatan hasta oranı (%)
1995	55.3	5.7	35.1	4.7	5.3
2000	58.5	5.5	38.7	3.9	4.5
2005	63.9	5.3	44.7	3.0	3.1
2006	62.7	5.2	44.4	3.1	2.8
2008	61.2	4.4	50.0	2.8	*

Kaynak: YTKİY 2000, 2005, 2006, SB İstatistik Yıllığı 2008.

* 2008 SB İstatistik Yıllığı'nda bu başlıkta bir veriye rastlanmamıştır.

Yatak işgal oranı: Hasta yataklarının 365 günün yüzde kaçında dolu olduğunu gösterir. Yatak devir hızı: Bir hastane yatağının yıl içinde kaç hasta tarafından kullanıldığını gösterir.

Devir aralığı: Bir hastane yatağına bir hasta taburcu olduktan ya da öldükten kaç gün sonra yeni bir hastanın yatırıldığını gösterir.

Tablo 9: Tıp fakültesi hastanelerinin yıllara göre bazı hizmet ölçütleri

Yıllar	Yatak işgal oranı %	Bir hastanın ortalama kalış günü	Yatak devir hızı (hasta)	Devir aralığı (gün)	Yatan hasta oranı (%)
1995	61.1	9.9	22.6	6.3	8.4
2000	72.7	9.3	28.6	3.5	8.4
2005	79.2	8.2	35.4	2.1	8.9
2006	79.7	7.8	37.4	2.0	9.3
2008	84.4	6.7	46.4	1.2	*

Kaynak: YTKİY 2000,2005,2006, SB İstatistik Yıllığı 2008.

* 2008 SB İstatistik Yıllığı'nda bu başlıkta bir veriye rastlanmamıştır.

Yatak işgal oranı: Hasta yataklarının 365 günün yüzde kaçında dolu olduğunu gösterir. Yatak devir hızı: Bir hastane yatağının yıl içinde kaç hasta tarafından kullanıldığını gösterir.

Devir aralığı: Bir hastane yatağına bir hasta taburcu olduktan ya da öldükten kaç gün sonra yeni bir hastanın yatırıldığını gösterir.

Tablo 10 : Özel hastanelerin yıllara göre bazı hizmet ölçütleri

Yıllar	Yatak işgal oranı %	Bir hastanın ortalama kalış günü	Yatak devir hızı (hasta)	Devir aralığı (gün)	Yatan hasta oranı (%)
1995	22,8	2,9	28,7	9,8	15,6
2000	26,2	2,4	40,3	6,7	12,7
2005	37,3	2,0	63,5	3,4	8,3
2006	44.7	1.9	86.4	2.3	8.4
2008	50.7	1.9	101.9	1.9	*

Kaynak: YTKİY 2000,2005,2006, SB İstatistik Yıllığı 2008.

* 2008 SB İstatistik Yıllığı'nda bu başlıkta bir veriye rastlanmamıştır.

Yatak işgal oranı: Hasta yataklarının 365 günün yüzde kaçında dolu olduğunu gösterir. Yatak devir hızı: Bir hastane yatağının yıl içinde kaç hasta tarafından kullanıldığını gösterir.

Devir aralığı: Bir hastane yatağına bir hasta taburcu olduktan ya da öldükten kaç gün sonra yeni bir hastanın yatırıldığını gösterir.

Bu veriler hem Sağlık Bakanlığı hem tıp fakülteleri hem de özel hastanelerin 10 yıllık süreç içerisinde hastane yataklarını daha yoğun kullandıklarını, yatan hasta sirkülasyonlarının daha fazla olduğunu yatan hasta sayılarında artışlar olmasına karşın toplam başvurular içinde yatan hasta oranlarının azaldığını dolaşısıyla daha çok ayaktan başvuru artışının söz konusu olduğunu düşündürmektedir. Değişimler Sağlık Bakanlığı ve tıp fakültelerindeki değişimlere kıyasla özel hastanelerde daha dramatiktir. Kuşkusuz hastanelerin hizmet kapsamlarının farklılığı ve teknolojik kapasiteleri bu verileri değerlendirirken göz önünde bulundurmanız gereken en önemli etken. Tıp fakültelerinin daha uzmanlaşmış bir ekip ve teknolojik donanımla, daha maliyetli ve daha ağır vakalara hizmet sunması, buna karşılık özel hastanelerin daha farklı bir profildeki hizmetlere yönelmeleri, kısa süreli yatış süreleri ile yüksek hasta sirkülasyonu hedeflemeleri gibi.

Özel sağlık sektörünün yöneldiği hizmet örnekleri olarak hemodiyaliz hizmetleri ve yoğun bakım yatakları verilebilir (Tablo 11 ve 12).

Toplam yoğun bakım yataklarının üçte biri özel sektör hastanelerinde yer almaktadır. Özel sektörün yenidoğan yoğun bakım yataklarındaki payı daha ağırlıklı izlenmektedir. Hemodiyaliz merkezleri ve cihaz sayılarında yıllar içerisinde özel sektör lehine artış izlenmektedir. 2000 yılında merkezlerin %35'i, cihazların da %45'i özel sektörde iken 2008 yılında bu oranlar sırasıyla %48 ve %62'ye çıkmıştır. Özel sektör bu alanlarda kamunun hem yatırım hem de hizmet sunumu açısından yerini doldurmaktadır. Yatırım oranlarına bakıldığında bu manzara daha açık bir biçimde ortaya çıkmaktadır. Sağlıkta sabit sermaye yatırımlarında 1987'de kamu %62 özel %38'lik bir paya sahip iken 2008'e gelindiğinde bu oran terine dönmüştür: Kamu %23 özel % 77.⁴⁵

Tablo 11 Yoğun bakım yatağı dağılımı

	Erişkin	(%)	Yenidoğan	(%)	Toplam	(%)*
Sağlık Bakanlığı	4711	45.97	1710	46.00	6421	45.98
Tıp fakülteleri	2541	24.80	587	15.79	3128	22.40
Özel	2996	29.23	1420	38.20	4416	31.62
Toplam	10248	100.00	3717	100.00	13965	100.00

Kaynak: SB İstatistik Yıllığı 2008

45 Aktaran Tüzün H. 2010.

Tablo 12: Yıllara göre hemodiyaliz merkezleri ve cihaz sayısı dağılımı

	2000		2005 *		2008	
	Hemodiyaliz merkezi sayısı (%)	Cihaz sayısı (%)	Hemodiyaliz merkezi sayısı (%)	Cihaz sayısı (%)	Hemodiyaliz merkezi sayısı (%)	Cihaz sayısı (%)
SB, SSK ve diğer kamu	198 (56.90)	892 (41.15)	290 (50.09)	2999 (34.69)	384 (46.32)	3876 (29.80)
Tıp fakültesi	27 (7.76)	640 (13.92)	49 (8.46)	1031 (11.92)	46 (5.55)	1006 (7.74)
Özel	123 (35.34)	2066 (44.93)	240 (41.45)	4616 (53.39)	399 (48.13)	8123 (62.46)
Toplam	348 (100.00)	4598 (100.00)	579 (100.00)	8646 (100.00)	829 (100.00)	13005 (100.00)

Kaynak: SBYTKİY 2000, 2005, SB istatistik Yıllığı 2008.

* 2005 verisi devir sonrası SB rakamlarıdır

Özel hastanelerin ülke genelindeki dağılım profili de değişmektedir (Tablo 13, 14, 15).

Tablo 13: İstanbul'daki özel hastanelerin toplam özel hastane sayısı ve yatak sayısı içindeki payı (TÜİK verisi) *

Yıllar	Toplam özel hastaneler içindeki %	Toplam özel hastane yatakları içindeki %
2004	48.61	54.07
2005	45.90	51.11
2006	40.66	45.36
2007	38.08	43.68

* Kişilere, derneklere, yabancılara ait hastaneler

Tablo 14: Üç büyük ildeki özel hastanelerin toplam özel hastane sayısı ve yatak sayısı içindeki payı (TÜİK verisi) *

Yıllar	Toplam özel hastaneler içindeki %	Toplam özel hastane yatakları içindeki %
2004	59.68	67.84
2005	56.72	65.26
2006	50.16	57.85
2007	48.49	56.44

* Kişilere, derneklere, yabancılara ait hastaneler

Tablo 15: Özel hastane bulunmayan il sayısı

(TÜİK verisi)

Yıllar	İl sayısı
2004	41
2005	37
2006	29
2007	24

İstanbul ve diğer iki büyük kentte yoğunlaşma sürmekle birlikte ülke geneline yaygınlaşma eğilimi de dikkat çekmektedir.

Bu noktada tıp fakültelerine ayrı bir parantez açarak değinmek gerekiyor. Tıp fakültesi hastaneleri sağlık sistemi içerisinde en özellikli hastaneler arasında yer alıyor. Gerek bu hastanelerde sunulan hizmetin özellikleri, gerek hizmet sunan sağlık insan gücünün özellikleri, donanımı bütün bunlara ek olarak tıp eğitiminin mekanları olmaları açısından özellikli kurumlar. Bu kurumlar son dönemde yaşadıkları başta finansal olmak üzere çeşitli sorunlarla yüz yüze kalmış durumda. Konuya ilişkin olarak bir grup öğretim üyesinin altına imza koydukları "Tıp Fakülteleri Öğretim Üyelerinden Kamuoyuna Duyuru" başlıklı metni incelediğimizde sorunun çerçevesine dair bilgi edinebiliyoruz.⁴⁶

"Son yıllarda Sağlık Bakanlığı'nın politikaları ve son aylarda da Yükseköğretim Kurulu (YÖK)'nin bazı uygulamaları, tıp fakültelerinin temel işlevlerini ve üniversite hastanelerindeki çalışma ortamını önemli ölçüde zorlaştıran bir aşamaya gelmiştir. Tıp eğitimi akademik bir krizle, üniversite hastaneleri ise finansal bir krizle yüz yüzedir..... Hepimizin bildiği bir gerçeği kamuoyunun da bilgisine sunmak bugün için acil bir görev haline gelmiştir: Üniversite hastanelerinin döner sermayeleri uzun zamandır negatif bilanço ile çalışmaktadır ve bu gidişle önümüzdeki birkaç yıl içinde üniversite hastanelerindeki döner sermaye sistemi çökecektir. Resmî yetkililerin katıldığı birçok toplantıda bu tehlike açıkça dile getirilmektedir. Ülkemizde "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesindeki politikalar ile bütçedeki sağlık harcamaları artarken; üniversite hastanelerinin payı giderek azalmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), bütçe sıkıntılarını çözmek için en güç, dolayısıyla en pahalı tedavi hizmetini sunan üniversite hastaneleri faturalarına ciddi kesintiler uygulamaktadır. Kamusal finansal desteği giderek azaltılan üniversite hastanelerinin içinde buldukları olumsuzlukları iyi yönetilmediklerine bağlamak ve üniversite hastanelerine giderlerini azaltmalarını önermek, aslında

46 Tıp fakültelerinin sesi web sayfası

bu hastaneleri temel işlevlerinden vazgeçmeye yöneltmek demektir. Tüm dünya da üniversite hastanelerinde, kâr amacı ön planda olmadan, özellikle tanı ve tedavi gücü, karmaşık ve ağır hastalara yönelen bir sağlık hizmeti ve yanı sıra eğitim ve araştırma yapıldığından toplam maliyet her zaman daha yüksektir. Üniversite hastanelerini kamusal hizmet yerine piyasa yönelimli hizmet anlayışına yöneltmeye çalışmak, maliyetleri düşürmek için ağır baskılar uygulamak, merkezi desteği keserek ciddi gelir kaybına uğratmak, bu hastaneleri düşük maliyetli üretim anlayışına zorlamak anlamına gelir. Bu da bir kısmının batmasına, güçlükle ayakta kalanlarınsa geleneksel eğitim, araştırma ve hizmet misyonlarını yerine getirememesine yol açacaktır. Oysa üniversite hastaneleri gerek bir ülkenin sağlık işgücünü yetiştirmeleri, gerekse en ağır hastaların sevk edildiği son basamak hastaneler olmaları nedeniyle titizlikle desteklenmeleri gereken kurumlardır. Üniversite hastanelerine piyasa anlayışı içinde sadece sağlık hizmeti üreten ve satan bir kurum gözüyle bakılması kabul edilemez.....”

SGK HARCAMALARI ve HASTANELER

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın getirdiği değişim ile hizmetin satın alınması mekanizmalarının yaygınlaşması geri ödemeleri ve geri ödeme kurumu olan SGK'yı kilit konuma getirmiştir. Kamu ya da özel hemen bütün sağlık kuruluşları gelir gider dengelerini SGK ödemelerine göre yapılandırmaktadırlar. SGK sağlık harcamalarında hızlı bir artış izlenmektedir. SGK toplam sağlık harcamaları 2001'de 4 576 milyon TL iken 2008'de 25 346 milyon TL'ye çıkmıştır. SGK harcamalarının gerek hizmet bileşenlerine gerekse de kurumlara dağılımı incelendiğinde manzarayı destekler nitelikte bir durumla karşılaşılmaktadır. Harcamalarda bu dramatik artışın yaşandığı süre içerisinde tedavi harcamalarının öne çıktığı görülüyor. Diğer bir deyişle SGK'nın ayaktan ya da yatarak tedavi hizmetini satın almak için harcadığı para toplam harcamalar içerisinde 2001 yılında %39'luk bir paya sahip iken 2008'de %55'lik bir orana çıkmıştır. Bu artışta etkili bir çok faktör söz konusudur. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri, özel sağlık kuruluşlarının hizmet sunumuna dahil edilmesi ve özel sektörden hizmet satın alma mekanizmalarının yaygınlaşması vb. sayılabilir. Tedavi hizmetlerinde hastanelerin dağılımı incelendiğinde de özel hastane paylarının %16'dan %31'e çıktığı görülmektedir. SGK'luların sağlık kurumlarına başvurularına bakıldığında özel sektör yaklaşık %27'lik bir yer tutmaktadır.

Tablo 16: SGK toplam sağlık harcamalarının yıllara göre dağılımı

Yıllar	Tedavi (%)	İlaç (%)	Diğer* (%)
2001	39	53	8
2002	37	56	7
2003	41	53	6
2004	45	49	6
2005	41	51	7
2006	48	47	5
2007	51	44	4
2008	55	42	3

*Tıbbi cihaz, malzeme, optik vb.

Kaynak:SGK 2008 Aralık Ayı İstatistikleri

Tablo 17: SGK tedavi harcamalarının yıllara göre hastanelere dağılımı

Yıllar	Devlet Hastaneleri (%)	Üniversite hastaneleri (%)	Özel Hastaneler (%)
2001	66	18	16
2002	64	22	14
2003	69	19	12
2004	69	18	13
2005	63	19	18
2006	64	16	20
2007	62	15	23
2008	52	16	31

Kaynak:SGK 2008 Aralık Ayı İstatistikleri

Tablo 18: SGK istatistiklerinde kamu özel başvuru sayıları 2009

	Ayaktan tedavi başvurusu (Milyon)	%	Yatarak tedavi (Milyon)	%	Diğer ve günlük işlemler* (Milyon)	%	Toplam (Milyon)	%
Kamu II. ve III. basamak **	172.1	73.31	5.8	74.07	2.8	66.37	180.9	73.22
İkinci basamak Özel sağlık kurumu***	62.6	26.69	2.0	25.93	1.4	33.63	66.1	26.78
Toplam	234. 8	100.00	7.9	100.00	4.3	100.00	247.1	100.00

*Trafik kazası, iş kazası, meslek hastalıkları ve adli vaka işlemleri, yurtdışı sigortalılarına ait hizmetler, kemik iliği, kök hücre nakilleri, Sağlık Uygulama Tebliği'nde belirtilen bazı tedavilerde sağlık kurumlarında yatış ve taburcu işlemi yapılmadan, 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan tedaviler.

** İkinci Basamak Resmi Sağlık Kurumu; Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, tıp fakültelerinin bulunduğu ilin dışında yer alan uygulama ve araştırma merkezleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezi ve dal merkezleri,

Üçüncü Basamak Resmi Sağlık Kurumu; Eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite tıp fakültelerinin bulunduğu ilde mevcut sağlık uygulama ve araştırma merkezleri (üniversite hastaneleri) ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversitelerin dış hekimliği fakültelerini,

*** İkinci Basamak Özel Sağlık Kurumu; Özel Hastaneler Yönetmeliğine göre ruhsat almış hastaneler, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan tıp merkezleri, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleri

DÖNER SERMAYE

Hastanelerin döner sermaye gelirleri sağlık sistemimizin değişiminin ne yönde olduğunu göstermesi açısından önemli bir başlık. Bu anlamda genel eğilimin, sağlık hizmetleri harcamalarının artan oran ve parasal miktarlarda döner sermaye gelirlerine dayandırılması olduğunu görüyoruz. Özellikle 1989 yılı sonrasında gözlenmeye başlayan bu eğilim belirginleşmeye hatta başat hale gelmeye başlamıştır.⁴⁷ Kamu hastanelerinin döner sermayeleri ilk olarak 1987 yılında yürürlüğe giren 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile kurulmuştur. Bu Kanun, "Milli Savunma Bakanlığı" hariç kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmelerine dönüştürülmesi hükmünü getirmiştir.⁴⁸ Böylece kamu hastanelerinin "piyasa koşullarında rekabet edebilen kurumlar" haline gelmesi süreci başlatılmıştır.

Yataklı tedavi kurumlarının döner sermaye geliri toplamı Sağlık Bakanlığı bütçesinin 1993 yılında %13.7'si düzeyinde iken 2004 yılına gelindiğinde Bakanlık bütçesini aşan bir düzeye ulaşmıştır (%100.8). Aynı eğilim Genel Bütçe parametreleri ile karşılaştırılma yapıldığında da ortaya çıkmaktadır (Yataklı tedavi kurumları döner sermaye gelirlerinin Genel Bütçe'ye oranı 1993 yılında %0.62

47 TTB 2007

48 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

iken 2004'de %3.22'ye çıkmıştır. Bu oran aynı yıl Sağlık Bakanlığı'na Genel Bütçe'den ayrılan miktardan daha yüksektir.⁴⁹ (Tablo19)

Tablo 19: Yataklı tedavi kurumlarının Döner sermaye gelirlerinin yıllara göre SB ve Genel Bütçeye oranı

Yıllar	SB Bütçesine Oranı (%)	Genel Bütçeye Oranı (%)
1993	19.7	0.62
1995	41.9	1.53
2000	56.7	1.29
2001	78.7	2.09
2002	79.9	1.92
2003	81.4	1.98
2004	100.8	3.22

Kaynak: Pala K. 2007

Döner sermaye gelirleri sağlık kuruluşlarının verdikleri hizmetler karşılığında başta Sosyal Güvenlik Kurumları (SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur) olmak üzere hizmeti alanlardan elde ettikleri gelirlerden oluşur. Hastane harcamalarının bakanlık bütçesi yerine döner sermaye gelirlerine dayandırılmasında ve bunun yapısal hale gelmesinde etkili bir çok faktör söz konusudur. Sağlık Bakanlığı bütçesinin Genel Bütçe içerisinde yetersiz olması ve ayrılan kısıtlı bütçenin de büyük oranda personel harcamalarına gitmesi ve hizmet sunumunda gerekli malzeme, demirbaş, tıbbi araç vb. gereksinimlere Genel Bütçe kaynaklı ödemelerin %10'un altında kalması hastaneleri "kendi yağıyla kavrulma"ya itmektedir. Bu "itici faktör" yanında personele ek ödeme ve ek gelir sağlanmasının yolu olarak döner sermayelerin görülmesi gibi "çekici" faktörler de söz konusu olmaktadır (performansa dayalı ek ödeme mekanizmalarının 2004 ve sonrasında yaygınlaşması gibi). Bu manzara hastane ve diğer sağlık kuruluşları döner sermaye işletmelerinin yaygınlaşması ve finansman ve hizmet sunumunun alt yapısını oluşturma anlamında da ağırlıklı bir yere ulaşmaları sonucunu doğurmaktadır. Yataklı tedavi kurumlarında döner sermaye işletmesi sayısı 1990 yılında 342 iken bu sayı 2001'de 594'e çıkmıştır. Yataklı tedavi kurumları elde ettikleri gelir ile hizmetlerini yürütmektedirler. Döner sermaye harcamalarının önemli miktarı ilaç, tıbbi malzeme ve tıbbi cihaz alımlarına yapılmaktadır. 2002 için bu oran personel giderleri ve vergiler hariç tutulduğunda %56'dır.⁵⁰ Bu harcamalar yanında hastaneler yemek, güven-

49 Pala K. 2007

50 Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi hakkında Performans Denetimi Raporu, Sayıştay 2005

lik, temizlik gibi hizmetleri taşeron şirketler aracılığı ile döner sermaye gelirleri üzerinden satın almaya yönelmişlerdir. Bedeli döner sermayeden karşılanmak üzere hizmet satın alma ve personel çalıştırma o denli yaygınlaştırılmıştır ki iş sağ-
lık hizmeti satın alınarak ihale ile hekim çalıştırmaya kadar vardırılmıştır. 2004 yılında Denizli’de devlet hastanesinde çalışmak üzere psikiyatri uzmanı, onkoloji uzmanı, çocuk psikiyatrisi uzmanı, endokrinoloji uzmanı ve alerji hastalıkları uzmanı alanları için ihale açılmıştır. 2008 yılı öncesindeki beş yıllık dönemde toplam 35 binden fazla sözleşmeli sağlık personelinin hastanelerde işe alındığı ve bunun 18.500’ünün maaşının hastanelerin kendileri tarafından ödendiği görülmektedir. Bu durum Sağlık Bakanlığı tarafından “kamuya yatırım yükü getirilmeden hizmet araçları sağlanmakta ve bedeli kurum kazancı ile ödenebilmektedir” biçiminde değerlendirilmektedir.⁵¹

Hastanelerin bu manzarası birkaç açıdan sağlık reformu dinamiklerine uygundur. Sağlık harcamalarının başta sigorta primleri olmak üzere bütçe dışı kaynaklara dayandırılması, hastanelerin gelir gider dengelerini gözeterek kendi kendilerini finanse etmeleri, bu amaçla harcama yetkilerinin ve finansal hareket serbestilerinin artırılması, kamu hastanelerinin piyasa dinamiklerine uygun hale getirilmeleri ve bu amaçla yapısal, işlevsel ve idari değişikliklere uğratılması bunlardan bazılarıdır. Bu anlamda hastanelerin yasal statülerinin ve yönetsel yapılarının değişimini öngören yeni bir düzenleme planlanmaktadır: Kamu Hastane Birlikleri.

Üç yıl önce TBMM Başkanlığı’na sunulan bir yasa tasarısı ile hastanelerin özleştirilmesi sürecinin bir parçası olarak gündeme gelen yasa yukarıda kısım de olsa çerçevesini çizmeye çalıştığımız hastanelerin yapısal değişimi ve organizasyonel reformunu amaçlamaktadır. Komisyon görüşmeleri ile ilk halinden bazı değişiklikler içererek TBMM Genel Kurulu’na gelen tasarı yasalaşmayı beklemektedir.⁵² Bu düzenleme ile hastaneler bir birlik çatısı altında toplanarak bir yönetim kurulunun yetkilendirildiği, hastane yöneticileri tarafından yönetim kurulunun yürütme organı olan genel sekreterliğe bağlı olarak çalışan “kamu tüzel kişiliğe” sahip kurumlar haline getiriliyor. Diğer bir deyişle hastaneler “kamusal şirket” ya da “kamu iktisadi teşebbüsü” yapısına dönüştürülüyor. Personeli hastane taşını ve taşınmazlarını birliğe devreden, personel maaşı, malzeme, ekiman vb. ihtiyaçlarını birliğin kendi kendine karşılamasını, bu amaçla gelirlerini başta sağlık hizmeti olmak üzere gerektiğinde hastaneyi kiralama, işletme, işlettirme,

51 Akdağ R. SDP İlerleme raporu 2008

52 Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı, TBMM web sayfası.

sağlık hizmeti dahil hizmetleri dışardan satın alma, hastane arazisini satma vb. başlıklardan “çıkartılma” yetkisi veriyor. Yapılması planlanan bu yeni düzenleme, sağlık reformunun kamu hastanelerinin rekabete açılması, esnekleştirilmesi, belirli alanlarda yetkilerin alt kademelere devredilmesi ve piyasa aktörü haline getirilmesinin yolunu açıyor. “Kamu-özel sınırlarının muğlaklaşması”, kamu-özel işbirliği modellerinin yaygınlaştırılması, “melezleşmiş” bir sağlık hizmet ortamı oluşturularak piyasalaşmanın tetiklenerek aktiflenmesi, genişletilmesi stratejisi kapsamında yapılan bu düzenleme sağlık personeli istihdamının biçimlerini değiştiriyor. Yasa’nın neyi amaçladığına ilişkin olarak OECD ve Dünya Bankası tarafından 2008 yılında basılan “OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye” adlı kitapta belirtilenler hedeflenenleri açık olarak gösteriyor.⁵³ “Kanun, kamu teşebbüsü modeline dayalı hastane yönetimi ilkelerini belirlemektedir. Buna göre pilot projeye katılan hastaneler kurullar tarafından yönetilecek; ama SB’ye bağlı olmaya devam edeceklerdir. Kanun, bölgesel düzeyde ortak bir hastane birliği oluşturulması imkânını da sunmaktadır. Bu birlik, program planlama, bütçelendirme ve uygulamayı ortaklaşa üstlenecek bir hastaneler ağından meydana gelecektir. Pilot hastane birlikleri, sağlık personeli işe alımı ve kaynak tahsisi kararları konusunda daha fazla özerkliğe ve esnekliğe sahip olacaktır. Hastane çalışanları, artık kamu çalışanı sınıfında olmayacak ve artık sağlık sektöründe ömür boyu istihdam hakkına sahip olmayacaklardır. SB, hizmet kalitesini garanti etmekten ve hastane birliklerinin SB standartlarına uymalarını sağlamaktan sorumlu olacaktır.”

Kamu hastane birliklerine geçiş hazırlığı SDP’nin yeni bir aşamasını oluşturmaktadır. Bu aşama ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının reformun gerektirdiği “piyasalaşmış” sağlık hizmet sunumuna uygun hale getirilmesidir. Bu manzaranın hastanelere etkisine dair ise aşağıdaki haberlere kısa bir göz atmak yeterli olacaktır.

- Devlet Hastanesi'nde tedavi gören hastaların yakınlarından da serum, ameliyat eldiveni, ameliyat ipliği gibi çok basit malzemeleri dahi dışarıdan temin etmeleri talep ediliyor. Bu uygulamanın ise hastane yönetiminin, daha ucuz olduğu için kötü malzemenin gelmesi sebebiyle hekimlerin risk almamak adına, hastalarından daha kaliteli ürünü kullanmak için talep ettikleri belirtiliyor.⁵⁴
- 450 hastane haciz kıskacında ! sosyal güvenlik kuruluşlarından ala-

53 OECD, DB 2008:syf: 44

54 www.saglikaktuel.com

çaklarını tahsil edemeyen 450 hastanenin, zorunlu harcamalarını bile yapamadığını, bu nedenle haciz kısılcacında.....⁵⁵

- Devlet Hastanesi, alım yaptığı esnafa ödeme yapmadığı için 6 iş-yeri tarafından icraya verildi. İcra sonucu aralarında doktorların da bulunduğu 60 sağlık personelinin döner sermayelerine haciz geldi.⁵⁶
- İl Sağlık Müdürlüğü ihaleyle 3 adet 112 acil istasyonunu içindeki doktor, yardımcı personel ve ambulans şoförüyle sattı. İhale hakkında Tabip Odası iptal davası açacağını duyurdu. Öte yandan ihale talebinin doğrudan Sağlık Bakanlığı'ndan geldiği ve tüm Türkiye'de yakında uygulanacağı belirtildi. İl Sağlık Müdürlüğü bu kez ihaleyle doktor, yardımcı personel ve ambulans şoförünü satışa çıkardı. 3 adet 112 istasyonunu içindeki personel ile satışa çıkararak Sağlık Müdürlüğü, ihaleyi 27 bin TL ödeyen çöp poşeti imalatçısı bir firmaya verdi. Tabip Odası ise iptal istemiyle mahkemeye başvurmayı hazırlanıyor.⁵⁷

ÖZETLE

1. Türkiye'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde en dikkat çekiçi değişim, "piyasalaşma" ekseninde yaşanmaktadır. Bu ekseninde gerek özel sektörün sayısal açıdan, gerek kapasite açısından gerekse hizmet sunumu ve finansmanda aldığı yer açısından gelişimi dikkat çekmektedir. 1980 ve sonrasında başlayan, 1990'lı yıllardan itibaren giderek yapısal bir özellik taşımaya başlayan bu durum ikibinli yıllarda hızlanmıştır. 2007 SB verilerine göre hastanelerin %29'u özeldir. Hastane yataklarının %10'u, yatan hastaların %20'si, poliklinik hastalarının %9'u, doğumların %19'u, büyük ve orta ameliyatların %18'i özel hastanelerde-dir.⁵⁸ 2008 yılı verilerine göre ise özel sektörün yatak kapasitesi toplamın %11.2'sidir ve toplam ameliyatların %48'i, büyük ameliyatların da %26'sı özel hastanelerde gerçekleşmiştir.⁵⁹
2. Sağlık reformunun genel stratejisi olan, devletin sağlık hizmet sunumundan çekilerek piyasadaki hizmetin satın alınması mekanizmalarının kurulması amacıyla düzenlemeler yapılmasına bağlı olarak kamu hastane-

55 www.medimgazin.com.tr, 06.02.2006 tarihli haber.

56 <http://www.sagliklihaber.net/haber/614/>

57 www.sendika.org 15.05.2009 tarihli haber

58 Soyer A. 2010

59 2010 Programı dokümanı, y.a.g.k.

leri de dönüşüm geçirmektedirler. Otonomizasyon ve korporatizasyonun (şirketleşme) dikkat çektiği düzenlemelerin bir sonraki aşama olan özelleştirme aşamasına hazırlık olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Kamu hastane birlikleri düzenlemesinin de bu eksende kamu hastanelerinin özel sektör yönetim yapısına benzetilmesi, özel sektörün kamu hizmetleri içinde daha büyük yer kaplaması, kamu hastanelerinin sürekli ya da geçici olarak özele devrini gerçekleştirmeyi amaçladığı unutulmamalıdır. Öte yandan benzer amaçlarla yapılandırılan "kamu-özel işbirliği modeli" uygulamaları artmaktadır.

3. Sağlık Bakanlığı'nın rolünün yeniden tanımlanması ve hastanelerin yapısal değişimleri de dikkate alındığında devletin hizmet sunumundan çekileceği izlenmektedir. Kamunun hizmet sunmasının piyasada haksız rekabet nedeni olacağı anlayışı, sağlık hizmetlerinin kamunun eritilmesi gereken hizmetlerinin bir bütünü olarak görülmesine yol açmaktadır.
4. Sağlık harcamaları hızla artmaktadır. Harcama artışında dikkati çeken noktalardan biri tedavi hizmetleri ve ilaca harcanan miktarın artışıdır. 2005-2008 yılları arasındaki dönemde ilaç pazarı %53 oranında büyüyerek 11 milyar dolar sınırına gelmiştir.⁶⁰ Tedavi hizmetleri ve ilaç harcamalarının artışında hastanelerin rolü büyüktür. Özellikle SGK'nın tedavi hizmetlerine yönelik harcamalarında özel hastanelerin payı sürekli artış göstererek üçte bire ulaşmıştır.
5. Sağlık hizmetleri ciddi bir finansman baskısı altındadır. Bu baskı gerek hastanelerin "kendi yağlarıyla kavrulma" gerek personele ek gelir kaynağı adresi olarak döner sermaye ek ödemelerinin gösterilişi, gerekse de artan hizmet maliyeti ve giderler nedeniyle oluşmaktadır. Bu baskıyı üzerinden en çok hisseden tıp fakültesi hastaneleridir.
6. Hastane hizmet ölçütleri değerlendirildiğinde hastanelerde hizmetin hızlandığı, yoğunlaştığı izlenmektedir. Kamu hastaneleri gelir gider dengesi ve personel ek ödemelerine yoğunlaşarak fiilen işletme haline getirilmektedirler. Böylece piyasa ortamındaki rekabette yerlerini almaktadırlar.
7. Hastaneler üzerindeki özelleştirme baskısı da yoğunlaşmaktadır. Özelleştirmenin farklı biçimleri ve uygulamaları yaygınlaşarak çoğalmaktadır.

60 Öztop B., *Turkishtime dergisi* araştırması

8. Önümüzdeki süreç Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarının yerel yönetimlere devri sürecidir. Sağlık Bakanlığı kurumlarını her yönüyle belediye/il özel idarelerine/hastane birliklerine devrederek hizmet sunumundan büyük oranda çekilecektir. Bu durum hastanelerin yeni yönetsel yapı, yeni finansman biçimleri ve mekanizmalarıyla karşı karşıya bırakacaktır.
9. Sağlık sisteminin tüm basamaklarında yaşanan değişim hizmet sunumu organizasyonlarını ve hizmet sunan kurumların yapısını da değiştirmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılında Bakanlık onayı ile yayımladığı "Entegre İlçe Hastaneleri" kurulmasına ilişkin yönergesi ile özellikle aile hekimliği sisteminin uygulanmaya başlamasıyla yeni bir birinci-ikinci basamak sağlık hizmet sunumu organizasyonu ile karşılaşılacaktır.⁶¹ Yönerge'de "entegre ilçe hastanesi" şöyle tanımlanmaktadır:
- "Bakanlıkça belirlenecek olan yerlerde, bünyesinde koruyucu sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, doğum, ana çocuk sağlığı hizmetleri, ayaktan ve yatarak tıbbi ve cerrahi müdahale, muayene, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile çevre sağlığı, adli tabiplik ve ağız diş sağlığı hizmetleri ile benzeri hizmetlerin verildiği, hasta potansiyeline göre diyaliz ünitesi bulundurabilen, görev yapan tabip ve uzman tabiplerin ayakta ve yatırarak hasta kabul ve tedavi ettiği hizmetlerin daha verimli ve güçlendirilmiş olarak verildiği entegre sağlık kurumlarıdır. İlçe merkezinde mevcut Sağlık Merkezi, Verem Savaş Dispanseri, Sağlık Ocağı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu, vb. sağlık kuruluşları hastane hizmetleri ile birleştirilerek güçlendirilir."
 - Bir başka Yönerge'de ise (Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge) entegre ilçe hastanesi, "birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin beraberce verildiği entegre sağlık kuruluşu" biçiminde tanımlanmaktadır.⁶² Aile hekimliği sisteminin uygulanışına ilişkin düzenlemelerde de entegre ilçe hastanelerinin de yeri olduğu görülmektedir. 25 Mayıs 2010 tarihinde yayımlanan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği"nde 'entegre sağlık hizmetlerinin sunulduğu merkezler' biçiminde yapılan atıflar dikkat

61 Entegre "İlçe Hastanesi"nin Açılması, Kapanması Ve Buralarda Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge

62 Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge

çekmektedir.⁶³ Bu durum yeni hastaneleri ve hizmet sunum biçimlerinin oluşturulacağını düşündürmektedir.

10. Türkiye’de 1980 sonrasında başlayan sağlıkta yeni liberal düzenlemeler, özel sağlık ve özel sigorta sektörünün direkt ya da dolaylı yollardan teşviki, sistem içerisindeki yerinin ve ağırlığının artırılması, kamu hastanelerinin işletmeleştirilerek idari ve mali yönden özerkleştirilmesine giden yolun açılması, kamu sağlık hizmetlerinin etkisizleştirilerek hizmetlerin özel sağlık sektörüne yönlendirilmesi süreçlerinden geçilmesine neden olmuştur. Kamu hastanelerinin şirketleşmesi, devletin rolünün değişimi ve hizmet sunumundan çekilmesi, sağlık alanına kamusal yatırımın kısılması buradan doğan boşluğun özel sektörce doldurması piyasalaşma aşamasının parçalarıdır. Bütün bu aşamalar kapitalizmin ihtiyaçları çerçevesinde sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesine ilişkin olarak gerçekleşmektedir.

Kaynaklar

- Aydın E. 19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması, <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/19/1272/14647.pdf>, Erişim tarihi: 19.04.2010
- Aydın E. Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri, Ankara Ecz. Fak. Dergisi. 31 (3) 183-192, 2002.
- Eren N. (1996), Çağlar boyunca toplum sağlık ve insan. Somgür yayıncılık, Ankara.
- Öztek Z., Eren N., Sağlık Yönetimi. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ed: Güler Ç., Akın L. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006, Ankara
- Benli D., Özalp H., Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Somgür Yayıncılık. Ankara
- Edwards N., Wyatt S., Mc Kee M., (2004) Configuring the hospital in the 21st century, Policy brief no:5. European observatory on health systems and policy.
- McCulloch P. Surgical professionalism in the 21st century, *Lancet* 2006; 367: 177-81.
- McKinlay J.B., Marceu L.D., (2002). The end of golden age of doctoring. *International Journal of Health Services*, 32 (2): 379-416.
- McKinlay J.B., Marceu L.D. (2008). When there is no doctor: Reasons for the disappearance of primary care physicians in the US during the early 21st century. *Social Science & Medicine* 67: 1481-1491
- TELETIP, Sağlık Bakanlığı sağlık-net web sayfası http://www.sagliknet.saglik.gov.tr/portal_pages/notlogin/bilismciler/bilismciler_teletip.htm erişim tarihi: 20 nisan 2010
- Lurie N., H1N1 Influenza, Public Health Preparedness and Health Care Reform, *New Eng. J.of Med.* August 27, 2009, 361;9: 843-845

63 Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 20.05.2010 tarihli ve 27591 sayılı Resmi Gazete.

- GÜNEY M. Psikiyatrik rehabilitasyonda gündüz hastanesinin yeri Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9 (ek sayı.1): 1-8 Türk Psikiyatri Dizini Dijital Arşivi <http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/apd/fulltext/2008/ek/1.pdf>
- CIVANER M. Teknoloji Sağlık Hizmetlerine Bakışımızı Nasıl Etkiliyor, TTB Toplum ve Hekim dergisi 2005 20 (4): 279-284
- WHO The European Health Report 2009 Health and health systems <http://www.euro.who.int/Document/E93103.pdf> 21.04.2010
- Türk Dil Kurumu web sayfası <http://www.tdk.org.tr>
- DSÖ Avrupa Bölge Ofisi 1998. Ed: Saltman R.B., Figueras J. Avrupa Sağlık Reformu, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- WHO 2007 Fact Sheet Spending On Health: A Global Overview <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319.pdf> erişim tarihi: 22.04.2010
- Yavuz C.I. Bulgaristan Sağlık Sistemi'nde Değişim Eylül-Ekim-Kasım-Aralık 2006 Cilt: 21 Sayı: 5-6
- Gökbayrak Ş. Belediyelerde Sunulan Kentsel Hizmetlerin Özelleştirilmesi Çerçevesinde Taşeronluk Ve Çalışma İlişkileri Üzerine Etkileri, TTB Mesleki sağlık ve Güvenlik Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık 2003 16: 30-37.
- Harding A., Preker A.S. Understanding Organizational Reforms The Corporatization of Public Hospitals, September 2000.
- Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1989, SB tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara 1990.
- Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1991, SB tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara 1992.
- Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2000, SB tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara 2001.
- Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005, SB tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara Aralık 2006.
- 1 Kasım 2009 tarihli Resmî Gazete Sayı: 27393 (Mükerrer) 17 Ekim 2009 Gün ve 27379 Sayılı Resmi Gazetede Yayımlanan 12 Ekim 2009 Gün ve 2009/15513 Sayılı 2010 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki.
- TTB broşürü Sağlık hizmeti sunumunda hastaneler (1991-1995), Hazırlayan: Dr. Ata Soyer.
- SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Nisan 2010. SB web sayfası istatistikler linki , www.saglik.gov.tr. erişim tarihi: 04.05.2010.
- TÜİK Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları istatistikleri, TÜİK web sayfası www.tuik.gov.tr, erişim tarihi: 27.05.2010
- SGK Sağlık istatistikleri web sayfası 2010 Yılı Mart Ayı Sağlık İstatistikleri www.sgk.gov.tr erişim tarihi: 03.06.2010.
- İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. Ed: Akdağ R. T.C. sağlık Bakanlığı

- Yayını No: 749. Ağustos 2008. www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/turkiyeSDP.pdf erişim tarihi: 29.03.2010
- Datzova B., (2003) Health Care Reform and Inequality of Access to Health Care in Bulgaria, <http://www.unrisd.org/publications>, Aralık 2006
- Koulaksazov, S. ve ark. (2003). In Tragakes, E. (ed.) Health care systems in transition: Bulgaria. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 5 (2), <http://www.euro.who.int/document/e81760.pdf>
- Saltman R. Melting public-private boundaries in European health systems, *European Journal of Public Health* 2003; 13: 24-29
- 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, TBMM web sayfası, <http://www2.tbmm.gov.tr/d22/1/1-0918.pdf> erişim tarihi:31.05.2010.
- Hamzaoğlu O. 2009. Türkiye'nin sağlığını okumak.Yataklı tedavi kurumları. TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Mart Nisan 2009 (18);2: IV-V.
- 25 Mayıs 2007 tarih 26532 sayılı Resmi Gazete (Mükerrer) Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği Resmi Gazete web sayfası <http://rega.basbakanlik.gov.tr/> erişim tarihi: 01.06.2010
- Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu Hekimlerin Değerlendirmesi İle Performansa Dayalı Ödeme Araştırması, 2009 <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/performansadayali-odeme.pdf> erişim:01.06.2010.
- Sağlık Bakanlığı 2007 Sağlıkta Performans Yönetimi. Performansa dayalı ek ödeme sistemi. Ed: Aydın S., Demir M. http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/2_saglikta_performans_yonetimi_2inci_baski.pdf erişim tarihi:29.03.2010.
- TTB (2007) Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP, Ankara. TTB web sayfası www.ttb.org.tr erişim tarihi: 15.05.2010
- Pala K. Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? Şubat 2007, Bursa. http://halk-sagligi.uludag.edu.tr/turkiye_icin_nasil_bir_saglik_reformu.pdf, erişim tarihi: 02.06.2010
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi" hakkında Performans Denetimi Raporu <http://www.sayistay.gov.tr/rapor/perdenrap/2005/2005-1Saglik/Saglik.pdf>, erişim tarihi: 02.06.2010
- Tüzün H. 2010 Sağlıkta Dönüşüm ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri. TES-İŞ Dergi Nisan 2010.
- Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı, esas no 1\439 TBMM web sayfası, http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/tasari_teklif_sd.sorgu_yonlendirme erişim tarihi: 08.06.2010.
- OECD, DB (2008) "OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye" http://ekutuphane.tusak-saglik.gov.tr/kitaplar/OECD_Kitap.pdf , erişim: 29.03.2010. <http://www.saglikaktuel.com/haber/bursada-hastalari-cildirtan-uygulama--8060.htm>

Erişim: 28.05.2010.

<http://www.medimagazin.com.tr/mm-450-hastane-haciz-kiskacinda-h-36061.html>
06.02.2006 tarihli haber. Erişim: 28.05.2010.

<http://www.sagliklihaber.net/haber/614/>, Erişim: 28.05.2010.

Soyer A. 2010. Kamu Hastane Birlikleri Yasası'nın getirecekleri. TTB Tıp Dünyası Gazetesi 1 Mayıs 2010 tarihli sayısı.

Türkiye Ulusal Hane Halkı Sağlık Harcamaları Arştırması 2002-2003 tanımlayıcı ve ileri analiz raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/ilacraporu/ilacraporu.pdf>, Erişim tarihi: 08.06.2010

Bursa'da 112 acil servis istasyonları satıldı! 15 Mayıs 2009 tarihli haber. <http://www.sendika.org/>, erişim tarihi:08.06.2010

Tıp fakültelerinin sesi web sayfası http://www.tipfakultelerinin sesi.net/pdf/basin_bulteni.pdf, erişim tarihi:08.06.2010

Öztop B. "Astıma 219 Milyon Dolar" Turkish time dergisi, http://www.turkishtime.org/files/Arastirmalar/Saglik/Ilac_2008.doc, erişim tarihi: 07.06.2010

Temel T., Özel Hastaneler Sektör Profili İstanbul Ticaret Odası, Haziran 2003, <http://www.ito.org.tr/Dokuman/Sektor/1-71.pdf>, erişim tarihi: 10.06.2010.

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Mevzuat bilgi sistemi web sayfası, <http://www.mevzuat.gov.tr>, erişim tarihi:10.06.2010.

SAGMER (Sağlık Sigortası Bilgi Merkezi) web sayfası <http://www.sagmer.org.tr/Bilgi/Bankası>, erişim tarihi:11.06.2010.

Türkiye Sigorta Ve Reasürans Şirketleri Birliği (TSRSB) İle Akredite Hastaneler Derneği (AHD) Arama Konferansı Özet Notu, TSRSB web sayfası <http://www.tsrsb.org.tr/NR/rdonlyres/20935267-AAC3-478E-B9FF-DA42D8B92FD9/4627/MicrosoftWordARAMAKONFERANSIOZETBILGINOTU.pdf>
erişim tarihi: 11.06.2010.

TÜİK İstatistiklerle Türkiye 2009, Yayın No:3352, Ankara.

Entegre "İlçe Hastanesi"nin Açılması, Kapanması Ve Buralarda Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge, Sağlık Bakanlığı web sayfası erişim tarihi:16.06.2010.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 20.05.2010 tarihli ve 27591 sayılı Resmi Gazete. Resmi gazete web sayfası. Erişim tarihi:25.05.2010.

Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. Sağlık Bakanlığı Web Sayfası. Erişim tarihi: 01.06.2010.