

Sabrinız için teşekkür etmeyi bir borç biliyoruz; 2014 yılının son sayısını nihayet sizlere ulaştırabiliyoruz. Az buza değil, Mart 2015'in sonuna ulaştık. Hem ülke hem de sağlık gündemi 7 Haziran'da yapılacak genel seçimlerin etkisine girdi. Hemen her şey seçime göre ayarlanmaya başlandı. Öyle ki Başbakan'ın bizzat kendisi 14 Mart öncesinde müjdeyi verdi! Acillerde nöbetlerin saat ücretini, dile kolay, yüzde elli artırdılar. Haber kamuoyuna bomba gibi düştü. Malûm medya manşetten girdi. 'Enflasyonun tekli rakamlarda olduğu bir ülkede hekimler ve diğer sağlıkçılar yine korunmuştu! 'Bir türlü paraya doymayan sağlıkçılar ve başta hekimlerin gözü doyacaktı artık.' Düşüncenin koşullanmasıyla birlikte, algı yönetimi sorununu da aşan AKP Hükümetleri bunu da başardık derken, TTB'nin açıklaması gecikmedi; "acillerde bir saat nöbetin karşılığı yalnızca 7.5 TL idi. Zamdan sonra yaklaşık 10.5 TL olacak" Bozdur bozdur harca! Oysa, TTB yetkilileri hekimlerin ve sağlık emekçilerinin özlük hakları ile halkın sağlık hakkı için Eylül 2014'den beri Sağlık Bakanı ve yetkilendirdiği bürokratlarla düzenli aralıklarla görüşmeler yapıyordu. Görüşmelerde Bakanlık yetkilileri sorunları 14 Mart 2015'den önce 'çözme sözü vermişlerdi'. Ancak Bakanlık sorunları yalnızca ücret sorununa indirgemiş, onu da çözmek için bizzat Başbakan devreye girmiş ve dağ fare doğurmuştu; Başbakan'dan çıka çıka saat başına 3.5 TL çıktı, o da yalnızca acil nöbetleri için. Sağlık Bakanları yalnızca sağlık emekçileri için yaratıkları sorunları çözümsüz bırakmıyor. Öte yandan ülkede 40 yılı aşkın süredir, çoğunlukla doğal seyrinde-kendiliğinden iyi giden

şeyleri de bozuyor. Çocuklarımız önceki yıllardaki gibi aşılanamıyor, bir-onbir aylık bebeklerimiz daha fazla ölüyor.

"Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)-2013" raporu, 2014 yılının sonunda yayımlandı. Rapor, çocuk ve kadın sağlığı ile ilgili önemli bulgular içeriyor. Nüfus ve Sağlık Araştırması, Türkiye'de 1968 yılından itibaren beş yıllık aralıklarla düzenli olarak yapılıyor. Söz konusu araştırmaların anıldığı yıl verinin toplandığı yılı ifade ederken, elde edilen ölçütler, ayrıca özel olarak paylaşılmamışsa, veri toplanmasından önceki beş yılın ortalama değerini göstermektedir. Bu araştırma, AKP Hükümetleri'nin Sağlık Bakanlığı'nda icracı olduğu dönemlerde, ilki 2003, ikincisi 2008 ve son olarak 2013 yılı olmak üzere üç kez gerçekleştirildi. Bunlardan son ikisinin verileri (TNSA-2008 ve TNSA-2013), doğrudan AKP'nin kendi sağlık politikalarını uyguladığı, kendi sistemini kurduğu 10 yılın sağlıktaki sonuçlarını yansıtmaktadır. Bunlardan birisi de çocukluk dönemi aşılama raporu.

Türkiye'de çocukluk aşılama oranının tamamlama oranı (yüz çocuktan kaçının aşı olduğu) 1993 yılında %64.7'iken, 1993-1998 yılları arasında giderek kötüleşerek, 1998 yılında %45.7'ye gerilemiştir. Bu tarihten sonra ise artmaya başlamıştır. 2003 yılında %54.2'ye, 2008 yılında da büyük bir artışla %80.5'e yükselmiştir. Ancak 1998-2003 ile 2003-2008 yılları arasında yakalanan bu başarı, 2008-2013 yılları arasında korunamamıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2013 raporuna göre, 2008-2013 döneminde çocukluk dönemi aşıları tamamlanmışların oranı %74.1'e düşmüştür.

Halbuki, 27 Temmuz 2013 tarihli Lancet Dergisi'nin online sayısında önceki Sağlık Bakanı ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Prof.Dr. Recep Akdağ'ın da yazarları arasında olduğu, Türkiye'de sağlıkta dönüşüm süreci ve sonuçlarıyla ilgili ekleri hariç 35 sayfalık bir makale-rapor yayımlandı (Lancet 2013;382:65-99). Bakan görevdeyken yayımlanan ve 2003-2013 yılları arasında Türkiye'deki sağlık sistemini değerlendiren makalede, sağlık sonuçlarının benzer gelir grubundaki bazı ülkelere göre daha iyi olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, bu çalışmaya göre, ülkenin genelinde hizmete ulaşmanın kolaylaştığı, tüm toplum kesimlerinde sağlık sisteminde olanların sayısının ve hizmet kullanımının arttığı belirtilmiştir. Bu iyileşmelerden de özellikle dezavantajlı grupların daha fazla yararlandığı, sağlık sonuçlarındaki iyileşmenin kırdı, doğuda yaşayanlarda ve düşük sosyoekonomik gruptakilerde daha belirgin olduğudur. Makalede bu iyileşmelerin tümünün Sağlıkta Dönüşüm Programı'na denk gelen dönemde olduğu da özel olarak ifade edilmiştir.

Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın kendi dönemini yerlere göklere koymadığı bu makalesinin yayımlanmasından yaklaşık 1.5 yıl sonra, 2014 yılının sonunda, yukarıda da belirttiğimiz gibi, Sağlık Bakanlığı'nın da taraflarından olduğu TNSA-2013'ün raporu yayımlandı. Raporun tam aşılanmış çocukların oranlarını gösteren verileri ile bir önceki raporun (TNSA-2008) verileri karşılaştırıldığında ulaşılan durum, Türkiye'de sağlıkta dönüşümün başarılı olduğunun açıklanması için aceleci olunması gerektiğini gözler önüne seriyor.

TNSA-2013 verilerine Türkiye'de 2008-2013 yılları arasında, aşıları tamamlanmış çocukların oranı 2003-2008 dönemine göre (TNSA-208), %8.6 azalarak, %80.5'den, %74.1'e gerilemiştir. Bu azalma, kırdı yaşıyan çocuklar için %9.7 (%71'den %64.7'ye), kentte yaşıyan çocuklar için %10.1 (%84.2'den %76.5'e), Orta (%90.9'den %77.3'e) ve Kuzey Bölgelerinde (%83.6'den %71.1'e) yaşıyan çocuklar için %17.6 oranındadır. Aynı şekilde, azalma, hanehalkı refah düzeyi yüksek olan çocuklar için %16.8 (%89.5'den %76.6'ya), orta olan çocuklar için %10.9 (%86.2'den %77.7'ye) ve düşük olanlar için ise %7.9 (%81.6'dan %75.6'ya) oranındadır.

Bununla birlikte, postneonatal ölüm (doğduktan sonra 1-12ay arasında ölen bebekler) hızı 2003-2008 döneminde %4 iken, 2008-2013 döneminde, %33.3 artışla %6'ya yükselmiştir. Böylece Türkiye'de, AKP'nin sağlık politikalarıyla bir ilke daha imza atılmıştır. Postneonatal ölüm hızı 1968 yılından beri tüm araştırmalarda her yıl azalarak iyileşirken, TNSA-2013'ün verilerine göre, tarihinde ilk defa artmıştır. AKP, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önlenebilir bebek ölümlerindeki azalmayı tersine çevirerek artırmayı 'başarmıştır'. Söz konusu durumun, Türkiye tarihinin son 45 yıllık döneminde başka bir örneği bulunmamaktadır.

Bilindiği gibi, postneonatal dönem, bebek ölümlerinin engellenmesinde aşılama, bebek izlemi vb. sağlık hizmetlerinin yaygın ve etkin sunumuyla başarının en hızlı sağlandığı dönemdir. Dolayısıyla, postneonatal ölüm hızını etkileyen faktörlerden birisi de çocukların aşılama durumudur. Türkiye'de 2008-2013 yılları arasında tamamlanamayan aşılama oranının artması, postneonatal ölümlerin artışının nedeni konusunda da bir veri sunmaktadır. Çocukluk aşılama oranlarının tamamlama oranları ile

postneonatal bebek ölümlerinin karşılaştırılmasıyla ulaşılan veriler bile, Bakan Akdağ'ın da yazarları arasında olduğu makaleyi ve yayımlandığı Dergiyi yeniden sorgulanır hale getirmiştir. Makalede paylaşılan veriler ve yorumlar şaibe altındadır.

Dergimiz'in Mart Nisan 2012 sayısında, 28 Aralık 2011 tarihinde, TSK savaş uçakları tarafından bombalanarak öldürülen hemen hepsi çocuk, otuzdan fazla yurttaşımızın adlarını paylaşmıştık. Dönemin Başbakanı Recep Erdoğan, operasyondan haberi olduğu yönündeki iddiaları reddetmemiş, hatta katliamın yargıya taşınmamasını sağlamıştı. Katliamdan birkaç ay sonra da bu olaya dergimizde yer vermemizi zorunlu hale getiren tarihsel açıklamasını yapmıştı; "Kürtajı bir cinayet olarak görüyoruz. Ha anne karnında bir çocuğu öldürürsünüz ha doğduktan sonra öldürürsünüz. Hiçbir farkı yok. ... Her kürtaj bir Uludere'dir diyorum. ... Bu milleti dünya sahnesinden silmek için sinsice bir plan olduğunu bilmek durumundayız. Bu milletin çoğalması için asla bu oyunlara prim vermemeliyiz" AKP Hükümetleri tarafından 2007 yılından itibaren açık olarak uygulanmaya başlanan pronatalist (nüfusu artırmayı hedefleyen) politikalar bütün hızıyla devam ediyor. Bir yanda kamuoyunda konuyla ilgili pek çok açıklamayla yer alan hükümet yetkilileri, öte yanda evlenmeyi ve çok çocukluluğu (en az üç, 'doğrusu' beş) özendiren uygulamalarıyla oldukça kısa sürede toplumu etkisi altına aldı. Ayrıca, SGK, hizmet satın aldığı kuruluşlara yapacağı ödemelerin birim fiyatını açıkladığı sağlık uygulama talimatından (SUT) gebeliğin sonlandırılmasına yönelik tıbbi uygulamayı (kürtajı) çıkarttı. Birçok mağduriyetten sonra konuya kamuoyunda gösterilen tepkinin sonrasında, 'pardon' deyip, tekrar yer vermeye başladı.

Bununla birlikte, yapılan araştırmalar başta özel hastaneler olmak üzere, gebeliğin sonlandırılmasına yönelik tıbbi uygulamanın (kürtajın) gerçekleştirilmediğini ortaya koyuyor. Birinci basamak sağlık hizmetleri içinde rahim içi araç (RİA) uygulaması hemen hiçbir aile sağlığı birimi ve merkezinde yapılmıyor. Bir zamanlar parasız dağıtılan hap ve kondom da artık bulunmuyor. Özetle, AKP Hükümetleri pronatalist politikaları önce gönüllülük daha sonrasında ise cebren uygulamaya başladılar. Söz konusu durumu her ne kadar muhafazakarlık ve dini inançlarla açıklamaya çalışsalar da uygulamaların esasın AKP'nin patron sevgisinden kaynaklandığı biliyoruz. Genç nüfusu, diğer bir ifadeyle, işsizler ordusunu artırmayı hedefleyen bu uygulama patron örgütlerinin tümünün desteğiyle yürütülüyor.

Bunlar yaşanırken, 24 Mart 2015 tarihinde Türkiye kamuoyu unutmak üzere olduğu Roboski adını yıllar sonra yeniden duydu. Roboski'de bu sefer katırların askerler tarafından öldürüldüğünü öğrendik. Bombalarla parçalayarak öldürdükleri çocuklarımızı "kaçakçı" olarak tanımlayıp, öldürülmelelerini haklılaştırmaya çalışan AKP Hükümeti, bu sefer kurşunlarla öldürülen katırların "kaçakçılıkta kullanıldıklarını" açıklayarak öldürülmelerini haklılaştırmaya çalışıyor. Roboskili çocukların katliamını kürtaj uygulaması ile eşleştiren Recep Erdoğan'ın Roboskili katırların katliamını neyle eşleştireceğini merakla bekliyoruz...

Yılın son sayısında, 2014 yılı dizininin tüm yazılarını yayımlamamıza izin vermediği, 'Türkiye'de Hastanelerin Dönüşümü' dosyamızı sizlerle paylaşıyoruz. Konunun tarihsel süreç içinde, zengin bir içerikle hazırlanmasını sağlayan Cavit Işık Yavuz ve Harun Balcıoğlu arkadaşlarımıza teşekkür ediyoruz. Sevgi ve dostlukla.

biçimde uygulanması için dönüştürüleceği öngörüsü yanlış olmayacaktır.

Derginin yayına hazırlandığı 2015 yılı Mart ayında Kamu Özel Ortaklığı projelerinde şirketlerin bir isteği daha yerine getirilmeye çalışılıyordu. Kamu Özel Ortaklığı konusundaki anlaşmazlıklarda varolan yasal düzenlemedeki tahkim görüşmelerinin Türkiye'de yapılacağı biçimindeki hükmün değiştirilmesinin amaçlandığını gördüğümüz bu düzenlemede; TBMM gündemindeki "Torba Tasarı" içindeki maddede uluslararası kredi kuruluşlarının Türkiye'de yargı üzerinde siyasi baskı olmasından endişelenmeleri gerekçesiyle KÖO anlaşmazlıklarında uluslararası tahkime gidilmesini sağlayacak biçimde değiştirildiğini görüyoruz.

Toplum ve Hekim Dergisi kırk yıla yaklaşan yayın hayatı boyunca çeşitli boyutlarıyla hastaneleri ele aldı ve irdeledi, değişimlerin habercisi oldu. Dergi'nin 1995 yılında yayımlanan "Hastaneler" sayısında Eriş Bilaloğlu ve Bülent Kılıç editörlüğünde dönemin sorunları ayrıntılı olarak incelenmişti. Bugünün öncülü olan bir dönemde editörler yazılarında şu noktaları vurgulamışlardı: *"Sağlık hizmetlerinin bütünü içerisinde 'meta'laşan unsur; 'kaybedilen' sağlığın 'yeniden' bulunması, daha açık söylersek, satın alınmasıdır. Bunu 'satan' kurumlar ise, hastanelerdir. Bu 'satma' sürecinde hastalar müşteridir; hastaneler ise birer mağaza ya da ticari karşılığı olarak söylersek işletmedir. Artık bu yaklaşım ve anlayış egemen olduktan sonra, arkası 21. yüzyıla yakışır bir şekilde gelmektedir: En ileri teknolojik cihazlar ve donanımlar; en prezantabl doktorlar ve sağlık personeli, en iyi otelcilik hizmetleri, en iyinin en iyisi vb. Bütün insanüstü gayret ve çabaların ise tek amacı vardır: İnsanlara 'hak ettikleri' en iyi sağlık hizmetini sunmak! Söylemeye gerek var mı? Yukarıdaki cümlede tırnak içinde geçen hak etmek sadece ve sadece insan olmaktan kaynaklanan bir 'hakediş' asla değil; kapitalist sistemde her metanın bir fiatı olduğuna göre, karşılığını ödediğiniz ölçüde elde ettiğiniz bir 'hak'. Kısacası 'sağlıklı' yaşamayı hak etmek gerekiyor!"*

Sistemin paradigması bir kere bilindikten ve 'hazmedildikten' sonra, geriye artık oyunu kurallarına göre oynamak kalıyor. Bu oyunun yeri olan hastaneler de, karın nasıl en yükseğe çıkarılabileceği sorusunun Demokles'in kılıcı gibi tepede sallandığı bir 'rekabet etmek ve kar edemezsen yok olursun' tehdidi/ dürtüsü ile işleyen kurumlar /işletmeler halini süreç içinde alıyor. Ardından hastane tekelleri/ kompleksleri vb. şeklinde bilinen döngü 'sağlıkta' da vücut buluyor."

Bu sayıyla aradan geçen yirmi yılda bugünün "sağlığın alım satım yeri haline gelen" hastanelerine tekrar bakmak istedik. Dosyamızda 1980 sonrasında başlayarak hastanelerdeki değişimin, dönüşümün ipuçlarını ve bugünkü hallerini ortaya koymayı amaçladık. Toplum ve Hekim Dergisi'nin çeşitli sayılarında konu edilen bazı

başlıkları kapsama almadık. KÖO projeleri bunlardan biriydi, bu projelerle ilgili ayrı ve özel sayılar ve yazılar çıktığı için bu konuda daha çok hukuksal mücadeleye dair kronolojiyi aktarmaya çalıştık.

Dosyamıza Feride Aksu Tanık'ın "1980 Sonrasında Hastanelerin Dönüşümü" makalesi ile başlıyoruz. Yazar son 35 yıllık dönemde sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılma ve ticarileştirilmesini yataklı tedavi hizmetleri bağlamında inceliyor. Kayıhan Pala "Neoliberal Sağlık Reformlarının Etkisi: Kamu Hastanelerinde Finansman Yapısı Değişiyor" başlıklı makalesi ile neoliberal dalganın Kamu Hastanelerinin finansal yapısındaki değişimin hastanelerin kamu niteliğini ortadan kaldırdığını belirtiyor. Onur Hamzaoğlu Türkiye'de özel hastaneleri incelediği çalışmasında özel hastanelerin yıllar içindeki sayı ve dağılımı ile bunu belirlediği düşünülen uygulamalarla birlikte değişiminin-ilişkisinin ve SGK'nın tedavi hizmeti satın almadaki tutumundaki değişimi inceliyor. Alpay Azap ve İsmail Ağırbaş "Üniversite Hastaneleri "İşletmeleşme veya Batma" Sarmalından Kurutulabilir mi?" başlığındaki makalelerinde üniversite hastanelerinin içine itildiği mali krizi ve işletmeleştirilmesini değerlendiriyorlar. Güray Kılıç ve Ergün Demir "Piyasalaşmış Sağlık Hizmetlerine Kamu Otoritesinin Müdahale Aracı Olarak Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)" makalelerinde hastanelerin varolan dönüşümünde SUT'un anlamını ve yerini tartışıyorlar. Osman Öztürk "Bir Zamanlar SSK Hastaneleri" başlıklı makalesinde 1949 yılından 2005 yılına varolan SSK Hastanelerini ve tasfiyesini inceliyor. Özgür Erbaş "Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı Sürecinde TTB Hukuk Mücadelesi" başlıklı yazısında aslında bir finansman yöntemi ve sağlığın özelleştirme araçlarından biri olan sağlık alanında Kamu Özel Ortaklığı uygulamalarına karşı TTB müdahale ve mücadelesini aktarıyor. Aslı Davas "Hastanelerde Sağlık Çalışanlarının Sağlığı" makalesinde varolan durumu hastanelerdeki dönüşüm çerçevesinde değerlendiriyor. Fikret Çalağan "Kamu Hastanelerinde Sağlık Emekçilerinin Örgütlenmesi ve SES" başlıklı yazısıyla Kamu Hastanelerinde sağlık emekçilerinin çalışma koşullarını ve örgütlenme süreçlerini tartışıyor. Bu sayıda yirmi yıl önceki "Hastaneler" sayısından bir yazı da var. İki yıl önce kaybettiğimiz TTB emektarı ve Toplum ve Hekim Dergisi editörü Ata Soyer'in Modern Hastanelerin Doğuşu" başlıklı yazısı hastanelerin tarihsel arka planına ışık tutuyor. "Ata abimizi" sevgi, dostluk ve özlemle selamlıyoruz.

Sonraki sayımızda, bu sayıda sayfa sınırlaması ile yer veremediğimiz makalelerimizle Türkiye'de Hastanelerin Dönüşümü dosyamızı tamamlayacağız. Tüm yazarlarımıza yazılarıyla sundukları katkı için çok teşekkür ediyoruz.

1980 SONRASINDA HASTANELERİN DÖNÜŞÜMÜ

Feride AKSU TANIK*

Özet: Son 35 yıllık dönemde Türkiye’de sağlık hizmetleri piyasalaştırıldı ve ticarileştirildi, yataklı tedavi hizmetleri özelleştirildi. Sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin veriler piyasalaşmayı işaret etmektedir. Türkiye OECD’nin sağlık hizmetlerinde bakım kalitesi için kullanılan klinik ölçütleri açısından son sıralarda yer almaktadır. Kamunun anlamını yeniden tanımlayarak ve geri kazanarak; hastanelerimizin ait oldukları topluma geri kazanılmaları, yeniden kamulaştırılmaları gerekir.

Anahtar sözcükler: hastane, neoliberal politikalar, özelleştirme

Transformation of Hospitals After 1980

Abstract: In the last 35 years of Turkey the health care became market oriented and commercialized and hospital care privatized. The data about the usage of health care reflects commercialization. Turkey is among the worst countries in terms of the OECD’s quality of care indicators. We need to redefine and regain the meaning of public. The hospitals should be regained and nationalized.

Key words: hospital, neoliberal policies, privatization

I. Giriş

24 Ocak 1980 tarihimize 24 Ocak kararları olarak geçti. IMF’nin Yapısal Uyum Politikalarının ülkemizdeki karşılığıdır bu kararlar. Kapitalizmin dönemsel, yapısal krizine karşılık sosyal devletin tasfiyesidir yapılması gereken. Bu kapsamda borç karşılığı dayatılan politikalar; sosyal harcamaların kısıtlanması, kamu sektörünün özelleştirilmesi, üretimde ihraç edilebilecek ürünlere odaklanma, öte yandan ithalatın liberalizasyonu, fiyat kontrolünün kaldırılması, ücretlerin dondurulması, yabancı yatırımcıların haklarını koruyan yasal düzenlemelerin yapılması ve devalüasyon. Doğal olarak sağlık hizmetleri de devletin diğer sosyal sorumlulukları yanı sıra bu süreçten payını aldı. 1982 Anayasası’nda sağlık artık devletin rolünü düzenleme yapmaya indirgediği bir alandı. Son 35 yılda Türkiye’yi yöneten tüm hükümetler istikrarlı bir biçimde sağlık hizmetlerinin piyasalaşması, ticarileşmesi yönünde kararlar aldılar.

Bu kapsamda ANAP döneminde 1987 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1989-1991 aralığında DPT’nin hazırladığı Sağlık Sektörü Master Planı, 1991’de gerçekleştirilen birinci Sağlık Projesi, DYP-SHP Koalisyonu döneminde 1992 ve 1993 yıllarında gerçekleştirilen I. ve II. Sağlık Kongreleri, 1994 yılında ikinci Sağlık Projesi, Sağlık Reformu yasa tasarısı ve Dünya Ticaret Örgütü üyeliği, ANA-SOL koalisyonu döneminde kişisel sağlık sigortası yasa tasarısı, DSP-MHP-ANAP koalisyonu

döneminde Tahkim Yasası, 4736 Sayılı Kanun ile kamu kurum ve kuruluşlarının hizmetlerinin bedelsiz verilmemesi ile ilgili düzenleme, AKP döneminde ise 2002’de Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 yılında performansa göre ek ödeme, kamu çalışanlarının özel sektöre sevk, sözleşmeli sağlık çalışanı istihdamı, 2004’te Aile Hekimliği Yasası, Birinci Basamakta döner sermaye uygulaması, 2005’te SSK ve kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri, Yeşil Kart Kanunu, 2006’da Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sosyal Sigortalar Genel Sağlık Sigortası Kanunları, 2007’de Sağlıkta Hizmet Satın Alımı, 2008’de Avrupa Birliği’ne sunulan Üçüncü Ulusal Programı’nda sağlık sektörünün özelleştirme kapsamına alınması, 2010’da Tam Gün Yasası ve 2011’de 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasının kilometre taşları oldular.

DSÖ tarafından sağlık reformları olarak ifade edilen düzenleme, AKP hükümeti döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı olarak adlandırılmıştır. Sağlık reformları genelde yataklı tedavi kurumlarına üç biçimde yansımıştır. Bunlardan ilki hastaneler üzerindeki kamu kontrolünü kaldırarak “pazar güdülerine” açmaktır, buna otonomizasyon denmektedir. Bu çerçevede hastanelerin global bütçe uygulamasına geçmesi, çalışanlarını istihdam etmesi ve ücretlerini kendi kaynaklarından ödemesi gibi uygulamalar vardır (**Harding, 2000; Harding, 2003**). İkincisi korporatizasyon olarak tanımlanan kamu hastanelerinin yapısal olarak özel şirketleri taklit etmeleridir.

*Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Burada kamu hastanelerinin mülkiyetinin kamuda kalması koşuluyla özleştirilerek işletmeler haline dönüştürülmesi, özel işletmelerin verimliliğini sağlayacak düzenlemeler yapılması söz konusudur. Kamu hastanelerini finansal performanslarından sorumlu hale getiren katı bir bütçe baskısı oluşturulmaktadır (Harding, 2000; Harding, 2003). Üçüncüsü ise bir kamu hastanesinin özel mülkiyete devri ile gerçekleşen özleştirilmedir. Türkiye’de özellikle 1990 sonrası dönemde Sağlık Bakanlığı’nın sağlık reformu belgelerinde, hastane hizmetlerinin verimlilik, erişim, kalite ve etkililiğinin yükseltilmesi amacı ile hastane reformuna gidileceği belirtilmiştir. Hastanelerin daha otonom bir yapıya kavuşturulması, özleştirilme olan sağlık işletmelerine dönüştürülmesi temel hedef olmuştur. Sağlık işletmelerinin kendi gelir ve gider dengesini sağlayarak devletten herhangi bir ödenek almaması amaçlanmıştır (Resmî Gazete 22168 mükerrer sayısı, 1995).

Reform uygulamalarının sağlık hizmetlerindeki yansımaları sağlığın piyasalaşması, ticarileşmesi biçiminde gerçekleşmiştir. Sağlık alanındaki piyasalaştırma genel olarak; satıcı müşteri ilişkisinin oluşturulması, tercih hakkı, tüketici davranışı kavramlarının gündeme getirilmesi, riskin fiyatlandırılması ve kişisel sorumluluk düzeyine indirgenmesi, işletme yöntemlerinin devreye sokulması, özleştirme ve kamu özel ortaklığı yoluyla özel sermayenin payının artırılması yaklaşımlarının uygulanmasıyla gerçekleştirilmektedir (Vargas, 2007).

Türkiye’de yataklı tedavi kurumlarının tahribatının ilk adımlarından biri olan hastanelerin özleştirilmesinin pilot uygulaması Sağlık Bakanlığı Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi’nde başlamıştır (SES, 1997). Bunu diğer hastaneler izlemiştir. Hastaneler her bir işlem için ayrı ücretlendirme düzenleyen birer bağımsız “maliyet merkezi”ne dönüştürülmüştür. Bu çerçevede hastane yapısı içinde kazanç sağlayan birime yatırım yapılmaya başlanmış, hastane içi birimler küçük-orta ölçekli işletmelere dönüştürülmüş ve kurum içi piyasalar yaratılmıştır.

Bu dönemde kamu hastanelerinin bütçeden aldıkları pay azaltılmış, döner sermaye gelirlerine mahkum bırakılarak birer işletmeye dönüştürülmüşlerdir. Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000 raporuna göre Devlet hastanelerinin harcamalarının %35,4’ü genel bütçeden, %65,6’sı döner sermayeden, üniversite hastanelerinin ise harcamalarının %85,4’ü döner sermayeden, %14,1’i genel bütçeden sağlanmaktadır. Bu veri kamu hastanelerinin

kaynaklarının kısıtlanmasının ve döner sermaye gelirlerine mahkum bırakılmalarının kanıtıdır (Sağlık Bakanlığı, 2006).

Ancak zaman içinde kamu hastanelerinin tahakkuk eden hak edişlerinin SGK tarafından ödenmemesine tanık olunmuştur. İlk olarak, 2006 Mali Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununa konulan bir hüküm, sonra ise silmeye konu olan dönemi değiştiren başka bir kanuni düzenleme ile, Sağlık Bakanlığı’na bağlı döner sermayelerin (devredilen SSK hastaneleri dahil) yaklaşık 770 milyon YTL düzeyindeki alacağı silinmiştir. Yine 2007 yılında çıkarılan 5588 sayılı Yasa ile, 5502 sayılı Yasa’ya eklenen geçici 3 üncü Madde ile 2006 yılına kadar olan sosyal güvenlik kurumlarının devlet hastanelerine ve üniversite hastanelerine olan borçlarının mahsuplaşma, alacaktan vazgeçme ve terkin yoluyla silinmesi hükmü getirilmiştir. Bu kapsamda, 2007 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane döner sermayelerinin 3,1 milyar YTL düzeyindeki alacağı silinmiştir. 2008 Şubat ayında, Bakanlar Kurulu Kararı çerçevesinde yapılan düzenleme ile, bir yasa çıkarılmasına gerek kalmadan, 31 Ekim 2007 tarihine kadar Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarına yapılan tedavi hizmetleri karşılığı olarak düzenlenen faturalardan 31 Aralık 2007 tarihine kadar yapılan ödemelerden sonra kalan bedeli ödenmemiş faturaların bedelsiz kamu hizmeti tanımına sokularak silinmesi kararlaştırılmıştır. Döner sermayeli işletmelerin toplam olarak 5-6 milyar YTL arasında değişen bir alacağı silinmiştir. Silinen söz konusu alacak toplamı yıllık bazda döner sermayeli işletmelerin yıllık satış hasılatının nerede ise %70-75’ini oluşturmaktadır (TEPAV, 2008). Oysa yine AKP hükümetinin çıkarttığı 4736 sayılı yasa ile hiçbir kamu hizmetinin bedelsiz verilmemesi yasalaştırılmıştır. AKP hükümeti kendi çıkarttığı yasaya aykırı bir uygulama ile devlet ve üniversite hastanelerinin alacaklarını ödemeyerek bu hastaneleri borç kaskasına sokmuştur (TTB Web sitesi, 2014). 2009 yılında ise çıkartılan 6009 sayılı torba yasa ile Maliye Bakanlığı 22 kamu üniversite hastanesine “borç” vermek üzere anlaşma imzalamıştır.

2010 yılında Ankara Numune Hastanesi ile ilgili hazırlanan bir değerlendirme raporu kamu hastanelerinin içine düştüğü “işletmecilik bataklığı” hakkında fikir vermektedir. Rapordan kısa bir alıntı aşağıda sunulmuştur:

“Hastane otomasyon sisteminden aylık ortalama iki milyon TL civarında gelir kaçacağı olduğu ve bu problemin en az 2-3 yıldır devam ettiği anlaşılmıştır. 2009

yılında kurumun hizmet tahakkuk gelirlerinin 135 milyon TL civarında, kurum giderlerinin 145,3 milyon TL civarında gerçekleşeceği öngörülmektedir” (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Bu veri birkaç açıdan değerlendirilmelidir. Birincisi hastanelerin değerlendirilmesinde tek değerlendirme ölçütü kârlılık olmamalıdır, olamaz. İkincisi amaç kârlılık ise bu makalenin sonraki sayfalarında yer verilen Sayıştay raporlarında da belirtildiği üzere kamu hastaneleri kötü yönetilmektedir. Öte yandan bu mali koşullarda hastanenin öz kaynakları ile performans ödemesini yapması olanaklı değildir. Oysa Ankara Numune Hastanesi bu dönemde çalışanlarına performans ödemesi yapmaya devam etmiştir.

Kasım 2011’de çıkartılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile uzun zamandır kanun taslağı hazırlanıp hayata geçirilmemiş olan Kamu Hastane Birliklerinin kurulması ve Kamu Özel Ortaklığının bir finansman modeli olarak gündeme getirilmesi sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın yapısını ve işleyişini kökten bir biçimde değiştiren bu kararname ile 81 ilde en az birer tane olmak üzere 87 Kamu Hastane Birliği kurulmuş, Genel Sekreterler atanmış ve bu büyük sağlık işletmelerinin ve yöneticilerinin yıllık değerlendirmelerinde etkililik, verimlilik, kalite gibi performans ölçütleri temel alınmaya başlamıştır. Hastaneler sundukları hizmetleri de kapsayan performans değerlendirmeleri çerçevesinde (A, B, C, D, E) sınıflarında yer almaktadır. Her altı ayda bir hastaneler yönetsel, tıbbi, finansal performansları yönünden değerlendirilmekte ve hastanenin yer aldığı sınıf geriledi, gelişmelerin yetersiz olduğu saptandı, D grubundaki bir hastane üç değerlendirme döneminde, E sınıfındaki bir hastane iki değerlendirme döneminde bir üst sınıfa yükselemedi ise yöneticinin sözleşmesi sonlandırılacaktır (OECD 2014a).

Altı yüz altmış üç sayılı Kanun Hükmünde Kararname uzun zamandır hazırlığı yapılan Kamu Özel Ortaklığını da gündeme getirmiştir. Kamu özel ortaklığı, devletin bir özel şirket grubuyla uzun süreli (49 yıla kadar) sözleşme ilişkisi kurması esasına dayanan bir yatırım ve hizmet modelidir. Bu sözleşmenin konusunu, kamu hizmeti verilecek tesisin (hastane, okul, hapishane, otoyol vb) özel şirketler tarafından inşa edilerek devlete kiraya verilmesi, devletin de hem şirketlere kira ödemesi hem de bu tesiste verilecek “çekirdek hizmet” dışındaki hizmetleri bu şirketlere devretmesi oluşturmaktadır.

Kamu Özel Ortaklığı yaklaşımının “verimli” olmadığı ihale bedellerinin karşılaştırılması ile ortaya konabilir. Erzurum’da klasik ihale yöntemiyle 1.200 yataklı hastane inşaatı 193 Milyon TL bedelle sonuçlanmıştı. KÖO modeli ile yapılması planlanan 1.500 yataklı Kayseri entegre sağlık kampüsünün ise yıllık kirası 137.73 Milyon TL’dir. Yani 1.5 yıllık kirayla 1.200 yataklı hastane yapılabilmektedir (TTB, 2012).

Yasa ve Yönetmelik kiralardan, şirket çalışanlarının ücretlerini de kapsayarak şirketlere devredilen hizmetlerin ve devletin satın aldığı hizmetin bedellerinin döner sermayeden karşılanacağını kabul etmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın 2012 yılı bütçesinin 14 Milyar TL, döner sermaye bütçesinin ise 16 Milyar TL olduğu düşünülürse sadece hastane inşaatları için ödenecek kamu kaynağının büyüklüğü ortaya çıkmaktadır. 2012 Kasım ayı itibarıyla ihalesi yapılan 10 proje için hizmet satın alma bedelleri hariç olmak üzere yılda 2 Milyar TL’nin üzerinde yıllık kira bedeli oluşmuştur. Bütün ihaleler tamamlandığında tüm döner sermaye bütçesinin tamamının bile kiralari karşılamaya yetmeyeceği açıktır (TTB, 2012). Sağlık çalışanlarının döner sermaye kaynaklı ödemelerinin de yapılamayacağı aşikardır.

Kamu Özel Ortaklığı projelerinin yıllık kira bedellerinin geri ödemeleri ile ilgili sorunlar nedeniyle Birleşik Krallıkta değil performans ödemesi yapmak, çalışanların işine son verildiği bilinmektedir. Nisan 2011’de yayımlanan Avam Kamarası raporunda Queen Alexandra hastanesinin KÖO kira ödemelerinin neden olduğu mali güçlükleri aşmak için 700 personeli işten çıkardığı belirtilmektedir. İngiltere’de Peterborough ve Stamford Hastaneleri Birliği kendisine bağlı KÖO hastanesinde bu nedene bağlı olarak hekimlerin ve hemşirelerin de bulunduğu 300 personeli işten çıkarma kararı almıştır (TTB, 2011). Bu bağlamda ülkemizde de gelecekte bu gerekçelerle sağlık çalışanlarının işsizlik, esnek çalışma, ücret ödenmemesi gibi sorunlarla karşılaşmaları yüksek olasılıktır.

II. Sayılarla Yataklı Tedavi Hizmetleri

Bu bölümde neoliberal politikaların yataklı tedavi hizmetlerine yansımaları irdelenecektir.

II.A. Hastaneler

Bin dokuzyüz seksenden günümüze ülkemizdeki hastane sayıları artış göstermiş, 1980 yılında 827 olan hastane sayısı 2013 yılında 1517’ye çıkmıştır. Tüm hastanelerin %90,4’ü genel hastane statüsündedir. 1980 yılında 24 Ocak kararları sonrasında uygulanan sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ve özelleştirilmesi politikalarının yansıması

olarak 1980 yılında Türkiye’de 79 özel hastane var iken bu sayı 2002 yılında 271’e ve 2013 yılında 550’ye yükselmiştir. Bir başka deyişle 1980 yılında toplam hastanelerin %9,5’i, 2002 yılında %23,4’ü, 2013 yılında ise %36,2’si özel hastanedir. İki bin altı yılında özel hastanelerin bulundurması gereken hekim sayısında %47, hemşire sayısında %56 oranında azaltmaya gidilerek özel hastane kurulması kolaylaştırılmıştır (**Sağlık Bakanlığı Web Sitesi, 2014**). Geçen on yılda Türkiye hastane sektörü tüm OECD ülkeleri içinde en güçlü biçimde gelişim gösteren sektör olmuştur (**OECD 2014a**). Özel hastanelerin kuruluşuna yönelik teşvikler, kuruluşlarını kolaylaştıran yasal düzenlemeler bu gelişimin temel taşlarıdır.

II.B. Yatak Sayısı, On Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı

Hastane yatak sayıları ve nüfus başına düşen yatak sayısı yataklı tedavi hizmetlerinin kaynaklarına ilişkin fikir verecektir. Türkiye’de 1980 yılında 86.367 hastane yatağı vardı. Bu sayı 2002 yılında 164.471’e, 2013 yılında ise 202.031’ye yükselmiştir. Yatakların %45,8’i nitelikli yatak konumundadır. 2013 yılında hasta yataklarının %18,8’i, nitelikli yatakların ise %32,8’i özel hastanelerde bulunmaktadır.

10 bin kişiye düşen yatak sayısı dünyada 30, OECD ülkelerinde ortalama 49,6’dır. OECD ülkeleri içinde Japonya ve Kore 10 bin kişiye düşen yatak sayısı açısından ilk sıralarda yer almaktadır. Bu ülkelerde hasta yatakları sosyal kabul olarak nitelendirilen ve uzun süre bakımı gerektiren hastaların tedavisi için kullanılabilir. Nüfus başına düşen yatak sayısı Rusya, Almanya, Avusturya gibi ülkelerde OECD ortalamasının üstünde iken Hindistan, Endonezya, Meksika, Şili gibi ülkelerde OECD ortalamasının altında değerlere sahiptir. Avrupa Birliği’nde 55,4 ve DSÖ Avrupa bölgesinde 60’tır (**Sağlık Bakanlığı 2013; WHO 2013**).

Türkiye’de 10 bin kişiye düşen yatak sayısı 1980 yılında 19,3 iken 2013 yılında 26,4’e yükselmiştir (**Sağlık Bakanlığı. 1982; Sağlık Bakanlığı. 2014**). Türkiye’de on bin kişiye düşen yatak sayısı hem dünya hem de OECD ortalamasının altındadır (**OECD, 2014a**). On bin kişiye düşen yatak sayısı verileri bölgelere göre irdelendiğinde; tüm bölgelerde on bin kişiye düşen yatak sayısının arttığı izlenmektedir. Ancak on bin kişiye düşen yatak sayısı açısından bölgesel eşitsizlikler devam etmektedir. Batı Anadolu 34,4 ile en yüksek, Güneydoğu Anadolu ise 20,2 ile en düşük orantıya sahiptir. On bin kişiye düşen devlet hastanesi yatağı açısından İstanbul 23,4 yatak ile en düşük ikinci sırada yer

almaktadır (**Sağlık Bakanlığı, 2014**). On bin kişiye düşen devlet hastanesi yatağı İstanbul’da 2002’de 13,1 iken 2013’te 10,9 ile en düşük düzeydedir.

Kamu Özel Ortaklığı yöntemiyle Türkiye’deki yatak sayısının artmayacağı, aksine mevcut yatak sayılarının azaltılması kaydıyla ihalelere izin verildiği görülmektedir (**DPT, 2009**). Dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ TBMM Plan ve Bütçe Komisyonunda yasa taslağı görüşmeleri sırasında yaptığı konuşmada da Türkiye’nin yatak sayısının yeterli olduğunu, ancak yenileme gereksinimi olduğunu belirtmiştir.

DPT Gelişmişlik İndeksi’ne göre en gelişmiş ve en az gelişmiş illerdeki nüfus başına yatak sayısının 2001-2006 dönemindeki devlet ve özel hastanelerindeki değişimini irdeleyen bir çalışmanın verileri çok çarpıcıdır. Bu dönemde yüz bin kişiye düşen yatak sayısı devlet hastanelerinde 2,3 kat artış gözlenirken özel hastanelerde 69,9 kat bir artış gözlenmiştir (**Aksan, 2010**). Yine de 2006 yılında kişi başına gayri safi yurtiçi hâsılası 1000 Dolar’ın altında olan hiç bir ilde henüz özel hastane yoktur (**Gürsoy, 2007**). Ancak günümüzde özel hastanelerin tüm bölgelerde yaygınlaştığı izlenmektedir. Bunda SGK kaynakları ile özel hastanelerden hizmet satın alınmasının katkısı büyüktür.

OECD ülkelerinde hasta yataklarının %70’i genel tedavi hizmetlerine, %14’ü psikiyatrik hizmetlere, %12’si uzun süreli bakım hizmetlerine, %4’ü de diğer hizmetlere ayrılmıştır (**OECD, 2013a**). Türkiye’de ise yatakların hemen tamamı, %88,8’i genel tedavi hizmetlerine ayrılmıştır (**Sağlık Bakanlığı, 2014**). Bunda hastanelerin işletmeleştirilmesinin ve performansla dayalı ödeme sisteminin etkisi vardır.

OECD ülkeleri içinde Türkiye; hastanelerin ve hastane kapasitelerinin en düşük düzeyde olduğu ama özellikle özel hastanelerin en hızla gelişme gösterdiği bir ülke olarak sunulmaktadır. OECD ülkelerinde ortalama olarak bir milyon kişiye 29,5 hastane düşmektedir, bu veri Türkiye’de 19’dur. Türkiye bu alanda yıllık ortalama büyüme hızı %2,3 ile OECD ülkeleri içinde Kore’den sonra ikinci sıradadır (**OECD 2014a**).

III. Yataklı Tedavi Hizmetlerinin Seçilmiş Alanlarına İlişkin Veriler

Bu bölümde yataklı tedavi hizmetleri yoğun bakım, hemodiyaliz hizmetleri üzerinden irdelenecektir.

III.A. Yoğun Bakım Yatakları

Yoğun bakım yatak sayısı 2002 yılında 2214’ten 2013 yılında 25964’e yükselmiştir. 2002-2013

Tablo 1. 2002-2013 döneminde devlet hastaneleri ve özel hastanelerin bazı sayısal verilerinin değişimi

	Devlet Hastaneleri			Özel Hastaneler		
	Sayı 2002	Sayı 2013	Artış %	Sayı 2002	Sayı 2013	Artış %
Hastane sayısı	774	854	110,3	271	550	202,9
Yatak sayısı	107394	121269	112,9	12387	37983	306,6
Nitelikli yatak sayısı	6839	45241	661,5	5693	30380	533,6
Yoğun bakım yatağı	869	10953	1260,4	992	10094	1017,5
Aktif kullanılan hemodiyaliz cihazı	1510	4746	314,3	2509	10126	403,5

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2014

döneminde yoğun bakım yatakları devlet hastanelerinde %1260, özel hastanelerde %1017,5 oranında artış göstermiştir. 2013 yılı itibarıyla Yoğun Bakım Yataklarının %42,2'si Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %18,9'u üniversite hastanelerinde, %38,9'u ise özel hastanelerde bulunmaktadır. Yoğun bakım yataklarının %64,1'i erişkin, %3,9'u çocuk, %32'si yeni doğan yatağıdır (**Sağlık Bakanlığı, 2014**).

Türkiye genelinde 10 bin kişiye düşen yoğun bakım yatağı 3,4'tür. Bölgeler yoğun bakım yatağı açısından irdelendiğinde; Batı Anadolu'nun 4,1 ile en yüksek orantıya sahip olduğu görülmektedir. Nüfus başına en düşük yoğun bakım yatağı orantısı ise 2,5 ile Kuzeydoğu Anadolu'dadır.

Tüm hasta yataklarının %12,9'u yoğun bakım yatağıdır. Yoğun bakım yataklarının tüm yataklar içindeki orantısı %16,7 ile Güneydoğu Anadolu'da en yüksek orantıya sahiptir, en düşük veri ise %8,3 ile Kuzeydoğu Anadolu'ya aittir.

III.B. Hemodiyaliz Merkezleri ve Cihaz Sayıları

Hemodiyaliz merkezlerinin ve hemodiyaliz cihazlarının sektörlere göre dağılımlarına bakıldığında benzer bir tablo ile karşılaşılmaktadır. 2002 yılında 444 olan hemodiyaliz merkez sayısı 2013 yılında 862'ye yükselmiştir. 2013 yılında hemodiyaliz merkezlerinin %49,4'ü Sağlık Bakanlığı, %43,7'si özel sektör, %6,8'i ise üniversite hastanelerinde hizmet vermektedir. Türkiye genelinde bir milyon kişiye 208,8 hemodiyaliz cihazı düşmektedir, Batı Karadeniz 273,7 ile ilk sırada, güneydoğu Anadolu 102,7 ile son sırada yer almaktadır. Fiilen kullanılan hemodiyaliz cihazlarının %63,2'si, İstanbul'da ise %86,2'si özel sektörün kullanımındadır (**Sağlık Bakanlığı, 2013, Sağlık Bakanlığı, 2014**). Aktif kullanılan hemodiyaliz cihazlarının 2002-2013 döneminde devlet hastanelerinde %314,3 özel hastanelerde ise %403,5 oranında artış gösterdiği saptanmıştır (**OECD 2014a**). Hemodiyaliz hizmetlerinin ağırlıklı

olarak özel sektör tarafından sunulduğu, giderek daha fazla orantıda özel hemodiyaliz merkezinin bu alanda hizmet sunan ulus ötesi hemodiyaliz şirketlerinin mülkiyetine geçtiği gözlenmektedir.

IV. Tanı Teknolojilerinin Kullanımı

Nüfus başına BT ve MR sayısı açısından ideal bir ölçüt olmadığı, ancak sayısal azlığın erişim sorunları ve uzun bekleme sürelerine, sayısal fazlalığın ise hastaya yarar sağlamayan gereksiz kullanıma yol açacağı OECD raporunda ifade edilmektedir (**OECD, 2013a**).

Bir milyon kişiye düşen MR cihazı sayısı açısından OECD ülkeleri ortalaması 13,9 iken Türkiye'de 10,4'tür (**Sağlık Bakanlığı, 2014; OECD 2014b**). Bir milyon kişiye düşen BT cihazı sayısı açısından OECD ülkeleri ortalaması 23,7 iken Türkiye'de 14,1'dir (**Sağlık Bakanlığı, 2014**).

1980'li yıllar BT, MR gibi görece yüksek teknoloji temelli cihazların ülkemize yeni girdiği yıllardı. O yıllarda yüksek teknolojinin daha çok batıda ve büyük kentlerde yoğunlaşması söz konusu idi. Bölgeler arasındaki dağılım dengesizliği zaman içinde yerini sektörler arasındaki dağılım dengesizliğine bırakmaktadır. Türkiye'de MR cihazlarının %56,6'sı, Güneydoğu Anadolu'da %64'ü, İstanbul'da ise %76,1'i, özel sektörün kullanımındadır. BT cihazlarının %48,8'i, İstanbul'da %55,7'si özel sektörün kullanımındadır. Daha düşük oranlarda olmakla birlikte ultrason cihazlarının %33,7'si, doppler ultrason cihazlarının %35,8'i, EKO cihazlarının %39,5'i, mamografi cihazlarının %55,9'u, röntgen cihazlarının ise %24,7'si özel sektörün kullanımındadır (**Sağlık Bakanlığı, 2013; Sağlık Bakanlığı, 2014**).

Kişi başına düşen MR görüntüleme sayısı binde 102,7 ile ABD'de en yüksek değere sahiptir. OECD ortalaması binde 55,4'tür, ikinci sıradaki Yunanistan'ı binde 97,4 ile Türkiye izlemektedir, ülkemizde 2008-2011 arasındaki üç yılda MR görüntüleme sayısı iki katına çıkmıştır (**OECD, 2013a**).

Kişi başına düşen BT görüntüleme sayısı açısından OECD ortalaması binde 131'dir. Türkiye'de ise binde 112,4'tür (**OECD, 2013a**).

Türkiye'de yataklı tedavi kurumlarında yapılan muayenelerde istenen MR görüntüleme, BT görüntüleme ve ultrason sayılarının sektörlere göre dağılımı irdelendiğinde; her üç görüntüleme tekniği için de en düşük istenme orantıları Sağlık Bakanlığı hastanelerinde izlenmektedir. Üniversite hastanelerinde görece daha ağır ve karmaşık olgulara hizmet sunulması beklenir. Bu nedenle görüntüleme isteme orantılarının daha yüksek olması olasıdır. Ancak ultrason istenme oranı özel sektörde binde 78,9 ile en yüksek değere sahiptir. MR istenme oranı özel sektörde üniversitelerle hemen hemen aynıdır. BT istenme oranı ise üniversitelerde en yüksektir. Özellikle MR ve Ultrason görüntüleme tekniklerinin istenme oranlarına ilişkin veriler piyasa dinamiklerinin etkili olduğu izlenimini uyandırmaktadır.

İstanbul'da 2000-2007 yılları arasında kamu eğitim ve araştırma hastaneleri hasta tedavi maliyetlerinin değerlendirildiği bir çalışmada; tüm harcama kalemlerinde, 2004-2007 yıllarındaki işlem başı maliyetlerin 2000-2003 yıllarına göre artış gösterdiği görülmüştür. Bu artış genel hizmet işlem başı maliyetinde yaklaşık %300 oranında ve fatura işlem başı maliyetinde %400'den fazla oranda gerçekleşmiştir (**Aydın, 2008**).

V. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

V.A. Kişi Başına Düşen Başvuru – Hekim Başına Düşen Hasta Başvurusu

Kişi başına düşen başvuru 2002 yılında 3,2'den 2013'de 8,2'ye yükselmiştir, OECD ortalaması 6,7'dir (**OECD, 2013a; OECD, 2013b**). Türkiye 8,2 ile 34 OECD ülkesi arasında yedinci sıradadır (**OECD, 2013b**). Hekim başına düşen yıllık hasta muayene sayıları da çarpıcı veriler sunmaktadır. Türkiye'de yılda bir hekim ortalama 4826 hastaya bakmaktadır. Türkiye, Kore ve Japonya'dan sonra bu açıdan üçüncü sırada yer almaktadır. OECD ülkeleri ortalaması ise 2385 hastadır (**OECD, 2013b; OECD, 2014b**). Kişi başına düşen yıllık başvurunun ve hekim başına düşen hasta başvurusunun yüksekliği Türkiye'de sağlık hizmetlerine yönelik talebin kısıtlanmasını işaret etmektedir (**Sağlık Bakanlığı, 2014; TÜİK Web Sitesi, 2014**).

2002-2011 döneminde kişi başına hastane başvuruları özel sektörde sekiz kat, üniversite hastanelerinde üç ve devlet hastanelerinde iki kat artmıştır (**OECD, 2014a; Sağlık Bakanlığı, 2013**). Yatan hasta sayısı özel sektörde altı kat, üniversite

hastanelerinde iki kat ve devlet hastanelerinde %50 oranında artmıştır. Cerrahi girişimler devlet ve üniversite hastanelerinde iki kat, özel hastanelerde altı kat artış göstermiştir. OECD 2014 raporunda Türkiye'de gereksiz hastaneye yatışlara ilişkin veri bulunmadığı için sayısal olarak artan hizmet sunumunun ne kadarının uygun bakım hizmetlerinin sunumuna karşılık geldiğini değerlendirmenin güç olduğu belirtilmektedir (**OECD, 2014a**).

Kişi başına başvuruların 2002 yılında %64'ünün, 2013'de ise %65,1'inin ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlarına yapılmakta oluşu birinci basamağın ilk başvuru kurumu olarak kullanılmadığını, sağlıkta dönüşüm programının bu konuda hiçbir gelişme sağlamadığını göstermektedir.

Sosyal güvencesi olan kişilerin sosyal güvenlik kurumu ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmeleri yoluyla özel sağlık hizmetleri gelişimi desteklenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasıyla birlikte özel hastanelerin en belirgin finansal kaynağı hükümetin yönlendirdiği kamusal kaynaklar olmuştur (**OECD, 2014a**).

V.B. Yatak Doluluk Oranları

OECD ülkelerinde Yatak Doluluk Oranı ortalaması %78,2'dir (**OECD, 2013a; OECD, 2013b**). Türkiye'de 1980 yılında yatak doluluk oranı %42'dir, 2000 yılında %59,3 iken 2013 yılında %66'ya yükselmiştir. Yatak Doluluk Oranlarına sektörel bazda bakıldığında 2013 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde doluluk oranı %74,1 iken Üniversite hastanelerinde %69,3 ve özel hastanelerde %50,5 olarak saptanmıştır (**Sağlık Bakanlığı, 2014**).

V.C. Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü

Ortalama kalış süresi 1980 yılında 9 gündür. Yatan hasta ortalama kalış süresinin tüm hastanelerde yıllar içinde azaldığı izlenmektedir. 2013 yılında Türkiye'de ortalama hastanede kalış süresi 3,9 gündür; bu veri üniversite hastanelerinde 6,0 gün iken, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 4,4 gün, özel hastanelerde ise 2,2 gün olarak sunulmuştur (**Sağlık Bakanlığı, 2014**). Bu verilerin ışığında üniversite hastanelerinde göreceli olarak daha ağır ve uzun tedavi gereksinimi olan hastaların, göreceli olarak daha uzun süreli tedavilerinin yürütüldüğünü, özel hastanelerde ise hastaların olabildiğince çabuk taburcu edildiklerini ifade etmek olanaklıdır. Ortalama hastanede kalış süresi devlet hastanelerinde %50, özel hastanelerde %35 oranında azalmıştır. Yine de devlet hastanelerinde ortalama kalış süresi 5,8 gün ile özel hastanelerde kalış süresi olan 2 günün iki katından fazladır.

OECD ülkelerinin verileri irdelendiğinde; OECD ortalamasının 8 gün olduğu, Japonya'nın ortalama 17,5 gün ile ilk sırada, Türkiye'nin ise 3,9 gün ile son sırada yer aldığı gözlenmektedir (**OECD, 2013b; OECD, 2014a**). OECD ülkelerinde Akut Miyokart Enfarktüsü geçiren bir hastanın ortalama hastanede kalış süresi 6,9 gün iken Türkiye'de 4,0 gün ile en kısa süreye sahiptir (**OECD, 2014a**). Normal doğum sonrası hastanede yatılan gün sayısı için OECD ortalaması 3,0 gün iken, ülkemizde 1,5 gündür (**OECD, 2013b**). Kuşkusuz tanı ve tedavi olanaklarının gelişmesi hastanede kalış sürelerini kısaltmaktadır, ancak üniversite hastanelerinde bile OECD ortalamasının altında bir ortalama kalış süresi düşündürücüdür. Sürenin kılalmasını çok önemli bir nedeni de bir hastanın sisteme maliyetinin olabildiğince düşürölmesi için uygulanan politikalaradır. Erken taburcu etme yaklaşımı hastanın sosyal güvenlik sistemine maliyetini düşürmektedir. Buradan erken taburcu olan her hastanın bakım gereksiniminin sona erdiği anlaşılmamalıdır. Neoliberal sağlık politikalarının bir başka yansıması da hastaların erken taburcu edilmeleri sonucu ortaya çıkan bakım gereksiniminden "evde bakım hizmetleri" adı verilen yeni bir pazar yaratılmasıdır. Burada "zarar" görenin hastalarımız olması kaçınılmazdır.

Bu veriler hastaların tıbbi olarak uygun olmayan erken dönemde taburcu edilmeleri sonucunda istenmeyen yan etkilerin oluşması ve yeniden hastaneye başvurma riskini de işaret etmektedir (**OECD, 2014a**).

V.D. Yatak Devir Hızı ve Yatak Devir Aralığı

Yatak Devir Hızının yıllar içinde arttığı buna karşılık yatak devir aralığının ise azaldığı izlenmektedir. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün verilerine göre Türkiye'de tüm sektörlerde yatak devir hızı 2002 yılında 37,1 hasta iken, 2013 yılında 61,2 hastaya yükselmiştir. Ancak yatak devir hızı özel hastanelerde 83,2 hasta ile en yüksek, devlet hastanelerinde 57,9 hasta ve üniversite hastanelerinde 45,2 hastadır. Özel hastanelerde bir yatağı yılda yatan hasta sayısının en yüksek olması ortalama kalış sürelerinin kısalığı ve özel sağlık hizmetlerinin işleyiş felsefesiyle uyumludur (**Sağlık Bakanlığı, 2014**).

Yatak devir aralığı ise yıllar içinde tüm sektörlerde azalmıştır. Bu veri 2002 yılında 4 gün iken 2013 yılında 2 güne inmiştir. Ancak asıl göze çarpan değişiklik özel sağlık sektöründe gerçekleşmiştir. Yatak devir aralığı özel hastanelerde 2002 yılında 6,6 gün iken 2012 yılında 2,2 güne gerilemiştir (**Sağlık Bakanlığı, 2014**).

VI. Yataklı Tedavi Hizmetlerinin Bazı Çıktıları

OECD sağlık hizmetlerinde bakım kalitesi için bazı ölçütler üzerinden ülkeleri karşılaştırmaktadır. Bunlar; kaçınılabılır hastane başvuruları, akut miyokart enfarktüsü ve inme sonrası mortalite, cerrahi komplikasyonlar, obstetrik travma, serviks ve meme kanserinde tarama, sağ kalım ve ölümlülük, kolorektal kanserlerde sağ kalım ve ölümlülük, ruh sağlığı sorunlarında planlanmamış hastane yeniden başvuruları, ruh sağlığı sorunlarında fazla ölümler gibi ölçütlerdir. Ne yazık ki Türkiye'nin bu ölçütlerden pek azına ilişkin verisi bulunmaktadır. Var olan veriler ise pek yüz güldürücü değildir.

45 yaş üzeri yetişkinlerde "Akut Miyokart Enfarktüsü Sonrasındaki 30 Gün İçinde Olgu Fatalite Hızı" akut bakım kalitesinin iyi bir ölçütüdür. Akut miyokart enfarktüsü için hastaneye başvuran hastaların yüzde kaçının izleyen 30 gün içinde yaşamını yitirdiğini gösterir. Bu ölçüt bakım süreçlerini, hastaların zamanında nakledilmelerini ve etkin tıbbi müdahaleleri yansıtır. Sunulan hizmetin niteliği yanı sıra hastaneye nakil farklılıklarından, hastanede ortalama kalış süresinden ve hastalığın ağırlığından da etkilenir. Türkiye %10,7 ile en kötü beşinci ülkedir. Benzer biçimde 45 yaş üzeri yetişkinlerde "İnme Sonrasındaki 30 Gün İçinde Olgu Fatalite Hızı" irdelendiğinde Türkiye bu kez %11,8 ile en kötü üçüncü ülkedir (**OECD, 2013a**).

20-65 yaş grubu kadınlarda serviks kanseri taraması yapılanların oranısına bakıldığında Türkiye %15,5 ile OECD ülkeleri arasında sonuncudur (**OECD, 2013a**). Ülkemiz 50-69 yaş grubu kadınlarda mamografi taraması yapılma oranısı açısından %27,3 ile en kötü dördüncü ülkedir (**OECD, 2013a**).

VII. Sayıştay Raporlarında Hastaneler

2005 yılında gerçekleştirilen "Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi" performans denetimi raporunda; hastanelerin uzmanlaşmış yönetim ekipleince yönetilmemekte olduğu, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde tıbbi cihaz ihtiyaçlarının belirlenmesinde; nesnel standartların bulunmadığı, çok sayıda ihalenin, yapılan hatalı işlemler ve itirazlar sonucunda tamamlanamadığı ya da Kamu İhale Kurumu'nca iptal edildiği, tıbbi cihazların tam kapasite ile çalışmasını sağlayacak, dengeli bir personel dağılımı politikası oluşturmadığı, cihazların verimli kullanılmadığı, radyoloji birimindeki cihazları kullananların tamamının cihazın radyasyon yayıp yaymadığına bakılmaksızın aynı koşullarda

istihdam edildiği, hastalıkların tanı ve tedavisinde tıbbi standartlar ve rehberlerin oluşturulmamış olmasının, gereksiz tetkiklerin yapılmasına yol açtığı ifade edilmiştir (**Sayıştay, 2005**).

Sayıştay'ın 2013 yılında Kamu Hastaneleri Kurumu denetim raporunda da çok çarpıcı saptamalar öne çıkmaktadır. Özetlemek gerekirse;

Kurumun bünyesinde faaliyet gösteren 983 adet döner sermaye işletmelerinin hesap kayıtlarının gerçeği yansıtmadığı, kuruma bağlı sağlık tesislerinin bankalarda mevduat bulundurmamak karşılığında faiz haricinde menfaat temin etmek suretiyle bütçe dışı bir takım kaynaklar kullandığı, banka kaynaklarından temsili ağırlama niteliğinde harcama yapıldığı, banka kaynakları ile normalde bütçeden ödenmesi mümkün olmayan para cezalarının ödendiği; banka kaynakları ile yapılan alımlarda faturaların içeriğinin açık olmadığı; banka kanalıyla hastane hizmetleri ile ilgisi olmayan harcama yapıldığı, kuruma bağlı sağlık tesislerindeki ticari alanlara ilişkin ihale işlemlerinin mevzuata uygun şekilde yürütülmediği, kuruma bağlı hastanelerde çalışan personele döner sermaye gelirlerinden dağıtılan ek ödemelerin hesaplanmasında yanlış yapıldığı, bazı sağlık tesislerinde personele mevzuatın izin verdiği en üst sınırın üstünde, genelge hükümlerinin mevzuata aykırı şekilde uygulanarak ek ödeme yapıldığı, MEDULA girişi yapılan malzemelerin alış fiyatları, fatura edilmesi gereken tutarlar ve faturalandırılan tutarlar arasında önemli farklar olduğu, bazı sağlık tesisleri tarafından üretilen faturaların Sağlık Uygulama Tebliği hükümlerine aykırı olarak fazla gösterildiği, personel çalıştırılmasına ilişkin hizmet alım ihalelerinde; işçi ücretlerinin ödenmemesi durumunda hüküm altına alınan gecikme cezalarının tahakkuk ettirilmediği, ihale dokümanında ödenmesi öngörülen yemek, yol vb nitelikteki ödemelerin hiç ödenmediği veya eksik ödendiği saptanmıştır (**Sayıştay, 2013**).

VIII. Sonuç

Son 33 yılda ülkeyi yöneten bütün siyasal partilerce uzlaşılmış bir biçimde ısrarla ve istikrarla sürdürülen neoliberal politikalarla kamusal olanın tasfiyesi ve kamunun kimlik değiştirmesi sağlanmıştır. Sağlık alanındaki reformlar sağlık hizmetlerinin tamamını etkilemiştir. Ama sağlık sektörünü sermaye açısından cazip kılan hastaneler, tanı ve yatak tedavisi hizmetleri bu süreçte sürekli ve istikrarlı bir saldırı ile tahrip edilmiş ve piyasalaştırılmıştır. Reform, adı üzerinde, yeniden biçimlendirme demektir. Sağlık hizmetlerinde reform da bir çok şeyi

yeniden biçimlendirmiştir. Reform; sağlık hizmetlerinin ticarileşmesine, hizmeti sunanlar işçileşirken hizmeti alanların müşterileşmesine, her iki taraf-taki insanların birbirine yabancılaşmasına, giderek düşmanlaşmasına, sağlık hizmetlerinin üretim süreçlerinin mekanikleşmesine yol açmıştır. İnsan bedeninin hastalıkları ve acıları temel teminat paketinin insafına bırakılmıştır. Hasta ile hekim arasına, hekimin bilgisi, becerisiyle tıbbi karar süreçlerinin arasına sağlık uygulama tebliğleri girmiştir.

Kamu hastaneleri taammüden yapılan kaynak kısıtlamaları ve yatırım sınırlamaları nedeniyle yetersiz bırakılmıştır. Gelişen teknolojiyi izleyememiş, nitelikli hizmet sunumu için gerekli olan donanımdan yoksun bırakılmıştır. "Kamu hantaldır, sunulan hizmet niteliksizdir, özel sektör iyidir" söylemlerinin haklı çıkartılmasına zemin oluşturulmuştur. Rekabet kaldırmayacak bir alan olan sağlık alanına yakıcı, ölümcül rekabet ilişkileri sokuşturulmuştur. Kamu hastaneleri, sadece personel maaşlarını devletten alan, gelirlerinin önemli bir bölümünü hizmet satarak elde etmek zorunda kalan işletmeler haline getirilmişlerdir. Devlet hastaneleri "kârlılık" üzerinden işletilmeye zorlanmışlar ama alacakları bedelsiz kamu hizmetine dönüştürülmüş ve ödenmemiştir. Sayıştay raporları hastanelerin ehil olmayan ekiplerce kötü yönetildiğini, kötüye kullanıldığını, yasaların yok sayıldığını belgelemektedir.

Bu süreçte yasalar bilerek ve isteyerek çiğnenmiş, gereken yerde yok sayılmış, gereken yerde günün gereklerine göre yeniden yazılmıştır. Yapılan kamu sağlık sektörünün devlet eliyle çökertilmesidir. Pazar rekabetinin amaçlandığı durumlarda, başta devlet olmak üzere, belli sağlık alanları üzerindeki kurumsal egemenliğin parçalanması ve dağıtılması gündemin üst sıralarına yerleşir. Ya da bir başka ifadeyle sağlık endüstrisine bağlı aktörlerin, değişime uğratılan mevcut kurumsal yapıdan mümkün olan en fazla faydayı elde edebilmesini sağlayacak bir ortamın oluşturulur. Loepky bunu "kurumların ehlileştirilmesi" olarak tanımlamaktadır. (**Loepky, 2009**).

Yine Loepky, Thatcher ve Reagan'ın yükselişine eşlik eden Hayek'çi sermaye birikimi modelinin, özel sermayenin kâr mekanizmaları için çok daha geniş bir meşruiyet zemini öngördüğünü ifade etmektedir (**Loepky, 2009**). Neoliberal saldırı, vahşi bir liberalizmin yeniden direksiyona geçirilmesinden daha fazla şey ifade etmektedir. Aynı zamanda, Keynesçi devletle ilgili her şeye toptan dudak bükülmesi anlamına da gelmektedir (**Peet, 2003**). Bu parçalama

ve dönüştürme projesinde, kamuya ait kanallarla sunulan sağlık hizmetleri de hedef seçilen alanlardan biridir. Bu durumu David Harvey "gasp yoluyla sermaye birikimi" olarak kavramsallaştırmaktadır. O güne dek var olmuş işbirliği, örgütlenme, kimlik ve yaratım biçimleri, zor kullanılarak özel sermaye alanlarına dönüştürülecek, böylece içerdikleri değer sömürülebilecektir. Harvey, yılların zorlu sınıf mücadeleleri sayesinde kazanılmış emeklilik, sosyal dayanışma, sağlık hakları gibi topluma ait varlıkların özel sermayenin avucuna bırakılmasını en korkunç gasp politikalarından biri olarak tanımlamaktadır (Harvey, 2004).

Batı dillerinde hastane karşılığı kullanılan hospital sözcüğü eski Fransızca'da "gereksinimi olanlara barınak" anlamına gelmektedir, daha sonraları ilk kez 16. Yüzyılda hasta insanlar için oluşturulan kurum olarak kullanılmıştır (Online Etymology Dictionary, 2015). Günümüzde hastaneler kapitalizmin sağlık ortamındaki kâr hirsının en belirgin uygulama alanı haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin veriler piyasalaşmayı işaret ederken, Türkiye OECD'nin sağlık hizmetlerinde bakım kalitesi için kullanılan klinik ölçütleri açısından son sıralarda yer almaktadır. Hastaneleri kapitalizmin kıskacından kurtarmak, gasp edilen hastanelerimizin ait oldukları topluma geri kazanılmaları, kamunun anlamını yeniden tanımlayarak ve geri kazanarak yeniden kamulaştırılmaları gerekir. Ancak o zaman, hasta bakım ve tedavi hizmetlerini sağlık hizmetlerinin etik ve insani değerleriyle buluşturmak, eşit, ayrımsız, nitelikli, gereksinim temelli bir sağlık hizmeti sunmak olanaklı olabilir.

Kaynaklar

- Aksan HAD, Ergin I, Öcek Z (2010) The change in capacity and service delivery at public and private hospitals in Turkey: A closer look at regional differences, BMC Health Services Research 2010, 10:300 doi:10.1186/1472-6963-10-300
- Aydın N (2008) Neoliberal politikalar çerçevesinde hasta tedavi maliyetlerinin değerlendirilmesi: 2000-2007 yılları arasında kamu eğitim ve araştırma hastaneleri üzerine bir araştırma. T.C.Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Uluslararası İşletmecilik Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- DPT (2009) Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Yüksek Planlama Kurulu kararı 7 Ekim 2009, Erişim tarihi: 05 Şubat 2015 http://www.ttb.org.tr/images/stories/file/yypk_karar.pdf.
- Harding A. Preker A. S. (2000) Understanding Organizational Reforms— The Corporatization of Public Hospitals. The International Bank for Reconstruction and Development / Health Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, World Bank, Washington.
- Harding A. Preker A. S. (2003) A Conceptual Framework for the Organizational Reforms of Hospitals. In: Preker, Alexander

S and Harding, April (eds.) Innovations in Health Services Delivery: The Corporatization of Public Hospitals. pp: 23-78. Health, Nutrition and Population Series The World Bank, Human Development Network, New York.

Harvey D (2004) Yeni Emperyalizm, Everest Yayınları, İstanbul.

Loeppky R (2009) Kusursuz Servet: Sağlık endüstrisinde sermaye birikimi

Taner Gürsoy Ş, Aksu F (2007) Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Dinamikleri Amme İdaresi Dergisi, Cilt 40, Sayı 3, s. 63-77.

TÜİK Web Sitesi (2014) Erişim tarihi: 3 Ocak 2015 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15974>

OECD (2013a) Health at a Glance, Erişim tarihi 21 Aralık 2014 <http://www.oecd.org/health/healthataglance>

OECD (2013b) Health Statistics, Erişim tarihi 21 Aralık 2014 <http://www.oecd.org/health/healthdata>

OECD (2014a) Reviews of Health Care Quality Turkey, Raising Standards, Erişim tarihi : 2 Şubat 2015 <http://dx.doi.org/10.1787/9789264202054-en>

OECD (2014b) Health Statistics, Erişim tarihi:2 Şubat 2015 <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Online Etymology Dictionary (2015) Erişim tarihi 29 Ocak 2015 <http://www.etymonline.com/index.php?term=hospital>

Peet R (2003) Unholy Trinity: The IMF, World bank and WTO, Londra: Zed Books:8

SES (1997) "Özelleştirmede pilot hastane Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesinde Neler Oluyor?" Broşürü.

Resmî Gazete (1995) 22168 sayılı mükerrer sayı; Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile İlgili Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.

Sağlık Bakanlığı (1983) Sağlık istatistikleri 1979-1981, Ankara, 1983.

Sağlık Bakanlığı (2006) Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Harcamaları 2002-2003, Ankara 2006

Sağlık Bakanlığı (2013) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Ankara

Sağlık Bakanlığı (2014) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Ankara

Sağlık Bakanlığı Web Sitesi (2014); Özel Hastaneler Yönetmeliği, Erişim tarihi: Kasım 2014 <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-8160/ozel-hastaneler-yonetmeli.html>

Sayıştay (2005) Performans Denetimi Raporu, Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi Ve Tıbbi Cihaz Yönetimi, Erişim tarihi 31 Ocak 2015 <http://www.sayistay.gov.tr/rapor/perdenrap/2005/2005-1Saglik/Saglik.pdf>

Sayıştay (2013) Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2012 Yılı Denetim Raporu, Erişim tarihi 31 Ocak 2015 <http://www.sayistay.gov.tr/rapor/kid/KAMU%20HASTANELERI%20KURUMU.pdf>

TEPAV, 2008 Mali İzleme Raporu, Erişim tarihi 29 Eylül 2015 http://www.tepav.org.tr/upload/files/1293724405-6.Mali_Izleme_Raporu_2008_Temmuz_Agustos_Butce_Sonuclari.pdf

TTB (2011) Kamu Özel Ortaklığı Bilgi Notu, Erişim tarihi: 21 Ocak 2015 <http://www.ttb.org.tr/index.php/Yazisma-lar/1704-2012-3500.html>,

TTB (2012) Soru ve Yanıtlarla Kamu Özel Ortaklığı, Erişim tarihi: 22 Kasım 2014 <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/sagliktakamuoze.pdf>

TTB Web sitesi (2010), Erişim tarihi: 21 Ocak 2015 <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/universite-2254.html>

Vargas JB, Perez C (2007) La Mercantilizacion de la Sanidad, Revista Economia Critica,6

WHO(2013) World Health Statistics, Erişim tarihi: 15 Ocak 2015 http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/.

NEOLİBERAL SAĞLIK REFORMLARININ ETKİSİ: KAMU HASTANELERİNDE FİNANSMAN YAPISI DEĞİŞİYOR

Kayıhan PALA*

Özet: Neoliberal sağlık reformları kamu hastanelerinin finansman yapısını değiştirmiştir. Genel bütçenin payı giderek azalırken, sağlık sigortaları gibi bütçe dışı kaynakların payı artış göstermiştir. Finansman yapısındaki bu değişim hastanelerin “kamu” niteliğini ortadan kaldırmaktadır. Bu değişime bağlı olarak, Türkiye’de, döner sermaye başat bir finansman aracı olmuştur. Bugün kamu hastanelerinde gelirlerin büyük bir bölümü döner sermayeler aracılığıyla kazanılmakta ve harcamaların tamamına yakını da yine döner sermayeden yapılmaktadır.

Kamu hastanelerinin finansman yapısındaki değişim, hasta bakımı ile ilgili pek çok değişikliğe yol açmıştır. Hastalar daha kısa süre yatırılmaya başlanmıştır. Az yataklı ya da çok büyük hastaneler kapatılmaktadır. Uzun süre bakım gerektiren hastalara yönelik hizmetler hastane dışına transfer edilmeye başlanmıştır. Genel olarak hastane yatak kapasiteleri düşmektedir. Hastanelerdeki pek çok hizmet (otellilik, ev bakımı, patoloji, laboratuvar hizmetleri, mutfak, temizlik, arşiv hizmetleri gibi) dışarıdan satın alınmaktadır.

Kamu hastaneleri reformu ile ilgili güncel eğilim Dünya Bankası tarafından “özerklik”, “korporatizasyon” ve “özelleştirme” olarak tanımlanmaktadır. Buna sıklıkla “yeni kamu yönetimi” ya da “piyasalaştırma” adı da verilmektedir. Kamu hastanelerini piyasalaştırmanın en uçtaki bileşeni özelleştirmedir. Hastanelerin özelleştirilme yöntemlerinden birisi de kamu-özel ortaklığı (Şehir hastaneleri) modelidir. Şehir hastaneleri ile “kamu” adı kullanılarak küresel sermayeye yeni ve büyük bir kaynak aktarılmaktadır.

Anahtar sözcükler: neoliberal sağlık reformları, kamu hastaneleri, finansman, piyasalaştırma

The Impact of Neoliberal Health Reforms: Financial Structure is Changing in Public Hospitals

Abstract: Neoliberal health reforms have changed the financial structure of public hospitals. While the share of general budget has gradually decreased, the share of extra-budgetary sources such as health insurance has increased. This change in financial structure has eliminated the “public” nature of hospitals. Depending on this change, revolving fund has been a dominant financing tool in Turkey. Nowadays, a large part of the income is derived from the revolving fund and almost all of the expenditures are made from the revolving fund again in public hospitals.

The change in financial structure of public hospitals have led to many changes in patient care. Hospitalization period has reduced. Low or largest bed hospitals are closed. Long term care services began to be transferred out of hospital. In general, hospital bed capacity is reduced. Many services in hospitals (Hospitality, home care, pathology and other laboratory services, kitchen, cleaning, archive services etc.) are purchased externally.

Current trends related with public hospitals reform is defined as “autonomy”, “corporation” and “privatization” by World Bank. This is often also called “new public management” or “marketization”. Extreme component of marketization of public hospitals is privatization. One of the methods of privatization of hospitals is a model of public-private partnerships (Also called “city hospitals” in Turkey). A huge new source is transferred to global capital with city hospitals using “public” name.

Key words: neoliberal health reforms, public hospitals, finance, marketization.

Hastanelerin Finansman Yapısı

Hastanelerin mülkiyet yapısı, finansman kaynaklarının temel belirleyicisidir. Kuramsal olarak özel hastaneler cepten harcamalar ve sağlık sigortaları ile finanse edilirken, kamu hastaneleri büyük ölçüde genel bütçe ile finansman sağlarlar.

Kamu hastanelerinin finansmanı 1980’lerin sonuna kadar geleneksel olarak genel bütçeden

sağlanmakla birlikte, günümüzde, neoliberal sağlık reformlarının uygulandığı ülkelerde hastanelerin finansman kaynakları arasına Dünya Bankası tarafından tanımlanmış “toplum finansmanı” kavramı da eklenmiştir. Toplum finansmanı doğrudan ödeme, hizmet başı ödeme ya da sigortalılar için ön-ödeme biçiminde gerçekleştirilebilir.

*Prof. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi

Toplum finansmanı bazen “toplum temelli sağlık sigortası” olarak da adlandırılır. Bu sigortalar sahiplik, coğrafi alan, sosyo-profesyonel özellikler, risk düzeyi ve ödeme biçimi gibi farklılıklar gösterebilir. Dünya Bankası tarafından, toplum temelli sağlık sigortasının tıpkı yerel temelli ön-ödemeli programlarda olduğu gibi, toplumun kendi sağlık harcamalarını kontrol altına almak ve yönetmek açısından uygun bir yöntem olduğu savunulmaktadır (**World Bank, 2014**).

Bugün gelinen noktada kamu hastanelerinin finansmanı ülkedeki sağlık sisteminin özelliklerine bağlı olarak beş kaynaktan sağlanmaktadır: Kamu bütçesi, sağlık sigortaları, hastalardan “toplum finansmanı” yaklaşımıyla alınan ücretler, bağışlar ve ulusal/uluslararası proje ve programlar ile sağlanan finansman destekleri.

Neoliberal sağlık reformlarının uygulandığı ülkelerde kamu hastanelerinin finansmanında genel bütçenin payı giderek azalırken, sağlık sigortalarının ve diğer kaynakların payı artış göstermektedir. Finansman yapısındaki bu değişimin hastanelere “kamu” sıfatının eklenmesini tartışılır hale getirdiği açıktır.

Bir örnek olarak vermek gerekirse, Zonguldak Kamu Hastaneleri Birliği’ne bağlı hastanelerde (Bunlara günümüzde “sağlık işletmesi” adı verilmektedir) İki bin sekiz yılında toplam gelir içerisinde genel bütçenin payı %5,3 olarak gerçekleşirken, SGK’nın payı %85,5 olarak gerçekleşmiştir (**Dayı, 2013**). Üstelik bu çok küçük genel bütçe payı, 2012 yılına gelindiğinde daha da azalmıştır. Zonguldak Kamu Hastaneleri Birliği’nin gelir kaynaklarındaki değişim Tablo 1’de verilmektedir.

Tablo 1’de kamu hastanelerinin finansmanında genel bütçenin oranının az olması ve giderek düşmesinin yanı sıra, yeşil kart ödemelerinin 2012 yılı ile birlikte ortadan kalkmış olması da dikkat çekicidir.

Türkiye’de kamu hastanelerinin finansmanında yaşanan değişim döner sermayenin başat bir finansman aracı olmasını da sağlamıştır. “Döner Sermaye” Maliye Bakanlığı tarafından genel yönetim kapsamındaki kamu idarelerine kanunlarla verilen asli ve sürekli kamu görevlerine bağlı olarak ortaya çıkan ve genel idare esaslarına göre yürütülmesi mümkün olmayan mal ve hizmet üretimine ilişkin faaliyetlerin sürdürülebilmesi için, kamu idaresine bağlı olarak kurulmuş işletmelere tahsis edilen sermaye olarak tanımlanmaktadır (**Maliye Bakanlığı, 2007**). Bu tanımda yer alan ve döner sermayenin oluşturulmasına gerekçe olarak gösterilen “genel idare esaslarına göre yürütülmesi mümkün olmayan mal ve hizmet üretimine ilişkin faaliyetlerin sürdürülebilmesi” kamu tarafından sunulan sağlık hizmetleri için geçerli değildir. Çünkü kamu sağlık hizmetleri genel/katma bütçe ile yıllarca sunulmuştur. Buna karşın, sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılabilmesine olanak sağlamak üzere döner sermaye çok önemli bir araç olarak hem Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında, hem de üniversite hastanelerinde kullanılmaya başlanmıştır. Döner sermayenin devreye girmesiyle birlikte hem kamu hastanelerinin finansman kaynaklarında, hem de sağlık çalışanlarının istihdam politikaları ve özlük haklarını da içerecek biçimde harcamalarında büyük değişiklikler yaşama geçirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı’na bağlı tesislere verilecek döner sermaye ile ilgili ilk yasal düzenleme (209 sayılı yasa) 1961 yılında yapılmıştır. Bu yasaya göre döner sermaye, kurumların kârları ile bağışlardan ve Devlet yardımlarından oluşacaktı. Yasa’ya bakıldığında, daha o yıllarda kamu sağlık kuruluşlarının kâr etmesinin beklendiği anlaşılmaktadır.

İlk yasal düzenleme 1960’ların başında yapılmış olmasına karşın, Türkiye’de kamu sağlık kuruluşlarının finansmanı ve harcamalarında döner sermaye uygulamalarının giderek daha yüksek bir oranda kendisine yer bulması 1990’lardan sonra gerçekleşmeye başlamıştır.

Tablo 1. Zonguldak kamu hastaneleri birliği’nin gelir kaynakları (%)

Gelir çeşitleri	2008	2009	2010	2011	2012
Genel bütçe	5,30	5,68	2,43	2,16	1,25
SGK	85,54	70,47	82,95	81,63	89,32
Yeşil kart	7,08	6,27	7,95	6,79	0,00
Diğer	2,09	17,58	7,73	9,42	9,43
Toplam	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Kaynak: Dayı, 2013.

Döner sermaye gelirleri Sağlık Bakanlığı gelirlerinin 1993'te yalnızca %13,7'sini oluştururken, bu pay 2003'te %81,4'e yükselmiştir. Aynı biçimde 1993'te Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün bütçesine oranla döner sermaye gelirlerinin payı üçte birden daha az iken (%29,1), bu oran 2003 yılında Genel Müdürlük bütçesinin iki katını (%214,3) geçmiştir (**Pala, 2005**).

Bugün kamu hastanelerinde gelirlerin büyük bir bölümü döner sermayeler aracılığıyla kazanılmakta ve harcamaların tamamına yakını da yine döner sermayeden yapılmaktadır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun 2012 yılında %90'ı personel, %3'ü mal ve hizmet alımları ve %7'si sermaye giderleri olmak üzere genel bütçeden yaptığı harcamalar toplam 5 milyar 189 milyon TL iken; aynı yıl döner sermaye bütçesinden yaptığı harcamalar 18 milyar 705 milyon TL'yi bulmuştur (**Sayıştay, 2013; Sağlık Bakanlığı 2014**). Kurumun 2012 yılında toplam olarak 23 milyar 894 milyon TL'yi bulan harcamalarının %78,3'ü döner sermaye aracılığıyla yapılmıştır. Götürü bedel protokolü uyarınca global bütçe esaslarına göre Sosyal Güvenlik Kurumu 2012 yılında Sağlık Bakanlığı'na 16 milyar 146 milyon TL ödemiş; bu tutar 2013 yılında 19 milyar 718 milyon TL ve 2014 yılında 21 milyar 285 milyon TL olarak belirlenmiştir (**Sağlık Bakanlığı 2012, Sağlık Bakanlığı 2013a, Sağlık Bakanlığı 2014**). Görüldüğü gibi, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun gelirlerinin %80'ine yakını döner sermaye aracılığıyla; döner sermaye gelirlerinin çok büyük bir bölümü ise (%86,3) Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan global bütçe yoluyla gerçekleştirilmektedir.

Hastane Ödeme Sistemleri

Hastanelerin finansmanında finansman kaynakları kadar; hizmet başı ödeme, olgu başına ödeme, gün başına ödeme, kişi başına ödeme, maaş, performansa dayalı ödeme ve global bütçe gibi ödeme sistemleri/mechanizmaları da önemlidir.

Hastane ödeme sistemleri günümüzde yaygın olarak üç yaklaşım içermektedir: Hizmet başı ödeme, global bütçe ve tanı ilişkili gruplar (TİG). Hastane ödeme sistemleri ve bunların bazı etkinlik alanlarına göre kuramsal olarak olumlu ve olumsuz yanları Dünya Bankası bakış açısıyla Tablo 2'de verilmektedir (**Geissler, 2011**). Burada "eşitlik/hakkaniyet" hedefinin etkinlikler içerisinde yer almaması dikkat çekicidir.

Hastanelerin finansman mekanizmaları sağlık sistemleri için genellikle anahtar bir rol üslenmektedir ve çoğu kez ülkedeki sağlık harcamalarının büyük bir bölümünün nasıl dağıtıldığını kolayca gösterebilir. Avrupa Birliği'ne üye ülkeler içerisinde TİG bazlı ödeme sistemine geçiş öncesinde en fazla benimsenen hastane ödeme yöntemi global bütçe olmuştur. Global bütçe, harcama hedef ya da sınırlarına uygunluk açısından en etkili yol olduğu ve kamu sektörünün performansını artırdığı iddiasıyla benimsenmekteydi. Ayrıca global bütçenin benimsenmesinde, özellikle hizmet başı ödeme yöntemine göre ücret alan hekimlerin "arzın talep yaratması" girişimlerinin kontrol altına alınabileceği beklentisinin de rolü bulunmaktadır.

Türkiye'de tıp fakültesi hastaneleri dışında kamu hastaneleri için benimsenen ödeme yöntemi –şimdilik- global bütçedir. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı sağlık tesislerinin SGK mensuplarına sunduğu sağlık hizmeti karşılığında, SGK tarafından global bütçe kapsamında Kurum'a ödeme yapılmaktadır. Tıp fakültesi hastaneleri için ise halen sınırlandırılmış hizmet başı ödeme ve TİG bazlı ödeme (Sağlık Uygulama Tebliği'nde "tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme" olarak geçmektedir) yöntemi kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve SGK orta erimde hastaneler için tamamıyla TİG bazlı ödeme sistemine geçmeyi hedeflemektedir. Buna ilişkin olarak Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı'nı kurmuş ve Başkanlık bu konuda çalışmaları sürdürmektedir.

Tablo 2. Hastane ödeme sistemleri ve bunların kuramsal olarak olumlu ve olumsuz yanları

Ödeme sistemi / boyut	Etkinlik						
	Olgu sayısı	Hizmet / olgu sayısı	Harcama kontrolü	Teknik verimlilik	Kalite	Yönetsel kolaylık	Saydamlık
Hizmet başı ödeme	+	+	-	0	0	-	0
TİG bazlı ödeme	+	-	0	+	0	-	+
Global bütçe	-	-	+	0	0	+	-

Kaynak: Geissler A ve ark. 2011

Not: +/- artma/azalma, 0 nötral ya da belirsiz anlamında kullanılmıştır.

Kuramsal olarak TİG bazlı ödeme, tedavi gören olgu sayısının artışı için güçlü teşvikler sağlarken, her bir olgu için sunulan hizmet sayısını da azalttığı iddiası taşımaktadır. TİG bir ödeme sistemi olarak tercih edilirken, aynı zamanda bir yatan hasta sınıflandırma yöntemidir. TİG ortaya çıkan maliyetler ile hasta türlerini tanılarına ve işlemlerine göre sınıflandırarak türdeş olgularla harcanan tedavi kaynaklarını ilişkilendirir ve sosyal sigorta fonları için bir maliyet sınırlama aracı olarak kullanılır.

TİG sistemi ilk kez, 1970'lerin sonunda hastane verilerinin büyük bir set halinde değerlendirilebilmesine olanak sağlayan bilgi teknolojilerinin gelişmesi ile birlikte, 1983'te, ABD'de, Medicare Programı içerisinde uygulanmaya başlanmıştır. 1985'te, Avrupa Konseyi, OECD'nin TİG'e göre ortalama hasta kalış günü ile ilgili uluslararası karşılaştırmaları yayınlamaya başlamasının ardından, Avrupa'da TİG ile ilgili araştırmalar yürütülmesini desteklemiştir. Aynı dönemde Dünya Sağlık Örgütü de hastanelerde performans ölçümü ve bütçe hazırlanmasında TİG kullanımı ile ilgili toplantılar düzenlenmesini desteklemiştir. Avrupa'da 1988'de TİG bazlı ödeme sistemine geçen ilk ülke Portekiz olmuştur. Onu 1990'ların başında seçilmiş hastanelerde uygulamak üzere Norveç ve İrlanda izlemiştir. Bugün Avrupa'da birçok ülkede ödeme sistemi olarak olmasa bile; hasta sınıflandırılması, bütçe dağıtımı, hastanelerin karşılaştırılması ve performans değerlendirmesi gibi nedenlerle TİG sistemi kullanılmaktadır (Geissler, 2011).

TİG bazlı ödeme sistemi hastanelerdeki verimliliği artırmak için ön plana çıkarılırken, sağlık çalışanlarının bu ödeme yöntemine ilişkin itirazları da belirginleşmektedir. Sağlık çalışanları bu yöntemin toplum için önemli bir yarar sağlamayacağı, kaliteyi geliştirmeyeceği, maliyetleri düşürmeyeceği ve sağlık çalışanlarında statü ve gelir kaybına yol açabileceği endişesi taşımaktadır (Tummers, 2012).

TİG sisteminin en önemli farklılığı; hastanelere ödenen tutarın, hastanede yatış süresi veya hasta sayısından ziyade, hastanenin tanı ve işlemlerle tanımlanan klinik faaliyetiyle doğrudan bağlantılı olmasıdır. Hastane bakımının TİG yöntemiyle satın alınması, hastaneye yapılacak ödemenin hastaların klinik durumlarına ve bakımları için harcanan kaynaklara bağlı olacağı anlamına gelmektedir. Bu sistemin kaçınılmaz bir sonucu, yatarak tedavi edilecek hastaların seçiminde yanlılık oluşturmalarıdır. Bir sağlık kuruluşundan verimli bir işletme oluşturma bedeli; yatan hastalarda "sağlıklı" hastalara

ağırlık verilmesi, hastanın biran önce taburcu olmasına çalışılması ya da böyle hastaların yatırılmasının tercih edilmesi; zor, komplikasyonlu ya da komplikasyon riski yüksek hastalardan uzak durulması olacaktır (Tükel, 2010).

Hastanelerin finansman kaynaklarında ve/veya ödeme yöntemlerinde her hangi bir değişikliğe gidilmesi eşitlik/hakkaniyet, hizmete erişim, hizmet kullanımı, verimlilik ve sağlık hizmetinin niteliğini etkiler. Örneğin neoliberal sağlık reformları uyarınca kamu hastanelerinin finansman yapısının değişmesiyle birlikte artık hastalar hastanelerde daha kısa süre yatırılmaya başlandı. Özellikle az yataklı ve çok büyük hastaneler kapatılıyor. Uzun süre bakım gerektiren hastalara yönelik hizmetler hastane dışına transfer edilmeye başlandı. Genel olarak hastane yatak kapasiteleri düşüyor. Artık hastanelerdeki pek çok hizmet (otercilik, ev bakımı, patoloji, laboratuvar hizmetleri, mutfak, temizlik, arşiv hizmetleri gibi) dışarıdan satın alınıyor (Belek, 2014). Bütün bunlara bazı cerrahi operasyonların günlük yatışlarla gerçekleştirilmeye başlanması ile sağlık çalışanlarına yönelik ödeme biçimlerinin performansa dayalı olarak düzenlenmesini de eklemek gerekir.

Hastanelerde Personel Ek Ödemeleri

Hastaneler sağlık harcamalarının büyük bir bölümünün kullanıldığı kuruluşlar olmanın yanı sıra, sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünün çalıştığı yerler olmaları nedeniyle de önem taşır. Genel olarak, hekimlerin yarısından fazlası, hemşirelerin ise yaklaşık üçte ikisi hastanelerde çalışır. Bu bağlamda sağlık çalışanlarına yapılan ödemelerin biçimi önemlidir.

Performansa dayalı ücretlendirme, kuramsal olarak, sağlık hizmetlerinin niteliğini yükseltmek için gündeme getirilen bir ek ödeme biçimidir ve özellikle birinci basamakta bağışıklama oranı hedeflerinin tutturulması ya da astım ve diyabet gibi süregelen hastalıkların iyi yönetimi gibi hizmetlerin etkinliğinin artırılmasını sağlamak amacıyla kullanılması önerilmektedir.

Örneğin Polonya'da ve Çek Cumhuriyeti'nde birinci basamak hekimlerin %80'i performansa dayalı ek ödeme alırlar ve bu tutar onların toplam gelirlerinin %5'ini oluşturur. Belçika'da süregelen hastalıkların yönetimi nedeniyle birinci basamak hekimlerin %90'ı toplam gelirlerinin %2'si tutarında ek ödeme alır. İngiltere'de birinci basamak hekimlerin %99'u toplam gelirlerinin %15'i kadar kendilerine verilen koruyucu hekimlik, süregelen hastalıkların yönetimi

ve hasta memnuniyeti gibi kalite hedefleri ile bağlantılı olarak ek ödeme alır (**Paris,2010**).

OECD ülkeleri içerisinde yalnızca Belçika, Çek Cumhuriyeti, Japonya, Polonya ve İngiltere’de uzman hekimlere yönelik performansa dayalı ek ödeme uygulaması bulunmaktadır. Bu ödeme -Çek Cumhuriyeti dışında- tamamıyla koruyucu hizmetler ve süregelen hastalıkların yönetimi nedeniyle yapılmaktadır. Örneğin Polonya’da uzman hekimlerin %5’i toplam gelirlerinin %5’i kadar ek ödeme alırlar (**Paris, 2010**).

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte yürürlüğe konan ve aslen bir hizmet başı ödeme yöntemi olduğu halde adına “performansa dayalı ek ödeme” denmesi nedeniyle kafa karışıklığına yol açan “hizmet başı ödeme” yöntemi, dünyada, özellikle hastanelerde çalışan uzman hekimler için yaygın olarak benimsenen bir yöntem değildir.

Hastanelerde çalışan uzman hekimlere yönelik ödemelerde Kanada, Japonya ve Hollanda’da “hizmet başı ödeme” temel ödeme yöntemi olarak tercih edilirken, Avustralya, Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, İtalya, Meksika, Norveç, Polonya, Slovak Cumhuriyeti, İspanya ve İngiltere’de temel ödeme yöntemi olarak “maaş” tercih edilmektedir. Kore, yeni Zelanda ve Türkiye’de ise bu iki yöntemin birleşimi kullanılmaktadır (**Paris, 2010**).

Türkiye’de kamu hastanelerinde uygulanan ve adına “performansa dayalı ek ödeme” denilen sistem tam bir felakettir. Performans, görevin gereği olarak önceden belirlenmiş bir takım standartlara göre davranış gösterilmesi durumu ve beklenen amaçlara yaklaşma derecesi olarak tanımlanır ve hekim performansının bu bağlamda temel bilgi düzeyi, temel beceri düzeyi ve davranışsal yeterlikler üzerinden değerlendirilmesi gerekir (**Esa-toğlu, 2013**). Oysa ülkemizdeki sistemde “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nca belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri dikkate alınmak suretiyle personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, tetkik, eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetleri, yapılan muayene, ameliyat, anestezi ve girişimsel işlemler ile özellik arz eden birimlerde çalışma gibi” unsurlar esas alınarak ek ödeme yapılmaktadır (**Sağlık Bakanlığı, 2013b**). Ek ödemenin bu haliyle bir performans değerlemesi yöntemine göre değil, hizmet başı ödeme yaklaşımına göre yapıldığı açıktır.

Ek ödemenin asıl ücretin üstüne çıkıp bir “ek” niteliği taşıması ise bir diğer sorundur. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nda çalışan personele 2012 yılında genel bütçeden maaş olarak yapılan ödemelerin toplam tutarı 4 milyar 697 milyon TL iken; aynı yıl yapılan ek ödemelerin toplam tutarı 5 milyar 810 milyon TL olarak gerçekleşmiştir (**Sayıştay, 2013**). Kurumda çalışan hekimlere yapılan ödemeler söz konusu olduğunda, performansa dayalı ek ödemenin tutarı hekimin eline geçen toplam ücretin üçte ikisini bulabilmektedir. Bu durumun kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin istihdam modelini değiştirmeye, hekimleri “parça başı” ücretlendirmeye yönelik bir girişim olduğu ve gerçek bir teşvik mekanizması olmadığı açıktır.

Konuya hekimlere ve sağlık çalışanlarına yönelik teşvik mekanizmaları açısından bakıldığında, performansa dayalı ödemenin finansal teşvik biçimlerinin içinde yer alan teşvik unsurlarından sadece biri olduğu görülmektedir. Finansal teşvik araçları tek başına performansa göre ödemeye indirgenmemeli, güvenceli bir çalışma yaşamının bileşenleri olan temel ücret, emeklilik, sosyal haklar gibi unsurların da teşvik mekanizması içerisinde yer alması sağlanmalıdır. Teşvik sisteminin hedefleri gerçekçi olmalı, net bir biçimde tanımlanmalı, ölçülebilir olmalıdır. Teşvik sistemi sağlık çalışanlarının gereksinim ve tercihlerini yansıtmalı, iyi tasarlanmalı, adil, eşitlikçi ve şeffaf olmalıdır. Bunlara ek olarak finansal olmayan bileşenleri de içermelidir (**Aksu Tanık, 2013**).

Hastanelerin Sağlık Finansmanı İçindeki Yeri

Hastanelerin-yirmi yıl öncesine kadar-genel olarak toplam sağlık harcamalarının yarısına yakınıni kullandığı bilinmektedir. Bu oran kamu sağlık harcamaları söz konusu olduğunda daha da yükselerek %50-80 arasında değişmekteydi (**WHO, 1992a**).

Günümüzde toplam sağlık harcamaları içerisinde hastane harcamalarının payı %10-50 aralığında değişmektedir. OECD ülkeleri içerisinde bu oran ortalama olarak %33’tür (**OECD, 2012**). ABD’de 2011 yılında hastane harcamalarının ulusal sağlık harcamaları içerisindeki payı %31,5 olarak gerçekleşmiştir (**US DHHS, 2014**). OECD ülkelerinde hastane harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı Şekil 1’de, gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH) içerisindeki payı ise Şekil 2’de verilmektedir (**OECD, 2014**).

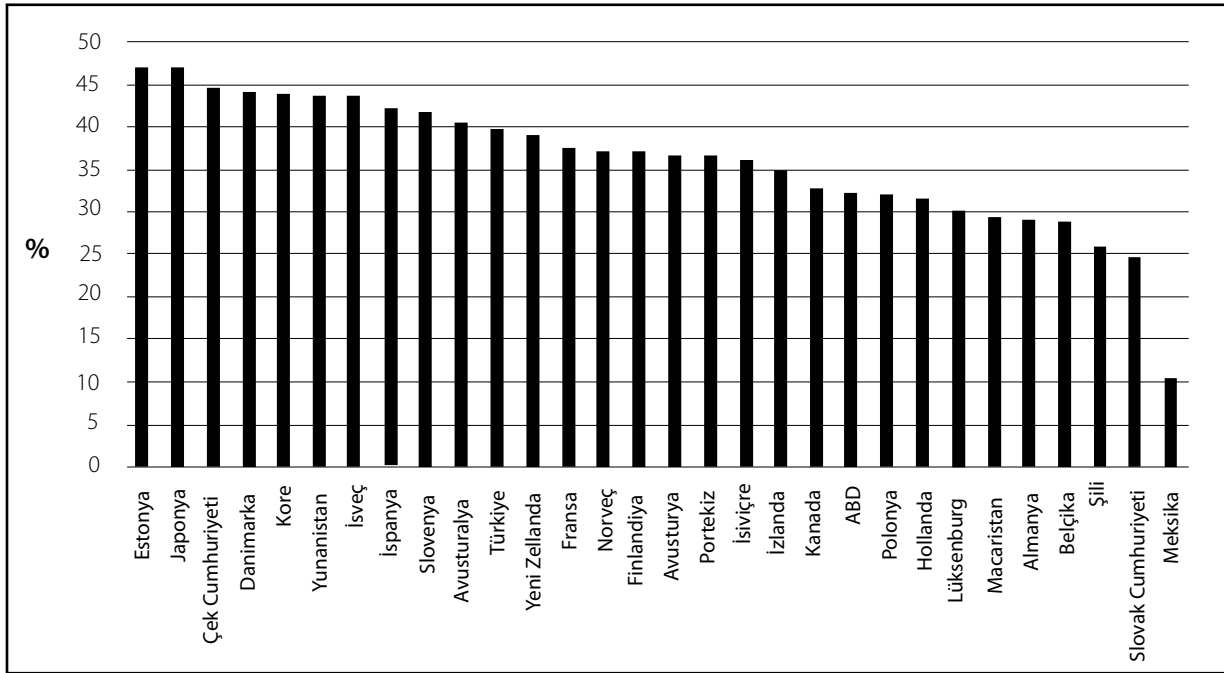
Türkiye’de 2012 yılında hastane harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki

Tablo 3. Türkiye’de hastane harcama kaynaklarının dağılımı (2001-2012)

Yıl	Hastane harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı (%)	Toplam hastane harcamaları (Milyon TL)	Toplam hastane harcamaları içerisindeki pay (%)				
			Genel devlet		Özel sektör		
			Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Hane halkları	Diğer*
2001	34,3	4.249	46,1	0,8	40,7	7,5	4,8
2002	32,4	6.077	44,8	1,1	41,9	6,9	5,3
2003	35,3	8.579	39,8	1,0	47,3	7,0	5,0
2004	38,1	11.425	35,6	0,8	54,4	5,4	3,7
2005	35,8	12.649	41,0	0,7	46,6	7,8	3,9
2006	36,7	16.170	41,4	0,8	48,7	5,6	3,5
2007	37,4	19.030	40,3	0,4	47,7	8,2	3,3
2008	39,8	22.984	35,5	0,4	55,1	5,7	3,4
2009	40,1	23.241	42,9	0,4	48,9	3,9	3,8
2010	40,4	24.933	36,8	0,2	53,2	5,6	4,2
2011	41,6	28.543	34,4	0,2	56,9	4,4	4,1
2012	43,0	32.801	22,4	0,2	67,7	5,1	4,6

Kaynak: TÜİK

* Özel sosyal sigorta (banka sandıkları), hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar, KİT’ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.



Şekil 1. OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamaları içerisinde hastane harcamalarının payı (%; 2012 ya da en son elde edilebilen yıl)

payı %43,0’dır. Kamu sağlık harcamaları söz konusu olduğunda aynı yıl için bu oran %55,9’a yükselmektedir (TÜİK, 2014). Kamu sağlık harcamalarının finansman kaynakları arasında en büyük pay 2002 yılı sonrasında Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulamaya konmasıyla birlikte sosyal güvenlik fonlarına aittir. Türkiye’de hastane

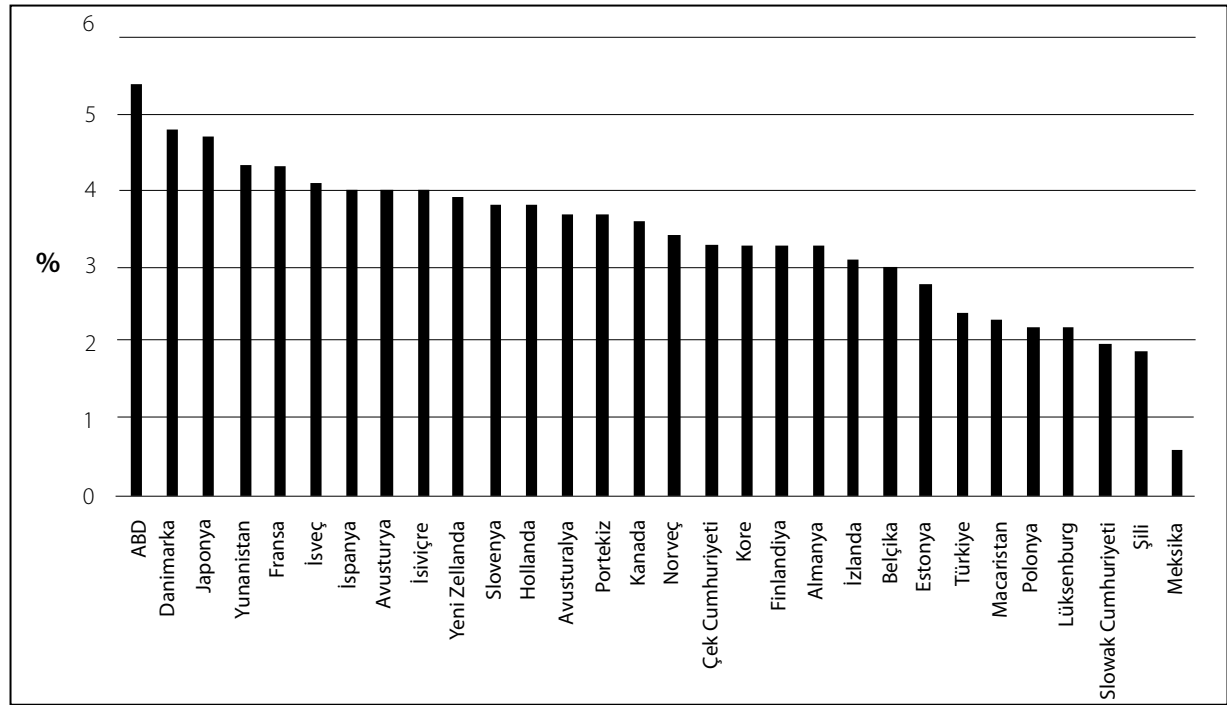
harcamaları kaynaklarının dağılımı Tablo 3’te verilmektedir.

Toplam hastane harcamaları içerisinde devletin payı giderek azalırken, sosyal güvenlik kurumlarının payı önemli bir artış göstermiş, %40,7’den (2001), %67,7’ye (2012) yükselmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Sosyal güvenlik örgütlerinin toplam sağlık harcaması içerisindeki hastane harcamalarının payı (2001-2012)

Yıl	Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	Toplam sağlık harcamaları içerisindeki pay (%)				
		Devlet hastanesi	Üniversite hastanesi	Özel hastane	İlaç	Diğer harcamalar
2001	4.576	25,9	7,2	6,2	53,2	7,5
2002	7.629	23,8	8,1	5,2	56,4	6,5
2003	10.662	28,1	7,8	5,0	52,7	6,4
2004	13.150	31,0	8,2	5,7	48,7	6,4
2005	13.608	25,9	8,0	7,5	51,4	7,2
2006	17.667	30,8	7,5	9,8	47,4	4,6
2007	19.984	32,0	7,6	11,7	44,3	4,3
2008	25.347	28,9	8,9	17,3	42,3	2,7
2009	28.811	27,3	8,9	16,3	45,7	1,8
2010	32.509	29,5	10,9	16,1	41,7	1,8
2011	36.500	30,8	11,2	17,6	38,8	1,6
2012	44.111	38,0	11,7	16,4	32,4	1,5

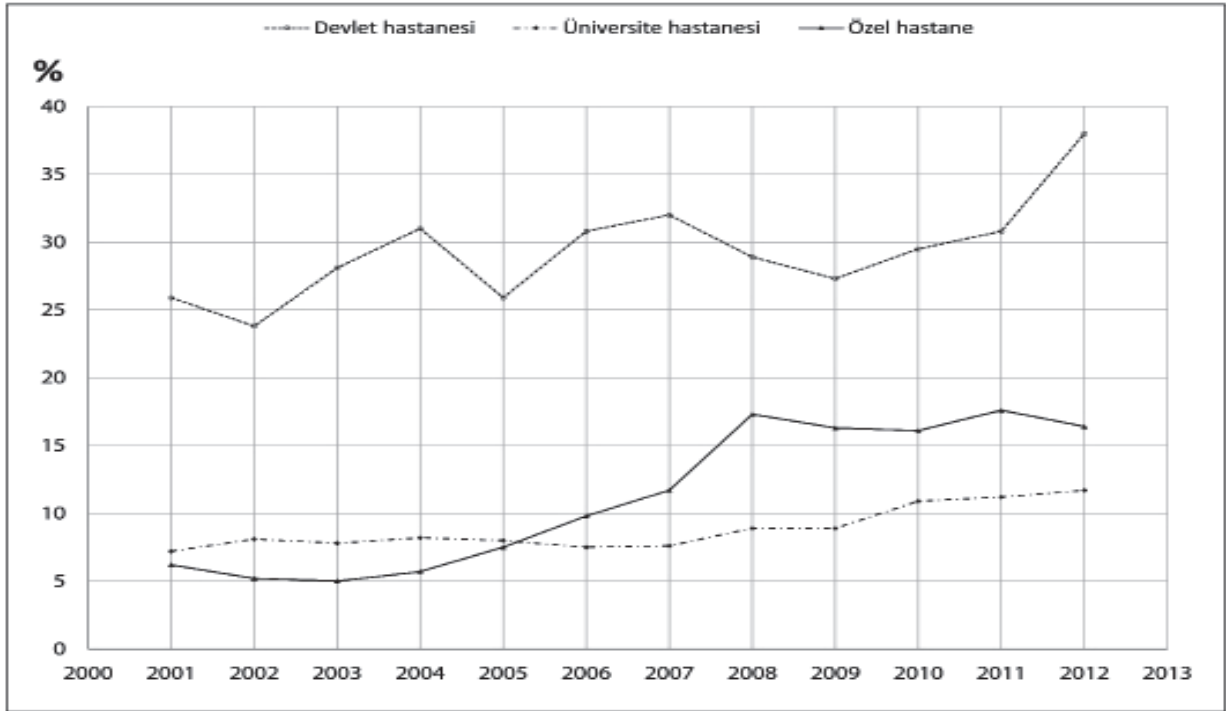
Kaynak: SGK

**Şekil 2. OECD ülkelerinde gayri safi yurt içi hasıla içerisinde hastane harcamalarının payı (% , 2012 ya da en son elde edilebilen yıl)**

Sosyal güvenlik harcamaları bilindiği gibi 2008 yılı sonrasında tamamen Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. 2012 yılı istatistiklerine göre SGK'nin gelir kaynakları içerisinde en büyük pay %69,5 ile prim gelirlerine aittir ve devlet katkısı hariç prim gelirlerinin SGK'nin emekli aylıkları ve sağlık giderlerini karşılama oranı %66,5'tir (**SGK, 2012**). Bu nedenle, hastane

finansman kaynakları sınıflamasında kamu sağlık harcamaları içerisinde yer almasına karşın, sosyal güvenlik harcamalarının yaklaşık üçte ikisinin kaynağının işçi ve işveren primlerinden oluştuğu göz ardı edilmemelidir.

SGK tarafından yapılan toplam sağlık harcaması 2012'de 44 milyar TL'yi aşmış bulunmaktadır. Sosyal güvenlik örgütlerinin toplam sağlık harcaması



Şekil 3. Sosyal güvenlik örgütlerinin toplam harcamaları içerisinde hastanelerin payı (2001 – 2012, %)

içerisindeki hastane harcamalarının payı Tablo 4'te sunulmaktadır.

2001 yılı ile kıyaslandığında, 2012 yılında SGK harcamaları içerisinde ilacın payı belirgin bir biçimde azalırken; hastanelere kurum tarafından yapılan harcamaların oranında artış gözlenmiş, en büyük artış ise özel hastanelere yapılan ödemelerde gerçekleşmiştir. Bu dönemde özel hastanelerin payı yaklaşık üç kat artarak %6,2'den %16,4'e ulaşmıştır. Sosyal güvenlik örgütlerinden hastanelere yapılan ödemelerin toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) devreye girmesinden sonra giderek artmış olmasına karşın 2005, 2008 sonrası ve 2012 yıllarında olmak üzere üç kez önemli sapma göstermiştir (Şekil 3).

İlk sapma devlet hastanelerine yapılan ödemelerin payının 2005 yılında düşmesi ile dikkati çekmektedir. Bu düşüşün en önemli nedeni, SDP ile birlikte, sosyal güvenlik örgütlerinin kaynak dağıtımında özel hastaneler ve ilaç endüstrisi yararına yaptıkları değişim tercihidir. Bu tercih 2006 yılı ile birlikte özel hastaneler için sürerken, ilaç endüstrisi için sürdürülmemiş ve toplam sağlık harcamalarının yarından fazlasını oluşturan ilaç endüstrisinin payı (2005'te %51,4) giderek azaltılmaya başlanmıştır.

Özel hastanelerin payı, SDP'nin hemen ardından 2008'e kadar neredeyse üç katına çıkarak büyük bir

yükselme göstermiş, 2008 ekonomik krizi ile birlikte biraz düşerek sonraki yıllarda durağan bir yapıya kavuşmuştur.

Devlet hastanelerine aktarılan pay 2005'ten sonra %30'lar düzeyine yükselip 2011 yılına kadar dalgalı bir seyir izlemiş; Kamu Hastaneler Birliği'nin kurulması ile birlikte 2012'de tarihin en yüksek düzeyine (%38) erişmiştir. Bu yükseliş, bir anlamda, kamu hastanelerinin nasıl piyasalaştırıldığının da bir kanıtıdır. Üniversite hastanelerinin payı ise bu süreçte küçük bir yükselme göstermiştir. Sosyal güvenlik örgütlerinin toplam harcamaları içerisinde hastanelerin payı Şekil 3'te sunulmaktadır.

Kamu Hastanelerinin Piyasalaştırılması

Emeklilik, işsizlik ödeneği ve sağlık harcamalarındaki artış eğiliminin, sosyal güvenlik fonlarındaki artıştan daha yüksek olması nedeniyle oluşacağı öngörülen kronik bütçe açığını engellemek için 1990'ların başında "kontrollü özelleştirme" yaklaşımının önerilmesi, kamu hastanelerinin finansmanındaki dönüşümün habercilerinden birisi olmuştur (WHO, 1992b).

Küresel kapitalizmin kâr maksimizasyonu hırsları, 1960'ların sonundan itibaren, devletin küçültülmesini tartışabilme amacıyla kamu sektörünün verimliliği kavramını -başlangıç olarak- merkez ülkelerde gündeme getirmeye başlamıştır. Bin dokuz

yüz seksene gelindiğinde, bu tartışmanın ana başlığı -bu kez çevre ülkelerde- "kamu sektöründe yapısal reformlar" biçimine dönüştürülmüştür. Sermayenin ilgisi başlangıçta çevre ülkelerin kamu eliyle yürütülen altyapı, iletişim ve ulaşım sektörleriyle sınırlıyken; 1990'ların başında sağlık sektörü de Keynesyen ekonomi politikalarına gereksinim kalmadığının anlaşılmasıyla birlikte, gözde sektörler arasında yer almıştır.

Kamu hastanelerinin o yıllarda karşı karşıya bıraktığı bazı sorunlar, yapısal reformların topluma benimsetilebilmesine ilişkin küresel kapitalizmin işini epeyce kolaylaştırmıştır. Hastaların kalabalık koşullarda yatmak zorunda kalması, ayaktan tedavilerde bile uzun bekleme sürelerinin yaşanması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin tartışılabilir olması, temel ilaçlar ve tıbbi malzemelerin temininde güçlükler yaşanması, gereksinim duyulan teknolojik donanımın sağlanamaması ve hastane binalarının eski ve yetersiz olması gibi yakınmalar kamu hastaneleri için "reform" yaklaşımını özellikle geliştirmekte olan ülkelerin gündemine kolayca taşımıştır.

Dünya Bankası bu "reform" ihtiyacını "hükümetlerin sağlık hizmeti sunumundaki rollerini yeniden değerlendirmek" yaklaşımı çerçevesinde tanımlamıştır. Banka'ya göre; maliyetlerin yükselmesi ve kullanıcı memnuniyetsizliğindeki artış bu yeniden değerlendirmeyi zorunlu kılmaktaydı. Banka kamu hastaneleri sistemindeki sorunları da kamu işletmeciliğindeki tipik sorunlar olarak tanımlıyordu: verimsizlik, hem teknik hem de tahsisat verimsizliği; düşük üretim; kullanıcı (hasta) istemlerine yanıt vermemesi; atıklar ve bazen sahtekârlık ve yolsuzluk (**World Bank, 2003**).

Banka söz konusu sorunları çözmek için "organizasyonel" reformlar öneriyordu. Kamu hastaneleri reformu ile ilgili güncel eğilim Dünya Bankası tarafından "özerklik", "korporatizasyon" ve "özelleştirme" olarak tanımlanmaktaydı. Buna sıklıkla "yeni kamu yönetimi" ya da "piyasalaştırma" adı da verilmektedir (**World Bank, 2003**).

Bin dokuz yüz seksenlerin sonundan itibaren, kamu hastanelerinin piyasalaştırılmasının önemli bir bileşeni olarak gündeme getirilen kurumsal özerkleştirme, neoliberal sağlık reformu savunucuları tarafından "yönetişim" kavramı ile birlikte ele alınmıştır. Reformların güçlü bir biçimde yapılabilmesini sağlamak üzere, yönetişimin, hastanın katılımını sağlayabilecek -ve hatta hasta merkezli

olarak adlandırılabilcek- bir "yeni kamu yönetimi" anlayışı tarafından hayata geçirilmesi önerilmiş; ancak ortaya çıkan doyurucu olmayan sonuçlar, bu sefer başka bir kavramı, daha doğrusu eski kavramı yeni bir adla "iyi yönetişim" adıyla gündeme getirmiştir. Kamu hastane yönetişim reformunun başarı derecesini belirleyen temel etmen "kurumsal özerklik" olarak belirtilmektedir. Kamu hastanelerinde yönetişim ve kurumsal özerkleştirme ile ilgili değişik yaklaşımlar temel olarak dört farklı modelin ortaya çıkmasına yol açmıştır (**WHO, 2011**):

1. Çoğunluğu vergi yoluyla (Finlandiya, İsveç'teki hastanelerin çoğu, İrlanda, eski Yugoslav Makedonya Cumhuriyeti) ancak bazıları -özellikle üçüncü basamak üniversite hastaneleri- sosyal sigorta yoluyla (Fransa, Almanya, İsviçre) finansman sağlanan ve direktiflerini kamu otoritesinden alan kamu hastaneleri,

2. Çeşitli derecelerde bağımsız karar alma mekanizmaları olan ve çeşitli tiplerde vergi yoluyla finansmanı sağlanan yarı-özerk kamu hastaneleri (Norveç, Estonya, İngiltere, İspanya'daki bazı hastaneler, Portekiz, İtalya'nın kuzey bölgesindeki bazı hastaneler, İsrail ve Çek Cumhuriyeti),

3. Sosyal sağlık sigortası sisteminin bir parçası olarak çoğunlukla vakıf vb. kaynaklardan (Hollanda, Almanya, İsviçre) ancak az sayıda vergi yoluyla finansmanı sağlanan (İngiltere, İsveç) kâr amacı gütmeyen özel hastaneler ve

4. Sosyal sağlık sigortası sisteminin bir parçası olarak (Fransa, Almanya, İsviçre) ayrıca az sayıda vergi yoluyla finansmanı sağlanan (Danimarka, Norveç) kâr amaçlı özel hastaneler.

Neoliberal sağlık reformlarının bir parçası olarak Dünya Bankası tarafından önerilen "piyasalaştırma" mekanizmalarının tamamında ortak özellik, kamu hastanelerinin finansman yapısının değiştirilmesidir. Daha önce genel bütçeden sağlanan finansmanın asıl olarak sigorta fonları ve yurttaşın cebinden sağlanması reformların temel doğrultusu olmuştur. Burada iki özelliği vurgulamak gerekir: Birincisi, özel sigortalar yoluyla yeni bir fon oluşturmak kâr maksimizasyonunun yeni bir aracı olma niteliği taşımaktadır. İkincisi ise gerek her iki türde de (özel/kamu) sigorta fonu oluşturulması, gerekse de cipten harcamalar yoluyla sağlanan finansman, yurttaşın hastanelerin finansmanına katılımını zorunlu kılmaktaydı. Dolayısıyla finansman yapısındaki bu

değişimin, hükümetlerin sağlık alanındaki “eşitlik/hakkaniyet” hedefi açısından önemli bir erişim sorununu içerisinde barındırdığı açıktır. Her ne kadar bu sorunun yoksulların prim ödemelerinin genel bütçeden sübvansede edileceği bir genel sağlık sigortası modeliyle aşılabacağı iddia edilmişse de, ne Türkiye’de, ne de başka her hangi bir çevre ülkede, bu iddianın geçerliliği kanıtlanamamıştır.

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile özellikle yoksulların sigorta kapsamına alındıklarına vurgu yapılmasına karşın, bu durum gerçekleri tam olarak yansıtmaktan uzaktır. Sosyal Güvenlik Kurumu’na göre, 2011’de Türkiye’de sigorta kapsamı dışında kalan kişi sayısı 10 milyonun üzerindedir ve nüfusun %14’ünü oluşturmaktadır. Buna ek olarak 6 milyon kişinin sağlık hizmetlerine erişemediği tahmin edilmektedir. Bunun bir yansıması olarak Türkiye’de 2011’de acil servislere 90 milyondan fazla başvuru yapılmıştır. Türkiye, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile dünyada nüfusundan daha fazla acil başvurusu olan tek ülke konumuna getirilmiştir (Pala, 2014).

Piyasalaştırmanın bir bileşeni olarak kamu hastanelerinde “özerkleştirme” adıyla yürürlüğe konulan uygulamalar başlangıçta genellikle global bütçeleme ve performansla dayalı ödeme yöntemleri ile birliktedir. Türkiye’de de 2003’ten başlayarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yapılan düzenlemeler bu yaklaşımla büyük ölçüde örtüşmektedir.

Türkiye’de Hastanelerin Piyasalaştırılması

Dünya Bankası Haziran 2002’de, genel seçimler öncesinde Türkçe yayınladığı raporunda, Türkiye’de kamu hastanelerinin yeterliliklerini arttırmak amacıyla hastanelere “idari ve mali özerklik” verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Banka’ya göre Türkiye’de kamu hastanelerinin özerkliği iki aşamada gerçekleştirilmeliydi. İlk aşamada öncelikli olarak kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na bağlı bir yasal yarı-kamu kuruluşu çatısı altında toplanmalı (Banka bu kuruluş için “Sağlık Bakanlığı Hastane Şirketi (SBHŞ)” adını öneriyor) ve bu kuruluş Bakanlıktan bağımsız tutulmalıydı. İlk aşamada SBHŞ çalışanları kamu çalışanı olacak, ancak sonuç olarak hepsi çalıştıkları “şirket”in kontratlı çalışanı haline gelecekti. SBHŞ’nin sadece ve sadece birbirini izleyen en az 3 yıl içerisinde “kâr” gösterebildiği takdirde nakit yatırımı yapmak hakkı olacaktı (Dünya Bankası, 2002).

Türkiye’de 2011’de kamu hastane birliklerinin kurulmasının ardından yapılan düzenlemeler Dünya Bankası’nın önerileriyle büyük ölçüde örtüşmektedir. Hükümet Banka’nın önerdiği şirketi “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu” adıyla kurarak ilk aşamayı gerçekleştirmiş bulunmaktadır.

Anımsanacağı gibi, Sağlık Bakanlığı kamu hastane birliklerini 2007 yılında “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” ile kurmaya çalışmış; ancak daha sonra bu tasarıdan vazgeçerek (aslında erteleyerek) uygulamayı 02 Kasım 2011 günkü Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile başlatmıştır. Kararname ile Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunmaktan alıkonularak, düzenleyici ve denetleyici bir bakanlık haline getirilmiş; “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu” adıyla Bakanlığa bağlı bir kuruluş oluşturularak devlet hastanelerinin illerde kurulacak hastane birliklerine devredilmesinin yolu açılmıştır.

Türkiye’de kamu hastaneleri reformu ile ilgili asıl niyeti gösteren belge “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı”dır. Devlet hastanelerinin geleceğini bu tasarı üzerinden tartışmak gerekir. Kanun tasarısı hem TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu hem de TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu tarafından kabul edilmişti. Tasarı genel olarak devlet hastanelerinin yönetiminin bir müteveli heyete devredilmesi, tüm personel ile birlikte hekimlerin de sözleşmeli olarak iş güvencesinden yoksun çalıştırılması, kamu hastanelerinin de sınıflandırılması ve hastanelerin kendi gelirleriyle yaşamaya zorlanması yaklaşımını benimsemekteydi.

Hastaneleri yönetmek üzere oluşturulan müteveli heyetlerde il genel meclisi tarafından belirlenen iki üye (hukukçu ve mali müşavir/muhasebeci), Vali tarafından belirlenen bir üye (işletme/iktisat/maliye), Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen bir üye (hekim), Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen bir üye (Dört yıllık yükseköğrenim mezunu), Ticaret Odası tarafından belirlenen bir üye ve İl Sağlık Müdürü/yardımcısı yer alacaktı. Müteveli heyette yer alan yedi üyeden yalnızca birinin hekim olma zorunluluğu bulunmaktaydı. Ticaret odası temsilcisinin de içerisinde yer aldığı bu yapı kamu hastanelerinin ticari bir işletmeye dönüştürülmek istendiğinin açık kanıtıdır. Bu yapının 663 sayılı KHK ile gündeme getirilmemiş olması bir “vazgeçme” olarak değil, yalnızca bir “erteleme” olarak algılanmalıdır. Çünkü Hükümetin amacı tasarıda gün yüzüne çıktığı biçimiyle çok açıktır (Pala, 2012).

Hükümet “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” için öne sürdüğü genel gerekçeler içerisinde verimsizliği ön plana çıkartarak; hem idari ve mali özerkliğe hem de hastanelerin yönetim anlayışındaki eksikliklere vurgu yapmaktaydı.

Neoliberal reformları benimseyenler, sağlık reformlarının etkilerini ölçmek ve sağlık sisteminin performansını değerlendirmek için tahsisat verimliliği, teknik verimlilik, sağlık hizmetlerine ulaşım da eşitlik, finansman eşitliği ve finansal sürdürülebilirlik gibi göstergeleri kullanmaktadır. Hastane hizmetlerinin verimlilik ve uygunluğunun geliştirilmesine yönelik yaklaşımlar ise dört ana başlıkta toplanmaktadır: Ödeme sistemleri, hizmet kalitesi stratejileri, yönetim teknikleri ve klinik performans stratejileri.

“Kamunun verimsiz olduğu” iddiaları, bu iddiayı ortaya koyanlar açısından bile kendi içinde kimi çelişkiler içermektedir. Söz gelimi, ödeme sistemleri üzerinden her hangi bir değerlendirme yapmaksızın, kamu hastanelerini “verimsiz” olarak açıklamak bilimsel olmadığı gibi gerçekçi bir yaklaşım da değildir. Çünkü finansmanın sigorta yoluyla sağlandığı sağlık sistemlerinde, tek başına geri ödeme kurumlarının kişi başına, olgu başına ya da hizmet başına ödeme yaklaşımları bile sağlık ekonomisi açısından ayrıntılı olarak incelenmesi gereken bir özelliktir. Hepsi verimliliği etkileyebilir.

Özelleştirme ideologları kamu hastanelerinin daha verimsiz olduğundan yola çıkmaktadırlar. Bu verimsizliğin de genellikle yönetsel beceriksizlikler ve hantallıklardan kaynaklandığı iddia edilmektedir. Oysa her iki tip hastanenin maliyet kıyaslamalarını kapsayan araştırmalar, özel şirketlere ait hastanelerin “verimlilik” yönünden kamudakilerden çok üstün olmadığını, daha fazla maliyetle çalıştığını, üstelik de fazla maliyetin yönetsel harcamalardan ileri geldiğini kanıtlamışlardır (**Soyer, 1995**). Değişik ülkelerde yapılmış kimi araştırmalar, kamu hastanelerinin özel sektör hastanelerinden daha verimli olduğunu ortaya koymaktadır (**Tiemann, 2009; Jehu-Appiah, 2014**).

Türkiye’de yapılan araştırmalar da hastanelerdeki verimsizlik sorununun mülkiyet ile ilişkisinin olmadığını ortaya koymaktadır. Devlet hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerin kapsandığı bir araştırmada en verimsiz hastanelerin özel sektör hastaneleri olduğu gösterilmiştir (**Sezen, 2009**). Hem kamu-

da hem de özel sektörde birçok verimsiz hastane bulunmaktadır. Türkiye’de devlet hastanelerinde verimsizliğin temel nedeni, plansız yatırımların olumsuz bir sonucu olarak üretime katılan fazla girdilerin, atıl kapasiteyle (verimsiz) kullanımı ve üretilen hizmetin yetersiz boyutlarda olmasıdır (**Gülcü, 2004**).

İkinci aşamada ise SBHŞ bünyesindeki hastanelere seçici bir biçimde teker teker özerklik verilecekti. Dünya Bankası sosyal sağlık sigortası sisteminin kurulmasıyla hastanelerin yeterliliğini artırmaya yönelik reformların bir arada yürütülmesi gerektiğine de vurgu yapmaktadır. Banka aynı zamanda ikinci aşama olarak tanımladığı hastanelerin birer birer özerk hale getirilmesinin hastanelerin özelleştirilmesiyle sonuçlanacağını ve bunun öz kaynakların kullanımında daha iyi çalışma ve daha etkili bir sistemin oluşmasına katkıda bulunacağını da savunmaktadır (**Dünya Bankası, 2002**). Türkiye henüz ikinci aşamaya geçmemiş olmakla birlikte; kamu hastanelerinin sınıflandırılmasının bu aşamaya hazırlık için yapılan işlemlerden biri olduğu bilinmektedir.

Kamu hastanelerini piyasalaştırmanın bir diğer bileşeni olan korporatizasyonda ise özellikle yönetsel özerklik daha güçlüdür ve bu güç yöneticilere sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunumu aşamalarında giderlerin kısılması ve gelirlerin arttırılmasına yönelik karar alma süreçlerinde “kârlılık” yararına kolaylık sağlar. Bir başka deyişle, korporatizasyon sürecinde artık mülkiyeti halen kamuda olmasına karşın kamu hastaneleri birer özel hastane olarak çalışmak zorunda kalır.

Korporatizasyon özerklikten farklı olarak, idari ve mali özerkliğin sağlanmasının yanında karar verme işlevinin tamamen müteveli heyetine ve bu heyetle bağlantılı olmak üzere CEO’ya devredilmesini içerir. Bu yapıda hastanenin kâr etmesi esastır ve kâr maksimizasyonunu sağlamak için özel sektörün kullandığı tüm araçlar rekabet edilebilirliğin sağlanması amacıyla kullanılabilir.

Aralarında Yeni Zelanda, Singapur, İsveç, İtalya, İngiltere ve Fransa’nın da bulunduğu bazı ülkelerde kamu hastanelerine korporatif bir yapı kazandırılmasıyla ilgili çeşitli yasal düzenlemeler yapılmış bulunmaktadır. Ancak bu düzenlemelerle kamu hastaneleri korporatif kuruluşlar haline gelmelerine karşın, finansal başarısızlıklarla, hatta iflas riskiyle karşı karşıya kalmaktan kurtulamamışlardır (**Mordelet, 2009**). Bu risk, CEO’ların müteveli

heyetler tarafından yeterince denetim altına alınamamalarına ve korporatif de olsalar kamu hastanelerinin politik etkilerden bağımsız olamamalarına bağlanmış olsa da; verimli olacakları iddiasıyla piyasalaştırılan kamu hastaneleri açısından bu durum ibret vericidir.

Türkiye’de de Sağlıkta Dönüşüm Programı uyarınca, Dünya Bankası’nın direktifleri doğrultusunda kamu hastanelerini korporatif bir yapıya zorlayan Hükümet, anımsanacağı gibi, “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” içerisinde mütevellî heyetlere hastanelerin bina ve arsalarını kiralamak, hatta satmak yetkisi bile vermeye yeltenmiş; ancak kamuoyu tepkisinin yüksek olması nedeniyle bu adımı ertelemek zorunda kalmıştı.

Kamu hastanelerini piyasalaştırmanın en uçtaki bileşeni özelleştirmedir. Özelleştirmede asıl belirleyici olan hastanenin mülkiyet yapısının özel sektöre devridir. Bu devrin kimi zaman “kâr amacı gütmeyen” vakıf vb. kurumlara yapılması söz konusu olsa da, özelleştirmede asıl amaç küresel sermaye için kâr maksimizasyondur.

Dünya Bankası’nın kamu hastaneleri ile ilgili organizasyonel reformlarının nihai hedefinin özelleştirme olduğu bilinmektedir. Korporatif hastane modelinin kimi zaman özelleştirmeden daha çekici olduğuna ilişkin sınırlı bir tartışma yürütülse de; korporatif işletme modelinde ortaya çıkabilen finansal başarısızlık ve iflas riski, reformu uygulayan ülkeleri korporatizasyon yerine özelleştirmeye doğru sürüklemektedir (Braithwaite, 2011).

Kamu hastanelerinin özelleştirilmesi değişik formlarda yapılabilmektedir. Ancak genel olarak izlenen yol, daha önceki bölümde açıklandığı gibi, önce-çoğunlukla iki aşamalı olmak üzere- özerklik, ardından korporatizasyon ve sonunda da mülkiyet devridir. Sağlık bakanlıklarının tedavi edici sağlık hizmeti sunmaktan çekilmesi ile kurulan hastane birlikleri özelleştirmenin en gözde yöntemlerinden birisidir. Bu yöntemde önce verimsiz olduğu iddia edilen hastaneler belirlenmekte; ya küçültme ya da tamamen kapatılma yoluyla özelleştirmenin kapsamı açılmaktadır. Kimi zaman birlik yönetimlerinin finansman bulmak arayışı ile hastanelerin mülkiyetini doğrudan özel sektöre bırakması da söz konusudur.

Kamu Hastanelerinin Piyasalaştırılmasında Kamu-Özel Ortaklığı

İtalya’da özelleştirme kamu/özel ticaret birlikleri (%49 özel sektör, %51 kamu sektörü) biçiminde

düzenlenmektedir. Bu yöntemde hastaneler özel sektör tarafından yönetilmekte ancak bölge yönetimleri tarafından denetlenmektedir. Portekiz, İspanya ve Brezilya gibi çeşitli Latin Amerika ülkelerinde hastaneler kamu-özel ortaklığı (KÖO) süreci ile özel şirketler tarafından inşa edilebilmekte ve yönetilebilmektedir (Mordelet, 2009).

Kamu-özel ortaklığı, devletin bir özel şirket grubuyla uzun süreli (49 yıla kadar) sözleşme ilişkisi kurması esasına dayanır. Bu sözleşmenin konusu, kamu hizmeti verilecek tesisin (Hastane, okul, hapishane, otoyol vb.) özel şirketler tarafından yapılarak devlete kiraya verilmesi, devletin de hem şirketlere kira ödemesi hem de bu tesiste verilecek “çekirdek hizmet” dışındaki hizmetleri bu şirketlere devretmesidir (Erbaş, 2012).

Kamu-Özel Ortaklığı her ne kadar adında “ortaklık” sözcüğü geçse bile, gerçek anlamda ortaklık olarak adlandırılmayacak bir kavramdır. Kısaca kamunun özel sektörden aldığı hizmet ve arsası kendinden olmak üzere yaptırdığı ve uzun bir süre sonra sahibi olacağı binalar karşılığında kira ödemesi biçiminde tanımlanabilir. Ortaklardan birinin diğerine kira ödediği bir birlikteliğin ticari olarak ortaklık olarak nitelendirilmesi söz konusu olamayacağına göre; aslında bu sistemi “kamudan özel sektöre kaynak aktarmak” olarak tanımlamak daha doğru olacaktır.

Kamu-özel ortaklığı, modelin özellikleri nedeniyle “eksik imtiyaz” olarak da adlandırılmaktadır. Bu modelde özel girişimciye bırakılan ve işletilerek gelir elde edeceği hizmet mekânı ile parçalı hizmetler o denli çok ve çekirdek kamu hizmetinin alanı o denli dardır ki özel girişimci için kamu hizmeti alanı içinde gerçek bir imtiyaz söz konusudur; idarenin varlığı ise özel girişimciye müşteri tutmak için çekirdek hizmeti yürütmekle sınırlıdır. Bu modelde özel girişimcinin kamu hizmeti alanında sahip olduğu imtiyazın tek eksiği çekirdek hizmet, ama sahip olduğu işletmeyi imtiyaz haline getiren de bu eksikliklerdir (Karahanoğulları, 2011).

KÖO, politika, planlama ve denetim arasında bağ kuran, en önemli siyaset yapma araçlarından biri olan bütçeyi işlevsizleştirilmesi nedeniyle karar alma noktasında geleceğin siyasetini apolitize edici bir özelliğe de sahiptir. Uzun süreli KÖO sözleşmeleri, sözleşmeleri imzalayan hükümetlerden sonra gelen birçok hükümetin hem sağlık hem de kamu maliyesi alanındaki politika tercihlerini ipotek altına almakta, hatta tercih olanaklarını neredeyse

tamamen ortadan kaldırmaktadır. 49 yıla kadar uzatılabilecek en az 25 yıllık sözleşmeler düşünüldüğünde KÖO modelini uygulamak başlı başına uzun vadeli bir plan ortaya koymak anlamına gelmektedir (**Karasu, 2011**).

KÖO “yenilikçi” ve büyük finansman gerektiren kamu hizmetleri için “kısıtlı” mali kaynakları olduğu artık hepimize ezberletilen kamuya önemli bir seçenek olarak karşımıza çıkarılmaktadır. KÖO; “Hükümetler tarafından sağlanacak finansmanla yeniden yapılması mümkün olmayan” 60-70 yıllık ve artık epeyce eskimiş kamu hastanelerinin, özel sektör tarafından yapılarak kamuya kira karşılığında hizmet sunacağı ve yurttaşların yeni ve çağdaş hastanelerden hizmet almasını kolaylaştıracak yepyeni bir model olarak sunulmaktadır.

Kamuya ait sağlık tesislerinin “kiralama” karşılığı yaptırılabilmesine ilişkin ülkemizdeki ilk düzenleme Özal Hükümeti tarafından 1987 yılında çıkarılan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na 2005 yılında AKP’nin bir madde (Ek Madde 7) eklemesiyle yapıldı. Ardından hem bir yönetmelik (2006), hem de yeni bir yasa (2013) ile kiralamanın kapsam ve içeriği ayrıntılı olarak belirlendi.

Yapılan düzenlemelere göre; ihaleyi alan firmalara bedelsiz olarak Hazine arazisi devredilmekte, yapım işleri kira, yenilemeler ise hizmet ve alanların devri karşılığında yapılabilmektedir. Kira ödemeleri, yapılan binalara taşınması planlanan devlet hastanelerinin döner sermayeleri tarafından karşılanmakta, karşılanamadığı durumlarda ise Hazine garantisi verilmektedir. Sözleşme süresi 49 yıla kadar çıkabilmekte, bu kapsamdaki işlerden Damga Vergisi ve Harç alınmamakta ve bu kapsamda yapılacak ihaleler Kamu İhale ve Devlet İhale Yasası’na tabi olmamaktadır. Entegre sağlık kampüsü başta olmak üzere, Bakanlığın yapmak ve yaptırmakla yükümlü olduğu ek binalar dâhil sağlıkla ilgili diğer tüm tesislerin bu yöntemle yapılabilmesi planlanmaktadır.

Bu düzenlemeler bir süre “Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO)” adıyla anıldıktan sonra, geçtiğimiz yıl adı birdenbire “Şehir Hastanesi” olarak değiştirildi.

Aslında AKP Hükümetlerinin aynı girişimlere yönelik ad değiştirme tutumu daha önce de gözlenmişti. Bu ilk değil. Örneğin 1983’te Özal döneminde başlatılan neoliberal sağlık reformları 2003 yılına kadar “Sağlık Reformu” adıyla tanıtılırken, hemen hemen aynı reformlar AKP Hükümeti tarafından “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adıyla yürütüldü.

Neden böyle bir ad değişikliğine gereksinim duyulduğu sorulacak olursa; sağlık reformu adıyla duyurulan girişimlerin sağlık alanında bir reform değil, “Deform” olduğunun anlaşılmasının büyük bir payı olduğu söylenebilir. Anımsanacağı gibi, Özal ile başlayıp Çiller ile sürdürülmeye çalışılan neoliberal sağlık reformlarının içerdiği olumsuzluklar sendikalar, meslek örgütleri ve akademisyenler tarafından çeşitli etkinlikler düzenlenerek sık olarak dile getirilmiş; küresel sermayenin bir an önce el atmak istediği sağlık alanına olanca gücüyle girmesi bunun da etkisiyle ertelenmek zorunda kalmıştı.

Aynı durum şimdi de söz konusudur. Kamu-özel ortaklığı adıyla gerçekleştirilmesi planlanan sağlık yatırımlarının yüksek maliyeti toplumla buluşturulmaya başlanınca, algı yönetimi ile uğraşanlar çareyi ad değişikliğinde buldular. Artık “Şehir Hastanesi” diyorlar. Her iki sözcük de çekici; hem şehrin kendisi, hem de hastanesi. Ancak, kötü şeylere iyi adlar vererek kötülükler ortadan kaldırılamaz.

Kamu-Özel-Ortaklığı yönteminin sağlık alanında uygulandığı ülkelerde bu uygulamaların piyasa için yeni fırsatlar sağlayan bir yaklaşım olduğu, amacının kamu yararı olmadığı bilinmektedir. Kamu-özel ortaklığı çerçevesinde çalışan hastaneler, sağlık hizmetleri sistemini eriten, özel ve kâr amaçlı hizmetler vermektedir. Burada hizmetin odak noktasını insanın sağlığı değil, elde edilecek kâr oluşturmaktadır.

İngiltere ve Kanada gibi ülkelerdeki uygulamalar tek başına kamu sektörü ile karşılaştırıldığında; kamu - özel ortaklığı yönteminde sermaye maliyetinin daha pahalı, inşaat maliyetinin daha pahalı ya da aynı, işletme/çalıştırma maliyetinin aynı, işlem maliyetinin daha pahalı ve değişkenliğin daha riskli olduğu anlaşılmıştır. İngiltere’de yapılan çalışmalar üç kamu hastanesi için gereken kaynakla ancak bir kamu-özel ortaklığı hastanesi yapılabildiğini ortaya koymaktadır. İngiltere’de Parlamento 2011 Nisan ayında; yolsuzluk, hatalı muhasebeleştirme, kamu maliyesi açısından ciddi risk oluşturmaları ve kamu yararına aykırı uygulamalar konusunda yoğun şikâyetlerin olduğu kamu-özel ortaklığı uygulamasına yönelik Araştırma Komitesi kurulmasını kararlaştırmıştır (**Pollock, 2005; TTB, 2012a; TTB, 2012b**).

Kamu-özel ortaklığı yönteminde fazla ödeme söz konusudur! Yurt dışındaki deneyimler en başta tahmin edilen maliyetlerin hemen her zaman

aşıldığını göstermektedir. KÖO hastane sözleşmeleri genellikle gizli, kamu denetiminden uzaktadır. Uluslararası Para Fonu (IMF) bile "KÖO finansmanında saydamlık gerektiğine" işaret etmektedir. Aynı sorun ülkemizde de yaşanmış, KÖO ihaleleri ile ilgili belgelere ancak mahkeme kararı ile ulaşılabilmektedir.

KÖO hastane sözleşmeleri çok uzun süre geçerlidir. Uzun vadeli -25 yıl veya daha uzun- sözleşmeler hem demokratik değildir hem de yanıltıcıdır. Uzun vadeli sözleşmelerde çoğu kez sözleşmenin sonuna itilen ek giderler yer alır. 30 yıllık bir sözleşme demokratik değildir; çünkü bir siyasetçinin faal olabileceği sürenin çok ötesindedir. Öyle ki, önemli giderler gündeme geldiğinde bu işlerin altındaki siyasetçiler çoktan sahneden çekilmiş olacaktır.

Yurt dışındaki uygulamalar, resmi yetkililerin KÖO hastane konsorsiyumlarına çok yakın görünebilmelerini ve gerçekleşen ihaleler sonrasında kamudan ayrılarak söz konusu şirketlerde dolgun ücretlerle çalışmaya başladıklarını göstermektedir.

Şirketler KÖO hastanelerinden daha fazla kâr elde edebilmek amacıyla hastane personelinden kısıntıya gitmektedir. İngiltere'de yüzlerce çalışan KÖO hastanelerindeki işlerinden ayrılmak zorunda kalmıştır. Kiraların ödenememesi ya da gelirlerin giderleri karşılamaması nedeniyle, KÖO yöntemiyle yapılan hastanelerden bir bölümü iflasa sürülmektedir. İngiltere'de şimdiye kadar 7 hastane-birliği ile ilgili ciddi finansal sorunlar baş göstermiş durumdadır. Hükümet tarafından bu hastanelerin hizmetlerini sürdürebilmeleri için ek ödeme alma ya gereksinimleri olduğu açıklanmıştır (, 2013).

KÖO sisteminde hastaların hastane hizmetlerine erişimi güçleşmektedir. Daha fazla sayıda yatak sözü vermelerine karşın KÖO hastanelerinde yerlerini aldıkları kamu hastanelerinden daha az sayıda yatak bulunmaktadır. Ayrıca daha küçük kamu hastaneleri KÖO'ler yüzünden kapandıkça acil hastane bakım hizmetleri de giderek daha erişilmez olmaktadır.

KÖO hastaneleri belirli bir bölgenin tümüne hizmet verecek büyük hastane olarak tasarlanmaktadır. Daha küçük ve kırsal kesimlerdeki kamu hastaneleri ya yeni KÖO'lerin açılmasından önce veya bu sırada kapanmaktadır. Küçük yerleşimlerdeki hastalar en yakın KÖO hastanesine ulaşmak için zaman zaman saatler süren yolculuklar yapmak zorunda kalmaktadır.

Ülkemizde KÖO (Şehir hastaneleri) ile ilgili en başta gelen sorun hastane binalarının ve donanımının kamuya yüksek maliyetidir. Hükümet tarafından yapılan yasal düzenlemelere göre, Sağlık Bakanlığı şehir hastanelerinin binalarının yapılması için kamu arazisini göstermekte ve ihale açarak söz konusu araziye şirketler tarafından hastane binasının yapılmasını istemektedir. İhaleye göre Bakanlık yapılacak binalar ve bu binalara konacak donanım için, hastane hizmete girdikten sonra yirmi beş yıl boyunca kira ödeyecektir. Kiranın hastanenin döner sermayesi tarafından ödenmesi öngörülmekte, ancak ödenememesi halinde Hazine'den ödeme güvencesi verilmektedir.

Şehir hastaneleri için yapılan ihalelerde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen sabit yatırım tutarı ile yıllık kira bedelleri incelendiğinde; çok yüksek tutarların ödeneceği anlaşılmaktadır. Örneğin Kayseri ihalesinde (Toplam 1583 yatak) sabit yatırım tutarı 427 milyon TL olan "Şehir Hastanesi" için 25 yılda toplam olarak 3 milyar 443 milyon TL ödemesi öngörülmektedir (TTB, 2012c).

Kamu-özel-ortaklığı yöntemi klasik ihale yönteminden farklıdır. Örneğin Erzurum'da klasik ihale yöntemi ile 2011'de gerçekleştirilen 1.200 yataklı hastane ihalesinde 260 Milyon TL yaklaşık maliyet öngörülmüş ve ihale 193,3 Milyon TL bedelle tamamlanmıştır. Bir başka deyişle, Kayseri'nin 1,5 yıllık kirasıyla 1.200 yataklı hastane yapılabilmektedir (TTB, 2012c).

Sorular şunlardır: Kayseri'de yaklaşık üç buçuk yıllık kirası ile sabit yatırım tutarı karşılanabilen şehir hastanesi için neden 25 yıl boyunca kira ödenecektir? Yalnızca Kayseri için fazladan 3 milyar TL neden ödenecektir? Bu para nasıl (Hastane döner sermayeleri ile ödenmesi olanaklı değildir) ödenecektir? Bu para kim (ler)e ödenecektir?

Bu arada, şirketlerin ihalelerde yer alan çekirdek hizmet dışındaki (temizlik, yemek, güvenlik, otopark, çeşitli lab. hizmetleri vb.) hizmetlerden kazanacağı parayı bu hesabın dışında tuttuğumuzu da ekleyelim.

Özet olarak; Türkiye'de "Şehir Hastaneleri" için öngörülen temel sorun alanları başta finansman yöntemi (Kamuya çok yüksek maliyet, taşınacak kamu hastanelerinin ödeme güçlüğü, Hazine garantisi ve iflas durumunda izlenecek yol) olmak üzere, yer seçimi (Tarım arazilerinin imara açılması

ile taşkın alanlarında inşaat yapılması), yurttaşların söz konusu hastanelere ulaşım ve erişim sorunları (Coğrafi/ekonomik erişilebilirlik), taşınacak kamu hastanelerinin boşaltacağı yerleşkelerin durumu (İhaleleri alan şirketlere devredilmesi söz konusu) ve taşınacak kamu hastanelerindeki hem sağlık hem de destek hizmetlerinin sunulması ile ilgili imtiyazlar olarak sıralanabilir.

Bugüne kadar ihalesi gerçekleşen sekiz hastane için 25 yılda yapılacak fazladan ödeme ülkemizdeki yıllık sağlık harcamalarının yarısına yakın bir tutar olan 26 milyar TL'yi aşmaktadır. Planlanan hastanelerin tamamının yapılması halinde, 25 yılda 100 milyarın üzerinde kira ödemesinin yapılması söz konusudur.

Şehir hastaneleri her ne kadar kamu hastanelerinin kavuşacağı yeni ve modern binalar olarak tanıtılsa da kamu-özel- ortaklığı yöntemiyle yapılacak bu yerleşkelerin "kamu" ile ilgisinin olmadığı açıktır. Şehir hastaneleri "kamu" adını kullanarak küresel sermayeye yeni ve büyük bir kaynak aktarmanın aracı olacak gibi görünmektedir. Kamuoyu sağlık alanında yeni bir özelleştirme ile karşı karşıyadır.

Son Söz Yerine

Neoliberal sağlık reformlarının sağlığı piyasalaştıran ve sermaye için yeni bir kâr maksimizasyonu alanı haline getiren yapısı, son otuz yılda, kamu hastanelerini hem örgütlenme, hem finansman, hem de istihdam yapısı açısından derinden etkilemiştir.

Bu süreçte kamu hastanelerinin finansman yapısı büyük ölçüde değişmiş; hastaneler bütçe dışı kaynaklardan gelir elde etmeye zorlanmış ve bu zorlanma sonucunda sosyal/özel sigorta primleri, katkı payları/kullanıcı ödentileri ve cepten harcamalar gibi yollarla yurttaşların tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanına katkı yapması zorunlu hale getirilmiştir. Bu zorunluluğun tedavi edici hizmetlere erişimi sınırlandırarak, sağlıkta yaşanan eşitsizlikleri derinleştirmesi kaçınılmazdır.

Yeni kamu yönetimi adıyla kamu hastanelerini piyasalaştıran uygulamalar, tek başına sağlık alanı ile ilgili bir düzenleme olmaktan çoktan çıkmıştır. Eğitim de içinde olmak üzere sosyal politika ile ilgili alanların tamamının ranta dönüştürülme çabaları, toplumun emekçi kesimlerinin güçlü bir biçimde direnmesi gereken ortak hattı hepimize göstermektedir. Aksi halde hayatın her alanındaki eşitsizlikler daha da derinleşecektir.

Kaynaklar

- Aksu Tanık F** (2013) Performansa Göre Ödeme Konusunda Türk Tabipleri Birliği Değerlendirmeleri, Hizmet Başı (Performansa Dayalı) Ödeme Çalıştayı, Bursa Tabip Odası Yayını, Bursa.
- Belek İ** (2014) Avrupa Sağlık Reformları "kel göründü", Yazılma Yayınevi, İstanbul.
- Braithwaite J, Travaglia JF, Corbett A** (2011) Can Questions of the Privatization and Corporatization, and the Autonomy and Accountability of Public Hospitals, Ever be Resolved? *Health Care Anal* 19:133-153.
- Dayı F** (2013) Sağlık İşletmelerinde Uygulamalı Finansal Analiz, Ekin Yayınevi, Bursa.
- Dünya Bankası** (2002) Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar, İnsan Geliştirme Sektörü Birimi Avrupa ve Orta Asya Bölgesi, Dünya Bankası Dokümanı, Rapor No. 24358-TU.
- Erbaş Ö** (2012) Kamu Özel Ortaklığı Nedir, Ne Değildir? Hekimce Bakış Bursa Tabip Odası Yayın Organı, 79:30-31.
- Esatoğlu AE** (2013) Performans Değerleme Yöntemleri, Hizmet Başı (Performansa Dayalı) Ödeme Çalıştayı, Bursa Tabip Odası Yayını, Bursa.
- Geissler A, Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Busse R** (2011), Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems, in R. Busse, A. Geissler, W. Quentin and M. Wiley (eds.) *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving to wards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Maidenhead: Open University Press and WHO Regional Office for Europe.
- Gülcü A, Özkan Ş, Tutar H** (2004) Devlet Hastanelerinin 1998-2001 Yılları Arası Veri Zarflama Analizi Yöntemiyle Görece Verimlilik Analizi: Yönetim ve Organizasyon İlkeleri Açısından Bir Değerlendirme, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 18 (3-4):397-421.
- Jehu-Appiah C, Sekidde S, Adjui M et al** (2014) Ownership and technical efficiency of hospitals: evidence from Ghana using data envelopment analysis, *Cost Eff Resour Alloc*. 8;12 (1):9. doi: 10.1186/1478-7547-12-9.
- Karahanogulları O** (2011) Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tıp: Eksik İmtiyaz (Kamu-Özel Ortaklığı), *Toplum ve Hekim*, 26 (5):323-347.
- Karasu K** (2011) Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-özel Ortaklığı, *Toplum ve Hekim*, 26 (4):245-273.
- Maliye Bakanlığı** (2007) Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği, Resmi Gazete Sayı:26509.
- Mordelet P** (2009) The impact of globalisation on hospital management: Corporate governance rules in both public and private nonprofit hospitals, *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 2 (1): 7-14.
- OECD** (2012) *Competition in hospital services 2012*, Directorate For Financial And Enterprise Affairs Competition Committee, DAF/COMP (2012)9.
- OECD web sayfası** (2014) Erişim tarihi 1 Temmuz 2014, <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=58340>.

- Pala K** (2005) Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması, *Toplum ve Hekim*, 20 (1):72-74.
- Pala K** (2012) Kamu hastane birliği nedir? Neden, kim (ler) için tercih ediliyor, *Hekimce Bakış Bursa Tabip Odası Yayın Organı*, 81:16-19.
- Pala K** (2013) Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı: Birleşik Krallık Deneyimi, *Toplum ve Hekim*, 28 (6):432-435.
- Pala K** (2014) Correspondence: Health-care reform in Turkey: far from perfect, *Lancet*, 383:28.
- Paris, V, Devaux M, Wei L.** (2010) Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries, *OECD Health Working Papers*, No. 50, OECD Publishing. Erişim tarihi: 1 Temmuz 2014 <http://dx.doi.org/10.1787/5kmfxfq9qbner>.
- Pollock A** (2005) *NHS plc The Privatization of Our Health Care*, Verso, London.
- Sağlık Bakanlığı** (2012) 2012 Yılı Götürü Bedel Protokolü. Erişim tarihi: 1 Temmuz 2014 SGK web sayfası (Mevzuat, yürürlükteki sözleşme ve protokoller) www.sgk.gov.tr.
- Sağlık Bakanlığı** (2013a) 2013 Yılı Götürü Bedel Protokolü. Erişim tarihi: 1 Temmuz 2014 http://www.tkhk.gov.tr/DB/15/1417_protokoller.
- Sağlık Bakanlığı** (2013b) Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı: 28559 (Mükerrer).
- Sağlık Bakanlığı** (2014) 2014 Yılı Götürü Bedel Protokolü. Erişim tarihi: 1 Temmuz 2014 http://www.tkhk.gov.tr/DB/15/1417_protokoller.
- Sayıştay** (2013) T.C. Sayıştay Başkanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2012 Yılı Denetim Raporu.
- Sezen B, Gök Ş** (2009) Veri zarflama analizi yöntemi ile hastane verimliliklerinin incelenmesi, *ODTÜ Gelişme Dergisi*, 36:383-403.
- SGK** (2012) Sosyal Güvenlik Kurumu 2012 İstatistik Yıllığı, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler>.
- Soyer A** (1995) Hastane Tekelleri geliyor, Belek İ ve Soyer A (Eds): *Sağlıkta Özelleştirme, Sorun yayınları*, İstanbul.
- Tiemann O, Schreyögg J** (2009) Effects of ownership on hospital efficiency in Germany, *Bu R Bus Res J* 2 (2):115-145.
- Tummers LG, Van de Walle S** (2012) Explaining health care professionals' resistance to implement Diagnosis Related Groups: (No) benefits for society, patients and Professionals, *Health Policy* 108:158- 166.
- TTB** (2012a) Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu, *Türk Tabipleri Birliği yayını*, Ankara.
- TTB** (2012b) Kanada Kamu Emekçileri Sendikası Araştırma Raporu, Kamu Özel Ortaklığı Hastaneleri Yanlış Yön, *Türk Tabipleri Birliği yayını*, Ankara.
- TTB** (2012c) Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı, Erbaş Ö, Yavuz CI ve İlhan B, *Türk Tabipleri Birliği yayını*, Ankara.
- TÜİK web sayfası** (2014) Erişim tarihi 1 Temmuz 2014, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15871>.
- Tükel R** (2010) Sağlıkta Dönüşümde Son Aşamaya Doğru: Hastanelerin yeniden Yapılandırılması ve Yeni Finansman Modeli, *Toplum ve Hekim*, 25 (3):230-236.
- US DHHS** (2014) *Health, United States, 2013: With Special Feature on Prescription Drugs*, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Hyatts ville, DHHS Publication No: 2014-1232.
- WHO** (1992a) *Hospital economics and financing in developing countries*, W. Newbrander, H. Barnum, J. Kutzin, World Health Organization. National Health Systems and Policies Unit, Geneva: World Health Organization, WHO/SHS/NHP/92.2.
- WHO** (1992b) *The Hospital of Tomorrow* by D. Jolly & L. Gerbaud, World Health Organization Division of Strengthening of Health Services, Geneva: World Health Organization SHS Paper; number 5, WHO/SHS/CC/92.1.
- WHO** (2011) *Governing public hospitals, Reform strategies and the movement to wards in institutional autonomy*, Edited by Richard B. Saltman, Antonio Durán and Hans F.W. Dubois, Observatory Studies Series No. 25, Copenhagen.
- World Bank** (2003), *Innovations in Health Service Delivery The Corporatization of Public Hospitals*, (Eds): A S Preker, A Harding, Washington.
- World Bank web sayfası** (2014) Erişim tarihi: 14 Temmuz 2014, http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,contentMDK:22523961~menuPK:376799~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376793~isCURL:Y,00.html#Community_Based_Health_Insurance.

TÜRKİYE'DE ÖZEL HASTANELER: Sermayenin Yeni Birikim Alanı ya da AKP'nin Patron Sevgisi

Onur HAMZAOĞLU*

Özet: Bu makalede, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve hizmet sunum modellerindeki değişime paralel olarak, özel hastanelerin niceliksel gelişimi ortaya konmuştur. Türkiye'de özel hastane sayısı, özel hastane yatak sayısı ve özel hastane başına düşen ortalama yatak sayısındaki yıllar içindeki artış dikkate alındığında, özel hastaneleri üç dönemde incelemek mümkündür: 1) Butik Özel Hastaneler Dönemi 2) Geçiş Dönemi ve 3) Mega Özel Hastaneler Dönemi. Özel hastane masraflarının kamu sosyal güvenlik kurumları tarafından karşılanmadığı, bu nedenle de kişilerin özel hastane giderlerini ceplerinden karşılama durumunda oldukları 1995 yılına kadarki dönemde Türkiye'de varıl nüfusun yaşadığı kentlerde "Butik Özel Hastaneler" söz konusudur. Geçiş Dönemi olarak adlandırılabilir 1996-2005 yıllarında, bazı kamu sosyal güvenlik kurumlarının üyeleri için doğrudan özel hastanelerden de hizmet satın almaya başlamaları ve kamu hastanelerinden özel hastanelere sevk önünün açılmasıyla birlikte, sayıları yatak kapasiteleri ve ülke genelindeki yaygınlıkları artmaya başlamıştır. Kamu sosyal güvenlik kurumlarının tümünün doğrudan hizmet satın almaya başlaması ile birlikte, "Mega Özel Hastaneler Dönemi" 2006 yılındaki uygulamalarla beraber başlatılmış, sayı ve kapasite artışı ile birlikte, yıllar içinde yaygınlığı daha da artmıştır. Bu eğilim günümüzde de devam etmektedir.

Anahtar sözcükler: özel hastane, özel yatak, butik özel hastane dönemi, mega özel hastane dönemi, Türkiye, kamu tedavi harcamaları

Private Hospitals in Turkey:

New Domain for Capital Accumulation or AKP's Affection For Bosses

Abstract: The article explores quantitative trends in private hospitals parallel to the change in the financing of health services and service delivery models in Turkey. Given the increase in the number of private hospitals, private hospital beds and average number of beds per private hospital it is possible to examine these facilities in reference to three periods: 1) the period of boutique private hospitals; 2) transition period, and 3) the period of mega private hospitals. Until 1995 when public social security institutions did not cover expenses in private hospitals and thus citizens had to cover such expenses from their personal budgets, we observe "Boutique Private Hospitals" in urban centres where wealthy people lived. In the period 1996-2005 as a transition phase, the number, bed capacity and geographical availability of private hospitals started to increase as some public social security institutions purchased services from private hospitals and it became possible to make referrals from public to private health facilities. As public social security agencies altogether started to procure services from without, the "Mega Private Hospitals Period" came in 2006. This trend is still continuing.

Key words: private hospital, private bed, boutique private hospital period, mega private hospital period, Turkey, public health spending

Giriş

Yirminci yüzyılın son çeyreğine girerken yaşanan, kapitalizmin yapısal krizinin, sermayenin kazanımlarıyla aşılabilmesi amacıyla, sistemin hem üst yapısında hem de alt yapısında köklü değişiklikler gerçekleştirildi. Başka bir ifadeyle, seksenli yıllarla birlikte kapitalizm yeniden düzenlendi. Bir yandan değişen sermayeye yönelik müdahalelerle (esnek çalışma, sendikasıylaştırma, kalite çemberleri vb.) sömürü oranını artırmak için uygulamalar hızla çalışma yaşamına sokuldu. Öte yandan, sabit-değişmeyen sermaye alanına

yönelik olarak bugün de devam eden, doğa ve insana rağmen, yeni enerji ve hammadde kaynak ve çeşitliliği yaratma ve üretim sürecine dahil etme faaliyetleri hız kazandı. Sağlık hizmeti sunumu, sermaye sahipleri-patronlar için de çok uzun yıllar, emek-gücünün yeniden üretimi için gerekli öğelerden biriyken, söz konusu dönemde sermaye için yeni bir birikim alanı olarak düzenlendi. Bunu sağlayabilmek için, Dünya Bankası ve IMF'nin koordinasyonunda "yapısal uyum politikaları" kapsamında bir yandan maliyet artışından kaynaklandığını iddia

*Prof. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

ettikleri “sağlık krizi”nin varlığını kanıtlamaya-toplumlara kabul ettirmeye çalışırken, öte yandan, buna çözüm olarak ‘sağlık reformu’nu hükümetler eliyle gerçekleştirdiler (**WB, 1987; Hamzaoglu, 2013; Hamzaoglu, 2014**).

Sağlık reformunun uygulamaya konduğu onlarca ülkede sağlık alanında hem hizmet sunumu hem de mülkiyet düzeyindeki özelleştirmeler bir çıg hızı ve boyutunda gerçekleştirildi. Kamunun verimsizliği propagandası eşliğinde, sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu yerine özel sektör tercihi hayata geçirildi. Kamu hastanelerinin işletmeleştirilmesi, kamu hastanelerinin özel sektöre satılması, kamu özel ortaklığı vb. uygulamaların yanı sıra, yerli ve yabancı sermayenin hastanecilik alanına girmesi için uygun koşullar sağlandı (**WB, 1993; Homedes, 2005; Hamzaoglu 2007**). Söz konusu propaganda ve uygulamalara karşın, yapılan araştırmalarda özel hastanelerin kamu hastanelerine göre daha verimli olduğu ya da kamu hastanelerinin özel hastanelerden daha az verimli olduğuna yönelik geçerli yeterli kanıt elde edilemedi (**Belek, 1998**).

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de mülkiyeti kişi ya da şirketlere ait olan özel hastanelerin yıllar içindeki sayı ve dağılımı ile bunu belirlediği düşünülen uygulamalarla, birlikte değişiminin-ilişkisinin ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’nın tedavi hizmeti satın almadaki tutumundaki yıllar içindeki değişimin incelenmesidir.

Veri Kaynağı ve Sınırlıklar

Çalışmanın iki temel veri kaynağı bulunmaktadır. İlki, Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllıkları (YTKİY), ikincisi ise SGK tarafından yayımlanan İstatistik Yıllıklarıdır.

Çalışmada SB istatistiklerinde özel hastaneler olarak kabul edilen dernek, azınlık ve yabancı hastaneler dışarıda tutularak, yalnızca mülkiyeti kişi ve/veya şirketlere ait hastaneler özel hastane olarak kabul edilmiştir.

SB tarafından 1975-2007 yılları için yayımlanan YTKİY’lerde hem SB hem özel hem üniversite hastaneleri ve diğer kamu hastaneleriyle ilgili bilgiler il düzeyinde yer almakta, ayrıca bu hastane gruplarının hizmet sunumlarıyla ilgili ülke genelini yansıtan parametrelere (yatak işgal oranı, yatak devir hızı, devir aralığı vb.) yer verilmekteydi. SB, 2008-2012 yıllarını kapsayan beş yıllık dönem için YTKİY yayımlamamıştır. Daha sonra, Refik Saydam

Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından, 2011 yılında 2008-2010 yılları için, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından da 2012 yılından itibaren Sağlık İstatistikleri Yıllıkları yayımlanmıştır. Söz konusu altı yıla ait yıllıklarda yataklı tedavi kurumlarıyla ilgili son derece sınırlı veriler söz konusudur. Son olarak, Ekim 2014 tarihinde, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından yayımlanan Kamu Hastaneleri Birlikleri 2014 başlıklı raporda SB hastaneleriyle ilgili veri sunulmuştur. Söz konusu dokümanda, özel ve üniversite hastanelerinin yalnız kurum ve yatak sayıları bulunmakta, ne ülke geneli ne de il düzeyinde hizmet sunumuyla ilgili göstergelere yer verilmemektedir.

Tedavi hizmetlerinin sunumuna yönelik köklü değişimlerin ve sonuçlarının izleneceği yıllar olan 2008-2013 dönemine ait yukarıda ifade edilen verilere ulaşamadığından, hizmet sunumu ile ilgili değerlendirmeler yapılamamıştır.

SGK, son olarak 2013 yılına ait istatistik yıllığını 22 Ocak 2015 tarihi itibarıyla web sayfasında yayımlamıştır. Bununla birlikte, önceki yıllardan farklı bir tutumla beşinci bölüm olarak yayımlamakta olduğu mali istatistiklere yer vermemiştir. Bu nedenle, SGK tedavi harcamalarının 2012 yılı sonrasıyla ilgili verilere ulaşamamıştır.

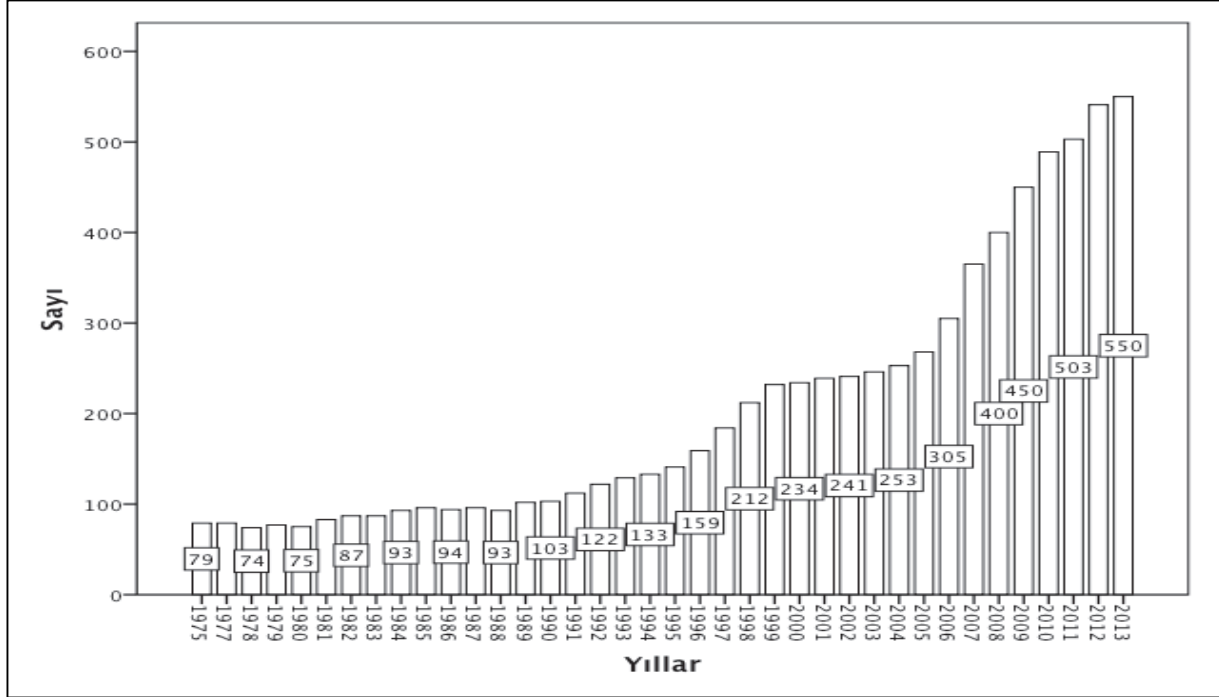
Türkiye’de özel hastanelerle ilgili tarihsel süreç ve mevzuat

Türkiye’de, 1923 yılında, kişi ve/veya şirketlere ait özel hastaneler, mevcut yataklı tedavi kurumlarının %2.9’unu (14’ü), özel hastane yatakları da toplam hastane yataklarının %8.3’ünü (532’sini) oluşturmaktadır (**SSYB, 1923-1983**). Bu durum Osmanlı İmparatorluğu döneminde kamu tarafından tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumundaki yokluk derecesine varan sınırlılıkla açıklanabilir. Devlet hastanesi sayısı, Cumhuriyetin kuruluş yılında yalnızca üç iken, 1925’de 17, 1930 yılında da 36’ya ulaşmış, aynı yıllar için bu hastanelerdeki yatak sayısı, 950’den başlayıp, 2755 ve 3965 olmuştur. Söz konusu yıllarda özel hastane açılmadığı için, bu durum doğal olarak özel hastanelerin ve yataklarının payını azaltmıştır. Türkiye’de özel hastanelerle ilgili ilk yasa, 5 Haziran 1933 tarih ve 2419 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu’dur. Söz konusu Yasa ile özel hastanelere hastalarını yatırarak tedavi hizmetleri işlevi verilirken, poliklinik hizmetlerinin düzenlenmesiyle ilgili herhangi bir hükme yer verilmemiştir. Özel hastanelerde poliklinik hizmetlerinin sunumuyla ilgili ilk düzenleme, 27 Nisan 2002 tarih ve 24708 sayılı

Tablo 1. Özel hastanelerle ilgili bazı verilerin ilgili dönem için ortalama değerleri

	Özel Hastane Sayısı	Özel Hastane Yatak Sayısı	Özel Hastane Başına Ortalama Yatak Sayısı
Butik Özel Hastaneler Dönemi ...1975-1995	98	3386	33.6
Geçiş Dönemi 1996 - 2005	227	10855	47.7
Mega Özel Hastaneler Dönemi 2006 - 2013...	450	26410	57.3

Kaynaklar: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğü. (1976-1978). Yataklı Tedavi Kurumları 1975-1987 Yılı Bültenleri. Ankara. Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1989-2008). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllıkları 1988-2007. Ankara. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (2011). Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2008-2010. Ankara. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2012-2014). Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2011-2014. Ankara. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (2014). Kamu Hastane Birlikleri 2014, İkinci Baskı, Ekim, Ankara. Verilerinden yararlanılarak hesaplanmıştır.

**Şekil 1. Türkiye’de yıllara göre özel hastane sayıları (1975-2013)**

Kaynaklar: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğü. (1976-1978). Yataklı Tedavi Kurumları 1975-1987 Yılı Bültenleri. Ankara. Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1989-2008). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllıkları 1988-2007. Ankara. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (2011). Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2008-2010. Ankara. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2012-2014). Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2011-2014. Ankara. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (2014). Kamu Hastane Birlikleri 2014, İkinci Baskı, Ekim, Ankara. Verilerinden yararlanılarak hesaplanmıştır.

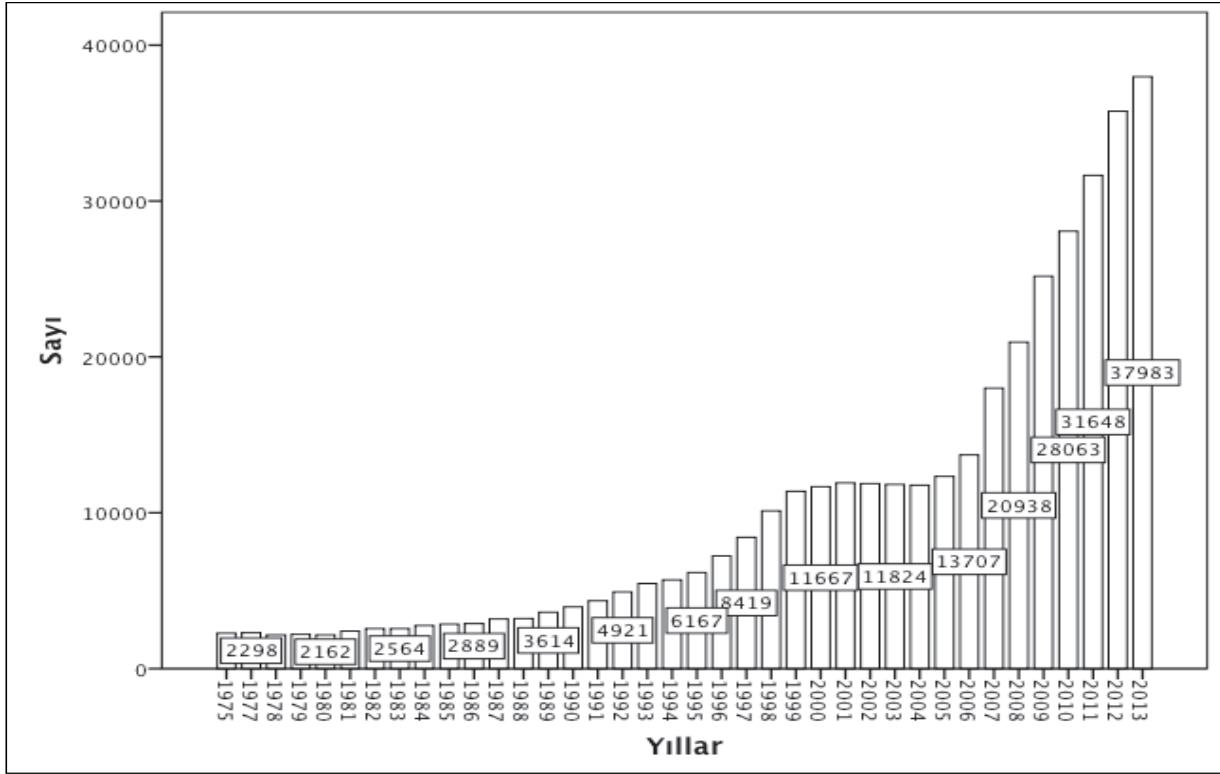
Resmi Gazete’de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliği ile gerçekleştirilmiştir.

Yıllar içinde sağlanan teşviklerin ve son 10-15 yıldır uygulanmakta olan sağlık politikalarının etkisiyle, özel hastanelerin toplam hastaneler içindeki payı 1975 yılında %8.7, 1980’de %8.2, 1985’de %12.5, 1990’da %11.5, 1995’de %13.4, 2000’de %19.1, 2005’de %22.4’iken, 2010’da %34.0 ve 2013 yılında %36.3’e ulaşmıştır.

Türkiye’de özel hastane (Şekil 1), özel hastane yatak (Şekil 2) ve özel hastane başına düşen ortalama yatak (Şekil 3) sayısındaki yıllar içindeki artış dikkate alındığında, 1975-2013 yıllarını üç dönem olarak incelemek mümkündür (Tablo 1).

1995 yılına kadar olan dönemi “Butik Özel Hastaneler Dönemi”, 1996-2005 yıllarını “Geçiş Dönemi” ve 2006 ile sonrasını da “Mega Özel Hastaneler Dönemi” olarak adlandırabiliriz.

1975 yılında özel hastane sayısı 79, özel hastanelerdeki toplam yatak sayısı 2271 iken, bir özel hastane başına düşen ortalama yatak sayısı yaklaşık 29’dur. Özel hastanelerden hizmet almanın kişilerin doğrudan cepten sağlık harcamalarıyla mümkün olduğu bu dönemi “Butik Özel Hastaneler Dönemi” olarak adlandırmak mümkündür. Özel hastanelerin bu dönemde, çoğunlukla kamuda yarı zamanlı çalışan, çok daha az olarak da yalnızca özelde çalışan hekimlerin paralı hastalarının, çoğunlukla da cerrahi tedavileri için kullandıkları, önemli



Şekil 2. Türkiye’de yıllara göre özel hastane yatak sayıları (1975-2013)

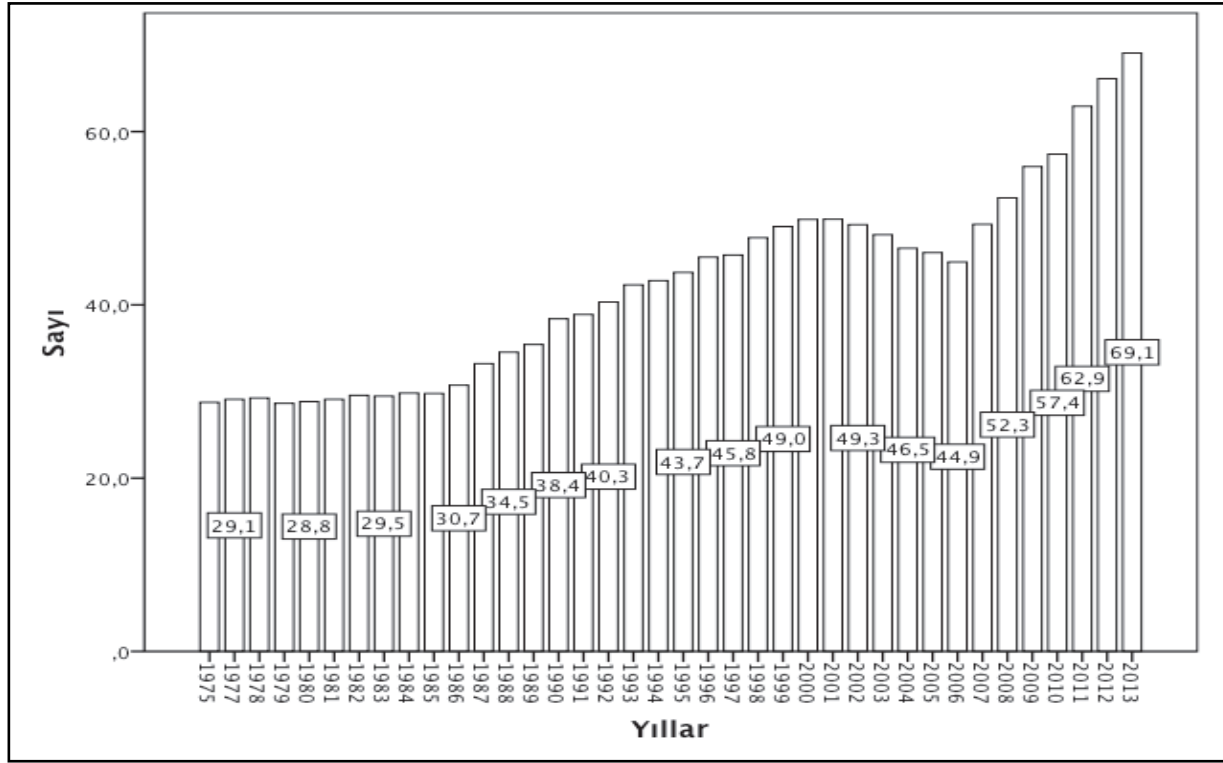
Kaynaklar: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğü. (1976-1978). Yataklı Tedavi Kurumları 1975-1987 Yılı Bültenleri. Ankara. Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1989-2008). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllıkları 1988-2007. Ankara. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (2011). Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2008-2010. Ankara. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2012-2014). Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2011-2014. Ankara. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (2014). Kamu Hastane

bölümünün çok küçük yatak kapasiteli hastaneler durumunda oldukları bilinmektedir. Butik Özel Hastaneler Dönemi, hastaların, genellikle hekim ücretini doğrudan hekime, hastane giderlerini (tedavi ve otelcilik hizmetleri) de hastaneye ödedikleri bir uygulamanın ve bu hastanelerin mülkiyetinin de çoğunlukla hekimlere ait olduğu bir dönemdir.

Doksanlı yıllarla birlikte, Emekli Sandığı (ES) kapsamındaki hasta ve bakmakla sorumlu oldukları yakınları tarafından doğrudan başvuru yapılabilen, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) mensupları ile bakmakla sorumlu oldukları yakınlarının dönemin SSK Hastaneleri¹ tarafından sevkleri yapıldığında hizmet alabildikleri ve her iki hasta grubunun sağlık hizmet giderlerinin tümünün söz konusu iki kamu sigorta kurumu tarafından karşılandığı bir dönem başlamıştır. “Geçiş Dönemi” olarak adlandırılabilir bu dönemde özel hastanelerin hasta profili cepten harcama yapabilen hastalar yerine, kamu sosyal güvenlik kurumundan güvenceli olanlara dönüşmeye başlamıştır. Geçiş Dönemi’nin başlangıcı olarak kabul ettiğimiz 1996 yılı itibarıyla, Türkiye’de özel hastanelerin toplam sayısı 159, toplam yatak sayısı 7236, özel hastane başına

düşen ortalama yatak sayısı da 45.5’dir. Bu dönemin son yılı olarak kabul edilen 2005 yılında ise özel hastanelerin toplam sayısı 268’e, toplam yatak sayısı 12339’a ve özel hastane başına düşen ortalama yatak sayısı 46.0’ya ulaşmıştır. Söz konusu yatak sayısı ile Geçiş Dönemindeki özel hastaneleri, orta büyüklükte yataklı tedavi kurumları olarak tanımlamak mümkündür. Doksanlı yılların ortalarında özel hastanelere yönelik teşviklerin yetersizliği nedeniyle, sayı ve kapasite olarak istenilen seviyeye ulaşamadıklarını ifade eden çalışmalara sıklıkla rastlanmaktadır (Kaya, 1995). Daha sonraki bölümde ayrıntılı olarak paylaşılacak verilerde de görüleceği üzere, Geçiş Döneminde gayri safi yurt içi gelirden (GSYİG) yeterli pay alamayan-düşük pay alan (dolayısıyla sanayileşmemiş-kentleşmemiş bu nedenle sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusun -SSK, ES ve devlet memuru- sayısının sınırlı olduğu) 29 ilde özel hastane bulunmamaktadır.

Özel hastanelerin üçüncü dönemini, “Mega Özel Hastaneler Dönemi” olarak adlandırmak ve bu dönemi 20 Mayıs 2006 gün ve 26173 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren, üç kamu sosyal güvenlik kurumu SSK, ES ve Bağ-Kur’un



Şekil 3. Türkiye’de yıllara göre özel hastane başına düşen ortalama yatak sayısı (1975 - 2013)

Kaynaklar: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğü, (1976-1978). Yataklı Tedavi Kurumları 1975-1987 Yılı Bültenleri. Ankara. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (1989-2008). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllıkları 1988-2007. Ankara. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, (2011). Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2008-2010. Ankara. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, (2012-2014). Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2011-2014. Ankara. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (2014). Kamu Hastane Birlikleri 2014, İkinci Baskı, Ekim, Ankara. Verilerinden yararlanılarak hesaplanmıştır.

birleştirilerek, Sosyal Sigortalar Kurumu (SGK)’nın kuruluşunu gerçekleştiren 5502 sayılı Yasa ile başlatmak mümkündür. Bu dönemde toplam 17 ilde ilk özel hastaneler açılmış (Tablo 2), özel hastane bulunmayan il sayısı 12’ye inmiştir.

SGK’nin kuruluşunun ardından hazırlanan ancak hukuksal süreçler nedeniyle uygulamaya girmesi, 1 Ekim 2008 tarihine kadar uzayan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ile birlikte özel hastanelerin en büyük hizmet alıcısı SGK olmuştur. Bu dönemde SGK’nin hizmet satın alması ve satın almasındaki koruyucu tercihlerin yanı sıra, 5510 sayılı Yasa’nın sağladığı olanaklarla özel hastaneler kendilerinden hizmet alan sigortalılardan, günümüzde hizmet bedelinin %200’üne kadar ilâve ücret almaktadır. Mega Özel Hastaneler Döneminde, özel hastanelerin finansman kaynağının temelinde kamu sağlık sigortası (SGK) hizmet alımları ile hizmet almak için başvuran sigortalıların cepten ödeme yaparak karşılamak zorunda bırakıldıkları ilave ücret bedelleri bulunmaktadır. Butik Özel Hastaneler Dönemindeki gibi tedavi harcamalarının tümünü cepten ödeyerek hizmet satın alanların sayısı ise oldukça sınırlıdır.

Bu dönemde kurulan özel hastanelerin yatak kapasitelerinin öncekilere göre büyüklüğü, uluslararası sermaye ile ortaklıkları ve hastane zincirleri tercihleri dikkat çekmektedir. Mega Özel Hastaneler Döneminin başlangıcı olarak düşünülebilecek 2006 yılında toplam özel hastane sayısı 305, yatak sayısı 13707 iken bir özel hastane başına düşen ortalama yatak sayısı 44,9’dur. Bir sonraki yılda ise toplam özel hastane sayısı 365’e, yatak sayısı 17995’e ve bir özel hastane başına düşen ortalama yatak sayısı da 49,3’e yükselmiştir. İçinde bulunduğumuz söz konusu dönemle ilgili en son veriler 2013 yılına aittir. Bu yıl itibarıyla toplam özel hastane sayısı 550’ye, özel hastanelerin toplam yatak sayısı 37983’e ve özel hastane başına ortalama yatak sayısı da 69,1’e ulaşmıştır.

Sermayenin ve Özel Hastanelerin Yapısal Özellikleri

Bilindiği gibi, kapitalist sistemin öznesi paradır-kârdır. Sermaye hangi birikim alanında var olursa olsun temel amacı kâr ve kârın en üst düzeye çıkartılmasıdır. Sermaye sınıfının kendisi için birikim alanı olarak belirlediği alan, ister metal sanayi, ister maden, ister otomotiv, ister inşaat, ister gıda, ister

Tablo 2. İlk özel hastanesi geçiş dönemi ile mega özel hastaneler döneminde açılan iller

Geçiş Dönemi 1996 - 2005	Mega Özel Hastaneler Dönemi 2006 - ...
Afyonkarahisar	Ağrı
Batman	Burdur
Çankırı	Düzce
Iğdır	Isparta
Karabük	Konya
Nevşehir	Niğde
Ordu	Osmaniye
Siirt	Şanlıurfa
Van	Yalova
Yozgat	

Kaynaklar: Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1996). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1995 (Yayın No: 580). Ankara. Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2006). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005 (Yayın No: 697). Ankara. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (2014). Kamu Hastane Birlikleri 2014, İkinci Baskı, Ekim, Ankara. Verilerinden yararlanılarak hesaplanmıştır.

Tablo 3. Türkiye’de 100 ve üzerinde özel hastane yatağı olan iller ve GSYİG’den aldıkları pay (1996)

İl	Özel Hastane Sayısı	Özel Hastane Yatak Sayısı	GSYİG’den Aldığı Pay %
Adana	8	286	3.4
Ankara	6	400	7.5
Antalya	5	220	2.6
Balıkesir	3	119	1.6
Bursa	4	222	4.0
Gaziantep	4	340	1.5
Hatay	4	109	1.6
Mersin	4	185	2.5
İstanbul	72	3701	21.8
İzmir	9	387	8.0
Sakarya	4	137	1.1
Samsun	2	111	1.5
Toplam (12 il)	125	6217	57.1
Türkiye	159	7236	100.0

Kaynaklar: Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1997). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1996 (Yayın No: 588). Ankara. Sönmez, M. (1998). Bölgesel Eşitsizlik Türkiye’de Doğu-Batı Uçurumu. Alan Yayıncılık, Haziran 1998, İstanbul. ISBN 975-7414-71-9. Verilerinden yararlanılarak hesaplanmıştır.

ilaç, isterse sağlık hizmetleri sunumu alanı olsun söz konusu temel amacı ve varlık nedeninde herhangi bir değişiklik söz konusu olmaz.

Türkiye’de özel hastanelerin illere göre dağılımında da benzer nedenin sonuçları görülebilmektedir. Özel hastane patronları “müşteri” neredeyse orada yatırım yapmış-sağlık hizmeti sunmuşlardır. Çalışmada, GSYİG’den illerin aldıkları payın verisine yalnızca 1996 yılı için ulaşılabilmektedir

(Sönmez, 1998). Bu yılda da özel hastane patronlarının benzer tutumu söz konusudur. Türkiye’de 1996 yılında, toplam 80 ilden 45’inde özel hastane bulunmamaktadır. Bu illerin tümünün GSYİG’den aldığı pay, yalnızca %17.2’dir. Bir başka ifadeyle, il başına ortalama GSYİG %0.4’dür. İllerin 35’inde özel hastane bulunmaktadır. Bu illerin GSYİG’den aldıkları payın toplamı %82.6 ve il başına ortalama GSYİG payı %2.4’dür (Tablo 4).

Aynı yıl için 100 ve daha fazla sayıda özel hastane yatağına sahip il sayısı ise 12’dir. Söz konusu 12 ilin GSYİG’den aldıkları payın toplamı %57.1, il başına ortalama GSYİG payı da %4.8’dir. Bu iller, 1996 yılı itibariyle Türkiye’deki toplam özel hastanelerin %78.6’sına, özel hastane yataklarının da %85.9’una sahiptir (Tablo 3).

İllerin GSYİG’den aldıkları payın verisine ulaşılabildiği için değerlendirmeye alınan 1996 yılı, makalenin üçüncü bölümünde ifade edilen Butik Hastaneler Döneminin sonu, Geçiş Döneminin ise başlangıcı olan yıldır. Geçiş Döneminde özel hastanelerin temel gelir kaynağı, SSK ve ES kapsamında sağlık sigortası olanlardır. SSK’liler için kamudan yapılan sevkle, ES’liler için ise doğrudan özel hastanelerin kullanımının mümkün olduğu bu dönemde özel hastane patronları “müşteri” bulunan, varlıklı illeri tercih etmiş ve özel hastaneler buralarda kümelenmiştir. Günümüzde de 2013 yılı itibariyle özel hastane olmayan 12 il bulunmaktadır (SB TKHK, 2014). Bu illerin 1996 yılı itibariyle GSYİG’den aldıkları payın toplamı %2.3, il başına ortalama GSYİG payı ise %0.19’dur (Tablo 4). Bu durum, özel hastane tedavi bedelinin ne tümünü cepten ödeyebileceklerin ne de SGK kapsamında olsalar bile, özel hastanelerin %200’lere varan ilâve ücret talebini ödeyebileceklerin bu illerin nüfusu içindeki paylarının herhangi bir özel hastane işletmesinin gereksinimlerini karşılayabilecek düzeyde olmadığına göstergesi olarak kabul edilebilir. Aynı yıl için özel hastanesi olan 79 ilin GSYİG’den aldıkları payın toplamı yine 1996 yılı verileriyle % 97.7, il başına ortalama GSYİG payı ise 1.24’tür (Tablo 4).

Söz konusu durum aynı zamanda, özel hastanelerin varlık nedenini ortaya koyması açısından da önemlidir.

SGK’nin Tedavi Edici Hizmet Satın Almadaki Terihi: Patron Sevgisi

Kamu sigorta finansman kurumu olarak kurulmuş olan SGK, sosyal güvenlik kapsamında çalışan sigortalıların daha önce SSK, ES ve Bağ-Kur tarafından ayrı ayrı yapılan sağlık ödemelerini, Ocak 2008

Tablo 4. 1996 ve 2013 yıllarında özel hastane bulunan ve bulunmayan illerin 1996 yılı GSYİG'sinden aldıkları pay

	1996	2013
Özel hastanesi olmayan iller		
İl sayısı	45	12*
İllerin GSYİG'den aldıkları payın toplamı (%)	17.2	2.3
İl başına ortalama GSYİG payı (%)	0.38	0.19
Özel hastanesi olan iller		
İl sayısı	35	79
İllerin GSYİG'den aldıkları payın toplamı (%)	82.6	97.7
İl başına ortalama GSYİG payı (%)	2.36	1.24

Kaynaklar: Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1997). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1996 (Yayın No: 588). Ankara. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (2014). Kamu Hastane Birlikleri 2014, İkinci Baskı, Ekim, Ankara. Sönmez, M. (1998) Bölgesel Eşitsizlik Türkiye'de Doğu-Batı Uçurumu. Alan Yayıncılık, Haziran 1998, İstanbul. ISBN 975-7414-71-9. Verilerinden yararlanılarak hesaplanmıştır.

*Amasya, Ardahan, Artvin, Bartın, Bayburt, Bilecik, Gümüşhane, Hakkari, Kars, Kilis, Sinop, Tunceli

tarihinden itibaren tek bir yerden yapmaya başlamıştır. SGK, kapsamındaki sigortalılar için devlet (Kamu Hastane Birlikleri), üniversite ve özel hastanelerden tedavi hizmeti satın almaktadır.

Kamu sigorta kurumları, 2008 yılından itibaren de SGK, tedavi hizmeti satın almak için (tedavi gideri olarak) 2002 yılında 2 milyar 831milyon TL, 2003 yılında 4 milyar 362 milyar TL, 2007 yılında 10 milyar 267 milyar TL, 2010 yılında 18 milyar 381 milyar TL ve 2012 yılında da 29 milyar 142milyon TL harcamıştır. Buna verilere göre, SGK'nın 2012 yılındaki tedavi giderleri 2002 yılına göre on kattan daha fazla artış göstermiştir (Tablo 5). Bununla birlikte, bu dönemde AKP Hükümetleri'nin sigorta kapsamındaki kilerin tedavi giderlerinin hangi hastanelerden karşılanmasını tercih ettikleri de önem taşımaktadır.

SGK, 2002 yılında tedavi hizmeti satın almak için harcadığı paranın %64'ü ile devlet, %22'si ile üniversite ve %14'ü ile özel hastanelerden tedavi hizmeti satın almıştır. Bununla birlikte, 2011 yılında tedavi hizmeti satın almada devlet hastanelerinin payı %52'ye, üniversite hastanelerinin payı %18'e

gerilemiş, özel hastanelerin payı ise %30'a yükselmiştir. SGK, 2008-2011 yıllarındaki özel hastane ter-cihindeki dikkat çekici aşırılığını, 2012 yılı itibariyle yumuşatmayı tercih etmiş ve özel hastanelerden tedavi hizmeti almak için yaptığı harcamanın toplam tedavi gideri içindeki payını %25'e düşürmüştür. SGK'nın tedavi hizmeti satın almadaki tercihini belirlemek için, 2012 yılındaki kurum paylarını 2002 yılıninkile karşılaştırdığımızda özel hastanelerin payının %78 oranında artarken, devlet hastanelerinin payının %10, üniversite hastanelerinin payının da %19 oranında azalmış olduğu görülmektedir (Tablo 5).

AKP Hükümetleri'nin patron sevgisinin yaşama geçirilmesi olarak da tanımlanabilecek bu dönemde, SGK'nın tedavi edici hizmet satın almadaki söz konusu tercihi Mega Özel Hastaneler Döneminin yaratılması ve devamlılığı için bir gerekliliktir. Bununla birlikte, söz konusu eğilimin artarak devam etmesi beklenmelidir.

Sonuç

Türkiye'de sağlık hizmet sunumunun sermaye için birikim alanı olmadığı ve kamunun özel olarak yer açmadığı dönemde, özel hastaneler parası olanların bulunduğu illerde kümelenmiştir. Seksenli yıllarda kapitalizmin yeniden düzenlenmesi sürecinde birikim alanı olarak görülmesi ve kamusal kaynakların sistemli olarak özel sektöre aktarılmasıyla sağlanan teşviklerle birlikte, özel hastaneler ülke genelinde yaygınlaşırken, yatak kapasiteleri de artış göstermeye başlamıştır. Söz konusu başlangıç AKP öncesi hükümetlerin Sağlık Reformu uygulamalarının, sürecin devamı da özü aynı, adı farklı olan AKP'nin Sağlıkta Dönüşüm uygulamalarının içeriğini oluşturmaktadır. Bu dönemlerde, kamu sigorta kurumlarının özel hastanelerden hizmet satın alması sistemli hale getirilmiş, tedavi hizmetlerinin karşılanmasında özel sektör öncelenmiştir. İfade edilen tutumla birlikte, özel hastaneler ülke geneline yaygınlaşırken, yatak kapasiteleri de artmaya, uluslararası sermayenin de alana katılımıyla birlikte, hastane zincirleri oluşmaya başlamıştır.

Tablo 5. SGK tedavi harcamalarının yıllara ve hastanelere göre dağılımı 2002-2012, (%)

Hastaneler	Yıllar											Görelî değişim 2002-2012
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*	2012*	
Devlet hastaneleri	64.1	68.7	69.1	62.6	64.1	62.3	52.5	52.1	52.1	51.7	57.5	0.90
Üniversite hastaneleri	21.9	19.0	18.3	19.2	15.6	14.8	16.1	17.0	19.4	18.8	17.6	0.81
Özel hastaneler	14.0	12.3	12.6	18.2	20.3	22.9	31.4	30.9	28.5	29.5	24.9	1.78
Toplam Milyon-TL	2831	4362	5906	5626	8489	10267	13953	15129	18381	21766	29142	10.29

* Önceki yıllarda bulunmadığı için bu yıllara ait Diğer Tedavi başlığındaki harcamalar çıkartılarak hesaplanmıştır.

Kaynaklar: SGK Sağlık İstatistik Yıllığı 2008 ve SGK İstatistik Yıllığı verilerinden yararlanılarak hesaplanmıştır.

Günümüzde sağlık emekçileri için köleci toplum biçimindeki koşulları anımsatan, sendikal örgütlenmenin deyim yerindeyse, yasak olan özel hastanelerin, kamuya göre daha verimli olduğu da kanıtlanamamış olmakla birlikte, söz konusu tartışma (karşı propaganda) rafa kaldırılmıştır. Sağlık hizmetleri sunumunun toplumsal maliyetini artırdığı bilinen özel sağlık hizmetlerinin ve özelinde de özel hastanelerin yakından izlenmesi, veri sunulmayarak yaratılan sis perdesinin üzerlerinden kaldırılarak durumun görünür kılınması ve hem hizmet sunumu ve finansmanı hem de çalışma koşulları yönünden ivedilikle tartışmaya açılması gerekmektedir.

Teşekkür

Kırka yakın kaynaktaki verileri sabırla bir araya getiren Dr. Barış Can'a katkısı için teşekkür ederim.

Dipnot

1. SSK Hastanelerinin 2005 yılında SB'ye devredilmesi ile ilgili ayrıntılı bilgi için bakınız; Öztürk, O. Sağlık Hizmeti Sunumu Kapsamındaki Hak Değişimleri 2002-2009, 554-564 (içinde Almanak-2008 Analizleri, Sosyal Araştırmalar Vakfı, Kasım 2009, Ezgi Matbaası, İstanbul. (ISBN 605 89 7157-8))

Kaynaklar

Belek, İ. (1998) *Hastane Mülkiyet Durumu İle Kaba Ölüm Hızının İlişkisi: Hangisi Daha Başarılı? Kamu Hastaneleri mi? Özel Hastaneler mi?*. Toplum ve Hekim, 13(1), 2-7.

Hamzaoglu, O. (2007) *Sağlık Sistemleri Dosyasından Akılda Kalanlar*. Toplum ve Hekim, 22(3), 239-40.

Hamzaoglu, O. (2013) *Dünyada Sağlık Reformu Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri*. Toplum ve Hekim, 28(3), 172-180.

Hamzaoglu, O. (2014) *Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Kim Kimin İçin Harcıyor? İçinde: Sağlık(sız)lık Yıllığı 2013*, Ed.: Hande Arpat, Ekin Sönmez, Osman Güven, Yazılama Yayınevi, Mart 2014, İstanbul. ISBN 978-605-5892-96-8. Sf. 35 -51.

Homedes, N., Ugalde, A. (2005) *Why Neoliberal Health Reforms Have Failed in Latin America*, Health Policy, 71: 83-96.

Kaya, K., Kaya S. (1995) *Türkiye'de Özel Hastanelere Genel Bir Bakış*. Toplum ve Hekim, 10(69-70), 62-69.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğü. (1976). *Yataklı Tedavi Kurumları 1975 Yılı Bülteni*. Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğü. (1978). *Yataklı Tedavi Kurumları 1977 Yılı Bülteni*. Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğü. (1979). *Yataklı Tedavi Kurumları 1978 Yılı Bülteni*. Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğü. (1980). *Yataklı Tedavi Kurumları 1979 Yılı Bülteni*. Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğü. (1981). *Yataklı Tedavi Kurumları 1980 Yılı Bülteni*. Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1982). *Yataklı Tedavi Kurumları 1981 Yılı Bülteni*. Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1983). *Cumhuriyet Dönemi Yataklı Tedavi Hizmetleri 1923 - 1983 ve 1982 Yılı Çalışmaları* (Yayın No: 505). Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1984). *Yataklı Tedavi Kurumları 1983 Yılı Bülteni* (Yayın No: 507). Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1985). *Yataklı Tedavi Kurumları 1984 Yılı Bülteni* (Yayın No: 510). Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1986). *Yataklı Tedavi Kurumları 1985 Yılı Bülteni* (Yayın No: 513). Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1987). *Yataklı Tedavi Kurumları 1986 Yılı Bülteni* (Yayın No: 522). Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1988). *Yataklı Tedavi Kurumları 1987 Yılı Bülteni* (Yayın No: 523). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1989). *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1988* (Yayın No: 531). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1990). *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1989* (Yayın No: 539). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1991). *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1990* (Yayın No: 545). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1992). *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1991* (Yayın No: 548). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1993). *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1992* (Yayın No: 553). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1994). *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1993* (Yayın No: 559). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1995). *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1994* (Yayın No: 566). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1996). *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1995* (Yayın No: 580). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1997). *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1996* (Yayın No: 588). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1998). *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1997* (Yayın No: 599). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (1999). *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1998* (Yayın No: 619). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2000). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1999 (Yayın No: 629). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2001). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2000 (Yayın No: 634). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2002). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2001 (Yayın No: 641). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2003). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2002 (Yayın No: 652). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2005). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2004 (Yayın No: 683). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2006). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005 (Yayın No: 697). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2007). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2006. Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2008). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2007 (Yayın No: 744). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (2011). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008 (Yayın No: 806). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (2011). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009 (Yayın No: 824). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (2011). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010 (Yayın No: 832). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2012). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011 (Yayın No: 885). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2013). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012 (Yayın No: 885). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2014). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 (Yayın No: 885). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (2014). Kamu Hastane Birlikleri 2014, İkinci Baskı, Ekim, Ankara.

Sönmez, M. (1998) Bölgesel Eşitsizlik Türkiye’de Doğu-Batı Uçurumu. Alan Yayıncılık, Haziran 1998, İstanbul. ISBN 975-7414-71-9

SGK (2009) Sağlık İstatistik Yıllığı 2008, Ankara.

SGK (2013) Sağlık İstatistik Yıllığı 2012, Ankara.

World Bank. (1987) Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform, Washington.

World Bank. (1993) World Development Report 1993, Investing in Health. New York: Oxford University Press.

ÜNİVERSİTE HASTANELERİ “İŞLETMELEŞME VEYA BATMA” SARMALINDAN KURTULABİLİR Mİ?

Alpay AZAP*, İsmail AĞIRBAŞ**

Özet: Üniversite Hastaneleri son yıllarda ciddi bir mali kriz içine itilmişlerdir. Bu krizden çıkışın ancak “işletme” haline gelmekle mümkün olacağı iddiası önemli bir destek bulmaktadır. Oysa bu kurumların batmasının asıl nedeni “işletme haline” getirilmiş olmalarıdır. Üniversite hastanelerinin asli görevleri eğitim, araştırma ve ileri tıp uygulamalarını gerçekleştirmektir. Bu kurumların “kendi başının çaresine bakması gereken işletmeler” olarak değil ülkenin sağlık düzeyini geliştiren, nitelikli sağlık insan gücü yetiştiren, en ileri tıp uygulamalarını hayata geçiren ve böylelikle halkın sağlık düzeyini yükselten kamu kurumları olarak görülmesi ve kamu kaynaklarıyla desteklenmesi gereklidir. Üniversite hastanelerinin “performansı”, şimdiki gibi hasta bakımına endeksli gelir getirici faaliyetler üzerinden değil, eğitim, araştırma-geliştirme ve ileri tıp uygulamalarını gerçekleştirme düzeyleri üzerinden değerlendirilmeli ve kaynak aktarımı buna göre planlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: üniversite hastaneleri, finansal kriz, işletmeleşme, eğitim

It Possible to Rescue University Hospitals From the Dilemma of “Becoming Business or Crash

Abstract: In recent years, University Hospitals are being pushed into a serious financial crisis. It is a significantly supported claim that the only way to get rid of this crisis is becoming a “business”. However, for these institutions, the main reason for crash is their “transformation into business”. The main functions of university hospitals are to carry out education, research and advanced medical practices. It is important to accept university hospitals as institutions improving health status of the country, training qualified manpower, implementing advanced medical practices and developing public health status, rather than “business need to take care of themselves” and they should be supported with public resources. “Performance” of university hospitals should be evaluated according to their capacity to realize education, research-development and advanced medical practices, rather than income generating activities of patient care and distribution of resources should be planned considering these factors. .

Key words: university hospitals, financial crisis, becoming business, education

Türkiye’de Üniversite Hastaneleri’nin durumu uzun zamandır sağlık gündemini meşgul eden konulardan birisidir. Türkiye’deki kamu ve özel yataklı tedavi kurumlarındaki toplam yatak sayısının 2013 yılı rakamları ile %17.8’ini bulunduran üniversite hastanelerinin gündemde hacimlerinden daha fazla yer işgal etmesinin çeşitli nedenleri sayılabilir (TÜİK, 2015). Bunların başında elbette ki bu hastanelerde çalışan öğretim üyelerinin çalışma kurallarını düzenlemeye yönelik “Tam Gün” yasası ve devamında gelen davaların yarattığı belirsizlik ve huzursuzluk ortamı gelmektedir. Ancak üniversite hastanelerinin gündemde olmasının asıl nedenini sağlık sistemimizde yeri doldurulamayacak işlevlerinde, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde, aramak gerekir. Üniversite hastaneleri sağlık sisteminin

ihtiyaç duyduğu ve hizmetin niteliğini belirleyen en önemli parametre olan insan gücünü yetiştirmektedir. Bugünün ve geleceğin hekimleri, hemşireleri, diğer sağlık çalışanları eğitimlerini bu kurumlarda tamamlamaktadır. Sağlık sistemini yöneten idari kadroların da büyük kısmı üniversite hastanelerinde eğitim görmüş kişilerden oluşmaktadır. Üniversite hastanelerinin bu işlevi son derece önemlidir ve her dönem gündemde olmaları kaçınılmazdır.

Üniversite hastaneleri eğitimin yanı sıra araştırma ve sağlık hizmeti de vermektedirler. Sağlıkın piyasalaştırılması süreci olarak kısaca tanımlayabileceğimiz Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte üniversite hastaneleri kendi gelirini kendi kazanması gereken kurumlar haline getirilmiştir.

*Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

**Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü

Ayakta kalabilmek için eğitim ve araştırma yeri-ne daha çok hasta bakma daha çok ameliyat ve girişim yapma böylece ihtiyaçları karşılamak için daha çok gelir elde etme yoluna gitmek zorunda bırakılmışlardır. Kelimenin tam anlamıyla işletme haline getirilmişlerdir. Aslında “üniversite hastane-si” tanımlamasının kendisi de eğitim ve araştırma işlevlerinin geri plana itildiğinin, hizmet sunumu üzerine odaklanıldığına ifadesidir. Zira 2547 sayılı YÖK kanununda bu kurumlar “hastane” değil “sağ-lık uygulama ve araştırma merkezi” olarak tanım-lanmıştır. Bu yazıda da, yanlış da olsa anlaşılabilirlik açısından, “hastane” tanımı kullanılacaktır.

Yıllardır işletme mantığı ile çalışmaya zorlanan üniversite hastanelerinin bilançoları hiç parlak görünmemektedir. Giderleri gelirlerinden hep fazla olan bu kurumlar sürekli zarar etmektedirler. Üniversite Hastaneleri Birliği Derneği (UHBD)’nin bilgi notuna göre üniversite hastaneleri borçları-nın gelirine oranı, 2009 yılında %35,9 iken 2012’de %45,1’e yükselmiş, 2013 sonu itibarıyla da %68.7 olarak gerçekleşmiştir. Yine UHBD verilerine göre üniversite hastanelerinin tedarikçi firmalara (tıbbi malzeme, ilaç, cihaz vb) olan borçları 2010’da 1.4 milyar TL’den 2014 yılında %93’lük artışla 2.7 milyar TL’ye çıkmıştır (UHBD, 2014). Geneli yansıtan bu rakamlar gerçeği de yansıtmaktadır. Kimi az kimi daha çok olmak üzere bütün üniversite hastaneleri sürekli zarar etmektedirler. Bir diğer ifadeyle bat-maya doğru gitmektedirler.

Üniversite Hastaneleri Neden Batıyor?

Yukarıdaki rakamların işaret ettiği kötü tablonun nedenlerini sıralamadan önce, Sağlık Bakanlığı ve hükümet çevrelerinin bu durumu üniversite hastanelerinin kötü yönetilmesine bağladıklarını hatırlayalım. Bu iddia doğru olsa bile, 27-29 Ekim 2010’da Kızılcahamam’da düzenlenen “Sağlık İnsan Gücü ve Sağlık Yatırımları Planlama Çalıştayı”nda zamanın Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü Dr. İrfan Şencan’ın ifadesi ile “Türkiye’deki özel ve kamu tüm sağlık kuruluşlarının sahibi ve sorumlusu Sağ-lık Bakanlığıdır” söylemi düşünüldüğünde, kötü yönetimin sorumlusunun Sağlık Bakanlığı’nın bizzat kendisi olduğu söylenebilir (Sağlık Bakan-lığı, 2010). Gerçek durum tam da budur. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen politikalar ve geri ödeme kurumunun uygulamaları üniversite has-tanelerini batağa sürüklemektedir. Üniversitelerin bu gidişi tersine çevirmek için uğraşları da sonuç vermemektedir. UHBD’nin bilgi notundan aktara-cak olursak; “İstanbul Üniversitesi Hastaneleri’nde sadece 2012 ile 2013 yılları arasında hizmetler

ortalama %50 artmış toplam giderler %6.2 azal-mış, ancak borçlar %18.5 artarak 289 milyon TL’ye ulaşmıştır”. Buradan da anlaşılacağı gibi üniversite hastaneleri sağlık hizmeti sunumu ne kadar artırırsa artırsın zarar etmekten kurtulmaları mümkün değildir. Tam tersine işlem sayısı arttıkça, hizmet zararı daha da artmaktadır. Peki bu akla sığmayan durumun sebepleri neler olabilir?

Geri Ödeme Politikası: Bugün üniversite hasta-nelerine başvuran hastaların %95’ten fazlası Sos-yal Güvenlik Kurumu (SGK) sigortalısı hastalardır. Üniversiteler bu anlamda SGK’ya bağımlıdır ve verilen hizmet karşılığında hastanenin alacağı öde-meyi SGK belirlemektedir. SGK’nın tek ödeyici, tek denetleyici, tek fiyat belirleyici kurum olması ve sağlık harcamalarını kısma çabası üniversite has-tanelerini olumsuz olarak etkilemektedir. Yapılan çalışmalar bu kurum tarafından geri ödemede kul-lanılan fiyatların üniversite hastanelerinin hizmet maliyetini karşılamaktan uzak olduğunu göster-mektedir (Erkol, 2011; Ağırbaş, 2012; Ak-Ergün, 2013). Üstelik bu fiyatlarda son yedi yılda hiç artış olmamıştır. UHBD’nin hesaplarına göre SGK fi-yatlarının işlem giderini karşılama oranı ortalama olarak %76.1’dir. Bu nedenle pek çok durumda, işlemi yapmak doğrudan zarar etmek anlamına gelmektedir. Bu noktada özel hastaneler ve sağlık bakanlığı hastanelerinin neden zarar etmedikleri sorusu akla gelebilir. Özel hastaneler bu durumu aş-mak için hastalardan SGK fiyatının %200’üne kadar fark alabilmektedirler. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ise global bütçe (götürü usulü ödeme) yöntemiyle SGK’dan ödeme almaktadırlar ve ayrıca giderleri-nin (tıbbi malzeme, teçhizat, bakım-onarım-inşaat) bir kısmını Hudut Sahiller Genel Müdürlüğü, İl Özel İdareleri gibi kurumlardan aldıkları bazı ek kaynak-larla sağlamaktadırlar.

SGK fiyatlarının düşük olmasına ek olarak bazı iş-lemeler Sağlık Uygulama Tebliği’nde (SUT) hiç yer almamakta, dolayısıyla SGK’ya fatura edilememek-tedir. Ülkemizde bu tür işlemlerin hemen tamamı üniversitelerde gerçekleştirildiğinden bu durum-dan en çok etkilenen üniversite hastaneleri ol-maktadır. Yine UHBD’nin verilerine göre üniversite hastaneleri fatura edilemeyen işlemler yüzünden gelirlerinin en az %25’ini kaybetmektedirler.

Gider Fazlalığı: Üniversitelerin gelirleri az olduğu gibi giderleri de fazladır. Gider fazlalığının önemli nedenlerinden birisi çalışanlara yapılan ödemeler-dir. Diğer kamu kurumlarında devlet bütçesinden ödenen denge tazminatı üniversite hastanelerinde

döner sermaye bütçesinden ödenmektedir. Çalışan sayısının fazla olduğu kurumlarda aylık denge tazminatı ödemeleri milyon TL'lere ulaşmaktadır. Örneğin, Ankara Üniversitesi Hastaneleri için aylık denge tazminatı ödemesi Ocak 2015 itibarıyla 3.5 milyon TL'yi bulmaktadır.

Üniversite hastaneleri sağlık sistemindeki işleyişin doğal bir özelliği olarak hep daha zor, tedavi ve takibi özellikli bu nedenle de daha fazla harcama gerektiren hastalara bakım vermektedir. Bunun sonucu olarak üniversite hastanelerinde diğer hastanelere kıyasla %30 daha pahalıya hizmet üretimi gerçekleşmektedir (UHBD, 2014).

Üniversite hastanelerinin asli görevi olan eğitim, giderlerin artmasının bir diğer nedenidir. Dünya'da ve ülkemizde yapılan çalışmalar üniversite hastanelerinin harcamalarının yaklaşık %20'sinin eğitim harcamaları olduğunu göstermektedir (UHBD, 2014). Eğitim ve öğretim hizmetlerinin finansmanı önemli bir sorun yaratmaktadır. Mevcut uygulamada eğitim ve öğretimin SGK gelirlerinden finanse edilmesi beklenmektedir. SGK'nın böyle bir görevi olmadığı için üniversite hastanelerinin eğitim ve öğretimden kaynaklanan ilave maliyeti mutlaka bu amaçla özel bütçeye konulacak ödenekler ile karşılanmalıdır.

Üniversite hastanelerinin borçlarının sürekli artması tedarikçi firmalara ödemelerin gecikmesine, yeni malzeme ve ilaç alımlarının pahalıya yapılmasına neden olmakta bu da giderleri daha da artırmaktadır. Borçlanma arttıkça alımlar da daha pahalıya gerçekleştirilmekte, işlem maliyetleriyle SGK ödemesi arasındaki fark daha da açılmaktadır.

Giderlerdeki ciddi artışın bir nedeni de devlet personel politikalarıdır. Toplumun sağlık hizmeti ihtiyacının artması ve ulaşılabilirlik nedeniyle hizmet kullanımı artmıştır. Ancak devletin küçülme politikasından sağlık sektörü de etkilenmiştir. Ayrılan hastane personeli yerine 1/2 si, 1/3 ya da 1/4'ü kadar personel alım izni verilmesi personel yetersizliğine yol açmış ve bu yetersizliğin yarattığı sorunları çözebilmek için döner sermayeden personel istihdamı yoluna gidilmiştir. Bu uygulama hastanelere ciddi bir finansal yük getirmiştir. Bu süreçte Sağlık Bakanlığı'nın üniversiteler aleyhine haksız uygulamaları da söz konusudur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın "reklamını yapan" makalelerinde Sağlık Bakanı'nın bakanlar kurulu üyesi olmasının diğer bakanları da ikna ederek

politikaları hayata geçirmekte çok etkili olduğunu yazan bakanlık bürokratları bu konuda haklıdır (Altun, 2013). Bakanlar Kurulunun güçlü bir üyesi olarak Sağlık Bakanı, insan kaynaklarını kendi hastanelerine yönlendirmekte, zorunlu hizmeti olanları kendi ihtiyaçları için kullanmakta, kamu arsalarını, kaynaklarını kullanmaktadır. Ayrıca büyük üniversitelerde fazla öğretim üyesi bulunması, görevli hekimlerin, öğretim üyesi olarak özgür, sistem tanımaz, hızla değişen mevzuatı takip etmeyen ve direnen tutumları, anabilim dallarının bağımsız ve farklı tutumları, kısmi/tam süreli çalışma nedeniyle öğretim üyelerinin hastaneyi yeterince sahiplenmemesi de üniversite hastanelerini olumsuz olarak etkilemektedir.

Fiziksel sorunlar da üniversiteler için önemli bir yük oluşturmaktadır. Üniversitelere ait hastanelerin eskimesi ve fiziksel olarak yetersiz hale gelmesi ciddi bir yenilenme sorunu yaratmış durumdadır. Üniversite hastanelerinin yenilenme talepleri özel bütçeden karşılanmayınca üniversiteler zorunlu olarak döner sermaye kaynaklarını kullanarak kendilerini yenilenmeye çalışmaktadırlar. Yüksek maliyeti olan bu yatırımlar döner sermayelere ciddi finansal yükler getirerek borçların artmasına yol açmaktadır.

Sonuç

Yazının başlığı, "Üniversite Hastaneleri İşletmeleşme veya Batma Sarmalından Kurtulabilir mi?" Üniversite hastanelerinin "işletme" haline gelmedikleri takdirde batacağı genel yargısını ifade etmekle birlikte, aslında yukarıda kısaca özetlenen tablodan da anlaşılacağı gibi bu kurumların batmasının asıl nedeni "işletme haline" getirilmiş olmalarıdır. Üniversite hastanelerinin "işletme" olarak değerlendirilmesi yanlına devam edildiği sürece bu hastanelerin mali açıdan iflas etmeleri kaçınılmazdır. Nitekim bu kurumların yöneticilerinin gerek teker teker gerekse bir araya gelerek kurdukları UHBD çatısı altında yürüttükleri çabalar da bu gidişi geri çevirememektedir.

Ağır sorunlar içinde varlıklarını sürdürmeye çalışan üniversite hastanelerinin, bu sorunlarını görmezden gelerek, kötü yönetildiğini söylemek bu kurumlara yapılan büyük bir haksızlıktır. Üniversite hastanelerine yapılan bu haksızlığı perdelemek için Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler iyi yönetim örneği olarak gösterilmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin iyi yönetildiklerine dair objektif bir araştırma bulgusu bulunmamaktadır. Tam aksine iyi yönetilmediklerine ait göstergeler bulunmaktadır. Örneğin 2014 yılı sonunda

hastane yöneticilerinin tamamına yakın kısmı değiştirilmiştir. Başarılı olan yöneticilerin kısa sürede değiştirilmesi söz konusu olmayacağına göre yönetici kadroların değiştirilmesi başarısızlığın ilanı anlamına gelmektedir. Ayrıca, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından yapılan verimlilik karnesi değerlendirme sonuçlarının açıklanmayarak gizli tutulması da başarısızlık iddialarını güçlendirmektedir. Nitekim, Türk Tabipleri Birliği'nin Kamu Hastane Birlikleri'nin performansını değerlendirmek için 2013 yılında yapmış olduğu anket çalışmasının sonuçları bunu desteklemektedir: Ülke genelinde 3876 sağlık çalışanının katıldığı çalışmada Kamu Hastane Birlikleri'nin ve genel yöneticilerinin (CEO) başarı notu 100 üzerinden 25,6 olmuştur (TTB, 2013)

Çözüm, üniversite hastanelerinin asli görevleri olan eğitim, araştırma ve ileri düzeyde sağlık hizmeti (gelirine bakılmaksızın) uygulamaları yapma görevlerine hak ettiği değerin verilmesi, bu kurumların "kendi başının çaresine bakması gereken işletmeler" olarak değil ülkenin sağlık düzeyini geliştiren, nitelikli sağlık insan gücü yetiştiren, en ileri tıp uygulamalarını hayata geçiren ve böylelikle halkın sağlık düzeyini yükselten kamu kurumları olarak görülmesi ve kamu kaynaklarıyla desteklenmesidir. Üniversite hastanelerinin "performansı", şimdiki gibi hasta bakımına endeksli gelir getirici faaliyetler üzerinden değil eğitim, araştırma-geliştirme ve ileri tıp uygulamalarını gerçekleştirme düzeyleri üzerinden değerlendirilmeli ve kaynak aktarımı buna göre planlanmalıdır.

Bu noktada üniversite hastanelerine dışarıdan işletme modelleri empoze etmenin gereği yoktur. Üniversiteler bilimsel kurumlar olup kendi hastanelerini bilimsel esaslara göre profesyonel

olarak yönetecek birikime ve donanıma sahiptir. Üniversite hastaneleri üniversiteler tarafından yönetilmelidir.

Nitelikli ve doğru işleyen bir sağlık sisteminin oluşturulması, halkın yakın, orta, uzun vadede en ileri düzeyde sağlık standartlarına kavuşması ancak bu şekilde mümkün olabilecektir.

Kaynaklar

- Ağırbaş, İ. Gök, H. Akbulut, Y. Önder, Ö.R.** (2012) *Hastanelerde Maliyet Analizi ve Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetlerinde Birim Maliyet Hesaplanması*, *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 58:103-8.
- Ak-Ergün, F. Ağırbaş, İ. Kuzu, I.** (2013), *Activity-Based Costing for Pathology Examinations and Comparison with the Current Pricing System in Turkey*, *Turkish Journal of Pathology* 29:1-14
- Altun, R. Aydın, S. Chakraborty, S. Sümer, S. Aran, M. Gürol, İ. Nazlıoğlu, S. Özgülcü, Ş. Aydoğan, Ü. Ayar, B. Dilmen, U. Akdağ, R.** (2013), *Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity*, *Lancet*, 382:65-99
- Erkol, Ü., Ağırbaş, İ.** (2011) "Hastanelerde Maliyet Analizi ve Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemine Dayalı Bir Uygulama", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 64(2);87-95
- Sağlık Bakanlığı** (2010) *çalıştay raporu*, *Erişim Tarihi* 25 Ocak 2015, www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-69946/h/calistay.doc
- Türkiye İstatistik Kurumu** (2014) *kamu ve özel yataklı sağlık kurumları yatak sayıları tablosu*. *Erişim tarihi* 21 Ocak 2015, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095
- Türk Tabipleri Birliği web sitesi** (2013), *Sağlık Çalışanları Notlarını verdi*. *Erişim Tarihi* 18 Şubat 2015, <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/not-4249.html>
- UHBD-Üniversite Hastaneleri Birliği Derneği** (2014), *Bilgi notu: üniversite hastaneleri sorunları ve çözümüne yönelik yapılmakta olanlar*, *Erişim Tarihi* 21 Ocak 2015, http://uhbd.org/useruploads/files/bilgi_notu_2014_ek2-3.pdf

PIYASALAŞMIŞ SAĞLIK HİZMETLERİNE KAMU OTORİTESİNİN MÜDAHALE ARACI OLARAK SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ (SUT)

Güray KILIÇ*, Ergün DEMİR**

Özet: Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sağlık yardımlarını karşıladığı genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerinin bildirildiği, Resmi Gazete'de yayımlanan tebliğ olarak tanımlanmaktadır. Bu tebliğ ile yapılan ödemeler hastanelerin finansmanının önemli bir kısmını sağlamakta ve hastane işletmelerinin geleceğini belirlemektedir. SUT, ödemeye ilişkin esaslar yanı sıra "nasıl hekimlik yapılacağı" ve "sağlık hizmeti sunulacağına" ilişkin yönlendirmeleri de içermektedir. Tebliğin gözettiği mali disiplinin korunması adına hekimler, tanı/tedavi sürecinde bilimsel uygulamalarını hekimlik meslek ilkelerine göre değil, "performans" ilkelerine göre yapmaya yönlendirilmektedir. Yurttaşların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için prim ödemeleri yeterli olmamakta cep'ten katılım payı ve ilave ücret ödemesi de gerekmektedir. Bütün bunlar Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nın mali disiplininin korunması gereğiyle yapılmaktadır. Böylesi bir ortamda öne çıkarılması gereken; ücretsiz, eşit, nitelikli bir sağlık hizmetinin, iş ve ücret güvencesi olan, insanca yaşamaya ve mesleki gelişimini sürdürmeye yetecek, emekliliğe yansıtacak ücretler alan sağlık çalışanları tarafından verilmesini talep etmektir.

Anahtar sözcükler: sosyal güvenlik, sağlık finansmanı, hekimlik.

Health Practices Communique (HPC) as an Instrument for Public Authority Intervention to Marketed Health Services

Abstract: Health Practices Communique (HPC) is an official document published in the Official Gazette prescribing the following: Health services delivered to persons covered by the health insurance scheme of Social Security Institution, their dependents; rules related to eligibility to benefit from health services including transportation, daily allowance and accompaniment and prices corresponding to these as determined by the Commission for Pricing Health Services. Payments made under this communique constitute a significant source of financing for hospitals and as such determine their future as health facilities. Besides pricing, the HPC also includes directives as to "how to practise the profession of medicine" and "how to deliver health services." For the sake of "financial discipline" that the Communique upholds, physicians engaged in diagnosis/treatment processes are directed to what is called "performance criteria" instead scientific norms and fundamental principles of the profession. It is not sufficient for citizens to make their regular contributions to benefit from health services; they have to share costs from their pockets. All these are said to be introduced for maintaining the financial discipline of the Social Security Institution (SSI). What needs to be raised as a demand under these circumstances is to have free, equal and quality health services delivered by health workers who are accorded job and pay security and paid adequately to have a decent life and professional development with satisfactory retirement benefits.

Key words: social security, health financing, medicine

Giriş

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başladığı 2003 tarihine kadar sağlık hizmetleri ödeme usul ve esasları, her yıl Aralık ayında yayınlanan Bütçe Uygulama Talimatı gereğince belirlenirdi. Bütçe Uygulama Talimatnameleri, sağlık güvencesine sahip kişiler ve bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin sağlık giderlerinin karşılanmasında, kamusal katkının miktar ve koşullarını belirlemek amacıyla Maliye Bakanlığı'na yayınlanırdı.

2004 yılı öncesinde SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart uygulamaları birbirlerinden farklı olup, diğer sosyal güvenlik kuruluşları üyelerine değişik oranlarda imkânlar sağlarken SSK'lı yurttaşlarımızın sağlık hizmetlerine, özellikle de ilaçlara ulaşmasını engelleyen kısıtlamalar vardı. 2004 ve 2005 yılı Bütçe Uygulama Talimatnameleri ile uygulamalar arasındaki farklılıkların giderilmesi adına, en alt seviyede (SSK talimatnamelerinde) buluşma ve sağlık

*Dr., İstanbul Tabip Odası TTB Delegatesi

**Dr., İzmir Tabip Odası Hekim Meclisi Üyesi

hizmetine ulaşamama eşitliği getirilmişti. Söz konusu yıllarda bilim ve tıp çevrelerinin tepkisi ve kamuoyunun rahatsızlığı nedeniyle geri adım atılmış, SSK'lılar mağdur olmaya devam ederken Emekli Sandığı daha makul bir talimatnameyi uygulamıştı.

2005 yılının Aralık ayında 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı'na bir takım ekler yapıldı ve 20 Aralık 2005 tarihi itibarıyla söz konusu kısıtlamalar bütün Sosyal Güvenlik Kuruluşları tarafından uygulanır hale getirildi.

2006 yılı Nisan ayında Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği yayınlanmış; hak sahiplerinin sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine ilişkin olarak faturalama ve ödeme işlemlerinin ne şekilde yapılacağı açıklanmıştı. Ancak aynı yılın Temmuz ayında sağlık harcamalarına yönelik olarak "kaynakların tasarruflu ve etkin kullanımını sağlamak" ve sağlık kurum ve kuruluşlarının faturalama işlemlerinin, geri ödeme kurumlarının ise fatura inceleme ve ödeme işlemlerinin kolaylaştırılabilmesi için yeni bir tebliğ düzenlenmişti. Tebliğin esası; birinci basamak resmi ve özel sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar ile ikinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurumlarında ayaktan tedavi gören hastalar için vaka başına (paket usulü) ödeme yapılmasına dayanmaktaydı.

Artık o mali yıl boyunca yapılacak tüm uygulamaları kapsayan Bütçe Uygulama Talimatları "düzenlemeler" için yetersiz kalmış, Maliye Bakanlığı peşi sıra yayınladığı tebliğ ve genelgeler ile yeni kısıtlamalar getirmeye başlamıştı.

2007 yılı Mayıs ayında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Başkanlığı'ndan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği yayınlanmış böylece tedavi ücretleri ile tedavi yardımlarının ilişkin esas ve usuller Maliye Bakanlığı tarafından değil Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından tespit edilmeye başlamıştı. 2008 yılında yayınlanan aynı isimli Tebliğ'de kısaltma olarak Tebliğ değil SUT ifadesi kullanılmaya başlanmış ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın tüm unsurlarıyla hayata geçmesi ile birlikte bu uygulama, sağlıkta "piyasanın" kontrol edilmesinin temel araçlarından biri olarak kapsamlı ve sürekli güncellenen bir hal almıştır.

SGK'nın yayınladığı Sağlık Uygulama Tebliği;

- SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin neler olduğu,

- Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile ödeme usul ve esaslarını,

- Sağlanacak sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini; Kurumca finansmanının sağlanmasına ve ödenmesine ilişkin usul ve esaslarını,

- Ödenecek yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin karşılanmasına ilişkin usul ve esasları,

- Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu kararlarını,

- Kurumca uygun görülen diğer hususları, kapsamaktadır.

Bu kapsamlar, Genel Sağlık Sigortası (GSS)'nin hayata geçirilmesi ile birlikte bütün yurttaşları ve kamu/özel tüm sağlık kuruluşlarını etki alanına almıştır (**GSS Uygulama yönetmeliği**). Başlangıçta, sadece ödemelere ilişkin esas ve usuller belirlerken, zamanla SUT "nasıl hekimlik yapılacağı" ve "sağlık hizmeti sunulacağına" ilişkin yönlendirmeleri de içerir hale gelmiştir. Uygulamalar bütünüyle "Sağlık Piyasası"na müdahale etmeyi amaçlamaktadır.

SUT'un Temel Kuralları

1. SGK tarafından finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin bedeli, sağlık hizmet sunucularına kurum tarafından ödenir.

2. Sağlık hizmet sunucuları; kamu ve özel anlaşmalı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarıdır. Kamuda, birinci basamak (Aile hekimliği) ile ikinci ve üçüncü basamak (Hizmet hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleri), özel sağlık alanında ise poliklinik, tıp merkezi, hastaneler ile laboratuvarlar ve görüntüleme merkezleridir.

3. Sağlık hizmet satın alma kurumu olarak SGK, kamu ve özel tüm sağlık hizmet sunucuları arasında bir fark gözetmeden benzer kuralları uygulamaktadır.

4. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan Kamu Hastaneler Birlikleri ile Üniversite hastanelerine, genel bütçe katkısı kamu personeli olan çalışanlarının temel maaşları ve bir takım inşaat yatırımları ile sınırlıdır. Bu kurumlar esas olarak gelirlerini döner sermaye işletmesi aracılığıyla SGK'ya sattıkları sağlık hizmetlerinin finansmanından elde etmektedirler. Sağlık hizmetinin mülkiyeti halen kamunun elinde

bulunan sağlık kurumlarında üretilmiş olması, bu hizmetin kamusal nitelikte olduğu anlamına gelmemektedir.

5. Sağlık hizmetlerinin bedelleri tekel/tek "alıcı" olan SGK tarafından tek taraflı olarak belirlenmekte; aynı zamanda uygulamaya ilişkin çeşitli kurallar ve koşullar dayatılabilmektedir. Sağlık hizmeti bu şekilde kamu eliyle piyasalaşmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin -SGK tarafından ödenen- bedeli, piyasa koşullarındaki maliyet hesapları vb. dikkate alınmadan kurum bünyesinde oluşturulan Fiyatlandırma Komisyonu tarafından saptanmaktadır. Hekim ve sağlık çalışanı emeğinin karşılığını ve hizmet standartlarını gözetmeden belirlenen bu listede esas belirleyici husus SGK'nın bütçe dengesidir. Bu bütçedeki hareketler Tablo 1'de görülmektedir:

Fiyatlandırma Komisyonu

5510 sayılı Kanun'un 63.maddesi 'f' bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin (tanı/ tedavi için gerekli olabilecek ilaç, ortez-portez, tıbbi araç-gereç, tıbbi sarf malzemesi) türleri, miktarları ve kullanım süreleri, ödeme usul ve esasları, Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak SGK Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenmektedir (**5510 sayılı Kanun**). Komisyon, fiyatlandırmaya esas olmak üzere sağlık hizmeti sunucularını sınıflandırabilmektedir. Esasen fiyatlandırma komisyonunun yaptığı, GSS'li yurttaşların "müstahak" oldukları sağlık hizmetlerinin kapsamını ve bu sağlık hizmetlerinin bedelini belirlemektir. Bunu yaparken de sağlık hizmetlerinin fiyatlarından çok paketin kapsamını daraltacak yöntemler geliştirmeyle ilgilenmektedir.

Komisyon;

1. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı,
2. Maliye Bakanlığı,
3. Sağlık Bakanlığı,
4. Kalkınma Bakanlığı,
5. Hazine Müsteşarlığı,

6. Üniversite Sağlık Hizmet sunucuları,

7. Özel Sağlık Hizmet sunucuları ve temsilcilerinden birer,

8. Sosyal Güvenlik Kurumundan iki olmak üzere toplam dokuz üyeden oluşmaktadır.

Fiyatlandırma Komisyonu, finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden Kurumca ödenecek bedellerin miktarlarını;

I. Sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamağı,

II. Devletin doğrudan ve dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonları,

III. Sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmamasını,

IV. Kanıta dayalı tıp uygulamalarını,

V. Maliyet-etkililik ölçütlerini,

VI. Genel Sağlık Sigortası bütçesini, dikkate alarak belirlemektedir.

Bütçe dengesini tutturabilmek amacıyla komisyon tarafından paketin kapsamı daraltabilmekte ve/veya fiyatların bedeli düşük tutulabilmektedir. Sağlık hizmeti bedelinin Kurum'un olanakları çerçevesinde belirlenmesi nedeniyle çoğunlukla bu bedel gerçek değeri yansıtmamakta; arada bir fark oluşmaktadır. Bu farkın da piyasa koşulları gereğince bir biçimde karşılanması gerekmektedir. Esas olarak bunu karşılayacak iki kaynak; katılım payı ve ilave ücret biçiminde vatandaşın cebi ile sağlık çalışanı emek değerinin düşürülmesidir. Taşeronlaştırma, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının emeğinin bedelinin düşürülmesi önemli bir maliyet azaltma gayretidir.

Aslında SUT ile açıklanan fiyatlar piyasada serbest olarak belirlenmemekte; bir tür dayatma yapılmaktadır. Bu dayatma vatandaşın toplanan GSS primlerinden ve katkı paylarından oluşan havuza devletin yapacağı genel bütçe katkısını en aza indirmek

Tablo 1. SGK Konsolide nakit akım tablosu 2014 (Milyon TL)

Gelirler ve giderler	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gelirler	78.073	95.273	124.480	142.929	163.014	180.013
Giderler	106.775	121.997	140.715	160.223	182.689	201.597
Açık	-28.703	-26.724	-16.235	-17.295	-19.675	-21.583

Tabloda gösterilen ilaç ve tedavi harcamalarına ek olarak diğer harcamaların toplamıdır
Kaynak: SGK Temel Göstergeler 2014

Tablo 2. SGK sağlık harcamaları (Milyon TL)

Yıllar	İlaç	Tedavi	Toplam*
2009	13.161	15.129	28.811
2010	13.547	18.469	32.509
2011	14.144	21.848	36.500
2012	14.300	29.206	44.111
2013	15.673	33.508	49.889

*Tabloda gösterilen ilaç ve tedavi harcamalarına ek olarak diğer harcamaların toplamıdır
Kaynak: SGK Temel Göstergeler 2014

için yapılmaktadır. Başlangıçta tüm sağlık hizmetlerinin bedellerini ödemeyi vaat eden sistemin aslında bir "paket hizmet" verdiği zamanla ortaya çıkmıştır. Kapsamı giderek daraltılan temel teminat paketi ile her geçen gün artan oranda hak kayıpları yaşanmaktadır.

"Mali disiplin"in korunması (!) gerekçesiyle vatandaşın cebinin adres gösterilmesi

SGK, mali disiplinin korunmasını gerekçesiyle SUT ile sağlayacağı sağlık hizmetlerinin finansmanına ek kaynak olarak vatandaşın cebini adres göstermektedir. Vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için artık sadece prim ödemesi yeterli değildir. Primin yanı sıra cep'ten katılım payı ve ilave ücret ödemesi de gerekmektedir.

SGK, sağlık hizmetlerinin bedellerinin kendisinin ödeyeceği kısmını sabit tutmakta, yaklaşık olarak 2008 tarihinden bu yana herhangi bir artış yapmamaktadır. Kurum kendi bütçesinin gider kalemlerini sabit tutarken, vatandaşın cebinden katkı/katılım payını ve primini almaktadır. Özel ve kamu sağlık kurumlarında ilave/fark ücretleri ve finansmanını karşılamadığı sağlık hizmetinin bedeli için vatandaşın cebini adres göstermektedir. Yasanın uygulamaya konulduğu ilk dönemlerde özel sağlık kurumlarında SUT'ta yer alan bedelin %90'ı fark ücreti olarak alınırken, bu oran şimdilerde %200'dür. Bu uygulama Üniversite hastanelerinde de öğretim üyesi fark ücreti adı altında yaygınlaştırılmıştır.

5510 sayılı Kanun ile tüm yurttaşların genel sağlık sigortalısı olmaları zorunlu kılınmıştır. Sisteme giremeyen yurttaşların sağlık hizmetlerine erişimleri kısıtlanmakta ve aynı zamanda giderek artan miktarda prim borçları birikmektedir. Bunun yanında cepten yapılan sağlık harcamaları da yıllar içerisinde giderek artmaktadır.

Tablo 3. Yıllara göre SGK katkı/katılım payları

Yıllar	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Toplam Katkı/Katılım Payı (Milyar TL)	8.1	10	10.5	11.7	13.2	15

Kaynak: ISMMMO raporu

Katılım payları;

Kamu hastaneleri 5 TL,

Özel hastaneler 12 TL,

10 gün içerisinde müracaat 5 TL,

İlaç bedelinin %10 -20'si,

Her bir reçete için 3 TL, üç kutuya ilave her bir kutu ilaç için 1TL,

Vücut dışı protez ve ortezler %10-20, her bir ortez ve protez için katılım payı tutarı brüt asgari ücretin %75'ni geçemeyen tutarlar vatandaşlar tarafından katılım payı olarak cebinden ödenmektedir.

İlave ücretler;

Kurumla sözleşmeli vakıf üniversitesi ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca %200,

Üniversitelerde (Vakıf üniversiteleri hariç) öğretim üyelerinin mesai saati sonrası poliklinik muayenelerinde iki katı, her bir girişimsel işlem için sağlık hizmeti bedelinin bir defada asgari ücretin iki katı,

Otelcilik hizmetlerinde çift yataklı odalarda standart yatak tarifesi 1,5 katı, tek yataklı odalarda ise 3 katı,

Eşdeğer ilacın en ucuzunun %10'unu,

İstisnai sağlık hizmetleri için işlem bedellerinin 3 katı ilave ücret vatandaşlar cepten ödemektedir.

SUT'ta yapılan son değişiklik sonucu tıbbi malzeme fiyatlarında azalma olduğu iddiası ile bazı ameliyathanelerin durma noktasına geldiği haberleri kamuoyuna sıkça yansımıştır. Yetkililer, mali disiplini koruma ve kullanım endikasyonunda yapılan suistimalleri(!)

önlemek amacıyla değişiklik yapıldığını belirtmişlerdir. Kamuoyunda yapılan tartışmalar şunu göstermektedir ki; hem SGK'nın mali disiplininin korunması hem de önümüzdeki günlerde tıbbi malzeme ticareti yapanların kârlarının azalmaması için fatura vatandaşa kesilecektir. SGK tarafından bedeli karşılanan tıbbi malzemelerde "iyi malzeme kullanalım, aradaki farkı da vatandaş ödesin" şeklindeki yaklaşımların karşımıza çıkarılacağı ve çözüm olarak vatandaşın cebinin gösterileceği günler yaşayacağımız açıktır.

Sonuç

Bu verilerin ışığında tanı/ tedavi uygulamalarının bilimsel tıbbi veriler yerine, SUT puanı üzerinden yönlendirilmesi eğiliminden söz etmek yanlış olmayacaktır. Hekimler, işletmeleşmiş sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerini sunarken, SUT baskısını giderek daha fazla hissetmektedirler. Tanı ve tedavi süreçlerinde bilimsel tıbbi uygulamaları, hekimlik mesleğinin değerleri üzerinden uygulamak giderek güçleşmektedir. Sağlık işletmelerinde, SUT kısıtlamaları nedeniyle zarar etmemek ve gelirleri artırmak için, artık güvenli/etkin olan uygulama ve tıbbi malzeme yerine, ucuz ve kârlı olanın tercih edilmesi istenmektedir. Hekimler tanı/tedavi sürecinde bilimsel uygulamalar için gereken tetkik ve işlemleri yapmaktan alıkonmaktadır.

Sağlık işletmeleri, gelirlerini artırmak, giderlerini azaltmak için daha çok hasta muayene etmeyi, daha fazla ameliyat ve girişimsel işlem yapmayı adeta zorunluluk haline getirmişlerdir. Performans sistemi ile kamu hastane işletmelerinin daha fazla kâr elde etme çabalarına ve ticari suistimallere hekimler ortak edilmeye çalışılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı İstatistik Bülteni incelendiğinde son on yılda poliklinik ve ameliyat sayılarında üç kat artış olduğu görülmektedir. Tüm sektörlerde toplam ameliyat sayısı 2002 yılında 1.598.362 iken 2013 yılında 4.684.237'ye çıkmış, hekime müracaat sayısı 2002 yılında 208.966.049 iken 2013 yılında 630.321.1242 olmuş ve kişi başı hekime müracaat sayısı 3,1'den 8,2'ye çıkmıştır (**Sağlık Bakanlığı, 2014**).

Gideri azaltmak adına her geçen gün yeni ayrıntılarla geliştirilen SUT kısıtlamaları, Üniversite hastanelerini özel işlemlerin yapıldığı, geliştirildiği ve uzmanların yetiştirildiği kurumlar olmaktan çıkarak rutin tedavi hizmetlerinin uygulandığı kurumlar

haline dönüşmeye zorlamaktadır. Muayene ile tanı konulabilecek basit rahatsızlıkları olan hastaların çoğunluğunun ikinci basamak sağlık kuruluşlarına ve reçete yazdırmak için de aile hekimliklerine; komplike, ağır, riskli, yaşlı, ek hastalığı olan olguların ise üçüncü basamak ve üniversite hastanelerine yöneldiği görülmektedir. Oysaki SGK, ödemeler konusunda sağlık hizmet sunucuları arasında pek bir fark gözetmeksizin benzer kuralları uygulamaktadır.

Hekimler görevlerini performans, ciro ve SUT baskısı altında kalmadan ve gelecek kaygısı duymadan yapmak istemektedirler. Yükselen talep, tıbbi hizmetleri değersizleştiren, hastaları "puan ve ilave ücret"e dönüştüren ücretlendirme modeli yerine iş ve ücret güvencesi olan, insanca yaşamaya ve mesleki gelişimi sürdürmeye yetecek, emekliliğe yansıtacak ücretlendirme sistemine geçilmesidir.

Kaynaklar

GSS uygulama yönetmeliği. Resmi Gazete web sayfası. Erişim tarihi: Temmuz 2014. <http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx>.

5510 sayılı Kanun. Resmi Gazete web sayfası. Erişim tarihi: Temmuz 2014. <http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx>.

SGK temel gösterge istatistikleri 2014. SGK web sayfası. Erişim tarihi: Ekim 2014. <http://www.sgk.gov.tr>.

Sağlık Bakanlığı 2014. Sağlık Bakanlığı istatistik bülteni 2013. Erişim tarihi: Ekim 2014. <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-38057/saglik-istatistikleri-yilligi-2013-haber-bulteni.html>.

İSMMMÖ. Türkiye'de Sağlık Stratejileri ve Harcamaları raporu.

BİR ZAMANLAR SSK HASTANELERİ

Osman ÖZTÜRK*

Özet: İşçilerin sağlık harcamalarını karşılamak için bir sigorta sisteminin ve işçilere hizmet verecek hastanelerin kurulması düşüncesinin izleri Cumhuriyet'in kuruluş yıllarına kadar gider. Türkiye'de çok partili hayata geçiş sürecinde sosyal politika alanında da bir dizi düzenleme yapılır. 1 Ocak 1946 tarihinde kurulan ve 1964'te Sosyal Sigortalar Kurumu adını alacak olan İşçi Sigortaları Kurumu, 1949 yılından itibaren kendi hastanelerini kurmaya başlar. Elli altı yıl boyunca SSK'lı işçiler ve ailelerine hizmet veren SSK hastaneleri, AKP Hükümeti'nin uyguladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın önünde engel teşkil ettikleri için 19 Şubat 2005 tarihinde Sağlık Bakanlığı'na devredilerek tasfiye edilirler.

Anahtar sözcükler: SSK hastaneleri, sağlık hizmet sunumu, sağlıkta dönüşüm programı

Once Upon a Time SSK Hospitals

Abstract: The idea of establishing a security scheme to finance health expenditures of working people and hospitals to serve them can be traced back to the early years of the Republic. While Turkey was in the process of transition to multi-party regime there were series of arrangements in the field of social policy. The "Workers' Security Institution" first established on 1 January 1946 later to become "Social Security Institution" in 1964 started establishing its own hospitals in 1949. After having served to workers and their families covered by the SSK for 56 years, these hospitals were transferred to the Ministry of Health and liquidated on 19 February 2005 since regarded as an obstacle to AKP Government's Transformation in Health Programme.

Key words: SSK hospitals, health services delivery, health transformation programme

Giriş

İşçilerin sağlık harcamalarını karşılamak için bir sigorta sisteminin ve işçilere hizmet verecek hastanelerin kurulması düşüncesinin izleri henüz Cumhuriyet ilan edilmeden, 17 Şubat-4 Mart 1923 tarihlerinde İzmir'de toplanan Türkiye İktisat Kongresi'ne kadar gider.

Kongre'ye sunulan İşçi Grubunun İktisat Esasları'nın 2. maddesinde; "Sarî hastalıklar ve bilhassa verem son zamanlarda işçiler ve umum muhtacın ve ailelerinde pek ziyade tahribat yaparak ırkın özünü mahvetmekte olduğundan hasılatı tesis edilecek verem tecridhaneleri, sanatoryum, emzikhaneleri ve hastahanelerin masraflarına karşılık tutulmak üzere (sıhhat vergisi) namiyle bir verginin temettu vergisine bir miktar zammı." talebi, 21. maddesinde de; "İki yüz elli işçi kullanan fabrikalar, şirketler müesseseleri içinde veya yakınında bir dispanser, maden ocaklarıyla büyük kıtada ormanları işleten ve ormanlarda fabrika yapan sermaye sahiplerinin veya şirketlerin ve tuzlaların civarında birer hastahane ve maden ocaklarında işçiler için behemehâl birer

parasız hamam yapmalarına mecbur tutulmaları." talebi yer alır (**Ökçün, 1981**).

Ne var ki, bu ve daha sonraki tarihlerde oluşan benzer taleplerin gerçekleşmesi için uzun süre beklemek gerekecektir.

Hastaneler kuruluyor

Türkiye'de çok partili hayata geçiş sürecinde sosyal politika alanında da bir dizi düzenleme yapılır. 7 Haziran 1945'te Çalışma Bakanlığı, 1 Ocak 1946'da da İşçi Sigortaları Kurumu (İSK) kurulur. Sosyal sigortalılarla ilgili ilk olarak 27 Haziran 1945 tarih ve 4772 sayılı Kanun'la İş Kazalarıyla Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları uygulanmaya başlanır. Ardından 1949 yılında çıkarılan İhtiyarlık Sigortası Kanunu 1957 yılında Malullük, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortası Kanunu ile genişletilir. Hastalık sigortasıyla ilgili 4 Ocak 1950'de çıkarılan Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu ise 1 Mart 1951 tarihinden itibaren ilk olarak İstanbul ve Trakya bölgesinde (Edirne, Kırklareli, Tekirdağ) uygulanmaya başlar ve uygulama on iki

*İşyeri Hekimi, Toplum ve Hekim Dergisi Hakem Kurulu Üyesi

yıllık bir süre sonunda, Zonguldak'taki Ereğli Kömür İşletmeleri hariç, bütün yurda yayılır (**T. C. Çalışma Bakanlığı**).

Nihayet, iş kazalarıyla meslek hastalıkları, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları 17 Temmuz 1964'te kabul edilen 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile birleştirilir ve 1945 yılında 4792 sayılı Kanun'la kurulan İSK'nın adı da Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) olarak değiştirilir.

1950 tarihli Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu sadece aktif sigortalıları kapsarken 506 sayılı Kanun'dan sonra kapsam aşamalı olarak genişletilir. Sigortalıların eşleri ile geçindirmekle yükümlü oldukları çocuklarının da sağlık yardımlarından yararlanması ilk olarak 1 Mayıs 1965'ten itibaren Bilecik ve Eskişehir'den başlatılıp 1 Nisan 1973 tarihinde Adana'nın da katılmasıyla tamamlanır. (506 sayılı Kanun'un geçici 16. maddesinde 151 sayılı Ereğli Havzai Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun'un uygulandığı yerler için eş ve çocuklar için uygulanmaya başlanacağı tarihin Bakanlar Kurulu kararı ile belirleneceği düzenlenmiş olup 15 Ekim 1975'ten itibaren başlatılır.) Sigortalıların anne ve babalarının sağlık yardımlarından yararlanması ise 1 Mayıs 1976 tarihinde on yedi ilde başlayıp en son 20 Haziran 1978'de Ankara, İstanbul, İzmir ve İzmit'in de kapsanmasıyla tamamlanır (**SSK, 1983**).

1946'da İSK'nın kurulmasının ardından ilk sağlık tesisi olarak 1949'da Nişantaşı'nda İstanbul Hastanesi isimli 100 yataklı hastane açılır. Hastanenin ilk başhekimisi Op. Dr. Sırrı Alıçlı'dır. Bu yataklı tesisle birlikte

Eyüp Defterdar Fabrikası ve Paşabahçe Cam Fabrikası gibi işçilerin yoğun olduğu bölgelerde yataksız poliklinikler de hizmete sokulur. (**Atmanoğlu, 1985**).

1951 yılında hastalık sigortasının uygulamaya geçmesinin ardından hastaneler ardı ardına açılmaya başlanır. Tablo 1'de 1960 öncesi kurulan İSK hastaneleri ve kuruluş yılları görülmektedir.

Altın yıllar

Tablo 2'de 1950-1996 yılları arasında kurulan SSK hastaneleri ve yatak sayıları beşer yıllık kümeler halinde görülmektedir.

Tabloda görüldüğü gibi SSK hastaneleri özellikle 1960-1975 yılları arasında hızla büyümüştür. SSK bu yıllarda aynı zamanda mevcut hekimleri de kendisine çekmiştir. Dr. Nusret Fişek 1976 yılında Türkiye'de 2.000 kişiye bir hekim düşerken SSK'da 700 kişiye bir hekim düştüğünü belirtmektedir (**Fişek, 1976**). SSK'nın finansal kaynaklarının güçlü, SSK'lı nüfusun henüz düşük olduğu bu yıllar SSK hastaneleri için "altın yıllar" olur.

SSK hastaneleri

SSK, bu hızlı sağlık tesisi yatırımlarıyla birlikte devlet hastaneleri ve tıp fakültelerinin dışında, aynı dönemde kurulan diğer bazı kurum hastanelerinden de farklı olarak, gerek altyapı gerekse sağlık hizmeti sunumunda ulaştığı büyüklükle Sağlık Bakanlığı'ndan sonra ikinci büyük sağlık hizmet sunucusu kuruma dönüşür.

Böylece Türkiye sağlık örgütlenmesinde "SSK sağlık hizmetleri modeli" olarak tanımlanan bir model

Tablo 1. 1960 öncesi kurulan İSK hastaneleri

İzmit Hastanesi	1951
Süreyyapaşa Sanatoryumu	1951
Sultanahmet Hastanesi (sonra Bakırköy Doğumevi)	1952
Eyüp Hastanesi	1952
Samsun Hastanesi	1953
Adana Hastanesi	1953
Ankara Hastanesi	1953
Malatya Hastanesi	1954
Mersin Hastanesi	1955
Gaziantep Hastanesi	1956
Elazığ Hastanesi	1956
Aydın Hastanesi	1957
İstanbul Hastanesi*	1958
İzmir Hastanesi	1958
Trabzon Hastanesi	1958
Erzurum Hastanesi	1959

*İstanbul'un Samatya semtinde kurulan hastane (Fişek, 1997).

Tablo 2. İSK ve SSK hastanelerinin kuruluş yıllarına göre kümelenmesi ve bu tarihlerdeki yatak sayıları toplamı ve ortalama yatak sayılarının yıl kümelerine göre dağılımı

Yıl Kümeleri	Hastane S.	K. Yatak S.	Ort. Yatak S.
1950-54	9	416	52
1955-59	3	465	155
1960-64	12	2153	180
1965-69	22	2519	115
1970-74	15	3219	215
1975-79	9	799	89
1980-84	10	1068	107
1985-89	10	831	83
1990-94	22	2455	112
1995-96	3	915	305

Kaynak: Fişek, 1997; Tablo 4.1

ortaya çıkmıştır. Bu modelin en ayırt edici özelliği, daha sonra tasfiye edilmelerine de neden olacak olan, sağlık hizmeti finansman ve sunumunun tek elde toplanmış olmasıdır. SSK, tıpkı kendisinden sonra kurulan Emekli Sandığı ve Bağ-Kur gibi bir sosyal sigorta kurumu olmasına rağmen, onlardan farklı olarak, sağlık hizmetlerini dışarıdan satın almak yerine kendisi üretmiştir.

Aslında, girişte de bahsedildiği gibi, işçilerin kendilerine ait hastaneleri olmaları düşüncesi başlangıçta işten kaynaklanan hastalık ve kazalarla ilgili olarak gündeme gelmiştir. Zaten İSK'nın ilk hastane kurulduğunda henüz Hastalık Sigortası Kanunu çıkmamış olup sadece İş Kazalarıyla Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları uygulamadadır. Üstelik sigortalıların eşleri ve çocukları ile anne ve babaları da sağlık yardımlarından yararlanamamaktadır. Zaten Nişantaşı'ndaki İstanbul Hastanesi de "İş Kazaları Meslek Hastalıkları Hastanesi", "Meslek Hastalıkları Hastanesi" adlarıyla anılmaktadır (**Fişek, 1997**).

Ancak SSK hastanelerinin gelişimi bu yönde olmaz, meslek hastalıklarının teşhisi, tedavisi ve koruyucu önlemlerin alınması için hayati öneme sahip olan meslek hastalıkları hastanelerinin kurulabilmesi için yirmi beş yıldan fazla beklemek gerekmiştir. Dr. İsmail Topuzoğlu, Dr. Engin Tonguç, Dr. Haldun Sırer gibi konunun öncüsü hekimlerin ısrarlı çabaları ve çalışmalarıyla ilk olarak 1972 yılında SSK Müdürler Kurulunun kararıyla SSK Ulus Hastanesi'nde 10-15 yatak ayrılıp Dr. Engin Tonguç görevlendirilmiş, sonra 1976'da SSK Eyüp Hastanesi içinde Meslek Hastalıkları Kliniği, daha sonra da 1979'da Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi, 1980'de İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi, son olarak ise 1994'te Zonguldak Göğüs ve Meslek Hastalıkları Hastanesi kurulmuştur (**Tonguç, 1991**). Sadece üç meslek hastalıkları hastanesi doğal olarak ülkenin bütün coğrafyasındaki milyonlarca işçiye hizmet vermek için yeterli olmamış; meslek hastalıkları meselesi o günden bugüne çözülemediği bir sorun olarak devam edegelmiştir.

Neticede SSK, işçi sağlığı, meslek hastalıklarıyla ilgili sağlık örgütlenmesi yerine sigortalılarla onların eş, çocuk, anne ve babalarının tedavi hizmetleri ihtiyacını karşılamaya yönelmiş, bu ihtiyacı karşılamak için de yaygın olarak genel hastaneler kurmuştur. Bu genel hastanelerin yanı sıra, gene aynı ihtiyaca cevap verebilmek için göğüs ve kalp damar hastalıkları hastanesi, doğumevi, sanatoryum, çocuk

hastalıkları hastanesi, psikiyatri hastanesi, geriatri hastanesi gibi dal hastaneleri de kurulmuştur.

SSK'nın genel hastaneciliğe bu yönelimi esas olarak Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunum yetersizliğinden kaynaklanmış; bir başka ifadeyle, SSK, Sağlık Bakanlığı'nın eksikliğini kendi sigortalıları için kompanse etmek zorunda kalmıştır.

Bu arada, büyük şehirlerdeki SSK hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'ndan alınan yetkiyle, aynı zamanda tıpkı devlet hastaneleri gibi uzmanlık eğitimi veren, asistan yetiştiren birer eğitim ve araştırma hastanesi işlevlerini de yüklenmişlerdir.

Hatta SSK Genel Kurulları'nda işçi temsilcileri sık sık SSK'nın niçin bir tıp fakültesi kurmadığını sormuşlar; tıp fakültesi değil ama SSK İstanbul (Samatya) Hastanesi merkez olmak üzere Gülhane Askeri Tıp Akademisi benzeri bir "Sosyal Sigortalar Kurumu Tıp Akademisi" kurulması SSK Yönetim Kurulunda 25 Ocak 1979'da kabul edilmiş, konuyla ilgili bir kanun tasarısı da hazırlanmış, ancak hayata geçirilememiştir (**Fişek, 1997**).

SSK hastanelerini, kamu olsun özel olsun diğer bütün hastanelerden ayıran bir başka özellik (sonralarda büyük tıkanıklık yaşanan ve hastaların çok büyük şikayetlerine yol açan) eczacılık hizmetleri olmuştur. Diğer hastaneler sadece yatan hastalara eczacılık hizmetleri verirken, SSK hastaneleri ayakta hastaların reçetelerini de karşılamışlardır.

SSK'nın kendi eczacılık hizmetlerini vermesi bir süre sonra kendisine ait bir ilaç fabrikası düşüncesini de doğurmuştur. SSK'nın kendi ilaç fabrikasını kurmak istemesi ilaç işverenlerini rahatsız etmiş; ilaç fabrikalarının sahipleri, diğer fabrikalardan çekinerek SSK'ya fabrika satmaktan kaçınmışlar, aynı zamanda Kimya İşverenleri Sendikası yöneticilerinden de olan dönemin SSK Yönetim Kurulu işveren temsilcisi üyesi Refik Baydur da uygulamayı engellemeye çalışmıştır. Nihayet 1978 yılında İstanbul Bomonti'deki İlaç Fabrikası 120 Milyon TL karşılığı satın alınarak 24 Mayıs 1979 günü törenle açılmıştır (**Tonguç, 1991**).

SSK İlaç Fabrikası'nda Sesskaljin, Sesskamol, Sesskalin, Sesskaside, Sulfaprim gibi yaygın kullanılan bazı temel ilaçlarla hemodiyaliz solusyonları ve serumlar üretilerek SSK hastanelerine dağıtılmış, bu yolla aynı zamanda ilaç harcamalarında tasarruf sağlanmaya çalışılmış ancak üretim çok sınırlı kalmıştır.

SSK hastaneleri, işçiler ve hekimler

SSK hastanelerini diğer hastanelerden ayıran bir diğer özellik işçilerin (ve onlar adına işverenlerin) ödedikleri primlerle kurulmuş olmaları ve tanımlanmış bir nüfusa, yani işçilere ve onların ailelerine hizmet vermeleridir.

SSK ve SSK hastaneleri aslında tamamen işçilerin yönetiminde özerk kurumlar olması gerekirken bu gerçekleşmemiş ve tıpkı Sağlık Bakanlığı hastaneleri gibi siyasi iktidarlar tarafından yönetilmiş, ancak işçi sınıfının etkisi de değişik düzeylerde yansımıştır.

Bir kez diğer vatandaşlarla devlet hastaneleri arasında vergi dolayımıyla kurulamayan, ya da çok zayıf kalan aidiyet ilişkisi SSK'da primler yoluyla daha kolay kurulmuş, daha güçlü olmuş; işçiler SSK hastanelerini kendi primleriyle kurulan ve faaliyet gösteren hastaneler olarak görmüşlerdir.

Bir diğeri SSK yönetim yapısının ağırlıklı olarak Hükümet tarafından belirlenmesine rağmen Yönetim Kurulu'nda işçi temsilcisinin de yer almış olmasıdır. Yönetim yapısında zaman içinde yapılan değişikliklerle işçi temsilcisi sayısının ikiye çıktığı, SSK'da çalışan memur ve müstahdemlerin ve Kurumdan aylık ve gelir almakta olanların temsilcilerinin de Yönetim Kurulunda yer aldığı dönemler de yaşanmıştır (Fişek, 1997).

Bu temsiliyet esas olarak en çok üyeye sahip işçi sendikasının seçtiği bir sendikacının Yönetim Kurulu'nda yer alması şeklinde olmuş; SSK Yönetim Kurulu'nda yer almak bu şekilde belirlenen sendikacılar için "mesleki kariyer"lerinin bir parçası olarak görülmüş, işçiler ve sendikalar SSK politikaları konusunda etkili olamamışlardır.

İşçi sendikalarının SSK hastaneleriyle kurdukları daha yakın bir bağ ise sendikacıların kendi üyelerinin muayene ve tedavileri için hastane yöneticileri ve hekimlerle ilişki kurmaları şeklinde gerçekleşmiştir.

Özellikle bu son ilişki biçiminin bir yansıması olarak SSK hekimleri, sağlık çalışanları örgütlenme, sendikalaşma konusunda diğer sağlık çalışanlarından daha duyarlı olmuşlardır.

Bu etkiyi kendisi de SSK hekimi olan Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) eski Başkanlarından Dr. Erdal Atabek şöyle anlatır:

"(İkincisi) SSK hekimleri sendikal gerçeği yaşıyor. Yani bir işçiyle tartıştığınız zaman iki gün sonra sendikası geliyor. Filanca işçinin sendikası, doktor bey geçen gün burada bir olay olmuş, üzüldük filan diyor.

Ve siz karşınızda bir sendikacının gelip sizi, sizin konunuza ve durumunuza göre bazen rica, bazen

Tablo 3. SSK sağlık hizmetlerinde potansiyel ve gerçekleşen hizmet talebi ile altyapı ve insan gücü arzının 14 yıllık değişimi

	1979	1989	1993	1979-1993 Artış %
Toplam Sigortalı	9,3 milyon	19,9 milyon	22,4 milyon	+145
Aktif Sigortalı	2,2 milyon	3,3 milyon	3,9 milyon	+85
Başvuran Hasta	16,1 milyon	31,4 milyon	31,9 milyon	+98
Yatan Hasta	481 bin	795 bin	913 bin	+90
Ameliyat	108 bin	241 bin	299 bin	+176
Doğum	97 bin	143 bin	172 bin	+77
Yataklı Kurum	74	91	109	+43
Dispanser	85	118	138	+62
İstasyon	149	160	172	+15
Toplam Yatak	18.405	22.461	28.157	+53
Toplam Sağlık Pers.	36.143	35.559	40.125	+11
Toplam Hekim	4.539	5.144	6.907	+52
Uzman	3.125	3.191	3.871	+24
Pratisyen (Asistan dahil)	1.414	1.953	2.938	+107
Dış Hekimi	207	-	424	+105
Eczacı	784	870	877	+12
Hemşire+Ebe	3.521	5.967	6.390	+81
Memur	12.287	-	18.587	+51
İşçi	14.805	-	6.941	-53

Kaynak: TTB, 1995; Tablo 26

tehditle üyesinin hakkını aradığını görüyorsunuz. Biz bu deneyin sahibiyiz.” (**İstanbul Tabip Odası, 1990**).

Nitekim, Dr. Atabek ve arkadaşları bu sendikal binle önce SSK Hekim ve Eczacıları Derneği'ne girerek yönetimi ele geçirmişler; sonra, 1965 yılında 624 sayılı Devlet Personeli Sendikalar Kanunu yürürlüğe girdikten sonra Türkiye Hekim ve Eczacılar Sendikası'nı kurmuşlar, bu sendikanın kurucu başkanlığını yapan Dr. Atabek daha sonra da TTB Merkez Konseyi'ne seçilmiştir (**İstanbul Tabip Odası, 1990**).

“Lanet olsun SSK'ya”

SSK'nın, daha önce bahsettiğimiz SSK hastanelerinin ardı ardına açıldığı, SSK'lı nüfusun ise henüz düşük olduğu “altın yıllar”ı uzun sürmez, tablo 1980'lerden itibaren tersine döner.

Tablo 3'te görüldüğü gibi bu yıllarda SSK'lı nüfus ve hizmet talebi hızla büyümüş, SSK sağlık kurumları ve sağlık çalışanlarının sayısındaki artış ise bu büyümeye yetişememiş ve SSK sağlık hizmetleri büyük bir yetmezliğe girmiştir.

Şimdi artık SSK, Türkiye'deki tüm hekimlerin %11'i (tüm uzman hekimlerin %14'ü, tüm pratisyen-asistan hekimlerin % 8,4'ü), tüm ebe-hemşirelerin %7'si ve tüm eczacıların %4,8'i ile Türkiye nüfusunun % 38'ine hizmet vermeye çalışmaktadır (**TTB, 1995**).

Poliklinik, eczane, röntgen ve laboratuvarların önünde uzayan kuyruklar, hastaneye yatış için uzun bekleme sürelerinin hastalara “Lanet olsun SSK'ya” dedirttiği bu dönemde SSK'lı hastaların polikliniklerde yaşadığı sorunlar İstanbul Tabip Odası tarafından hazırlanan raporda şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Sabahın çok erken saatlerinde muayene sırası için kuyruğa girmek.
2. Hangi uzmanlık dalına başvuracağına hastanın kendisinin karar vermek zorunda kalması.
3. Muayene sırasının kendisine ne zaman geleceğini bilmeksizin belirsizlik içinde beklemek.
4. Muayenenin kişisel mahremiyetine hürmet edilen insani bir ortamda yapılamaması.
5. Kendisine derdini anlatacağı ve درمانını anlayacağı yeterli bir süre ayrılmaması.

5. Muayene sonrası tetkik, istirahat, ilaç, yatış, sevk ve benzeri için, nasıl işlediğini bilmediği bir kurumda, odalar ve binalar arsında mekik dokumak ve adaletli bir sıra izlendiğinden şüphe duyduğu kuyruklarda beklemek (**İstanbul Tabip Odası, 1998**). TTB bu dönemde SSK sağlık hizmetlerinin içine düştüğü krizi kamuoyuna duyurabilmek için bir dizi faaliyet yürütmüş, SSK Raporları hazırlamış, diğer meslek örgütleri ve sendikalarla birlikte panel, sempozyumlar, kurultaylar düzenlemiş; sadece sorunu tanımlamakla yetinmemiş çözüm önerileri de geliştirmiştir.

Türk-İş, DİSK, Hak-İş, KESK, Türk Eczacıları Birliği ve TTB'nin 6-7 Nisan 1996'da Ankara'da birlikte düzenledikleri “SSK ve Sağlık Hizmetleri” Kurultayı'nın Sonuç Bildirgesi'nde SSK sağlık hizmetleriyle ilgili çözüm önerileri ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. Bu önerilerden bazıları:

- SSK sağlık hizmetlerine olan talebin gerektirdiği insan gücü ve altyapı yatırımları yapılmalıdır.
- Grevli toplu pazarlık hakkına sahip kılınacak SSK personeli, tam gün çalışma düzenine geçirilmeli(dır).
- SSK sağlık harcamaları içinde %30-33'lük bir paya sahip olan ilaç giderlerinin, sağlık hizmetinde bir aksamaya yol açmadan kısılabilmesi için getirilen “ucuz eşdeğer ilaç” uygulaması sürdürülmeli(dır).
- Temel sağlık hizmetlerini esas alan bir politikayla, işyeri işçi sağlığı ve iş güvenliği kurullarının denetiminde kurulacak ve geliştirilecek işyeri sağlık birimlerinden başlayan, dispanser ve bölge hastanelerine dek uzanacak bir sevk zinciri kurulmalıdır.
- İşyerlerinde koruyucu sağlık ve iş kazaları sonrası işe uyumu hedefleyen rehabilite edici hizmetler geliştirilmeli, yasalarda ve yönetmeliklerde yer alan işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemlerinin tümünün alınması sağlanmalıdır.
- SSK bir Meslek Hastalıkları Enstitüsü kurmalı ve bu enstitünün bölgesel sağlık kuruluşlarını meslek hastalıkları ile ilgili tanı ve tedavi açısından yönlendirmesi sağlanmalıdır (**“SSK ve Sağlık Hizmetleri” Kurultayı, 1996**).

SSK hastaneleri ve Sağlıkta “Dönüşüm”: Bir kurtla kuzu masalı

SSK hastaneleri 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık

Tablo 4. Sağlık Bakanlığı'na devredilen SSK sağlık kurumları

Hastane	148
Dispanser	212
Sağlık İstasyonu	202
Ağız ve Diş sağlığı Merkezi	3
Dispanser/Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	6
Dispanser ve Hemodiyaliz Merkezi	2
Toplam	573

Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun hükmünce 19 Şubat 2005 günü Sağlık Bakanlığı'na devredildi.

Bu devir için en çok kullanılan gerekçe SSK sağlık kurumlarının varlığının sağlıkta iki başlılık yaratmakta olduğuydu.

Gerçekten de SSK'nın, Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra kendi sağlık kurumlarını oluşturmaya eskiden beri tartışma konusu olmuş; 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 30. maddesinde de "İşçi Sigortaları Kurumuna ait sağlık tesisleri, binaları, tıbbi malzeme, eşya ve ilaçlar, iktisap bedeli verilmek suretiyle, Sağlık ve Sosyal Yardım ve Çalışma Bakanlıkları tarafından müştereken tespit edilecek esaslar dairesinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na devredilir." hükmü yer almış; özellikle SSK hastanelerinin krize girdiği, hastane kuyruklarının uzayıp gittiği yıllarda da tekrar gündeme gelmişti.

Ancak, SSK sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığı'na devir nedeninin sağlıkta iki başlılığı kaldırmak olduğu doğru değildi.

Öncelikle; bu devri gerçekleştiren AKP Hükümeti daha altı ay önce 5227 sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun'u TBMM'den geçirmişti ve Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından bir kez daha incelenmek üzere Meclis'e iade edilen Kanun Sağlık Bakanlığı'nın eğitim hastaneleri dışındaki bütün hastanelerinin il özel idarelerine, hastaneler dışındaki bütün sağlık kurumlarının da belediyelere devrini öngörüyordu. Yani, AKP'nin mevcut planında sağlıkta tek başlılık değil atomizasyon söz konusuydu.

Üstelik; SSK hastanelerinin içine düştüğü yetersizlik nedeniyle SSK'lı hastaların yaşadığı mağduriyetin giderilmesi için devir şart değildi. SSK'lı hastaların da Sağlık Bakanlığı kurumlarından yararlanması sağlanarak sorun çözülebilirdi. Nitekim daha 1961

yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile Çalışma Bakanlığı arasında böyle bir protokol imzalanmış; en son 4 Temmuz 2002'de DSP-MHP-ANAP Hükümeti döneminde de benzer bir protokol düzenlenmişti.

Nitekim AKP Hükümeti de önce aynı yolu izlemiş; Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Sağlık ve Maliye Bakanlıkları arasında ilk olarak 1 Temmuz 2003 tarihinde "Sağlık Bakanlığı ile SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımına Dair Protokol" imzalanmıştı. Aynı gün gazetelere verilen ilanlar "Sağlıkta Yeni Dönem/1 Temmuz 2003" başlığını taşıyor; başlangıçta Ankara, İstanbul, İzmir, Sivas, Rize ve Yalova'yı kapsayan "Türk sağlık sistemi içerisinde milat sayılacak bir adım" olan uygulamanın yakın bir gelecekte ülkenin tümünü kapsayacak şekilde yaygınlaşacağı müjdelenerek hayırlı olması dileniyordu (**Radikal, 01 Temmuz 2003**). Protokol 1 Ocak 2004'te yenileniyor ve gene gazetelere verilen ilanlarla "ortak kullanım"ın 81 ilde yürürlükte olduğu ilan ediliyor ve "Şimdi, ister SSK ya da Bağ-Kur, isterseniz Emekli sandığı mensubu, aktif devlet memuru ya da yeşil kart sahibi olun, tüm sağlık kuruluşları ayırım olmadan hizmetinizde." deniliyordu (**Radikal, 10 Ocak 2004**).

Bu arada, SSK'lı hastaların ilaçlarını serbest eczanelerden alabilmelerini sağlayacak bir diğer çalışmanın da devir öncesinde Maliye Bakanlığı ve Türk Eczacıları Birliği arasında yürütüldüğünü hatırlatalım. Neticede, SSK sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı'na devredilmeden de SSK ve diğer sigortalı hastaların devlet hastanelerinden yararlanması mümkündü.

Ancak, AKP Hükümeti'nin uygulamaya başladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlığın finansmanı için diğer sigorta programlarından ayrı bir Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulmasını öngörüyordu ve SSK'nın finansman ve hizmet sunumunu tek elde birleştiren yapısı GSS için bertaraf edilmesi gereken bir model oluşturuyordu (**Sağlık Bakanlığı, 2003**).

Sonuç olarak; SSK hastaneleri kendi başarısızlıklarının değil, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kurbanı olarak tasfiye edildiler.

SSK hastanelerinin ardından

İlk kuruldukları 1949'dan 2005'e dek sağlık sisteminin önemli bir bileşeni olan, faaliyet gösterdikleri yıllar boyunca işçi sınıfına sağlık hizmeti sunan, milyonlarca insanın acısını, ızdırabını dindirmek, hastalıklarını iyileştirmek için çalışan SSK hastanelerinin tasfiyesinin üzerinden on yıl geçti.

TTB'nin, SSK'nın devrinden bir yıl sonra hazırladığı broşürün son cümlesiyle bitirelim:

"19 Şubat 2005'e kadar, elli altı yıl boyunca; fabrikalarda, inşaatlarda, maden ocaklarında en ağır çalışma ve sömürü koşullarında üretip, ödedikleri primlerle SSK sağlık kurumlarını yoktan var eden işçi sınıfına, SSK sağlık kurumlarının acil servisinde, polikliniklerinde, ameliyathanelerinde, nöbetlerde, büyük imkânsızlıklar içinde sağlık hizmeti üretip SSK'lı hastalara sunan meslektaşlarımıza ve birlikte çalıştığımız diğer sağlık çalışanlarına, Dün SSK sağlık kurumlarının tasfiyesine; bugün Sosyal Güven(siz)lik ve genel Sağlık(sızlık) Sigortası tasarılarına karşı birlikte mücadele yürüttüğümüz bütün emekçilere ve dostlarımıza, TTB'nin derin şükran ve sevgileriyle (TTB, 2006)."

Kaynaklar

- Atmanoğlu, M.** (1985) Sosyal Sigortalar Kurumu İstanbul Hastanesi Sağlık Hizmeti Sunumunda 25 Yıl. baha matbaası.
- Fişek, G., Özsuca, Ş. T., Şuğle, M. A.** (1997) Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996. Ankara: Sosyal Sigortalar Kurumu, Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı.
- Fişek, N.** (1976) Genel Sağlık Sigortasına Niçin "Hayır", Prof. Dr. Nusret Fişek'in Yayınlanmamış Yazıları-Sağlık Yönetimi içinde. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları:160-163.

İstanbul Tabip Odası, İstanbul Dişhekimleri Odası, İstanbul Eczacı Odası, İstanbul Veteriner Hekimler Odası. (1990) Sağlık Ve Kamu Çalışanları Sendikal Hakları/1960'dan... 1990'a. İstanbul: Dosya Yayıncılık.

İstanbul Tabip Odası SSK Hekimleri Komisyonu. (1998) SSK İstanbul Bölgesi Sağlık Hizmetleri Durum-Çözümler, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 13(1):58-61.

Ökçün, G. (1981) Türkiye İktisat Kongresi 1923-İzmir Haberler, Belgeler, Yorumlar. Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları.

Radikal, 01 Temmuz 2003.

Radikal, 10 Ocak 2004.

Sağlıkta Dönüşüm (2003). T. C. Sağlık Bakanlığı.

SSK Hastalık Sigortası Daire Başkanlığı. (1983) 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Yasası'nın İş Kazaları İle Meslek Hastalıkları Hastalık Analık Sigortası Uygulamaları. Ankara: SSK Genel Müdürlüğü Yayınları.

"SSK ve Sağlık Hizmetleri" Kurultayı. (1996)

T. C. Çalışma Bakanlığı. 50 Yılda Çalışma Hayatımız.

Tonguç, E. (1991) SSK Yönetiminde 2 Yıl. Ankara: Başak Yayınları.

Türk Tabipleri Birliği. (1995) Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Hizmetlerinde Kriz ve Çözüm.

Türk Tabipleri Birliği. (2006) Devrin 1. Yılında SSK Tespitler-Görüşler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

SAĞLIKTA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI SÜRECİNDE TTB HUKUK MÜCADELESİ

Özgür ERBAŞ*

Özet: Kamuoyuna “şehir hastaneleri” adı altında yeni bir model olarak sunulan ancak aslında bir finansman yöntemi ve sağlığın özelleştirilme araçlarından biri olan sağlık alanında kamu özel ortaklığı uygulamaları Türkiye’de giderek yoğunlaşan bir tartışma başlığını oluşturmuştur. Bu süreçte Türk Tabipleri Birliği, süreci başından itibaren izleyerek değerlendirmiş ve müdahale ve mücadele olanakları yaratmaya çalışmıştır. Bu yazıda Türk Tabipleri Birliği’nin sağlık alanındaki kamu özel ortaklığı projelerine karşı yürüttüğü hukuksal mücadele kronolojik olarak özetlenmektedir.

Anahtar sözcükler: TTB, kamu özel ortaklığı, özelleştirme.

TMA’s Legal Struggle in The Process of Public-Private Partnership in Health

Abstract: Presented to the public as a new model under “city hospitals”, public-private partnerships in the field of health are in fact a financing method and one of the tools of privatization in health. As such there are intensifying debates about the issue in Turkey. The Turkish Medical Association followed and evaluated the process from the very start and tried to create channels of intervention and struggle. This article gives a chronological summary of TMA’s legal actions against public-private partnership projects in the field of health.

Key words: TMA, public-private partnership, privatization

Sağlık alanında kamu özel ortaklığı (KÖO) uygulamaları Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın çeşitli bileşenleri ile paralel olarak uygulanmaya başlanmış ve “şehir hastaneleri” adıyla kamuoyuna sunulmuştur. Esas olarak Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin yeni bir finansman modeliyle inşaat aşamasından başlayarak değişime uğratacak bu yönetime karşı Türk Tabipleri Birliği (TTB) hukuksal sürecin tek aktörü olmuştur ve olmaya devam etmektedir. Bu yazıda gerek konu ile ilgili yasal düzenlemelere gerekse de proje ve ihale süreçlerine dair TTB tarafından sürdürülen hukuksal girişimler ve mücadele kronolojik olarak özetlenmeye çalışılmaktadır. KÖO uygulamaları ve tarihçesi hakkındaki bilgiye Toplum ve Hekim Dergisi’nin eski sayılarından ve TTB yayınlarından ulaşılabilir.

Önce

Sürecin başlangıcında 2011 yılı Ağustos ayında Türk Tabipleri Birliği’nde bir toplantı yapılmış ve bu toplantıya Dr. Eriş Bilaloğlu, Prof. Dr. Feride Aksu Tanık, Prof. Dr. Kayıhan Pala, Prof. Dr. Onur Karahanoğulları, Doç. Dr. Koray Karasu, Av. Ziyet Özçelik, Av. Özgür Erbaş katılmışlardır. Katılımcılar Mayıs ayında Bursa Tabip Odası tarafından düzenlenen uluslararası sempozyum katılımcılarıdır. Sempozyumun açış

konusmasında Prof. Dr. Feride Aksu Tanık, kamu özel ortaklığına karşı yürütülecek hukuksal mücadelenin nasıl planlandığını anlatmıştır (TTB 2011). Özet olarak daha fazla bilgi, daha fazla araştırma, daha farklı bir yaklaşım ve temel ilkelerin yol gösterdiği bir uzun yolun yürünmesine karar verilmiştir.

Kamu özel ortaklığı olarak isimlendirilen finansman yöntemi, sağlığın özelleştirilme araçlarından biri olarak Türk Tabipleri Birliği üyelerine yabancı değildir; Toplum ve Hekim Dergisi’nin okurları 2014 yılında yapılan tartışmaların tümünü yaklaşık on sene önceden okumuş olma şansına sahiptir. Dolayısıyla kamu özel ortaklığının “neye yaradığına” dair bilimsel bilgiye dayalı bir tespit olmakla birlikte uygulamanın Türkiye’de nasıl işleyeceği, planlamanın nasıl yapıldığı, ihalelerin nasıl yürütüldüğü gibi başlıkların altının doldurulması gerekmektedir. Açılacak davalarda, kamu özel ortaklığının kamu maliyesi, kamu yönetimi, kamu hizmetlerinin yürütülmesi ve özel olarak sağlık hizmetini sunanlar ve bu hizmetten yararlananlar için yaratacağı sorunların irdelenmesi gerekiyordu. Öncelikle ihale aşamasına kadar yapılan çalışmalar hakkında bilgi edinilmesi gerekmektedir.

*Avukat, TTB Hukuk Bürosu

Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, tüm il sağlık müdürlükleri ve tüm belediye başkanlıklarına bilgi edinme hakkı kapsamında başvuru yapıldı. Sağlık Bakanlığı, hastaneler için arsa tahsisi yapıp yapılmadığı, yapıldıysa arsanın kime ait olduğu, hastane yenileme ihalesi yapıp yapılmadığı, danışmanlık hizmet alımı yapıp yapılmadığı ve bunların bedellerinin ne olduğu gibi sorulara "ticari sır" ve "özel hayatın gizliliği" gerekçeleriyle yanıt vermedi. Bunun üzerine Başbakanlık Bilgi Edinme ve Değerlendirme Kurulu'na başvuru yapıldı. İtirazlarımızın kabul edilmesi üzerine Sağlık Bakanlığı sorularımıza yanıt verdi. Kalkınma Bakanlığı'na yapılan başvurunun esas Yüksek Planlama Kurulu tarafından kaç hastane için ihale kararı verildiği, kaç hastane için başvuru yapıldığıydı. Bu sorular da kısmen yanıtlanmış oldu. Ankara Büyükşehir Belediye Başkanlığı'na Etlik ve Bilkent hastaneleri için imar planı değişikliği yapıp yapılmadığı soruldu. Herhangi bir değişiklik yapılmadığı yanıtı verildi. İstanbul ve Kocaeli belediye başkanlıklarıyla tekraren yazışma yapılmak zorunda kalındı.

Bu yazışmalar devam ederken geriye dönük yasa faaliyetlerinin ayrıntılarına da bakılması gerektiği anlaşıldı. Kamu özel ortaklığına ilişkin ilk düzenlemenin 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na Ek-7. Madde eklenerek yapıldığı 2005 yılından başlamak üzere kamu özel ortaklığı başlığının geçtiği TBMM tutanakları tarandı. Araştırmalar sırasında Nisan 2011 tarihinde sessiz sedasız Kayseri için ihale yapıldığı anlaşıldı. 30 Haziran 2011 tarihinde Etlik ihalesi yapıldı. O dönemde "dünyanın en büyük sağlık tesisi" olarak tanımlanan hastanenin ihalesini alan şirketlerden Türkerler A.Ş.'nin sahibi o güne kadar öğrenemediğimiz bir bilgiyi gazete röportajında açıkladı; kapatılarak Etlik şehir hastanesine taşınacak mevcut hastanelerin arazilerinin kendilerine AVM, otel, rezidans yapmak üzere verileceğini söyledi. Bu sayede yapılacak hastaneler için mevcut hastanelerin kapatılmasının planlandığı, şirketlerin bu hastanelerin taşınmazlarını da ticari amaçla kullanacağı bilgisine ulaşıldı, ancak elde somut bir delil yoktu.

Etlik ihalesine karşı dava hazırlıkları sürerken 10 Ağustos 2011 tarihinde Kayseri ihalesinin sözleşmesinin imzalandığı haberi duyuruldu. Bunun üzerine sözleşmenin imzalanması tek başına idari bir işlem olarak dava konusu edildi. Danıştay 13. Dairesi önce "özel hukuk hükümlerine tabi sözleşmeye idari yargıda dava açılmayacağı" gerekçesiyle dilekçenin reddine, itirazımız üzerine de

davanın reddine karar verdi. Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu 26.5.2014 günlü kararıyla bu kararın bozulmasına, yargı yolu belirlenmesi için davanın esastan görüşülmesi gerektiğine hükmetti.

Nihayetinde 2011 yılı Eylül ayında Etlik ihalesi için ilk dava açılmış oldu. Dava, kamu özel ortaklığı finansman yönteminin hem dayanağı mevzuatının hem de ihale olarak uygulamasının hukuksal tartışması açısından bir ilktir. Davada yirmi başlık altında hem yöntemin kamu maliyesine maliyeti hem de sağlık hizmetine vereceği zararlar dava konusu edildi. Yasa ve yönetmelik hükümlerine açıkça aykırı olmasına karşın, görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinin "tıbbi destek hizmeti" adı altında bir bütün olarak şirketlere devredilmesinin sağlık hizmetinin bütünlüğüne aykırı olduğu, tıbbi hizmetlerin devredilemez olduğu, uygulamanın aynı zamanda tıpta uzmanlık eğitimine de büyük zarar vereceği uzun uzadıya tartışıldı. Diğer yandan mevcut hastane binalarının şirketlere devredilecek olmasının hukuka aykırılığı özel bir başlık olarak ele alındı. Davada ihalenin, dayanak Yönetmeliğin kimi hükümlerinin iptali ve 3359 sayılı Yasanın Ek-7. Maddesinin Anayasaya aykırılığına dair itirazımızın değerlendirilerek Anayasa Mahkemesi'ne Yasa'nın iptali için başvurulması talep edildi.

Dava hazırlıkları sürerken başta İngiltere olmak üzere uygulamaya dair bilgi toplanmaya devam edildi. Kamuoyuna "beş yıldızlı otel konforunda hastanelerin" gerçek yüzünün, asıl maliyetinin, sosyal güvenlik sistemi de göz önüne alarak açıklanması için ilk bilgilerle "Bir Ustalık Dönemi Eseri/Paran Kadar Sağlık" broşürü hazırlandı (TTB 2012a).

Sonra

Sağlık Bakanlığı tarafından davaya verilen yanıt dilekçesi bilmediğimiz başka gerçeklere ulaşılmasını sağladı. Örneğin Kayseri ihale ilanının çıktığı 2009 yılında bir kişinin dava açtığı bu sayede öğrenildi. Dava dosyası incelenerek Kayseri ihalesinin "kira" bedelinin yanı sıra Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış maliyet analiz tablosuna da ulaşıldı. Bu sayede, yöntemin parasal zararları daha somut olarak tartışılabilirdi. Yine Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin Etlik ve Bilkent için imar planı değişikliği yaptığı ve başvurumuza gerçeğe aykırı yanıt verdiği de ortaya çıktı. Ankara Büyükşehir Belediyesi yetkilileri hakkında bilgi edinme başvurusuna gerçeğe aykırı yanıt vermeleri nedeniyle suç duyurusunda bulunuldu. Ankara Valiliği tarafından "soruşturma izni verilmemesi" nedeniyle açılan idari davada da talebimiz reddedildi.

Sağlık Bakanlığı savunmasının temelini TTB'nin böyle bir konuda dava açamayacağı tezine dayanıyordu ve diğer itirazlarımız için özet olarak "asılsız" diyordu. Bu arada Sağlık Bakanlığı ihaleler öncesinde yapılan uzun hazırlıkların göstergesi olarak dilekçesinin ekine bir mütalaa eklemişti. Mütalaa 2 Milyon TL bedelle alınan "ihale hukuk dokümanlarının hazırlanması" ihalesini kazanan Actecon hukuk şirketine hitaben Prof. Dr. Ali Ulusoy tarafından yazılmıştı.

Sağlık Bakanlığı'nın cevaplarına karşı yeni hazırlıklar devam ederken internet taramalarında bir eğitim videosu bulundu. Kamu özel ortaklığı uygulamasına dair proje şirketlerine verilen bir eğitimde Sağlık Bakanlığı'nın şirketlere hastanelerin yüzde 70 doluluk oranıyla çalışacağını vaat ettiği bilgisine ulaşıldı. Ancak Sağlık Bakanlığı idari işlem dosyasını dosyaya sunmuyordu. İtirazımızın kabul edilmesinin ardından, üzerine "gizli" mührü basılı bir dosya gönderildi ve dosya tarafımıza gösterilmedi. Davacı olduğumuz davanın delillerinin bizden gizlenemeyeceğine dair itirazımızın kabul edilmesi üzerine ilk kez idari işlem dosyalarına ulaşılabilirdi; ihale şartnamesi, sözleşme taslağı, ihale komisyonunun kararları, fizibilite raporu, Yüksek Planlama Kurulu kararı içerikleri öğrenildi.

Bu sayede hastanenin sözleşme süresi boyunca ödeyeceği "kira" bedelleri, hastanelerin "şirket temsilcisi" tarafından yönetilmesinin kabul edildiği, Yüksek Planlama Kurulu'nun (Başkanı Başbakan'dır) "yapılacak hastanedeki yatak sayısı kadar yatağın mevcut hastanelerden azaltılması ya da hastanelerin kapatılması kaydıyla" ihalelere izin verdiği öğrenildi. Böylece iddialarımız bizzat Sağlık Bakanlığı'nın belgeleriyle ispatlanmış oldu. Yürütülen sürecin, Türkiye'deki mevcut yatak sayısını artırmak için değil, aksine sadece yatak yenilenmesine yönelik olduğu somut olarak ortaya çıktı. İhale şartnamesinde Etlik içine taşınacak 11 hastanenin taşınmazlarının "kampüs dışı ticari alan" adı altında ihale alan şirketlere devredileceği açıkça yazılıyordu.

Dava sürerken Prof. Dr. Ali Ulusoy önce Danıştay üyesi, ardından davanın görüldüğü 13. Daire Başkanlığı hâkimi oldu. Bunun üzerine davalara dair görüşünü açıkladığı ve tarafsız olmadığı gerekçesiyle hâkimin reddi talebinde bulunuldu. Kararları görüşen heyette kendisi bulunmadı, böylece açıkça bir karar verilme de Hâkim Ali Ulusoy dosyaları görüşen heyette yer almadı.

İhaleler yapılmaya devam ediyordu, Bilkent ihalesine karşı dava hazırlıkları yapılırken elde daha

fazla bilgi vardı. İhaleleri yapan Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın internet sayfası taranıyordu; bu sayede Elazığ ihalesinin sayfadaki yerinin "teklif aşamasındaki projeler" başlığından, "sözleşme aşamasındaki projeler" başlığına taşınması nedeniyle ihalenin tamamlandığı belirtilerek dava açıldı. İhaleye dair hiç açıklama yapılmaması "şeffaflık ve kamuoyunun bilgilendirilmesi, kamuoyunun denetimine izin verilmesi" ilkelerine aykırılık olarak ayrı bir başlık altında tartışıldı. Yine ihalenin Yönetmelik hükümlerine aykırı olarak tek teklifle tamamlanması, ihale aşamasında sürekli şirket değişikliği yapılması ihale yönteminde usule aykırılık olarak yeni tartışma başlıkları olarak değerlendirildi.

Dolayısıyla ihale hukuku, bütçe ve kamu maliyesi ilkelerinin yanı sıra, Dünya Bankası, Avrupa Konseyi, Dünya Ticaret Örgütü, OECD, EPEC belgeleri ve ihale kuralları da incelenmeye başlandı. Böylelikle kamu yararı kavramını, sağlık hizmetinin kamu hizmetleri içindeki yerini ve mevcut kamu özel ortaklığı uygulamasının belirlenmiş liberal hukuk normlarına bile aykırı yürütüldüğü de yeni tartışma başlıkları oldu.

Dosyalara gelen belgeler sayesinde, hastanelerin yer planlamalarının bile ne kadar dikkatsizce yapıldığı ortaya çıktı. Örneğin Kayseri için tahsis edilen arazi bataklık, Bilkent için tahsis edilen arazi Ağıl dere yatağında ve taşkın riski altında, Isparta için seçilen Sümerbank arazisi coğrafi koşullar nedeniyle şehrin hava kirliliği en yüksek alanı, Elazığ için tahsis edilen alanın yarısı şehitlik yarısı da kültürel SİT alanı, Konya'da Türkiye'nin ilk tohum geliştirme alanı, Bursa'da ise en kıymetli tarım arazilerinden biri hastane için belirlenmişti. Ancak Bursa Tabip Odası'nın açtığı ve Ziraat Mühendisleri Odası Bursa Şubesi'nin müdahil olduğu davada Bursa 2. İdare Mahkemesi yer tahsisi işleminin iptaline karar verdi (TTB web sayfası-a).

Daha Sonra

İhaleler yapıldı TTB de tüm ihalelere dava açtı. Bu süreçte Kanada'nın en büyük kamu çalışanları sendikası (CUPE) tarafından hazırlanan Kamu Özel Ortaklığı-Yanlış Yön başlıklı bir rapora ulaşıldı. Sendikadan Türkiye'de yayımlanması için izin alındı ve TTB tarafından yayımlandı (TTB 2012b). Rapordaki atıflar izlenerek İngiltere Parlamentosu'nun ve benzer pek çok kurumun maliyet-fayda analizi raporlarına ulaşıldı. İşin bir diğer yönü uluslararası finansman teminiydi. Bu başlığın da ayrıca araştırılması gerekiyordu. Çünkü ihalelerde belirlenen kira bedelleri bile tek başına gerçek maliyeti hesaplamaya yetmiyordu.

Türkiye'nin Hazine Müsteşarlığı ile temsil edildiği EPEC sayfasındaki tabloların, OECD, IMF, Dünya Bankası, IFC, IBRD ve hatta İslam Kalkınma Bankası belgelerinin karşılaştırılması ve finansman maliyeti, borç üstlenimi şartlarının değerlendirilmesi gerekiyordu. Tüm bunların yine yeni bir kamu yararı tartışması yapmakta kullanılabilmesi için önce süzgeçten geçirilmesi, hukuk diline çevrilmesi, o dilin Türk Tabipleri Birliği'nin ilkeleriyle birleştirilerek dosyalara aktarılması gerekiyordu. Buna çaba gösterildi.

Nihayet 6 Temmuz 2012'de Danıştay 13. Daire Başkanlığının Etlik, Bilkent ve Elazığ dosyalarına ilişkin ilk kararı çıktı. Bu üç ihalenin yürütmesinin durdurulmasına karar veren mahkeme dayanak Yasa yönünden de Anayasa Mahkemesine başvurulması talebimiz kabul etti (**TTB web sayfası-b**).

Mahkeme, mevcut hastanelerin arsalarının şirketlere verilecek olmasını açıkça hukuka aykırı ve telifisi imkânsız zarar verecek nitelikte görerek ihale işlemlerinin yürütmesinin durdurulmasına karar verdi. Ayrıca Mahkeme, Anayasa Mahkemesine başvuru talebimizi "Türkiye'de ilk kez uygulanacak bir yöntemle ilişkin Yasa ile temel kuralların konulup ilkelerin belirlenmesi gerekirken yapılmayarak tüm bunların yönetmeliğe bırakılmasının yasama yetkisinin devri niteliğinde olduğu" gerekçesiyle kabul etti. Sağlık Bakanlığı karara itiraz etti ve dilekçesinde TTB'nin dava açma yetkisi olmadığını dile getirdi. Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu 17 Ekim 2012 tarihli kararında açıkça TTB'nin böyle bir uygulamaya dava açabileceğini kabul etti ve Sağlık Bakanlığı'nın itirazlarını reddetti (**TTB web sayfası-c**). Türkiye'nin siyasi tarihine geçen Başbakan Recep Tayyip Erdoğan'ın "kuvvetler ayrılığı ayağımıza dolanıyor" sözü bu kararlar üzerine söylendi (**TTB web sayfası-d; TTB web sayfası-e**).

İhaleler yapıldıkça açılan davalara gelen belgeler ve diğer araştırmalarımız sonucunda "25 Soruda Kamu Özel Ortaklığı" kitapçığı hazırlandı (**TTB 2012c**). Bursa Tabip Odası'nın düzenlediği sempozyumun kitabının yanı sıra Toplum ve Hekim Dergisi'nde de bir dosya yayımlandı. Bilgiyi yeni baştan okumak, yeni bilgilerle pekiştirmek, başka alanlardan bakarak tartışmak ve tüm bunları paylaşmak gerekiyordu. Farklı yerlerde farklı başlıklar altında elden geldiğince bilgi muhataplarıyla buluşturmaya çalışıldı. Yine Tıp Dünyası Gazetesi'nde "Kassandra Çağrısı" başlığıyla bilgi paylaşımı yapıldı.

Bu Arada

Mahkeme kararlarının ardından hummalı bir yasa çalışması başlatıldı. TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu

tarafından TTB de sunum yapmak ve bilgilerini paylaşmak üzere davet edildi. Tüm çalışmaların içinde yer aldığı dosyalar, Komisyon üyesi milletvekillerinin bilgisine sunuldu. TTB Genel Sekreteri olarak Dr. Bayazıt İlhan'ın sunumuna iktidar milletvekilleri tarafından yüksek sesle müdahale edildi. Komisyon görüşmelerinin tümü tarafımızda takip edildi. Yasa görüşmeleri sırasında Prof. Dr. Recep Akdağ bakanlık görevini Dr. Mehmet Müezzinoğlu'na devretti. TTB'nin hazırladığı bilgi notları için sadece "yalan söylüyorlar" diyebilen bir Sağlık Bakanı'na tüm muhalefet milletvekillerinin TTB tarafından hazırlanan kitapçığı göstererek "Eldeki tek somut bilgi bu, siz hiç açıklama yapmıyorsunuz" demesini izlemek ilginçti.

Sonuç olarak kimi kritik maddelerde değişiklikler de yapılması ile görüşmeler sonlandı ve 6428 sayılı Yasa TBMM'de kabul edildi. Yasanın yürürlüğü girmesinin üzerinden kısa bir süre geçtikten sonra Anayasa Mahkemesi 3359 sayılı Yasanın Ek-7. Maddesini gündemine alabildi ve yasanın yürürlükten kalkması gerekçesiyle karar verilmesine yer olmadığına karar verildi.

Geçen sürede ihale alan şirketlere tam KDV muafiyeti sağlandı, aldıkları kredilere tam Hazine garantisi sağlandı, kira bedellerinde kur farkının yaratacağı zararların giderilmesi taahhüt edildi. Nihayet İstanbul-İkitelli dosyasına sunulan bir belgede de şirketlere yüzde 70 doluluk oranı vaat edildiği ispatlandı (**TTB web sayfası-f**).

Bu arada 6428 sayılı Yasa'ya bir hüküm konularak "mevcut hastane binalarının ihale alan şirketlere verilmeyeceğine, bu içerikteki ihale şartname ve sözleşmelerinin de bu yönde değiştirileceğine" dair kural getirildi. Ardından bu yasa 6527 sayılı Yasa ile bir değişiklik yapılarak ihalelere ilişkin idari yargı mercilerince verilecek iptal kararlarının, kararların gerekçesinde belirtilen hususlar dikkate alınarak düzenleme yapılarak uygulanacağına dair idari yargı denetiminin amacı ve uygulamasına tümüyle ters bir düzenleme yapıldı.

6428 sayılı Yasa için uzun bir Anayasa'ya aykırılık itirazı hazırlığı yapıldı. Bu hazırlık Anamuhalefet partisiyle paylaşıldı. Anayasa Mahkemesi önce 22 Mayıs 2013'te ardından 4 Temmuz 2013'te ilk inceleme tarihi açıkladı, ancak sonrasında ilk inceleme sonucu dahi açıklanmadı. Yine 6527 sayılı Yasa'daki değişiklikler de derginin yayına hazırlandığı bu günlerde Anayasa Mahkemesi gündemine alınmayı bekliyor.

Bu arada Yasa'dan 1 yıl sonra hazırlanabilen yeni Kamu Özel Ortaklığı Yönetmeliği ve "dev projeler" için hazırlanan Hazine Garantisi Yönetmeliği'nin iptalleri talebiyle dava açıldı.

Sondan Bir Önce

Danıştay 13. Daire Başkanlığı Etlik, Bilkent ve Elazığ dosyalarında esas hakkından kararını verdi. Kararlarında daha önce açıkça hukuka aykırılık kabul ettiği ve yürütmenin durdurulması kararı vermesine gerekçe olan mevcut hastane binalarının şirketlere devri meselesini "yasa değişikliğiyle hukuka aykırılık giderilmiştir" gerekçesiyle oyçokluğuyla davanın reddine karar verildi. Danıştay Tetkik Hakimi ve iki üye Hakim ihalenin iptal edilmesi gerektiği gerekçesiyle karara muhalif kaldılar. Mahkemenin kararlarında belki de en "ürkütücü" olan görüş ise sağlık hizmetinin niteliği gereği muhakkak kamu çalışanları eliyle verilmesinin zorunlu olmadığı, sadece yardımcı hizmetlerin değil asli hizmetlerin de özel kişilerce verilebileceğinin belirtilmesidir. Kararlar temyiz edilmiştir. İdare hukuku ilkelerini yok sayan Danıştay kararının, temyiz incelemesi sonucunda bozulması beklenmektedir.

Sonuç

Türk Tabipleri Birliği 2011 yılından bu yana Sağlıkta kamu özel ortaklığı süreci ile ilgili olarak toplam on yedi dava açmıştır. Bu davalar sayesinde şehir hastanelerinin kamuya maliyetinin ne olduğu ortaya çıkmış, bunun dışında, şehir hastaneleri projeleriyle var olan hastanelerin kapatılacağı, yeni hastane yatırımı yapılmadığı sadece yenileme yapıldığı, Sağlık Bakanlığının şirketlere yüzde 70 doluluk oranı vaat ettiği, yapılacak hastaneleri şirket temsilcilerinin yöneteceği gibi başlıklarda bilgilere ulaşılabilmektedir. Diğer yandan Sağlık Bakanlığının ihale şartnamelerini mevcut mevzuata tümüyle aykırı biçimde, kapatılacak hastanelerin bina ve taşınmazlarını da otel, alışveriş merkezi yapmak için şirketlere devretmeyi kabul ederek hazırladığı ortaya çıkmıştır. Açılan davalarda verilen yürütmeyi durdurma kararlarının ardından yasa değişikliği yapılmak zorunda kalmış ve hastanelerin taşınmazları kamuda kalmıştır.

Davalarda Sağlık Bakanlığı, 6023 sayılı Yasa'daki "hekimliğin kişi ve toplum yararına yapılması" ibaresinin kaldırılmasına ilişkin 663 sayılı KHK ile yapılan değişikliği gerekçe göstererek Türk Tabipleri Birliği'nin dava açma ehliyeti olmadığını ileri sürmüştür. Davalarda bu iddia gerekçeleriyle yürütülmüş ve Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu

kararıyla da Türk Tabipleri Birliği'nin bu ihalelere dava açabileceği kabul edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinin "tıbbi destek hizmeti" olduğunda ısrarcı olmaktadır. Ancak Sudan'a yapılan hastanede aynı hizmetlerin temel tıbbi hizmet olarak kabul edilmesinin nedeni sorulduğunda sessiz kalmayı tercih etmiştir.

Mahkemenin Sağlık Bakanlığı'ndan ısrarla istediği çoğu belge halen dosyalara gönderilmemiştir. Bunlar arasında ihale aşamalarında yapılan şirket değişikliklerinin, ihale komisyonu üyelerinin değiştirilmesinin gerekçeleri de bulunmaktadır. Bu nedenle Danıştay 13. Dairesi hakimlerinden ikisi açıkça ihalelerin usulsüz olarak yapıldığına dair karşı oy yazmıştır.

Özet olarak Türk Tabipleri Birliği'nin açtığı davalarda hukuki bir mücadelenin yanı sıra gerçeğe ulaşma çabası da yürütülmüş ve yürütülmektedir.

Kaynaklar

TTB (2011). Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu, 6-7 Mayıs 2011. Erişim tarihi: Temmuz 2014 http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kamuozel_sempozyum.pdf.

TTB (2012a). Bir "Uсталık Dönemi" Eseri Paran Kadar Sağlık Broşürü. Ocak 2012. Erişim tarihi: Temmuz 2014 <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/ustalikdonemi.pdf>.

TTB (2012b). Kanada Kamu Emekçileri Sendikası Araştırma Raporu: Kamu Özel Ortaklığı Hastaneleri, Yanlış Yön. Nisan 2012. Erişim tarihi: Eylül 2014. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kanada_hastaneler.pdf.

TTB (2012c). Soru Ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı Erişim tarihi:Eylül 2014 <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/saglikta-kamuozel.pdf>.

TTB web sayfası-a (2012). Bursa'da sağlık kampüsünün yer seçimini belirleyen imar planına iptal. 25 Eylül 2012. Erişim tarihi:Ekim 2014. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/koo-3335.html>.

TTB web sayfası-b (2012). Sağlık kampüsü ihalelerine yürütmeyi durdurma. 3 Ağustos 2012. Erişim tarihi:Ekim 2014. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/kampus-3268.html>.

TTB web sayfası-c (2013). Etlik, Bilkent, Elazığ İhalelerinin Yürütmeyi Durdurma Kararına Onay. 22 Şubat 2013. Erişim tarihi:Ekim 2014. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/onay-3636.html>.

TTB web sayfası-d (2012). Şehir Efşanesine Dönen Şehir Hastaneleri Çok Yüklü Kamu Zararına Neden Oluyor. 20 Aralık 2012. Erişim tarihi: Ekim 2014. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/kamuozel-3512.html>.

TTB web sayfası-e (2014). TTB Dozerlerin, Kamyonların Değil Sağlık Hakkının Takipçisidir. 14 Şubat 2014. Erişim tarihi: Ekim 2014. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/takip-4354.html>.

TTB web sayfası-f (2012). Hükimetten ihale alan şirketlere garanti: Halkı daha fazla hasta edeceğiz! 9 Kasım 2012. Erişim tarihi:Ekim 2014. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/hukuk-3420.html>.

HASTANELERDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI

Aslı DAVAS*

Özet: Sağlık çalışanları iş kazası ve meslek hastalıkları açısından birçok ülkede en riskli gruplardan biri kabul edilmektedir. Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, son yıllarda verimliliğin ve kalitenin artırılması, performansa bağlı çalışma, sözleşmeli çalışma, daha az çalışanın daha fazla işi daha hızlı yapması gerekliliği gibi yeni uygulamalarla ağırlaşmıştır. Yapılan araştırmalar bu durumun, sağlık çalışanlarının meslek hastalıkları, iş kazaları, işe bağlı sağlık sorunlarını, sakatlık ve iş görmezlik durumlarını arttırdığını, yenilerini oluşturduğunu ve çeşitlendirdiğini göstermektedir. Türkiye’de ise sağlık çalışanlarının iş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili durum; iş sağlığı güvenliği hizmetlerinin özellikle kamu kurumlarında henüz yeni gelişmeye başlaması, işyeri hekimi ve mühendisi çalıştırma zorunluluğunun ertelenmesi, iş sağlığı ve güvenliği kurullarının olmayışı ya da işlememesi, iş kazaları ve meslek hastalıklarıyla ilgili süreyans sistemlerinin yetersiz olması gibi nedenlerle ihmal edilmiş durumdadır. Sağlık çalışanlarının sendikalarının bu alanda daha fazla sorumluluk alması sağlık çalışanlarının sağlığı için yaşamsal öneme sahiptir.

Anahtar sözcükler: sağlık çalışanlarının sağlığı, iş sağlığı ve güvenliği birimleri, hastane

Health Workers’ Health Services in Hospitals

Abstract: Health workers are recognized in many countries as constituting the most under-risk group in terms of occupational accidents and diseases. Working conditions of health workers have become heavier in recent years with some new approaches and practices including drive to improve quality and efficiency, performance-related work, on-contract employment and increased speed in procedures. Studies conducted suggest that this new state of affairs have made health workers further exposed to occupational diseases, work accidents, profession related health problems and disabilities, bringing along new and more diverse problems. The status of health workers in Turkey with respect to occupational accidents and diseases have long been overlooked due to several reasons including only recent improvements in occupational safety and health services especially in the public sector, postponement of the obligation to employ workplace doctors and engineers, absence of safety and health norms and insufficient systems of surveillance in regard to occupational accidents and diseases. The stance of the unions of health workers in this field and their undertaking of further responsibilities is of crucial importance for the health and well-being of health workers.

Key words: health status of health workers, occupational safety and health sciences, hospital

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) en çok etkilediği kurumsal yapılardan biri de hastanelerdir. Hastaneler, Kamu Hastaneleri Birlikleri haline gelmiş birçok fonksiyonunu özelden hizmet satın alma yoluyla gerçekleştiren, hizmetlerini SGK’ya satarak gelir elde eden, çalışan ve alt yapı giderlerini kendi kazancıyla karşılayan kurumlara dönüşmüşlerdir. Kamu- özel ortaklığıyla yürütülecek entegre sağlık kampüsleriyle, birçok fonksiyonu alt işverene devretmiş, çok büyük fabrika tipi hastaneler de hizmete başlayacaklardır. Bu yeni hastane tiplerinde hem risklerin mekânsal dağılımı değişmiş, hem de örgütsel düzeyde ilişkiler karmaşıklaşmıştır (Soyer, 2011).

Süre giden reformlar nedeniyle sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında önemli değişiklikler olmuştur. Sağlık çalışanlarında güvencesiz ve esnek çalışma artmıştır. Taşeron aracılı çalışma, yarı zamanlı

çalışma, sadece gece çalışma gibi farklı sözleşme biçimleri gündeme gelmiştir. Aynı işyerinde, aynı işi yapan, aynı eğitime ve kıdeme sahip sağlık çalışanları farklı maaşlarla çalıştırılmaya başlanmıştır. Daha önce memur ya da süresiz sözleşmelerle çalışan sağlık çalışanları, yıllık ya da daha kısa süreli sözleşmelerle istihdam edilmeye başlamıştır. Özellikle gide-rek payı artan özel sektörde sosyal güvencesi dahi olmadan çalışan sağlık çalışanları mevcuttur. Hem kamuda hem de özelde, “kazan kazan” felsefesine dayalı olarak uygulamaya konan döner sermayeye ve performansa dayalı hizmet/vaka/işlem başına ödeme biçimleri hem ay içinde belirsiz maaşlarla çalışmaya neden olmuş hem de emeklilik maaşlarını olumsuz etkileyerek gelecek kaygısını arttırmıştır (Soyer, 2006; Etiler, 2012). SES’in 2010’da Sağlıkta Dönüşümün kamu sağlık çalışanlarına etkisinin değerlendirildiği araştırmasında sağlık çalışanlarının %76’sı “son bir yıl içinde işimin daha az güvenceli

*Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

olmaya başladığına inanıyorum.” diye ifade etmiştir (Soyer, 2011). Performansa dayalı ödeme biçimi rekabetçi bir ortam yaratmış, performansa dayalı ödeme alan hekim-hekim arasında rekabete neden olduğu gibi, daha fazla ücret almak için daha fazla işlem yapmaya güdülenmiş hekim ve diğer sağlık çalışanları arasında da ilişkinin zarar görmesine neden olmuştur.

Çalışanların çalışma saatleri artmıştır. SES araştırmasında çalışanların %52’si çalışma saatlerinden, %70’i fazla mesaiden memnun değildir (Soyer, 2011). Performansa bağlı çalışma, sağlık çalışanlarını daha “verimli” olmak adına daha hızlı ve daha fazla çalışmaya zorlamaktadır. Sadece hekim, hemşire, teknisyen gibi doğrudan sağlık hizmeti verenlerin iş yükü artmamış, yeterli mesleki eğitimi olmadan hastanelerde çalışan temizlik görevlileri, hastabakıcılar gibi çalışanların sorumlu olduğu poliklinik vb. gibi hizmet alanlarını arttırmış, biyolojik, kimyasal ve radyasyon gibi tehlikelere daha fazla sunuk kalmalarına neden olmuştur. Hastanelerde uygulanan toplam kalite sistemleri sağlık çalışanları üzerinde baskı aracı olarak kullanılmaya başlamış, tıbbi ve bürokratik işlemleri arttırarak iş yükünde önemli bir artışa neden olmuştur.

Kamuda bütçe kısıtlamaları nedeniyle uygulanan “maliyet etkin” uygulamalar, sağlık çalışanlarının tanı, tedavi tercihlerine ve reçete edilebilen ilaçlarda uygulanan kısıtlamalara neden olmuş mesleki bağımsızlıklarını olumsuz etkilemiştir.

Sağlık çalışanları giderek daha fazla ve daha kompleks teknolojiye dayalı tanı ve tedavi yöntemleriyle çalışmaktadır. Sağlık çalışanları rekabetçi bir ortamda bu teknolojileri yeterli eğitimleri almadan kullanmak zorunda kalmaktadır. Giderek artan oranda kullanılan BT ve MR gibi ileri görüntüleme yöntemleri ve skopi gibi uygulamalar çalışanların sağlık ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Her sene piyasaya sürülen ilaç, dezenfeksiyon malzemesi, anestezi gaz çeşidi artmıştır. Bazılarının sağlık çalışanları için olumlu etkileri olmasına rağmen çoğunun sağlık üzerine etkileri olumsuzdur ya da yeterince çalışılmamıştır (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2014).

Hastane hizmetlerinin ticarileşmesi, sağlığın metalaşması sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki iletişimi bozmuş, hasta-hekim ilişkisi, hasta-tüketici ilişkisine dönmüştür. Sağlık alanında çalışanlara yönelik şiddet hem dünyada birçok ülkenin, hem de Türkiye’nin önemli bir sorunu haline

gelmiştir (SESMYK, 2011). Hastalar SDP ile yürütülen sağlık politikalarının olumsuz tüm sonuçlarıyla ilgili sorunlarını karşılarına ilk çıkan sağlık çalışanına yansıtmaktadır. Sağlık çalışanlarında şiddet sıklığı ülkeden ülkeye değişmektedir ama sağlık personelinin şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörlerinde daha fazla olduğu saptanmıştır. Şiddete en sık hemşireler maruz kalmaktadırlar (Pıçakçıefe, 2014). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı verilerine göre “Beyaz Kod uygulamasına” 1 Haziran 2012 ile 20 Mayıs 2014 tarihleri arasında gelen toplam şiddet başvuru sayısı 20 bin 159’dur. Bu nedenle Türkiye’de iş cinayetleri de gündeme gelmiştir. 2005 yılında bir genel cerrahi profesörü, 2008, 2012 yılında iki hekim çalıştıkları hastanelerde hasta yakınları tarafından öldürülmüşlerdir (TTB Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Grubu, 2014).

SDP eliyle yürütülen piyasalaşma ve özelleştirme politikaları yoğun bir sağlıkçı emek sömürsüne dayanmaktadır. Çalışma yaşamında süre giden bu değişimler ağır ve tehlikeli kabul edilen hastane çalışanlarının sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Hastane çalışanlarında sık görülen sağlık sorunları ve kazalar

Hastaneler Türkiye dahil birçok ülkede madenler ve inşaat sektörü gibi en tehlikeli çalışma alanlarından kabul edilmektedir. Avrupa Birliği’nin 27 ülkesinde çalışma koşullarıyla ilgili yürütülen araştırmada sağlık ve sosyal hizmetler son 12 ayda işle ilgili sağlık problemlerinin en sık görüldüğü üçüncü sektördür (European Commission Directorate, 2011). 2011’de ABD’de iş kazası nedeniyle işgünü kayıpları 10 000 tam zamanlı çalışan başına 157,5’dir, inşaat (147,5) ve imalat (1181,8) sektörlerinden fazladır. 2003-2011 yılları arasında ABD’de sağlık hizmetlerinde görülen en sık görülen ölümlü iş kazaları trafik (96), şiddet (76), zararlı maddelere maruziyet (37) ve düşme (35) nedeniyledir (OSHA, 2013). TTB tarafından yayınlanan Sağlık Çalışanları için İşçi Sağlığı ve Güvenliği kitabında 2004-2014 yılları arasında 40 sağlık çalışanının, 27’si ambulans kazası olmak üzere mesleki nedenlerle yaşamını kaybettiği bildirilmiştir (TTB Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Grubu, 2014).

Avrupa’da iş kazalarının en sık gerçekleştiği sektörlerden biri sağlıktır. Hasta taşıma, nakil gibi ergonomik riskler en sık kas iskelet sistemi yaralanmalarına neden olmaktadır. Bunu kesici, delici alet yaralanmaları izlemektedir. ABD’de NIOSH’ın 2600 hastaneyi kapsayan raporunda sağlık çalışanlarında en sık rastlanan iş kazaları kas, iskelet

sisteminde burkulma ve zorlanmalardır. Türkiye’de yürütülen araştırmalarda hemşirelerde kesici delici alet yaralanmaları ilk sırada yer almaktadır (**Kıran, 2003; Davas, 2005; Özarslan, 2009**). Kamuda iş kazası bildiriminin hala tam olarak başlamaması, zorunluluğunun yakın zamanda gelmesi, çalışanların konuyla ilgili özlük haklarını bilmemeleri, iş yoğunluğu gibi nedenlerle Türkiye’de hastanelerde iş kazalarıyla ilgili sorunun gerçek boyutlarının bilinmemesine yol açmaktadır.

Sağlık çalışanlarında biyolojik riskler önemli bir yer tutmaktadır. ABD’de her yıl sağlık çalışanlarına 400 yeni Hepatit B, 50-150 Hepatit C tanısı konduğu, mesleki enfeksiyonlara bağlı olarak da 17-57 sağlık çalışanının öldüğü tahmin edilmektedir. DSÖ verilerine göre SARS salgınında tüm vakaların %21’i ve ölenlerin %9,6’sı sağlık çalışanıdır (**Sepkowitz, 2005**). Polonya’da 1998-2002 yıllarını kapsayan bir araştırmada 4153 mesleki enfeksiyon hastalığının %63’ünün sağlık çalışanlarına ait olduğu bunların da %33’ünün de hemşirelerde saptandığı gösterilmiştir (**Pepłońska, 2003**). Kanla bulaşan en az 30 hastalık farklı ülkelerde de olsa meslek hastalığı listelerine girmiştir. Bunun yanında tüberküloz, grip, kızamık gibi solunum ve damlacık yoluyla, bit, uyuz gibi temas yoluyla bulaşan hastalıkların sağlık çalışanlarında normal topluma göre daha fazla oranda görüldüğü bilinmektedir. İzmir’de sağlık çalışanları arasında tüberküloz hastalığı riskinin araştırıldığı bir çalışmada, göğüs hastalıkları kliniğinde çalışanların, diğer kliniklerde çalışanlara göre tüberküloz hastalığı riskinin 6,37 kat meslek grupları içinde de hemşirelerin doktorlara göre 2,63 kat daha fazla risk altında olduğu saptanmıştır (**Kılınç, 2000**).

Türkiye’de 38 hastanenin enfeksiyon ve mikrobiyoloji birimlerinde yürütülen bir araştırmada 667 çalışanın %5,8’inin laboratuvar kaynaklı brusella hastalığına yakalandığı bildirilmiştir (**Sayın-Kutlu, 2012**). Daha çok Hepatit B, C ve HIV’le anılan biyolojik riskler, küreselleşme nedeniyle hem yeni enfeksiyonların gelişmesi hem de var olanların daha önce görülmediği coğrafyalarda saptanmasıyla daha büyük bir sorun haline gelmiştir. Sadece Kırım Kongo nedeniyle Türkiye’de hekim, hemşire ona yakın sağlık çalışanı hayatını kaybetmiştir, 2012’den beri sürmekte olan kızamık salgınında çoğu araştırma görevlisi olan pek çok sağlık çalışanı kızamığa yakalanmıştır.

Her ne kadar sağlık çalışanlarının meslek hastalıkları sadece biyolojik risklerle ilişkilymiş gibi

düşünülse de hem kanserlerin hem de kronik hastalıkların topluma göre daha yüksek oranlarda olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur. Çalışma koşullarının ağırlığı doğrudan işle ilişki olmayan hastalıkların daha erken dönemde ortaya çıkmasına ya da daha ağır seyretmesine neden olmaktadır. NHS konsültan hekimlerinin 1962-1992 yılları arasında ölüm nedenlerinin değerlendirildiği bir araştırmada, malign tümörler, enfeksiyöz parazitler, özellikle diyabet olmak üzere endokrin sistemi, dolaşım sistemi, serebrovasküler, genito üriner sistem, sindirim sistemi, kas iskelet sistemi hastalıkları ile yaralanma ve zehirlenmeler nedeniyle standardize ölüm hızlarının topluma göre anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermişlerdir (**Carpenter, 1997**).

Adi Klein-Kremer ve arkadaşları, İsrail Ulusal Kanser Veritabanının 1980–2007 arasındaki verilerinden yararlanarak yürüttükleri, 37,789 hekimin (%88.37 Yahudi, %11.63 Arap) dahil olduğu çalışmalarında, Yahudi hekimlerde meme kanseri ve melanomun, Arap hekimlerde de tüm kanserlerin toplumun geneline göre daha yüksek sıklık saptamışlardır (**Adi Klein-Kremer, 2014**).

Radyologlarda lösemi riskinin arttığı epeydir bilinmektedir (**Smith, 1981; Logue, 1986**). Beyin kanseri riskinin patolojilerde artmış olduğunu vurgulayan araştırmalar mevcuttur (**Hall, 1991**). İnhal anesteziklerin hem karsinogenik hem de hepatotoksik etkileri literatürde gösterilmiştir (**Co-hen, 1980**).

Vardiyalı çalışmayla kardiyovasküler hastalıklar, glukoz ve lipid metabolizması bozuklukları arasında ilişki ortaya konmuştur. Sık vardiya, gastrointestinal yakınmaları arttırmakta, üreme sağlığı sorunlarına neden olmaktadır (**Costa, 2010; Carpenter 1997**). Yakın zamanda yapılan bir araştırmada uzun çalışma saatleri ve gece vardiyasında çalışmanın hemşirelerde menstrüel siklus bozukluklarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (**Lawson, 2014**).

2007 yılında IARC, gece vardiyasında çalışmayı meme kanseriyle olan ilişkisi nedeniyle olası karsinogen olarak sınıflandırmıştır ve kadınlarda meme kanseri riskini arttırdığını yayınlamıştır. Özellikle hemşirelerde benzer sorunu işaret eden araştırmalar mevcuttur (**Megdal, 2005; Lie, 2011, Caruso, 2014**). Son dönem tüm dünyadaki reformlar nedeniyle hemşirelerin genelde çalışma saatleri dolayısıyla gece çalışma saatlerinin arttığı düşünüldüğünde meme kanseri insidansının hemşirelerde

artacağı iddia edilebilir. Kadınlar toplumsal cinsiyete dayalı rolleri nedeniyle evde de çalışmaya devam etmektedir. Uzun çalışma saatlerinin sağlığa olan olumsuz etkileri bu nedenle kadınlarda daha fazla görülmektedir.

Antineoplastikler, gluteraldehit gibi kimyasalların kromozom kırılmalarına neden olduğu, bazı kanserlerle ilişkileri literatürde gösterilmiştir (Türk, 2006). Latex alerjisi sağlık çalışanlarında yaygın bir sorundur.

Sağlık çalışanlarının değişen çalışma koşullarının en önemli etkilerinden biri de iş stresidir. Literatürde sağlık çalışanlarında iş stresinin nedenleri olarak belirtilen işi kaybetmekten korkma, ekonomik güçlükler, aşırı iş yükü, iş kontrolünün olmaması, fazla mesai, çalışma hızı, mesleki bağımsızlık gibi etmenlerin neredeyse tamamı sağlık reformlarının ağırlaştırdığı çalışma koşullarıdır (Toh, 2012; Harry, 2014; Donnelly, 2014; Türk, 2014). Stres; tükenmişliğe neden olmakta, depresyon ve anksiyete sıklığını arttırmakta, alkol, sigara ve madde kullanımında artışa neden olmaktadır. İşyerinde şiddet ve mobingin stresin hem nedeni hem de sonucu olabildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Cooper, 2008). Tükenmişlik intiharlara da neden olabilmekte, vardiyalı çalışan hemşirelerin iki kat daha fazla riskli olduğu bildirilmektedir (Pflege, 2014). Türkiye’de hem asistan hekimlerde hem de hemşirelerde tükenmişliğin çok yüksek düzeyde olduğunu ve bunun çalışma koşullarıyla ilişkisini gösteren pek çok araştırma mevcuttur (Dikmen-taş, 2011; Almila, 2007; Altay, 2010; Partlak, 2010). İstanbul’da 2012 yılında hasta şikayeti nedeniyle savunma yazan bir doktor çalıştığı eğitim araştırma hastanesinin altıncı katından atlayarak intihar etmiştir.

Hastanelerde işçi sağlığı uygulamaları

Hastanelerde, çalışanların sağlığıyla ilgili önlemler 20. yüzyılın ikinci yarısında konuşulmaya başlamıştır. İlk uygulamalar, hastanelerdeki iş kazaları ve işe giriş muayeneleri ile ilgili olmuş, örneğin Almanya’da 1956’da iş kazaları alanında bazı önlemler alınmaya başlanmış, işe giriş muayeneleri uygulamaya konmuş; Fransa’da sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yasal güvenceleri 1960-1965’lerde gündeme gelmiştir (Özarslan, 2009).

Sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin oluşturulması 1985 yılında ILO

tarafından önerilmiştir (Özkan, 2006). DSÖ, sağlık çalışanlarıyla ilgili ILO sözleşmeleriyle uyumlu bir şekilde hazırladığı Çalışanların Sağlığı Küresel Eylem Planıyla üye ülkeleri sağlık çalışanlarını korumak için iş sağlığı programları geliştirmeye çağırmıştır (DSÖ, 2007).

Türkiye’de SÇS konusunda ilk çalışmalar, 1989 yılı başında Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi tarafından “Bu bizim sağlığımız” sloganı ile yürütülen çalışmalarla başlatılmıştır. 1990 yılında Ankara Tıp Odası (ATO) Halk Sağlığı Bürosu tarafından hazırlanan “Türkiye İçin İşçi Sağlığı Tezi” çalışanların üretim sürecinde inisiyatif kullanmadıkları, yönetime katılmadıkları sürece koruyucu sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilemeyeceği, hizmetin üretim biriminde örgütlenmesi ve sağlık kurullarının sağlıkçı ile çalışanı buluşturan kurullar olması gerekliliği vurgulanmıştır. Bu ilkeler üzerinden 1992 yılında, Genel-İş Sendikası ve ATO Halk Sağlığı Bürosu “Sağlık Çalışanlarının İş Risklerine Karşı Bilinçlendirilmesi ve Örgütlenme Projesi” başlatılmış ama yaşama geçirilememiştir (Özkan, 2001). Daha sonra 1995 yılında “Hastane Çalışanları İş Sağlığı Yönetmeliği” gündeme gelmiş ama uygulamada çok karşılık bulamamıştır.

Hastanelerde çalışanların sağlık ve güvenliğine yönelik çalışmaları yürütecek bir komitenin gerekliliği TTB ve SES öncülüğünde bir çok mesleki oda ve birlik tarafından düzenlenen Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongreleri’nde ele alınmış, kamu hastanelerinde kurulmasına yönelik pilot çalışmalara başlanmış fakat devam ettirilememiştir (Özkan, 2006).

Türkiye’de hastanelerde işçi sağlığı hizmetleri çok uzun süre sadece özel sektörde 50 işçiden fazla çalışanın olduğu durumlarda zorunlu olmuştur. Kamu çalışanlarının İş Kanunu’na değil, 657’e bağlı olması ve bu kanunda çalışan sağlığıyla ilgili yeterli düzenleme olmaması nedeniyle çoğunluğu kamuda çalışan sağlık çalışanlarının bu hizmetlerden yararlanamamıştır. Sağlık Bakanlığı, uluslararası kalite ve akreditasyon kurumlarıyla çalışmaya başladıktan sonra hasta bakım kalitesinin önemli bir bileşeninin sağlık çalışanının sağlığı olması gerekçeyle kalite rehberlerinde çalışan sağlığı bölümleri yer almaya başlamıştır. Hiçbir uygulama olmaması nedeniyle Bakanlık bu konuda sıkıntıya düşmüş, ilgi göstermeye başlamıştır. Pek çok alanda sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını ağırlaştıran sağlıkta kalite ve akreditasyon süreçleri, çalışan sağlığı ve güvenliğinin pratikte olmasa bile mevzuatta yer almasını sağlamıştır.

Sağlık Bakanlığı ilk kez 2009 yılında yayınladığı "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" ile ilaç güvenliği, iletişim güvenliği, kan transfüzyon güvenliği gibi bir çok konunun yanında altıncı maddede kamu ve özel tüm sağlık kurumlarında çalışan güvenliği için gerekli önlemlerin alınması, hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınmasını zorunlu kılmıştır. Madde 15'te de çalışanları olası risk ve tehlikelere karşı korumak amacıyla yapılması gerekenler, periyodik muayene, riskli alan belirlenmesi, antineoplastik çalışma ilkeleri, bağışıklama, radyasyonla çalışma ve koruyucularla ilgili sekiz başlıkta özetlenmiştir. Bu tebliğin nasıl, nerede uygulanacağı, finansal kaynağı ve personel alt yapısı belirtilmediğinden, yapılan her bir hizmetin iş kontrol listeleriyle değerlendirildiği kalite uygulamaları nedeniyle hastanelerde çalışan sağlığı uzunca bir süre kağıt üzerinde kalmaya mahkum olmuştur. Bu yönetmelik Türkiye genelinde başarısızlığa uğrasa bile bu alana gönüllü emek koymakta olan sağlıkçıların birkaç sağlık kurumunda da olsa İSGB kurmalarına olanak sağlamıştır.

2011 yılında yayınlanan "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik"te çalışan güvenliğine daha fazla yer verilmiş, çalışan güvenliğiyle ilgili program hazırlanması, beyaz kodun da yer aldığı renkli kod uygulamalarının yapılması, güvenlik raporlama sisteminin kurulması, sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi, hasta çalışan güvenliği komitesi kurulması gibi birçok başlık açık olarak belirtilmiştir. Bu yönetmelikte de işçi sağlığı biriminin kurulma zorunluluğu belirtilmekle beraber nerede, nasıl kurulacağı, kamuda harcamaların hangi kalemden karşılanacağı, kimin görevlendirileceğine ilişkin bilgiler yer almamıştır. Kalite değerlendirmeleri açısından bir yer ve tabela belirlenip, kağıt üzerinde de hekim ve hemşire görevlendirmesiyle sonuçlanmıştır.

2012 yılında çıkarılan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu sadece İş Kanunu'na bağlı olanları değil tüm çalışanları kapsama iddiasıyla çıkmış, kamu ya da tüm işyerlerine işyeri sağlık birimi ve komitesini kurma, işletme, hekim ve mühendis çalıştırma, risk değerlendirmesi, sağlık gözetimi yapma, gerekli koruyucu önlemleri alma, gereğinde işi durdurma gibi oldukça geniş görevler tanımlanmıştır. Özelden işçi sağlığı ve güvenliği hizmeti satın alma yolunun da açık olduğu bu kanunun

işyeri hekimi ve mühendisi çalıştırma zorunluluğuyla ilgili maddeleri kamu çalışanları için 2016'ya ertelenmiş, ama işyeri sağlık ve güvenlik birimi, komitesi kurma, risk değerlendirmesi, çalışanlara işçi sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin verilmesi, sağlık gözetimi bağışıklama vb. kanunda yer alan diğer tüm görevleri yapma zorunluluğu devam etmiştir. Bu kanunun ilgili yönetmeliklerince hastaneler çok tehlikeli sınıfında yer almış, iki senede bir risk değerlendirmesi yapma zorunluluğu getirilmiştir. 6331'e bağlı olarak, biyolojik, kimyasal, risklerle ilgili, radyasyondan korunmaya dair, çalışma ve fazla mesai süreleri, gebe ve emziren kadınların çalışma koşulları vb. birçok yeni yönetmelik çıkarılmıştır. Kamuda, 2016'ya kadar sadece işyeri hekimi ve güvenliği mühendisi çalıştırma zorunluluğunun ertelenmesi, özelden hizmet alımının serbest olması, kurumlarda hali hazırda çalışan hekim ve mühendislerin işveren tarafından görevlendirme yolunun açık olması nedeniyle bir çok kamu hastanesinde işçi sağlığı ve güvenliği birimleri bir gecede oluşturulmuş, görevlendirilen sağlık çalışanları gerekli altyapı ve olanaklar sağlanmadan hizmet sunmaya başlamışlardır.

Son olarak 6 Ağustos 2013'te Sağlık Hizmet Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik yayınlanarak Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır. Bu yönetmelik çalışan sağlığıyla ilgili tüm gereklilikleri Hastane Kalite Standartları (HKS) Rehberi'ndeki oldukça az sayıdaki maddeyle sınırlandırmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın bu alandaki yegane görevinin kural koyma ve denetleme olduğuna vurgu yapan HKS bu alandaki tüm yükümlülükleri hastane başhekimliklerine devretmiştir.

Hastanelerde İşçi Sağlığı ve Güvenliğiyle ilgili sorunlar

Genel olarak birimler yönetimin bu konudaki ilgi ve bilgi eksikliği, yeter sayıda personelin istihdam edilmemesi, yer ve donanım yokluğu, çalışanların katılımının sağlanmaması gibi nedenlerle işçi sağlığını geliştirici neredeyse hiçbir önlem alamamaktadır. Birimler işlevlerinin çok azını yerine getirebilmekte, yapısal bazı çözümler getirilmedikçe de sağlık çalışanlarının sağlığına katkı sağlayamayacak durumdadır. Bu hizmetlerin çalışma ortamını tanımayan bir OSGB'den satın alınması da hizmet sunumunu güçleştirmektedir. Aşağıda hastanelerde İSG hizmetleriyle ilgili bazı sorunlu başlıklar ele alınacaktır.

İstihdam Farklılıkları

Temizlik işçileri, 4-B çalışanları, 657'ye, 2547'ye bağlı çalışanlar, stajyer hemşire ve hekimler hepsi aynı hastanede çalışmalarına, üst işverenleri aynı olmalarına rağmen istihdam tipleri farklıdır. Bu çalışanların İSG hizmetlerinden üst işveren sorumlu olmasına rağmen farklı birimlerden hizmet almaları söz konusudur. Bu çok başlılık hastane risklerin tanımlanmasını dolayısıyla hizmet sunumu farklılaştırmakta, niteliğini düşürmektedir. Aynı hastanede çalışan temizlik çalışanlarının bağlı olduğu taşeron firma risk grupları tebliğine göre az tehlikeli grupta yer alırken, hemşire, hekim diğer sağlık çalışanları çok tehlikeli grupta yer almaktadır. Bu firmanın çalıştırmak zorunda olduğu iş yeri hekimi, hemşire, mühendis sayısını belirlemekte, risk değerlendirmesi, sağlık gözetimi için ayrılması gerekli zamanı azaltmaktadır. Temizlik çalışanları sıklıkla iş tanımları dışında çalıştırıldıkları, iş güvencelerinin yokluğu nedeniyle itiraz edememeleri nedeniyle en ağır işleri yapmakta ama İSG hizmetlerinden en az oranda yararlanmaktadırlar. 2014 yılında İstanbul Üniversitesi'nde taşeron işçisi bir temizlik çalışanı kanalizasyon taşmasına bağlı laboratuvar temizliği sırasında edindiği enfeksiyon nedeniyle yaşamını yitirmiştir (**TTB Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Grubu, 2014**).

657, 2547'ye bağlı çalışanlar ile stajyer öğrencilerin işveren tarafından ödenen iş kazası meslek hastalıkları primleri yoktur. Son dönemde intörn hekimlerin primleri bazı hastanelerde ödenmeye başlanmakla birlikte hemşirelik öğrencileri ikinci sınıftan, tıp öğrencileri de dördüncü sınıftan itibaren hastanelerde çalışmaya başlamaktadır. Stajyerler mesleki deneyimsizlik, çalışan sağlığıyla ilgili eğitim eksiklikleri, çalıştıkları ortamın sürekli değişmesi gibi nedenlerle mesleki olarak önemli bir risk grubundadır. Ama İSG hizmetlerinden yararlanmamaktadırlar.

Tüm çalışanların risk grubu teke indirilmeli, tek bir birimden İSG hizmeti alması sağlanmalıdır. İşveren ve alt işverenlerin en azından işçi sağlığı ve güvenliği kurulları ortaklaştırılmalı, kurullara her bir sözleşme tipinden, her bir sendikadan, öğrenciler de dahil olmak üzere temsilci eklenmelidir.

Çalışanların ve Hizmetlerinin Finansmanı

İSG hizmetleri için bütçeden hiçbir kalem ayrılmamıştır. Başhekimliklerin döner sermaye bütçelerinden karşılaması gerekmekte ama Maliye Bakanlığı buna olanak sağlayan gerekli

düzenlemeleri yapmamıştır. İşe giriş muayeneleri, işi girişte ya da iş kazası sonrası işverenin yaptırması gereken tahlil ve tetkikler için bir bütçe tanımlanmamıştır. Bu nedenle bazı hastaneler bu hizmetlerin bedellerini döner sermayeden karşılamakta bir çoğuysa çalışanın GSS'si üzerinden yaptırmakta dolayısıyla her durumda çalışanlar cepten ödeme yapmaktadır. Bütçeden İSG hizmetleri için ödenek ayrılması, Maliye tarafından ödeme usullerinin tanımlanması sorunun çözülmesi açısından en öncelikli sorunlardan biridir.

Kamuda işyeri hekimi ve iş güvenliği mühendisi istihdam etme zorunluluğu yoktur. Ama işveren 6331'de işçi sağlığı ve güvenliğiyle ilgili tüm sorumluluklarını yerine getirmek zorundadır. Bunun için kamuda hekim ve mühendisler ek bir iş olarak bu birimlerde görevlendirmektedir. Maliye ek görevlendirme ödemelerini tanımlamadığı için bu hizmetler karşılıksız sunulmaktadır. Buna rağmen 6331'de işyeri hekimi ve iş güvenliği mühendisinin birçok yasal sorumluluğu olmasına ve yerine getirmede olduğu durumlarda işverenin rücu hakkı olmasına rağmen görevlendirmeler yapılmaktadır. Hastaneler farklı büyüklüktedir. Şu anki durumda 4000 kişilik bir hastaneye de 150 kişilik hastaneye de görevlendirilen hekim ve mühendis sayısı eşittir. Bu konuda hiçbir denetim yapılmamakta, ama iş kazası ortaya çıktığında hizmet sunumundaki aksaklıklar denetlenmekte ve Çalışma Bakanlığı tarafından ceza kesilmektedir.

Risk değerlendirilmesi

Risk değerlendirilmeleri iki yılda bir yapılmakta, çalışanların katılımı sağlanmamaktadır. Aynı hastanenin taşeron çalışanları için risk değerlendirmesinin üç, diğer çalışanlar içinse iki yılda bir yapılması gerekmektedir. Üst ve alt işverenin çok başlı hizmet sunumu, çalışanlar için eşit olmayan, mükerrer ve etkin olmayan hizmete neden olmaktadır. Belirlenen risklerin düzeltilmesiyle ilgili Birim'in yaptırımı yoktur, yasa olarak da zorlayıcılık sınırlıdır. Sürekli maliyet etkin çalışmaya çalışan, bütçe sorunları yaşayan hastanelerde belirlenen risklerin giderilmesi için de ayrı bir kaynak ve işgücü gerekmektedir.

Eğitimler

6331'e bağlı olarak çok tehlikeli işyerleri için çalışanlara her yıl 16 saatlik işçi sağlığı ve güvenliği eğitimi zorunluluğu getirilmiştir. Bu eğitimlerin çalışma süreleri içinde yapılması öngörülmüştür. Hastanede çalışan sayılarının fazlalığı, yedeksiz çalışma nedeniyle işyerinden ayrılma zorluğu bu eğitimlerin verilmesini güçleştirmekte, niteliğini

düşürmektedir. Hizmetlerin dışarıdan satın alınması, çalışma ortamını tanımayan kişilerin uygun olmayan eğitimler vermesine neden olmaktadır.

İşe uygunluk değerlendirmeleri, iş kazaları, mesleki risklerin bildirimi

Hastaneler hiyerarşik yapılardır, profesörler, hekimler, hemşireler, teknisyenler, temizlik çalışanları arasında hem dikey hem de yatay hiyerarşi vardır. Hastanelerde hemen hemen her zaman çalışan eksikliği olması, hastalık, gebelik vb. durumlarda yedeklemenin yapılamaması mesleki riskler nedeniyle de olsa yer değişikliğini zorlaştırmaktadır.

2012'den itibaren kurulması zorunlu olan İSGB'lerinin temel işlevlerinden biri iş kazası ve meslek hastalığı kayıdır. Gelecek risklerin önlenmesinde, risk değerlendirmesinin de önemli bir parçası olarak bu kayıtların yaşamsal önemi vardır. Yukarıda belirtildiği gibi etkinleştirilmemiş İSGB sonucu olarak sağlık çalışanlarının meslek hastalığı ve iş kazası başvuru, bildirim ve kayıt oranları çok düşüktür. SGK'nın 2012 verilerine göre iş kazası bildirimini 131, meslek hastalığı tanısı ile kayıt altına alınan sağlık çalışanı sayısı ise sadece 5'tir (TTB Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Grubu, 2014).

Sendikaların rolü

6331 sayılı kanun ve ilişkili yönetmeliklerine göre çalışan temsilcisi tanımlanmış, Yetkili sendika temsilcilerinin çalışan temsilcisi olabileceği bildirilmiştir. Çalışan temsilcilerinin tüm işçi sağlığı güvenliği kurul toplantılarına, risk değerlendirmesinde tüm birim ziyaretlerine ve rapor yazımına katılabileceği, işçi sağlığı ve güvenliği kuruluna sorunları yazılı olarak aktarabileceği belirtilmiştir. Kurullara katılabilecek çalışan temsilcisi sadece bir kişi olarak tanımlanmıştır. Türkiye'de binin üzerinde çalışanı olan pek çok hastane mevcuttur. Çalışan temsilcilerinin sorunlarını ortaklaştırabileceği ayrı bir komite ve toplantı düzenlemesi de tanımlanmamıştır. Bu nedenle işçi sağlığı ve güvenliği kurullarında çalışanların daha fazla sayıda temsil edilmesi, sadece yetkili sendika değil, tüm sendika temsilcilerinin katılabilmesi için yasal girişimlerde bulunulmalıdır.

Sendikalar bu alanda hızla örgütlenmeli, hastanelerinde işçi sağlığı birimlerinin kurulması, çalıştırılmasında etkin roller almalı, hizmetlerin takipçisi olmalı ve İSG kurullarına katılmalıdır. Hastanelerde işyeri düzeyinde çalışma koşulları ve bozulan sağlık ilişkisini görünür kılmamanın yegane yolu bu olacaktır.

Sonuç olarak, sağlık reformları hastanelerde çalışma koşullarını ağırlaştırmış, sağlık çalışanlarının sağlığını da olumsuz etkilemiştir. Son yıllarda kalite uygulamalarının bir parçası olarak hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği birimleri kurulması ve faaliyet göstermeye başlaması olumlu bir gelişme olmakla birlikte işlevsiz durumdadır. Sağlık çalışanlarının kendilerinin ve sendikalarının daha fazla sorumluluk alması sağlık çalışanının sağlığı için yaşamsal öneme sahiptir.

Kaynaklar

- Adi-Klein-Kremer, A., Liphshitz, MA., Haklai, Z., Linn, S., Barchana M (2014) Cancer incidence among physicians in Israel, *Isr Med Assoc J*, 16 (7):412-7.
- Altay, B., Gönener, D., Demirkıran, C. (2010) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteginin Etkisi, *Fırat Tıp Dergisi*;15 (1): 10-16.
- Almla, E., Aybala, S., Şeref, G. (2007) Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8 (4):241-247.
- Aksan, DA., Tanık, FA. (2009) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelere Yönelik İş Kazası Kayıt Sisteminin Geliştirilmesi, Uygulanması ve İzlenmesi. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 33: 32-41.
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2014) Radiation Emissions from Computed Tomography: A Review of the Risk of Cancer and Guidelines Erişim Tarihi 04/01/2015 http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/makale/sistematik_derleme.pdf.
- Carpenter, LM., Swerdlow, AJ., Fear, NT. (1997) Mortality of Doctors in Different Specialties: Findings From a Cohort of 20000 NHS Hospital Consultants. *Occup Environ Med* 54 (6):388-95
- Caruso, CC. (2014) Negative Impacts of Shiftwork and Long Work Hours. *Rehabil Nurs*. 39 (1):16-25. doi: 10.1002/rnj.107. Epub 2013 Jun 18.
- Cohen, EN., Gift, HC., Brown, BW., Greenfield, W., Wu, ML., Jones, TW., et al. (1980) Occupational Disease in Dentistry and Chronic Exposure to Trace Anesthetic Gases. *J Am Dent Assoc*;101:21-31.
- Cooper, CL., Swanson, N. (2008) Workplace Violence in The Health Sector Erişim Tarihi: 05/01/2015 http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVstateart.pdf.
- Costa, G., Haus, E. Stevens, R. (2010). Shift work and cancer – considerations on rationale mechanisms, and epidemiology. *Scand J Work Environ Health* 36: 163-79.
- Dikentaş, E., Top, M., Ergin, G. (2011) Asistan Hekimlerin Tükenmişlik ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi Türkiye Psikiyatri Dergisi 22 Erişim Tarihi 04/01/2015 <http://www.turkpsikiyatri.com/Data/UnpublishedArticles/2aa66u.pdf>.
- Donnelly, T. (2014) Stress Among Nurses Working in An Acute Hospital in Ireland. *Br J Nurs*. Jul 10-23;23 (13):746-50. doi: 10.12968/bjon.2014.23.13.746.
- Ergönül, Ö., Çelikbaş, A., Tezeren, D., Güvener, E., Dokuzoğuz, B. (2004) Analysis of risk factors for laboratory-acquired brucella infections. *J Hosp Infect*. 56: 223-227.
- Eriksson, M., Hardell, L., Malke, H., Weiner, J. (1998). Increased Cancer Incidence in Physicians, Dentists, and Health Care Workers. *Oncol Rep* 5: 1413-18.

- Etiler, N.** (2011) Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emek Gücü Üzerine Etkileri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Ekim, Kasım, Aralık*: 15-22.
- European Commission Directorate,** (2011) Occupational health and safety risks in the healthcare sector Luxembourg: Publications Office of the European Union, Erişim Tarihi 04/01/2015 http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/INSHT%20en%20Europa/destacados_Documentacion/Ficheros/GuiaUE%20SectorSanitario%202011.en.Pdf.
- Hall, A., Harrington, JM., Aw, TC.** (1991) Mortality study of British pathologists. *Am J Ind Med* 20:83-9.
- Harry, E.** (2014) Stress and The Healthcare Worker. As Complicated or As Simple As Fear and Hope *J Med Pract Manage.* 30 (1):28-30.
- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik.** (2011) Resmi Gazete Sayı: 27897, 6 Nisan 2011.
- Kılınç, O., Uçan, ES., Çakan, A., et al.** (2000) İzmir'de Sağlık Çalışanları Arasında Tüberküloz Hastalığı Riski: Tüberküloz Meslek Hastalığı Olarak Kabul Edilebilir mi? *Toraks Dergisi* 1 (1): 19-24.
- Kıran, S.** (2003) Sağlık Çalışanlarında Mesleki Etkilerle Karşılaşma Düzeyleri. ve Hastalık-Yakınma İlişkisinin Değerlendirilmesi. Doktora. İzmir: 9 Eylül Üniversitesi.
- Lawson, C., Johnson, C., Chavarro, J., Lividoti Hibert, E., Whelan, E., Rocheleau, C., Grajewski, B., Schernhammer, E., Rich-Edwards, J.** (2014) Shift Work, Long Working Hours, and Physical Labour in Relation To Menstrual Function: the Nurses' Health Study 3. *Occup Environ Med.* Jun;71 Suppl 1:A13.
- Lie, JA., Kjuus, H., Zienolddiny, S., Haugen, A., Stevens, RG., Kjarheim, K.** (2011) Night Work and Breast Cancer Risk Among Norwegian Nurses: Assessment By Different Exposure Metrics. *Am J Epidemiol* 173: 1272-9.
- Logue, JN., Barrick, MK., Jessup, GL.** (1986) Mortality of Radiologists and Pathologists in the Radiation Registry of Physicians. *J Occup Med*;28:91-9.
- Mahoney, MM.** (2010) Shift Work, Jet Lag, And Female Reproduction. *Int J Endocrinol* 2010: 813764.
- Malker, H., Weiner, J.** (1998) Increased cancer incidence in physicians, dentists, and health care workers. *Oncol Rep* 5: 1413-18
- Megdal, SP., Kroenke, CH., Laden, F., Pukkala, E., Schernhammer, ES.** (2005) Night work and Breast Cancer Risk: a Systematic Review and Meta-analysis. *Eur J Cancer*; 41: 2023-32
- OSHA,** (2013), Facts About Hospital Worker Safety Erişim Tarihi: 4/01/2015 https://www.osha.gov/dsg/hospitals/documents/1.2_Factbook_508.pdf.
- Özarslan A.** (2009) Ankara'da Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde İş Kazası Sıklığı Yüksek Lisans Tezi Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kazaların Demografisi ve Epidemiyolojisi Anabilim Dalı.
- Özkan, Ö.** (2001) Sağlık Çalışanlarının Sağlığı/Güvenliği için İşyeri Örgütlenme Birimi, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı. 2. Ulusal Kongre Kitabı .Ankara.. s50
- Özkan, Ö., Emiroğlu, ON.** (2006) Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 10 (3): 43-50.
- Partlak Günüşen, N., Üstün, B.** (2010) Türkiye'de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi *DEUHYO ED* 2010, 3 (1), 40-52.
- Peplonska, B., Szeszenia-Dabrowska, N.** (2003) Epidemiologic analysis of infectious diseases identified as occupational diseases in Poland in the years 1998-2002 *Med Pr.* 54 (6):521-8.
- Pflege Z.** (2014) Shift Work Increases Suicide Risk. Physically Demanding Work Also Has Negative Consequences - Nurses Are Doubly Affected *67 (9):518.*
- Pıçakçıfe, M.** (2014), Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Sıklığı, Hasuder Türkiye Sağlık Raporu.
- Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ.** (2009) Resmi Gazete sayı: 27214. 29 Nisan 2009.
- Sayın-Kutlu, S., Kutlu, M., Ergonul, O., Akalin, S., Guven, T., Demiroglu, YZ., Acicbe, O., Akova, M.** (2012) Laboratory-acquired Brucellosis in Turkey. *J Hosp Infect.* 80 (4):326-30.
- Sepkowitz, K., Eisenberg, L.** (2005) Occupational Deaths among Healthcare Workers Emerging Infectious Diseases 11 (7): 1003-1008.
- SES MYK** (2011) Rapor Sağlık Alanında Şiddet . Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Ekim, Kasım, Aralık: 2-11.
- Smith, PG., Doll R.** (1981) Mortality From Cancer and All Causes Among British Radiologists. *Br J Radiol* 54:187-94.
- Soyer, A.** (2011) "Sağlıkta Dönüşüm" ve Kamu Sağlık Çalışanları. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Ekim, Kasım, Aralık*: 12-14.
- Soyer, A.** (2006) Ata Soyer: Sağlıkta Dönüşüm ve Sağlık Çalışanları.
- Spurgeon A, Harrington J, Cooper CL,** (1997) Health and Safety Problems Associated with Long Working Hours: A Review Of The Current Position. *Occupational and Environmental Medicine* 54:367-375.
- Toh, SG., Ang, E., Devi, MK.** (2012) Systematic Review On The Relationship Between The Nursing Shortage and Job Satisfaction, Stress and Burnout Levels Among Nurses in Oncology/Haematology Settings. *Int J Evid Based Healthc.* 10 (2):126-41
- TTB Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu,** (2014), editör: Oğan H Sağlık Çalışanları için İşçi Sağlığı ve Güvenliği Kitabı, Ankara .
- Türk, M., Davas, A., Tanik, FA., Montgomery, AJ** (2014) Organizational Stressors, Work-Family Interface and the Role Of Gender in the Hospital: Experiences from Turkey. *Br J Health Psychol.* 2014 May;19 (2):442-58. doi: 10.1111/bjhp.12041. Epub 2013 Mar 28.
- Türk, M., Çiçeklioğlu, M., Davas, A., Saçaklıoğlu, F.** (2006) Antineoplastiklerle Çalışan Hemşirelerde Maruziyetin Değerlendirilmesi. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi.* 28: 41-48.
- WHO,** (2007) Workers' Health: Global Plan Of Action Sixtyeth World Health Assembly Erişim Tarihi: 05/01/2015. http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf.

KAMU HASTANELERİNDE SAĞLIK EMEKÇİLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ VE SES

Fikret ÇALAGAN*

Özet: Kamu Hastanelerinde uygulanan sağlık politikalarının etkisi ile sağlık emekçileri giderek daha olumsuz koşullarda çalışmak zorunda kalmaktadır. İktidarın siyasal hegemonyası, hastanelerde yandaş sendikaları büyütmede, sendikal örgütlenmenin önünde engeller yaratılmaktadır. Önümüzdeki dönemde toplu iş sözleşmesi sürecini öne çıkaran bir çalışma ve mücadele yürütme zorunluluğu vardır.

Anahtar sözcükler: kamu hastaneleri, sendika, Sağlık Emekçileri Sendikası (SES)

Organization of Health Workers in Public Hospitals and SES

Abstract: As a result of policies pursued in public hospitals health workers now have to work in more unfavourable environments and conditions. The political hegemony of the ruling party cherishes unions in hospitals that support the government and create barriers to free organization of unions. In the coming period, it is necessary to wage a struggle that upholds the process of collective bargaining.

Key words: public hospitals, trade union, Union of Health Workers (SES)

Sağlık ortamına dair Sağlık Emekçileri Sendikası (SES) ve TTB çok şey söyledi ve yazdı. Sözünü aynı zamanda eyleme döktü. Yapılanlar toplum ve sağlık emekçileri nezdinde çoğunlukla karşılık buldu. Bazen de doğru söz söylememize ve eylem yapmamıza rağmen kendimizle sınırlı kaldık. Ama söylediklerimiz ve eylediklerimiz hakikati temsil ediyordu. Çünkü bu hakikat emek mücadelesinin taleplerini ve toplumun sağlık hakkını, yaşam hakkını temsil ediyordu. Bir anlamda özgürlük şiarımızdı. Özgür olma halimizin gereği olarak sağlığın toplumsallığını ve emekçilerin sömürülmemesini savuna geldik.

Hastaneler toplumsal sağlığın yitirildiği, hastaların çare arayışının mekanları olageldi. Bu mekanlarda roller tanımlandı. Ve yönetim erki bu rolleri hastalara, çalışanlara ve topluma oynattığı oranda başarılı oldu.

Sağlıksızlık, sömürü, birbirini tanımama, anti demokratiklik, hiyerarşi bu yönetim için tercih edilen unsurlardır. Sağlık emekçilerinin örgütleri tam da buna karşı duruşun araçlarıdır. Öncelikle yönetimin demokratikleşmesini sağlayarak ilişkilerin demokratikleşmesini ve kendini ifade etmesini sağlayacaktır. Kendini ifade etmek kendi olmayı başaran bir durum olduğundan sömürü kabul etmez, en kötüsü minimum düzeye indirir. Çünkü üretime bir

başkası karar verdiği için ücretli emek doğası gereği sömürü barındırır. Sömürüye karşı olmak içinde bulunduğu toplumu da önemsenmeyi getirir. Toplumsallık onun var olma halini belirler. Bundan dolayı ürettiği hizmetin toplum yararına olması önemli olacaktır. Toplumsal yarar hiyerarşiyi reddeder ve kolektivizmi ön plana çıkarır, üretimde bir olmayı getirir.

Bunları sağlamak için sağlıksızlık üreten mekanlar değil, giderek küçülen mekanlarla sağlıklı olmanın olanaklarını sağlamak gerekir. Egemen siyaset hastaneleri büyüterek sağlık emekçilerini büyüyen bu fabrikanın ücretli köleleri haline getirmek istemektedir. Hastaneler ve sağlık çalışanları diyalektiği geçmişten bu güne bu hatta göre devam etmiştir. Bugünü anlamak için bu diyalektiği etkileyen faktörlerin neler olduğunu bilmek gerekir.

1. İktidarın sağlık politikaları ve toplumu yönetmek için sağlık üzerinde yaratmak istediği algı,
2. Mesleklerin konumu, ilişkileri ve toplumla kurduğu bağ,
3. Hastane yönetme mekanizması,
4. Emek istihdam biçiminin yerel, küresel durumu ve emek örgütlerinin durumu,

*SES 8. Dönem Yönetim Kurulu Üyesi

5. Toplumun sağlık politikalarına müdahale gücü,

6. Sağlık hizmetinin varlık nedeni (toplumsal ve bireysel sağlık gereksiniminin karşılanması ya da meta; kullanım değeri-değişim değeri)

7. Teknoloji (sağlık emekçisinin makinaya bağımlı hale gelmesi)

Bu diyalektik durumun bugün itibarıyla aldığı hal bir önceki olumsuzluğun üzerinde büyüyerek gelişmiştir. Şimdiki durum;

I. İktidar sağlığı tüketim mekanizmasına dönüştürmüş, toplumda yarattığı "ne kadar çok tüketirsen o kadar sağlıklı olursun" algısı mekansal olarak hastaneleri çoğaltmış, büyütmüş ve temel toplumsal alanlar durumuna getirmiştir. Bu mekanda yaratılmak istenen toplum kendi olmayı başaramayan, yönetilen hasta toplum haline dönüştürmek istenmektedir.

II. Tüketim arttıkça üretim artırılmış ya da üretim artırıldıkça tüketim artırılmıştır. Üretimin artırılması için hastalık sayısının yanı sıra teknoloji artırılmış, sağlık mesleklerinin sayıları artırılırken sağlıkçılar makinenin bir parçasına dönüştürülmüştür. Sağlık çalışanlarına ihtiyacı veya harcadığı emeğe göre değil ürettiği ve tüketimi sağladığı meta üzerinden ücretlendirme dayatılmıştır. Bu durum daha fazla zamanını üretim alanında geçirmeyi, daha fazla iş üretmeyi dayatmıştır. Sağlık emekçileri arasındaki ilişki kopma noktasına gelmiştir. Sağlık emekçilerinin taleplerindeki farklılık artmış, bu durum birlikte yol almayı ve örgütlenmeyi engelleyen bir hal almıştır ve iktidarın yandaş örgütlerinin müdahil olmasıyla daha da hızlanmıştır.

III. Hastane yönetimi sağlık emekçilerinin parçalandığı, toplumun tüketim alışkanlığının kısıktıldığı bir ortamda anti demokratik anlayışı yayarak otoriter bir karakter almıştır. Giderek çalışanlar üzerinde kurduğu hegemonya çalışma ortamını yaşanmaz kılmaktadır. Yönetimin varlığı sağlık çalışanları açısında bir sağlık sorununa dönüşmektedir. (Performans uygulaması aracılığı ile kontrol mekanizmasının her sağlıkçı için geçerli kılması. Her sağlıkçının verimliliği-üretimi artırmanın aracı haline gelmesi. Toplam Kalite Yönetimi (TKY), yalın üretim anlayışına sağlıkçı tarafından gönüllü ya da zorunlu olur verilmesi. Toplumsallıktan, bireyselliğe dönüşüm. Kişisel çıkarı ön planda tutma.)

IV. Küresel emek politikaları olan esnekleştirme "Sağlıkta Dönüşüm Programı"yla sağlık alanında

yayılmış, ücret, zaman ve istihdam konusunda güvencesizlik had safhaya ulaşmıştır. Ücret-istihdam-mekan güvencesizliği ortak talebe dönüşmüştür. (Parçalanma: istihdam, gelir, mekan ve yönetim mekanizmaları ile sağlık emekçilerinin parçalanması.)

V. Toplum tüketim ilişkileri içinde hapsedilmiş, güçlü bir sağlık muhalefeti oluşamamış, toplum sağlık politikalarının belirlenmesinde etkisiz kalmış, talep tüketim hakkıyla sınırlandırılmıştır. Tüketim hakkı talebi sağlık hizmetlerinin metalaşmasını hızlandırmakta ve giderek yaygınlaşmasını/ çeşitlenmesini sağlamaktadır.

Bu genel durum hastanelerde bir sıkışmayı doğurmuştur. Başta SES olmak üzere bu alanda bulunan sağlık örgütlerinin yoğun eleştirisi, tutumu bir değişimi zorlamıştır. Ancak değişim talebi siyasal bir düzleme taşınamadığı için AKP iktidarı tarafından bu sermayenin kar yapacağı bir alan olarak yeniden yapılandırılmıştır. SDP bunun programı olmuştur. SDP ye karşı yoğun muhalefetimiz gecikmesini sağlamıştır, ancak durduramamıştır. Bu durum sağlık emekçilerin geleceğe olan umudunu kırmış,günü kurtarma anlayışı ön plana çıkmıştır. Günü kurtarma anlayışı iktidarın politikaları yürütmesini kolaylaştırmıştır. Performans uygulaması, meslekler arasındaki farklılaşan talepler, kurumsal bölünmeler, taşeronlaşma, farklılaşan örgütlenmeler bireyselleşmeyi ve bütünde kopuşu getirdi. Sağlık politikalarını bütün olarak ele almamak, buna uygun örgütsel yeniden inşayı gerçekleştirmemek bu süreci karşılamamız önünde engel olmuştur. Emek sömürsü devam ediyorsa ve fabrikalara dönen hastanelerde emekçiler varsa sendikaların geçmiş mirasından aldığı katkı ile yeniden inşasını gerçekleştirerek emekçilerin yeniden ve daha güçlü örgütlenmesini sağlaması gerekmektedir.

Kamu hastane birlikleri ile sağlık emekçilerinin sorunları daha da artmıştır. Her şey torba yasalar ve bunun yetmediği durumlarda yönetmeliklerle belirlenmiştir. Siyasal hegemonyanın avantajını kullanarak emekçiler üzerindeki baskısını artırmak için yasa ve yönetmeliğe ihtiyaç bile duymamaktadır. Yönetim tümünden keyfiliğe dönüşmüştür. Çalışanların talepleri bireyselleştiği için iktidara yakın durmak tarzında bir koruma anlayışını geliştirmiştir. Bu durum yandaş sendikaları büyütmüş, yandaş sendikalar büyüdükçe iktidara yakın durma anlayışı yaygınlaşmıştır. (İktidarın aracısı haline gelen yeni sendikal tarz).

Oluşturulan çalışma düzeni, mekanların buna göre düzenlenmesi çalışanları hapsetmekte ve toplumsalı engellemektedir. Bu durum örgütlenmenin önünde ciddi engeller yaratmaktadır. Yalnızlaşan ve bireyselleşen sağlık çalışanlarının sağlık sorunları artmaktadır. Sağlık çalışanlarının sağlığı bu gün kamu hastanelerinde temel sorun olmuştur. Ve yeni bir mücadele alanı yaratılmıştır. Artık ücretin belirleyici olma özelliği azalmıştır (belirleyiciliğine yenileri eklenmiştir). Çalışma koşulları, çalışma mekanlarının güvencesi (sürgünler-geçici görevlendirmeler), fazla çalışma ve ücretin belirsizliği önümüzdeki dönemin temel sorunlarıdır. Kampus hastanelerde bu sorunlar daha da büyümektedir. Beklenen ve KHB (KÖO-şehir hastaneleri-kampus hastaneleri) ile hazırlığı yapılan daha büyük mekanlarda daha fazla çalışanın baskılandırılarak bir köle düzeni kurmaktır. Ancak bilinen bir gerçek var ki iktidarın sömürüyü büyütmek için kurduğu her düzenek aynı zamanda mücadele dinamiğini içinde barındıracaktır.

Önümüzdeki dönem bu dinamiğin ortaya çıkarılması için emek mücadelesinin önemli zemini olan TİS (Toplu İş Sözleşme) sürecini öne çıkararak bir

çalışma yürütme zorunluluğu vardır. Çünkü TİS emekçilerin sermaye ve iktidarlar karşısında taleplerinin ortaklaştırdığı ve örgütü güçlendirdiği bir mücadele hattı ile kazanımlarını geliştirdiği bir araçtır. Emekçilerin parçalı durumu ve taleplerin farklılaşması iktidarın TİS'i yok sayan bir yaklaşım geliştirmektedir. Ya da yandaş sendikalarla göstermelik TİS yapmaktadır.

Çalışma düzenin TİS yerine yönetmelik ve torba yasalarla belirlendiği bir dönemde sağlık emekçilerin öncelikli talebi olan; İstihdam güvencesi, ücret güvencesi, mekan güvencesi ve sağlık çalışanların sağlığı TİS süreci ile birlikte ortak talebe dönüşebilir. Ortak talepler etrafında örülecek eylemlilikler mücadeleyi de ortaklaştıracaktır. Parçalı durumların önüne geçecektir.

Kamu hastanelerinde hemşire ve asistanların çalışma koşullarından kaynaklı geliştirmiş olduğu eylemlilikler önümüzdeki dönemin eylemlilik zemini olarak ele alınıp yukarıda tanımladığımız ortak taleplerle güçlü bir mücadele dinamiği yaratılabilir. SES geçmiş deneyimi ve güncel olarak da ortaya koyduğu tutumuyla sağlık emekçilerin mücadele örgütü olmuştur. Olmaya devam edecektir.

MODERN HASTANELERİN DOĞUŞU*

Ata SOYER**

Özet: Bu makalede batıda modern hastanelerin doğuşu -ağırlıklı olarak- Avrupa'da bu gelişimin en tipik örneklerinden birisi olan İngiltere üzerinden incelenmektedir.

Anahtar sözcükler: hastaneler, hekimler, sağlık hizmeti

Emergence of Modern Hospitals

Abstract: The article examines the emergence of modern hospitals in the West –mainly in Europe- on the basis of Great Britain as a typical example.

Key words: hospitals, physicians, health care

Bugün hastaneler, sağlık hizmetlerinin merkezinde yer almaktadır. Sağlık hizmetleri denince, neredeyse sadece hastaneler aklı gelmektedir. Üstelik bu durum, hem hastalar hem de hekimler için geçerlidir. Ülkelerindeki sağlık sorunlarının çözümündeki ağırlığından çok daha fazlasını elde etmiş hastaneler, sağlık harcamalarının da önemli bölümünü emmektedir. Sağlık alanının olabildiğince piyasa denetimine açılmasında, hastanelerin, daha doğrusu hastane temelli sağlık hizmeti yaklaşımının özel bir yeri vardır.

Oysa, Batı'da hastanelerin tarihi incelendiğinde hastanelerin toplum içinde bugünkü konumlarından oldukça uzakta olduğu görülebilir. Hastanelerin sayısal olarak az olduğu, az sayıda insanın çalıştığı, kaynaklarının yetersiz olduğu, daha çok gönüllülerin finanse ettiği, yoksulların tıbbi bakımının yapıldığı yerler olarak ilk kez tarihte yerini aldığı söylenmektedir. Avrupa'da, ortaçağda hastanelerin çoğunlukla kiliseler tarafından kurulduğu, manastırlar ve darülacezelerin gelişimi ile ortaya çıktığı kabul edilir. Bu kurumların, halk tarafından "şükran duası" almak üzere kurulduğu, daha sonra getirdiği sosyal statü ile birlikte hayır işi yapma yöntemi olarak görüldüğü belirtilir. Bu dönemde yapılan hastaneler, büyük ölçüde Hristiyan inancını yansıtmaktadır. Mimarileri bile dini çevreyi tasvir etmektedir: Çoğunlukla haç biçiminde düzenlenen hastaneler, kilisenin merkezde olduğu, hastaların kiliseyi görmeleri amacı ile yerleştirilmiştir. Hastaların fiziksel

iyileşmelerinden çok, "ruhsal tedavi"leri ön plana çıkarılmıştır.

Avrupa'da hastanelerin gelişimi, ticaretin büyümesi, kasabaların genişlemesi ve nüfusun sosyal ve coğrafik hareketlenmesinin artması ile paralel seyretmiştir. Hümanizmin öneminin artışının, daha çok büyük kasabalarda yeşermesi, hastanelerin buralarda gelişmesini getirmiştir. Hastaneler, bu dönemde daha çok ticari kesimlere hasta olduklarında bakım ve tedavi hizmeti verme işlevi görüyordu. Ancak kasabanın yeni hakimleri olan ticaret erbabı hastaneleri daha çok, sosyal kontrol amacı ile kullanmışlardır: Giderek genişleyen kasabanın ya da kentin, çok düzensiz ya da denetimi zor hale gelmediğini güvenceye alabilmek amacı ile kasabadaki (ya da kentteki) evsizleri gece hastaneye taşıyorlardı. Kasabalar ve kentler büyüdükçe, hastanelerin sayısı artmış ve konumu önem kazanmıştır. Kurucuları arasında din adamları olmasına karşın, asıl ağırlık ticari kesimlerdeydi ve din adamları ile politik güç sahiplerinin yaklaşmasında bu hastanelerin önemli bir işlevi de oldu.

Avrupa'daki gelişimin en tipik örneklerinden biri İngiltere'de yaşandı. On sekizinci yüzyılın başlarında, İngiltere'de önce Londra'da, daha sonra Winchester'de ve Edinburgh'da ilk (yeni) hastaneler kuruldu. Genellikle "hayırsever" kişi ve kurumlarca işletilen hastanelerin temel bir işlevi vardı: yoksul hastalara yardım. Orta ve üst sınıflardan hastaların

*1995 Yılında Toplum ve Hekim Dergisi 10. Cildinde yayımlanmıştır (Sayı 69-70, Eylül-Aralık, Sayfa 95-98)

**TTB Genel Sekreteri (1994-1996 Dönemi)

evlerinde tedavi edildiği bu dönemde, hastaneler yoksulların ve alt sınıfların tedavilerini üstlenmişti. Ancak, "hayırsever" kişiler burada da tercih haklarını kullanarak, hastanelerden herkesin yararlanmasına izin vermezlerdi. Hastanın tıbbi bakımdan yararlanabilmesi için, bunu hak etmesi gerekirdi, örneğin suçlular ve fahişeler hastanelerden yararlanamazdı.

Hastanelerde tedavi "ücretsiz"di, ancak yoksul bir hastanın hastaneye kabul edilebilmesi, bir "hayırsever" desteğine bağlanmıştı. Başka bir deyişle, bir hastanın hastaneye yatabilmesine hekimler değil, yöneticiler karar verirdi! Hastaneye kabul edilmede, bu hizmeti "hak etmenin" dışında başka kriterler de söz konusuydu. Örneğin, ateşli hastalıklar, gebeler, çocuklar, akıl hastaları, tedavisi "olanaksız" hastalar hastanelere yatırılmazdı. Hastanelere yatanlar, daha çok küçük tıbbi sorunları olan hastalar ile kaza vakalarıydı.

Hastalar açısından iş, hastaneye yatmakla bitmiyordu. Hastanenin içinde yeni bir süreç başlıyordu. Her şeyden önce, hasta hastanede bir takım kurallara uymak zorundaydı. Bu kuralları, hekimler değil, yine yöneticiler denetlemekteydi. Hastanın hastalığının çok ağır olmaması gerekiyordu ya da hastalığın ağırlaşmaması; hasta yatalak olmamalıydı; hastane dışına çıkmak sınırlanmış; sarhoş olmak yasaktı, vb. Bu kurallara uymamak, "taburcu edilmek" için yeterliydi. İyileşme süreci başladığında ise, hastalar, özellikle kadın hastalar, hastanede bazı işlerde çalıştırılırdı.

Zamanla kırdan kente göç olgusu, hastanelerin sayılarının ve büyüklerinin artmasına yol açtı. Örneğin, Londra'da nüfus 18. yüzyılın başında yarım milyon civarındayken, 1800'de 1.5 milyon, 1900'de 5 milyona yükselirken, kentteki hastanelerin sayısı geometrik olarak artmıştır. Hastanelerin artışında bir neden de, hastanelerin desteklenmesiydi. Çünkü, İngiltere'de orta sınıf, sanayileşme ve ticaretin büyümesinden yarar sağlarken, kendi konularını oluşturma konusunda da bazı adımlar atma gereği duyuyorlardı. İngiltere'de 19. yüzyılda orta sınıftan gelen "hayırseverler", kent halkının yararlanabilmesi için ve "kentlerinin gururu" için kütüphaneler, parklar, müzeler, okullar ve de hastaneler açıyorlardı.

Bu gelişim, başka bir dinamiği ortaya çıkardı. Daha önce, hastane yöneticilerinin emrindeki herhangi bir çalışandan farkı olmayan hastane hekimleri,

giderek "statü" sahibi olmaya başladılar. 18. yüzyılın ortalarında doğru, hastaneler, hekimler için önemli bir yer haline geldi ve mesleki kariyerleri için önemli yer haline gelen hastanelere yönelen hekimler halk arasında da itibar sahibi olmaya başladılar.

Hekimlerin hastanelerde tıbbi pratiklerini geliştirmeleri, bu yöndeki çabaların desteklenmesi, hastanelerin gelişimine yol açtı. Bu kez, tıp öğrencilerinin kendilerine tıbbi pratik olanağı sağlayan hastanelerde çalışabilmek için bu kurumlara para vermeleri, bu tür hastaneleri daha aranır hale getirdi.

Burada, belki tıbbi bilginin ve pratiğin gelişiminin etkisi değerlendirilebilir. Tıp, özellikle 18. yüzyıla kadar daha çok tıbbi bilgi, kitap ve teoriye dayanıyordu. Ağırlıklı olarak da, İngiltere'de bu yaklaşım egemendi. Oysa, Fransız Devrimi ile düşüncenin özgürleşmesi, tıbbi düşünceye de yansınca, tıbbi deneyim ön plana çıktı. Daha önce, hekimler ve orta üst sınıflar açısından önemsiz bir yer olan hastane, tıbbi deneyimin kazanılacağı en temel mekan olmak özelliğine kavuştu. "Yeni" tıbbin, hastanelerde hastalar üzerinde denenmesi çok uygundu; hastaların "deneysel tıp için en uygun nesneler olarak" görülmesiyle, hastanenin "yararı" ve "önemi" keşfedildi. Kitaptan öğrenmenin yerini, gözlem aldı; fizik muayene, patolojik anatomi ve istatistik bu yeni tıbbi biçimlendirdi. Bu modelden farklı olarak İtalya'da ve bazı Avrupa ülkelerinde "yeni tıp", mesleki gelişmelerin daha fazla etkisinde kaldı.

Hastanelerde önemli statüye sahip hekimlerin, öğrencilerini ve "çıraklarını" eğitime karşılığı kazanç elde etmeleri, hastanelerin ve hekimlerin önemini artırdı. Giderek yeni hastaneler kurulması teşvik edildi. 18. yüzyılın ikinci yarısında kurulan hastanelerin çoğunluğu, hekimler tarafından kurulmuştu. Kurulan hastanelerin bir bölümü, genel hastanelerden dışlanmış bir hasta kesimine yönelikti. Bir diğer bölümü ise, akıl hastaneleri, çiçek hastalığı hastaneleri, zührevi hastalık hastaneleri, vb.ydi.

18 yüzyılın sonlarına doğru, "bireyin hastalığı bireye ve bireyin yaşadığı ortama özgüdür ve yaşadığı ortamın dışında hastalık anlaşılmayabilir" anlayışının egemen olmaya başlaması ile, hastaların kendi evlerinde tedavi görmeleri yaklaşımına yönelindi. Bu yönelim, ayaktan tedavi edilebilen hastalar için dispanserler kurulmasını getirdi. Londra'da ilk dispanser 1770 yılında kurulmuştu. Londra'daki dışa kapalı "Tıp Dünyası"na, genel hastanelerde

çalışması engellenen bir hekim, John Lettsom tarafından kurulan bu dispanser, aynı zamanda bir grup genç hekimin ayrıcalıklı hekim topluluğuna karşı, "Medical Society of London"un oluşturulması sürecinin de bir ürünü olmuştur. Dispanserler ve hastaneler arasında bir çatışma da başlamış oldu. Ancak giderek dispanserler İngiltere'nin her yeri de yaygınlaştı.

İngiltere'de hastane sayısındaki artış, 19. Yüzyılda sürdü. Bu artışta tıbbi profesyonellerin itici güç olması söz konusuydu. İngiltere'de hastane sayısı ve gücünün artışı, İngiltere'nin sanayileşmesine paralel bir seyir izledi. Sanayi devriminin getirdiği sosyal hareketlilik, tüm kesimler gibi, hekimleri de etkilemişti. Bu durum, hekimleri kendilerini geliştirmek ve kurumlarını oluşturma yönünde motive etti. Hekimlik mesleği, olanakları uygun olan orta ve üst sınıftan hastaları tedavi etmekten, hastanelerde spesifik şikayetleri daha iyi anlamaya çalışmak ve tedavi etmek yönünde bir değişim yaşadı. Hastaneler de, kentlerin orta ve üst sınıflarının kent yoksullarına hayırsever amaçlı hizmetten, para karşılığı hizmet ve eğitim veren kurumlara dönüşüyordu. İngiltere'deki ilk uzman sağlık kurumu genel hastane dışı bir göz hastanesiydi. (Moorfields veya Royal Ophthalmic Hospital). Giderek genel hastanelerin misyonunun sınırlı bir hal aldığı tesbitinden yola çıkan John Cunningham Saunders, 1804'de bu göz hastanesini kurmuştu. Tıp mesleğinin elitlerinin karşı çıkmasına karşın, uzmanlık hastaneleri düşüncesi tuttu ve 20 yıl içinde Exeter, Bristol, Bath, Manchester, Birmingham, Liverpool, Glasgow, Edinburg gibi kentlerde yaklaşık 20 göz hastanesi kuruldu. 1830-60 yılları arasında İngiltere'de genel hastane ve dispanserler kadar, uzman sağlık kurumları da artmıştı; örneğin Londra'da en az 66 uzman sağlık kurumu vardı.

Yeni hastanelerin kuruluşu da, eskiye kıyasla daha kolaydı. Pratisyen hekim, bir evin bir bölümünü kiralar, içine yataklar yerleştirir ve bir hastane açmış olurdu. Hastanenin açılması bu kadar kolay olmasına karşın, genişlemesi oldukça zordu. Hastanelerin gelişmesi hayırseverlerin desteğine ve hastaların çokluğuna bağlıydı.

Hastanelerin eğitim kurumu işlevi edinmeleri, hekimlik mesleğinde ve hastanelerin iç düzenlenmesinde yeni değişimlere yol açtı. Genç hekimlerin, uzmanlık hastanelerinde belirli çalışmalar yapması uygulaması gündeme getirildi. Bazı hekimler, hem uzmanlık hastanelerinde eğitim görürken, genel

hastanelerde de mesleki statü için çalışıyorlardı. Bunda, hastaların genel hastanelerde de belli alanlarda uzmanlığı olan hekimleri aramaları etkili oldu. Bu olgu, giderek genel hastaneler içinde ayrı uzmanlık bölümlerinin açıldığı yeni hastaneleri doğurdu. Yeni hastanelerde önce göz bölümleri (1850'ler), sonra kulak bölümleri (1860'lar) ve diğer bölümler kurulmaya başlandı. Bu değişim, hekimlerin ve tıbbi personelin, yönetsel personele kıyasla egemen hale gelmesinin de ifadesi oldu. Artık, hastanelere kabul edilecek hastaları "tıbbi ölçütlere" göre, tıbbi personel seçebiliyordu. "Hastanelerin tıbbileştirilmesi" diye de adlandırılan bu olgu ile, tıbbi denetim daha sık ve daha büyük hale geldi.

Hekimlik mesleğindeki bir değişim de, çalışma süresi ile, daha doğrusu hekimlik mesleğinin tamgün bir meslek haline gelmesi ile de ilgilidir. 19. Yüzyılın ilk yarısına kadar, genel hastanelerde çalışan hekimler, hastanelerde sınırlı bir zaman geçiriyorlardı. Kıdemli hekimler, hastaneye ara sıra uğrayıp, daha çok denetimle ilgilenirken, asıl hasta bakım yükü daha kıdemsiz hekimlere kalıyordu ve bunlar daha uzun süre hastanede bulunuyorlardı. Ancak 19. Yüzyılın ortasından sonra, hastanelerde çalışmak, mesleki kariyer açısından önemli hale gelince, hekimler zamanlarını daha fazla hastanelerde geçirmeye başladılar. Bu da, bir anlamı ile hastanelerin tıbbileştirilmesidir. Bu gelişmede, eğitim hastanelerinin önemli bir yeri oldu. Öğrencilerin daha iyi eğitilebilmesi, hastanelerde daha uzun süre geçirilmesi ile yakın ilişkiydi. Eski "teorik" ağırlıklı tıp okullarının yerini, "deneyim"e ağırlık veren "hastane temelli" tıp okulların almaya başladı. Ve mesleki kurallar daha net hale gelmeye başladı. Örneğin, İngiltere Kraliyet Cerrahlar Koleji'nden lisans alabilmek için, bir yıllık hastane deneyimi şart koşulmuştu. Aynı gelişme diğer tıp meslekleri için yaşandı. Eczacılık lisansı alınması için 6 aylık bir hastane deneyimi gerekli kılındı.

"Yeni hastaneler"in gelişimi, bir de sosyal sonuç yarattı: Yoksullar dışarı! 19. Yüzyıl ortalarına kadar yoksullara hastanelere yardım edilmesi hekimler ve hastane sahibi hayırseverler için çeşitli nedenlerle önemli bir olguydu. Yoksullar için ayrıca "darülaceze klinikleri" de vardı. Ancak, yoksullar 1834 yılından itibaren İngiltere'de eskiden verilen yardımları alamamaya başladılar. Bu yaklaşımda, "yoksullara yapılan yardım, onları daha fazla sadakaya muhtaç hale getirmektedir" fikrinin egemenlik kazanması etkili oldu. Yoksullara ya kendi geçimlerini sağlamaları ya da darülacezeye gitmeleri tercihi

sunuldu. Sonuçta, yardım alamayan yoksullar, daha sık hastalanır oldular ve hastalıklarında darülaceze klinikleri dışında başka seçenekleri kalmaz hale geldiler. Bu gelişme üzerine, daha fazla darülaceze kliniği açılmaya başlandı.

19. yüzyılın bir önemli olgusu da, "cottage" denilen "ev hastaneleri"ydi. Hastaların haftalık ücret karşılığı tedavi gördükleri ev hastanelerinde, ücret nedeniyle bakım düzeyi, diğer hastanelerden yüksekti. Yoksulların dışındakilerin kabul edildiği genel hastanelerin "eşitlikçi" yapısına karşı, özellikle Sir Henry Burdett'in başlattığı bir hareket sonucu ilk ev hastanesi 1859'da Sumey'de Cranleigh tarafından kuruldu. Ev hastanesi savunucularının temel tezleri şunlardı: "Tedavi için ücret ödeme ayrıcalığına sahip hastalara gereken hizmeti sağlamak; tıp mesleğine adalet!"

Zengin sınıflar bu gelişmeden çok hoşnut oldular. Bu gelişmeler hekimler arasında da "tıbbi husumet"i başlattı. Parası olana hizmetin orta ve üst sınıflar ayrışmasını derinleştirmesi, daha önce daha çok mesleki statü nedeniyle çelişkileri olan hekimler arasında da sınıfsal ayrışmayı başlattı.

Avrupa'da hastaneler böyle bir evrim geçirirken, Amerika'da da çok farklı olmayan ama bazı değişiklikleri içeren bir süreç yaşandı. Amerika'da da ilk hastaneler, daha çok yoksul ve ölmek üzere olan ve kendi evlerinde bakım göremeyecek durumdaki hastaların tedavisi ve bakımı için kurulmuştu. Daha çok hayır amaçlı yoksullar evi niteliğindeydi. Temelde de, 1870-1910 yılları arasında, enfeksiyonların kontrolü ve cerrahideki ilerlemelerin yol açtığı bir olguydu.

1890'larda yaşanan "depresyon", bu hastaneleri ödeme gücü olan hastalar aramaya yöneltti. Giderek, bu hayırsever hastanelerin hekimleri, paralı hastalara kur yapan hastane "mutemetleri" haline geldiler. O ana kadar, ev tedavisi yandaşı olan hekimler, hastane tedavisini savunur oldular. Hastaneler parlatılarak, reklamlar yapılmaya başlandı. Bu süreçte, hayırsever hastaneler, özel hekimlerin denetimine geçti. Ancak bu gelişme ile, hastanelerin geleneksel hayırseverlik misyonu da önemli ölçüde terk edildi. Hekimlerin çoğu, hastalara yardımdan ziyade, ödeme gücü olan hastaların tedavi edilmesi ve ödenen para ile ilgilenir oldular. Yeni bir gelenek edinen hastaneler, ticari yetenekleri ölçüsünde büyüdüler. Bu arada özel sigortacılığın gelişmesi ve "açık uçlu" ödemeler, ABD'li hekimler için bir altın çağ yaşanmasına neden oldu.

Tıp teknolojisinin, şirketlerin sağladığı fonlar ve yardımlar sayesinde gelişmesi, tıp eğitiminin giderek bu teknolojilere sahip tıp okullarında gerçekleşmesinin sağlanabilmesi için, hekimlerin burjuva sınıfın himayesine muhtaç olmaları sonucunu doğurdu. Bu himayenin karşılığı, yoksul ve emekçi sınıflara hizmet etmenin yanı sıra, hali vakti yerinde hastalara hizmet etmektir. Bu durum, aynı zamanda tıp eğitiminden sağlık hizmetlerine kadar bütün bir tıp sisteminin yapısında rol oynayan burjuva gruplarının (Carnegie, Rockefeller, vb.) çıkarlarına da uygun düşüyordu.

Sağlık hizmetlerinin evlerden çıkarak hastanelere taşınması, bir yanı ile de kurumsal temele oturması anlamına geliyordu. Bu kurumsal temel, hastanelerin bir hayır kurumu olmaktan çıkıp, üst ve orta sınıfların tedavisi için güvenilir bir yer haline gelmesidir. Bu süreçte, yoksula olan hizmet ile zengine olan hizmet arasındaki ayrım da belirginleşti.

İşte, kiliseden tıp hizmetinin alınması ile başlayıp, bugünün tıbbi endüstriyel kompleksinin gözbebeği hastaneler zincirlerine ulaşan evrimin bir arakesiti...

Kaynakça

- Lindsay Granshaw** (1992), *The rise of the modern hospital in Britain (in Medicine in Society; edited by Andrew Wear)*, Cambridge.
- Morris Vogel** (1980), *The Invention of the Modern Hospital*, Chicago.
- Michel Foucault** (1976), *The Birth of the Clinic. An Archeology of Medical Perception*, London.
- Lindsay Granshaw and Roy Porter** (1989), *The Hospital in History*, London.
- David Light** (1986) *Corporate Medicine for Profit*, *Scientific American*, Vol. 255, December.
- Warren Salmon** (1985) *Profit and Health Care: Trends in Corporatization and Proprietization*, *Int. J. Health Serv.*, Vol. 15, N. 3.

DOSYA/MAKALE ADI	TOPLUM VE HEKİM DERGİSİ 2014 YILI (MAKALE) DİZİNİ YAZAR	SAYI	SAYFA
EŞİTLİK VE SAĞLIK			
Toplum Biçimleri Boyunca Eşitlik-Eşitsizlik Kavgası	Alâeddin ŞENEL	1	5
Eşitlik Hakkaniyet Hak	Onur HAMZAOĞLU	1	24
Dünya'da Kadın Sağlığındaki Eşitsizlikler	Gamze VAROL SARAÇOĞLU	1	32
Dünyada Çocuk Sağlığındaki Eşitsizlikler	Neriman AYDIN	1	49
Türkiye'de Çocuk Sağlığında Eşitsizlikler	Deniz AKGÜN	1	56
Yirminci Yüzyılın Ütopyası: Herkes İçin Reform! Herkes İçin Eşit(Siz)Lik!	Coşkun BAKAR	1	61
Obezitede Sağlık Eşitsizlikleri ve Türkiye'ye Dair Bir Değerlendirme	Işıl ERGİN	2	83
Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Algılanan Sağlık ve Sosyal Belirleyicileri	Hakan TÜZÜN, Sefer AYCAN, Mustafa N. İLHAN	2	91
SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEMNUNİYET			
Yurttaşlardan Tüketicilere, Haklar ve İhtiyaçlardan Memnuniyetlere	Ferda DÖNMEZ ATBAŞI	2	105
Sağlık Hizmetlerinde "Memnu-niyet"	Songül A. VAİZOĞLU	2	114
Sağlık Bakanlığı'nın Araştırmaları Vesilesi ile Hasta Memnuniyeti	Zeliha ÖCEK	2	118
Sağlık Emekçilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programına Uyumunu Değerlendirmeye Yönelik Bir Girişim: "Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması"	Zeliha ÖCEK, Meral TÜRK	2	129
SAĞLIK EMEK-GÜCÜ			
Vardiya Sistemiyle Çalışan Hemşirelerin Dikkat Düzeyleri	Ayfer PEKER, Süreyya KARAGÖZ	2	140
PORTRE			
Alfred Grotjahn: Halk Sağlığında Bir Portre	Hande ARPAT	2	150
GEZİ'DEN TABİP ODALARINA KALAN: YARGILAMALAR			
Sağlık Bakanlığı'nın Ankara Tabip Odası Organları'nın Görevlerine Son Verilmesi Talepli Dava Dilekçesi		3	167
Gri ve Yeşil: 'Gezi'ye Genel Bir Bakış	Eriş BİLALOĞLU	3	172
Haziran Sokaklarında Tıbbın İnsanlıkla İmtihanı	Feride AKSU TANIK	3	186
Hekimlik Yargılamaları	Ziynet ÖZÇELİK	3	193
Sağlık Bakanlığı'nın Yanlış Kurgusu	Kerem ALTIPARMAK	3	208
Hekimlerin İlk Yardım ve Acil Yardım Yükümlülüğü-nü Yerine Getirmeleri Gerektiren Olaylarda Tabip Odalarının Görevleri	Onur KARAHANOĞULLARI	3	215

TOPLUM VE HEKİM DERGİSİ 2014 YILI (MAKALE) DİZİNİ			
DOSYA/MAKALE ADI	YAZAR	SAYI	SAYFA
Gösteri/Eylem Özgürlüğünün Kullanılmasına Biber Gazıyla Müdahale Edilmesinin Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesine Uygunluğu ve Hekimlerin Rolü	H. Burak GEMALMAZ	3	220
Ankara Tabip Odası Gezi Davası'na Mütalaa, PHR Danışman Raporu ve Felsefi Yaklaşımlar	İdil Işıl GÜL, Ulaş KARAN, Vincent IACOPINO, Donna McKAY, Hayrettin ÖKÇESİZ, Ahmet İNAM, Betül ÇOTUKSÖKEN, İonna KUÇURADI, Harun TEPE	3	227
CİNSEL YÖNELİMLER			
CİNSEL KİMLİKLER VE SAĞLIK			
Farklı Yönleri İle Cinsel Kimlik: Bedensel Cinsiyet, Cinsiyet Kimliği, Cinsiyet Rolü ve Cinsel Yönelim	Koray BAŞAR	4	245
Heteroseksist Tıp	Selçuk CANDANSAYAR	4	252
Eşcinseller, Sosyal Dışlama ve Ruh Sağlığı	Seven KAPTAN, Şahika YÜKSEL	4	259
Herkes İçin Sağlık: LGBTİ bireylerin Esenliğini Hedefleyen Sağlık Hizmetlerine Doğru	Volkan YILMAZ, İpek GÖÇMEN, Cansu ATLAY	4	266
Eşcinsel Kurtuluş Hareketi'nin Türkiye Seyri	Ali EROL	4	277
Eşcinsel (LGBTİ) Hareketin Tıp Bilimiyle İlişkisi	İdil ENGİNDENİZ ŞAHAN	4	288
Transfeminizm: Feminizm Herkes İçin mi?	Selin BERGHAN	4	293
Queer Tahayyül: Cinsiyet Kimliğinde ve Cinsel Yönelimde İkiliğin Ötesi	Sibel YARDIMCI	4	299
İrk ve Cinsiyetten, Etnik ve Cinsel Yönelim Kimliğine Kültürel Kimlik Oluşumları: Yeni Toplumsal Hareketler Bağlamında Türkiye'de Kürt-LGBTİ Hareketi	Özgür ÇALIŞKAN	4	302
LGBTİ Öznellikler ve Yargısal Sembolik Şiddetin Mimarisi: Bir Boşlukları Doldurma Denemesi Olarak Yargının "Nefret" Ağzı	Sinem HUN	4	310
Normalliğin Tahakkümü: Heteronormatif Eğitim Kısacasında LGBTİ'ler	Remzi ALTUNPOLAT	4	314
FİZİKSEL AKTİVİTE SPOR VE SAĞLIK			
Egzersiz ve Performans Sporunda Beden Politikaları	Pınar ÖZTÜRK, Canan KOCA	5	333
Egzersiz ve Psikolojisi	Ziya KORUÇ	5	344
Fiziksel Aktivite Davranışı Geliştirmede Etkili Öğretim Stratejileri: Problemi Belirle, Kanıta Dayalı Uygun Modeli Seç ve Uygula	Mustafa Levent İNCE, Deniz HÜNÜK, Mine MÜFTÜLER	5	356
Medyanın Biçimlendirdiği Taraftarlık	Ahmet TALİMCİLER	5	381
Sportif Değerler ve Eğitimi	Gıyasettin DEMİRHAN	5	351

TOPLUM VE HEKİM DERGİSİ 2014 YILI (MAKALE) DİZİNİ

DOSYA/MAKALE ADI	YAZAR	SAYI	SAYFA
Tüketim Bağımlısı Toplum ve Spor/Fiziksel Aktivite	Nefise BULGU	5	325
Vücut Geliştirme Alanında Besin Desteği Kullanımına Sosyolojik Açıdan Bir Bakış: "Abi Ben Yeni Başladım, Benim Almama Gerek Var mı?"	Mustafa Şahin KARAÇAM, Canan KOCA	5	366
KÜRTAJ			
Muhafazakârlık ve Piyasa Kıskaçında Kürtaj Hakkı	Fatma ÖZDEMİR	5	387
RAPOR			
Dünya Sağlık Örgütü 2013 Yılı Dünya Sıtma Raporu'nun Değerlendirilmesi	Barış CAN	5	399
TÜRKİYE'DE HASTANELERİN DÖNÜŞÜMÜ			
1980 Sonrasında Hastanelerin Dönüşümü	Feride AKSU TANIK	6	405
Neoliberal Sağlık Reformlarının Etkisi: Kamu Hastanelerinde Finansman Yapısı Değişiyor	Kayihan PALA	6	414
Türkiye'de Özel Hastaneler: Sermayenin Yeni Birikim Alanı ya da AKP'nin Patron Sevgisi	Onur HAMZAOĞLU	6	430
Üniversite Hastaneleri "İşletme veya Batma" Sarmalından Kurtulabilir mi?	Alpay AZAP, İsmail AĞIRBAŞ	6	439
Piyasalaşmış Sağlık Hizmetlerinde Kamu Otoritesinin Müdahale Aracı Olarak Sağlık Uygulama Tebliği	Güray KILIÇ, Ergün DEMİR	6	443
Bir Zamanlar SSK Hastaneleri	Osman ÖZTÜRK	6	448
Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı Sürecinde TTB Hukuk Mücadelesi	Özgür ERBAŞ	6	455
Hastanelerde Sağlık Çalışanlarının Sağlığı	Aslı DAVAS	6	460
Kamu Hastanelerinde Sağlık Emekçilerinin Örgütlenmesi ve SES	Fikret ÇALAĞAN	6	468
Modern Hastanelerin Doğuşu	Ata SOYER	6	471
Dizin		6	475

TOPLUM VE HEKİM DERGİSİ 2014 YILI (SOYADI ve ADI) DİZİNİ

YAZAR	MAKALE	SAYI	SAYFA
AĞIRBAŞ İsmail	Üniversite Hastaneleri "İşletme veya Batma" Sarmalından Kurtulabilir mi?	6	439
AKGÜN Deniz	Türkiye'de Çocuk Sağlığında Eşitsizlikler	1	56
AKSU TANIK Feride	Haziran Sokaklarında Tıbbın İnsanlıkla İmtihanı	3	186
AKSU TANIK Feride	1980 Sonrasında Hastanelerin Dönüşümü	6	333
ALTIPARMAK Kerem	Sağlık Bakanlığı'nın Yanlış Kurgusu	3	208
ALTUNPOLAT Remzi	Normalliğin Tahakkümü: Heteronormatif Eğitim Kısacasında LGBTİ'ler	4	314
ARPAT Hande	Alfred Grotjahn: Halk Sağlığında Bir Portre	2	150
ATLAY Cansu	Herkes İçin Sağlık: LGBTİ bireylerin Esenliğini Hedefleyen Sağlık Hizmetlerine Doğru	4	266
AYCAN Sefer	Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Algılanan Sağlık ve Sosyal Belirleyicileri	2	91
AYDIN Neriman	Dünyada Çocuk Sağlığındaki Eşitsizlikler	1	49
AZAP Alpay	Üniversite Hastaneleri "İşletme veya Batma" Sarmalından Kurtulabilir mi?	6	439
BAKAR Coşkun	Yirminci Yüzyılın Ütopyası: Herkes İçin Reform! Herkes İçin Eşit(Siz)Lik!	1	61
BAŞAR Koray	Farklı Yönleri İle Cinsel Kimlik: Bedensel Cinsiyet, Cinsiyet Kimliği, Cinsiyet Rolü ve Cinsel Yönelim	4	245
BERGHAN Selin	Transfeminizm: Feminizm Herkes İçin mi?	4	293
BİLALOĞLU Eriş	Gri ve Yeşil: 'Gezi'ye Genel Bir Bakış	3	172
BULGU Nefise	Tüketim Bağımlısı Toplum ve Spor/Fiziksel Aktivite	5	325
CAN Barış	Dünya Sağlık Örgütü 2013 Yılı Dünya Sıtma Raporu'nun Değerlendirilmesi	5	399
CANDANSAYAR Selçuk	Heteroseksist Tıp	4	252
ÇALAĞAN Fikret	Kamu Hastanelerinde Sağlık Emekçilerinin Örgütlenmesi ve SES	6	468
ÇALIŞKAN Özgür	İrk ve Cinsiyetten, Etnik ve Cinsel Yönelim Kimliğine Kültürel Kimlik Oluşumları: Yeni Toplumsal Hareketler Bağlamında Türkiye'de Kürt-LGBTİ Hareketi	4	302
ÇOTUKSÖKEN Betül	Ankara Tabip Odası Gezi Davası'na Mütalaa, PHR Danışman Raporu ve Felsefi Yaklaşımlar	3	227
DAVAS Aslı	Hastanelerde İşçi Sağlığı Hizmetleri	6	460
DEMİR Ergün	Piyasalaşmış Sağlık Hizmetlerinde Kamu Otoritesinin Müdahale Aracı Olarak Sağlık Uygulama Tebliği	6	443
DEMİRHAN Gıyasettin	Sportif Değerler ve Eğitimi	5	351
DÖNMEZ ATBAŞI Ferda	Yurttaşlardan Tüketicilere, Haklar ve İhtiyaçlardan Memnuniyetlere	2	105
ENGİNDENİZ ŞAHAN İdil	Eşcinsel (LGBTİ) Hareketin Tıp Bilimiyle İlişkisi	4	288
ERBAŞ Özgür	Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı Sürecinde TTB Hukuk Mücadelesi	6	455

TOPLUM VE HEKİM DERGİSİ 2014 YILI (SOYADI ve ADI) DİZİNİ

YAZAR	MAKALE	SAYI	SAYFA
ERGİN Işıl	Obezitede Sağlık Eşitsizlikleri ve Türkiye'ye Dair Bir Değerlendirme	2	83
EROL Ali	Eşcinsel Kurtuluş Hareketi'nin Türkiye Seyri	4	277
GEMALMAZ H. Burak	Gösteri/Eylem Özgürlüğünün Kullanılmasına Biber Gazıyla Müdahale Edilmesinin Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesine Uygunluğu ve Hekimlerin Rolü	3	220
GÖÇMEN İpek	Herkes İçin Sağlık: LGBTİ bireylerin Esenliğini Hedefleyen Sağlık Hizmetlerine Doğru	4	266
GÜL İdil Işıl	Ankara Tabip Odası Gezi Davası'na Mütalaa, PHR Danışman Raporu ve Felsefi Yaklaşımlar	3	227
HAMZAOĞLU Onur	Eşitlik Hakkaniyet Hak	1	24
HAMZAOĞLU Onur	Türkiye'de Özel Hastaneler: Sermayenin Yeni Birikim Alanı ya da AKP'nin Patron Sevgisi	6	430
HUN Sinem	LGBTİ Öznellikler ve Yargısal Sembolik Şiddetin Mimarisi: Bir Boşlukları Doldurma Denemesi Olarak Yargının "Nefret" Ağzı	4	310
HÜNÜK Deniz	Fiziksel Aktivite Davranışı Geliştirmede Etkili Öğretim Stratejileri: Problemi Belirle, Kanıta Dayalı Uygun Modeli Seç ve Uygula	5	356
IACOPINO Vincent	Ankara Tabip Odası Gezi Davası'na Mütalaa, PHR Danışman Raporu ve Felsefi Yaklaşımlar	3	227
İLHAN Mustafa N.	Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Algılanan Sağlık ve Sosyal Belirleyicileri	2	91
İNAM Ahmet	Ankara Tabip Odası Gezi Davası'na Mütalaa, PHR Danışman Raporu ve Felsefi Yaklaşımlar	3	227
İNCE Mustafa Levent	Fiziksel Aktivite Davranışı Geliştirmede Etkili Öğretim Stratejileri: Problemi Belirle, Kanıta Dayalı Uygun Modeli Seç ve Uygula	5	356
KAPTAN Seven	Eşcinseller, Sosyal Dışlama ve Ruh Sağlığı	4	259
KARAÇAM Mustafa Şahin	Vücut Geliştirme Alanında Besin Desteği Kullanımına Sosyolojik Açıdan Bir Bakış: "Abi Ben Yeni Başladım, Benim Almama Gerek Var mı?"	5	366
KARAGÖZ Süreyya	Vardiya Sistemiyle Çalışan Hemşirelerin Dikkat Düzeyleri	2	140
KARAHANOGULLARI Onur	Hekimlerin İlk Yardım ve Acil Yardım Yükümlülüğünü Yerine Getirmeleri Gerektiren Olaylarda Tabip Odalarının Görevleri	3	215
KARAN Ulaş	Ankara Tabip Odası Gezi Davası'na Mütalaa, PHR Danışman Raporu ve Felsefi Yaklaşımlar	3	227
KILIÇ Güray	Piyasalaşmış Sağlık Hizmetlerinde Kamu Otoritesinin Müdahale Aracı Olarak Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)	6	443
KOCA Canan	Egzersiz ve Performans Sporunda Beden Politikaları	5	333
KOCA Canan	Vücut Geliştirme Alanında Besin Desteği Kullanımına Sosyolojik Açıdan Bir Bakış: "Abi Ben Yeni Başladım, Benim Almama Gerek Var mı?"	5	366
KORUÇ Ziya	Egzersiz ve Psikolojisi	5	344
KUÇURADI İonna	Ankara Tabip Odası Gezi Davası'na Mütalaa, PHR Danışman Raporu ve Felsefi Yaklaşımlar	3	227

TOPLUM VE HEKİM DERGİSİ 2014 YILI (SOYADI ve ADI) DİZİNİ

YAZAR	MAKALE	SAYI	SAYFA
McKAY Donna	Ankara Tabip Odası Gezi Davası'na Mütalaa, PHR Danışman Raporu ve Felsefi Yaklaşımlar	3	227
MÜFTÜLER Mine	Fiziksel Aktivite Davranışı Geliştirmede Etkili Öğretim Stratejileri: Problemi Belirle, Kanıta Dayalı Uygun Modeli Seç ve Uygula	5	356
ÖCEK Zeliha	Sağlık Bakanlığı'nın Araştırmaları Vesilesi ile Hasta Memnuniyeti	2	118
ÖCEK Zeliha	Sağlık Emekçilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programına Uyumunu Değerlendirmeye Yönelik Bir Girişim: "Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması"	2	129
ÖKÇESİZ Hayrettin	Ankara Tabip Odası Gezi Davası'na Mütalaa, PHR Danışman Raporu ve Felsefi Yaklaşımlar	3	227
ÖZÇELİK Ziyet	Hekimlik Yargılamaları	3	193
ÖZDEMİR Fatma	Muhafazakârlık ve Piyasa Kıskaçında Kürtaj Hakkı	5	387
ÖZTÜRK Osman	Bir Zamanlar SSK Hastaneleri	6	448
ÖZTÜRK Pınar	Egzersiz ve Performans Sporunda Beden Politikaları	5	333
PALA Kayıhan	Neoliberal Sağlık Reformlarının Etkisi: Kamu Hastanelerinde Finansman Yapısı Değişiyor	6	344
PEKER Ayfer	Vardiya Sistemiyle Çalışan Hemşirelerin Dikkat Düzeyleri	2	140
SOYER Ata	Modern Hastanelerin Doğuşu	6	325
ŞENEL Alâeddin	Toplum Biçimleri Boyunca Eşitlik-Eşitsizlik Kavgası	1	5
TALİMCİLER Ahmet	Medyanın Biçimlendirdiği Taraftarlık	5	381
TEPE Harun	Ankara Tabip Odası Gezi Davası'na Mütalaa, PHR Danışman Raporu ve Felsefi Yaklaşımlar	3	227
TÜRK Meral	Sağlık Emekçilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programına Uyumunu Değerlendirmeye Yönelik Bir Girişim: "Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması"	2	129
TÜZÜN Hakan	Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Algılanan Sağlık ve Sosyal Belirleyicileri	2	91
VAİZOĞLU Songül A.	Sağlık Hizmetlerinde "Memnu-niyet"	2	114
VAROL SARAÇOĞLU Gamze	Dünya'da Kadın Sağlığındaki Eşitsizlikler	1	32
YARDIMCI Sibel	Queer Tahayyül: Cinsiyet Kimliğinde ve Cinsel Yönelimde İkililiğin Ötesi	4	299
YILMAZ Volkan	Herkes İçin Sağlık: LGBTİ bireylerin Esenliğini Hedefleyen Sağlık Hizmetlerine Doğru	4	266
YÜKSEL Şahika	Eşcinseller, Sosyal Dışlama ve Ruh Sağlığı	4	259