

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 dönemselsel, 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, ANASOL 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 özleştirmedir. 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, özekliği olan sağlık işletmelerine dönüştürülmesi temel hedef olmuştur. Sağlık işletmelerinin kendi gelir ve gider dengesini sağlayarak devletten herhangi bir ödenek almaması amaçlanmıştır (**Resmi 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, alaktan 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 toplamları 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 yansımaları

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 Kişiyeye 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 kişiyeye düşen yatak sayısı dünyada 30, OECD ülkelerinde ortalama 49,6’dır. OECD ülkeleri içinde Japonya ve Kore 10 bin kişiyeye 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 kişiyeye düşen yatak sayısı 1980 yılında 19,3 iken 2013 yılında 26,4’e yükselmiştir (**Sağlık Bakanlığı, 1982; Sağlık Bakanlığı, 2014**). Türkiye’de on bin kişiyeye düşen yatak sayısı hem dünya hem de OECD ortalamasının altındadır (**OECD, 2014a**). On bin kişiyeye düşen yatak sayısı verileri bölgelere göre irdelendiğinde; tüm bölgelerde on bin kişiyeye düşen yatak sayısının arttığı izlenmektedir. Ancak on bin kişiyeye 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 kişiyeye düşen devlet hastanesi yatağı açısından İstanbul 23,4 yatak ile en düşük ikinci sırada yer

almaktadır (**Sağlık Bakanlığı, 2014**). On bin kişiyeye 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 kişiyeye 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 performans 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 kişiyeye 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 ikincidir (**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 itibariyle 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 oranları Sağlık Bakanlığı hastanelerinde izlenmektedir. Üniversite hastanelerinde görece daha ağır ve karmaşık olgulara hizmet sunulması beklenir. Bu nedenle görüntüleme isteme oranlarının 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 kısırlanmasını 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 kılınmasının çok önemli bir nedeni de bir hastanın sisteme maliyetinin olabildiğince düşürülmesi için uygulanan politikalar. 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 yatağa 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; kaçınılabilir 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 oranına bakıldığında Türkiye %15,5 ile OECD ülkeleri arasında sonucudur (**OECD, 2013a**). Ülkemiz 50-69 yaş grubu kadınlarda mamografi taraması yapılma oranı 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 ekiplerince 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 uzlaşmış 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 arasında, 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 sokulmuştur. 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 hırsının 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/yjk_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.
- Resmi 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%20HASTANELERİ%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/Yazismalar/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/.