

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 (otelcilik, 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 özelleştirme değildir. 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 gerçekleşebilir.

*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, performans 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 çalışmalarını 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 faaliyetleriyle 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 oluşturmasıdır. Bir sağlık kuruluşundan verimli bir işletme oluşturmanın 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 (otelcilik, 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 süreğen 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 süreğen 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, süreğen 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 yakınına 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**).

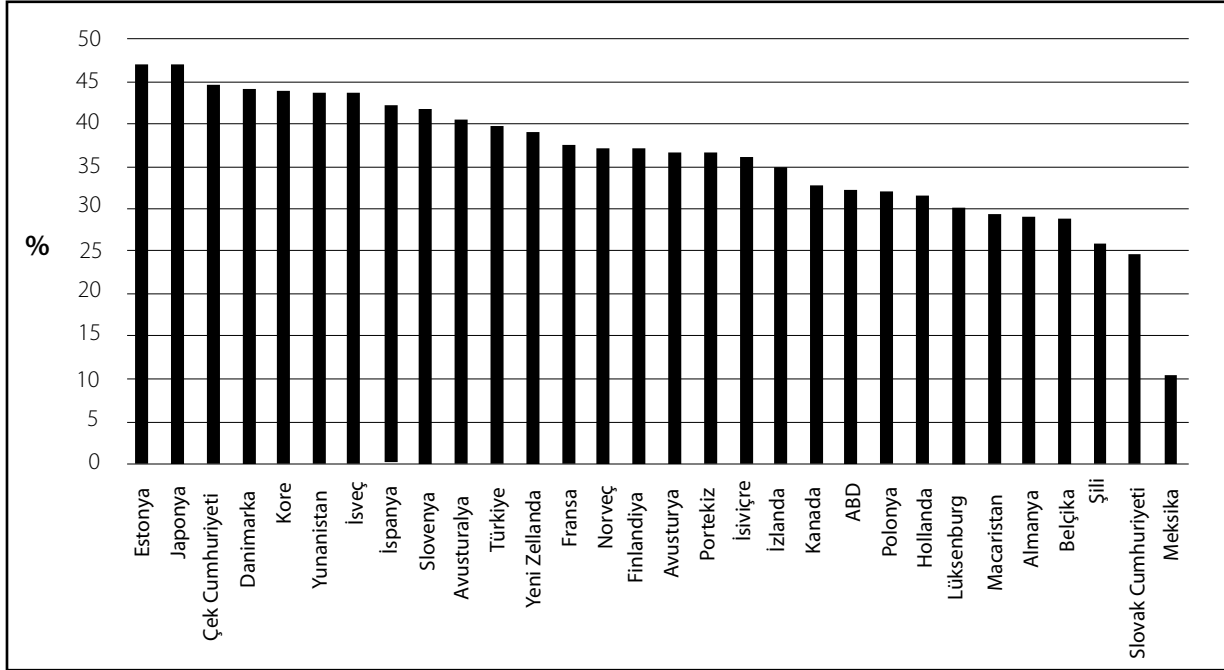
Türkiye’de 2012 yılında hastane harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki

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

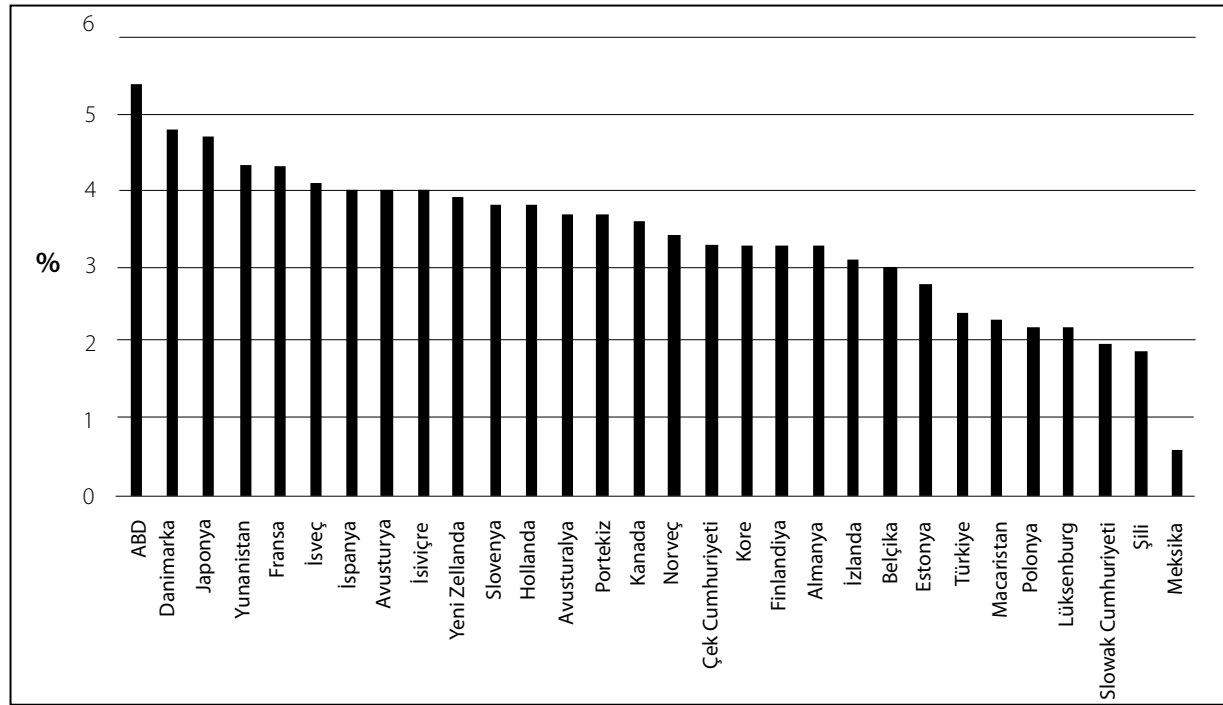
harcamaları kaynaklarının dağılımı Tablo 3’te verilmektedir.

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

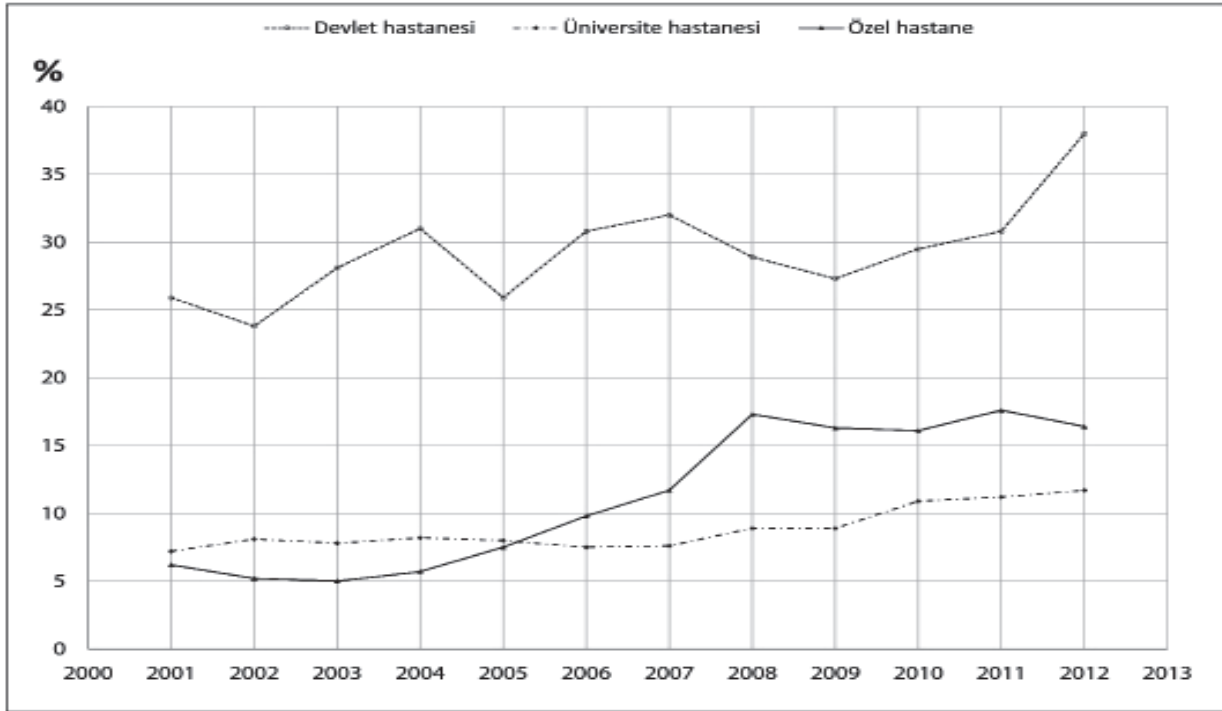
Kaynak: SGK

**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 çıkararak 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 piyasalaştırıldığına da bir kanıttır. 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 tartıştırmak 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" yaklaşımını 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 adlandırılabilir- 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 sübvansedileceği bir genel sağlık sigortası modeliyle aşılabileceği 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 performans 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 mütevelli 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 mütevelli 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. Mütevelli 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 ulaşımında 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 giridilerin, 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 mütevelli 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 mütevelli

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 maksimizasyonudur.

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 oluşturması 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 görülebildiklerini 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 ödenmemesi 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 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 ödenmemesi 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 güclüğü, 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 Baş (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 Baş (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.
- Gülü 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, Adjuik M et al** (2014) Ownership and technical efficiency of hospitals: evidence from Ghana using data envelopment analysis, *Cost Effr esour Alloc.* 8;12 (1):9. doi: 10.1186/1478-7547-12-9.
- Karahanogulları O** (2011) Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tip: 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 Yılı, <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 yayımları, 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.