

# Üniversite hastaneleri nereye koşuyor?

**Prof. Dr. Sabahattin Aydın**



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimini Trakya Üniversitesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Bir süre İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanlığı da yapan Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

**S**osyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510 Sayılı) sağlık alanında 2006 yılından sonra yeni bir devrin başlangıcı olmuştur. Bu devri iyi okuyamayan aktörlerin sağlık sisteminde yeterince güçlü rol oynaması mümkün olamayacaktır. Öncelikle dağınık kurumsal yapı ortadan kalkmış ve tüm nüfusu kapsayan sosyal kamu sigortacılığı oluşmuştur. Doğumdan itibaren

tüm vatandaşlar, Türkiye'de 1 yıldan fazla ikamet eden yabancılar, vatansız ve sığınmacılar bu sosyal sigortanın kapsamı içine alınmıştır. Sağlık hizmetlerinden faydalanma hususunda tüm vatandaşlar eşit haklara sahip olmuştur. Devletin asli görevlerine ilave olarak sigorta mevzuatı da koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik tanımış, sağlık yardımlarının kapsamı genişletilmiş ve Türkiye'de tedavinin yapılamadığı durumlarda herkese yurtdışında tedavi

imkânı sağlanmıştır. Sürdürülebilirliğinin tartışması bir yana, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunun öngördüğünden daha sosyal (toplumcu, eşitlikçi) bir durum ortaya çıkmıştır. Bütün yurttaşlara ayırım yapılmadan temel sağlık hizmeti paketinin sunulması hedeflenmiştir. Mevcut mevzuata göre bu temel sağlık hizmeti paketi son derece geniştir. Doğrudan ücretini kendisi ödeyen hasta sayısı ihmal edilebilir dereceye düşmüştür.



Genel sağlık sigortasının getirdiği en önemli yenilik, doğrudan hizmet sunumunu üstlenmeksizin, hizmetin özel veya kamu kuruluşlarından sözleşmelere dayalı olarak satın alınmasıdır. Kamuya ait sağlık hizmeti satın alma gücünün tek elde toplandığı güçlü bir merkezi yapı doğmuştur. Çoklu (plüralist) hizmet sunucularının karşısına tekel (monopol) bir hizmet alıcısı çıkarılmıştır. Devlet gözetiminde hizmet sunucularını denetim altına alma, maliyetleri düşürme, tıbbi hedefler ve üst sınırlar koyma gücüne sahip merkezi bir otorite, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) oluşmuştur. Tek elden ödemeye dayalı bu merkezi sistem, harcamaların büyük kısmının büyük ölçüde devlete bağlı kurum tarafından sigorta fonu ve veya genel bütçe kaynağından ödemesi, hekimler, hastaneler ve diğer hizmet tedarikçilerinin merkezi otorite çerçevesinde faaliyet yürütmesi ama kendi kurumsal yapılarını koruyabilmesi anlamına geliyor. Bu kurumsal yapılar Sağlık Bakanlığı tesisleri veya üniversite hastaneleri olabileceği gibi, tamamen özel sektör tarafından oluşturulan hizmet tedarikçileri de olabilmektedir.

### SGK sonrası hastanelerde değişim

Bu süreçte başta Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastaneleri olmak üzere, PTT, DDY, Polis Hastanesi gibi bütün hastaneler devlet hastanesi statüsüne dönüştürülmüştür. Böylece üniversite hastaneleri hariç bütün kamu hastaneleri harmonize edilerek Sağlık Bakanlığı'nın yönetimi altına girmiştir. Hızlı mevzuat düzenlemeleri ile özel hastaneler de sistemin aktif paydaşları olacak şekilde teşvik edilmişler, denetim ve ruhsatlandırma disiplini ile büyük çoğunluğu SGK bağımlısı harmonize hastaneler haline almıştır. Kamuya ait hastanelerin hemen hiçbiri bu sistemin dışında kalamamıştır; SGK sisteminin dışında kalabilen özel sektöre ait hastane ise çok az sayıdadır. Böylece devlet hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastaneleri, başlıca hastası SGK kapsamından gelen kamu hizmeti yürütücüsü haline almış durumdadır. Artık bütün bu hastaneler fiyat politikaları, ödeme süreçleri, denetim ve yaptırımlar açısından SGK'ya bağımlı kurumlar haline almıştır. Bu model altında ister kâr amacı gütmeyen özel hastaneler ya da vakıf kurumları olsun, isterse devlet ya da üniversite hastanesi olsun, bütün hizmet sunucuları rekabetçi bir ortamda faaliyet yürüten stratejik işletmeler haline almıştır. Ya da en azından kendilerini böyle görmeye zorlanmışlardır. Kısacası özel sektörde olduğu gibi kamu hastaneleri yöneticileri de işletme mantığı ile düşünmek zorunda bırakılmışlardır. Bu açıdan bakıldığında hastanenin kamuya mı, yoksa özel sermayeye mi ait olduğunun fazla bir önemi kalmamıştır. Hastane mülkiyetine bakarak herhangi bir şekilde ayrımcılık beklenmemelidir. Yapılan iyi niyetli ay-

rımcı uygulamalar da kısa ömürlü olmaya mahkûmdur.

Bu döneme uyum sağlamak için hastaneler zorlu bir süreci yaşamak zorunda kalmıştır. Sağlık kuruluşlarımızın bu süreçten etkilenme derecesi, yeni duruma uyum becerisi ve bu uyumun hızı farklı farklı olmuştur. Bu farklılıkların doğrudan hastane yöneticilerinden kaynaklandığını söylemek zordur. Çok farklı dinamikler bu sürecin yönetiminde rol almıştır. Devlet hastaneleri, özel hastaneler, diğer kamu hastaneleri ve üniversite hastaneleri başlıkları altında bu dinamikleri incelemek sorunların anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

### Devlet hastaneleri

Bu dönemde devlet hastaneleri sıkı merkezi takibe tabi tutuldu. Hastane bilgi sistemleri yaygınlaştı. Kaynakların merkezi planlamalarla paylaşımı yapıldı, gerektiğinde birbirine devri gerçekleştirildi. Sınırlı da olsa TOKİ, özel idare, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü gibi farklı kaynaklardan destek alındı. Hizmet alımı yoluyla sermaye gerektirmeyen yatırımlar yapıldı; hizmetin hızlı verilmesi sağlandı. Performansa göre ödeme sistemi ne kadar tartışma yaratırsa yaratsın, bu sayede hastaneler hizmet arzını önemli oranda artırdı. Kurumsal performans denetimleri sayesinde kalite temelli sıkı bir takip ve iyileştirme yapıldı. Yeni yatırımlarda ve renovasyonda modern bir anlayış hâkim oldu; devlet hastanesi algısı değişikliğe uğradı. Devlet hizmeti yükümlülüğü, personel dağılımı cetveli gibi araçlar ve sıkı atama politikası ile personel kaynağının dengeli paylaşımı sağlandı. Böylece devlet hastanelerinin büyük çoğunluğu SGK sonrası döneme uyum sağlamayı başarmış oldu. Bu süreçte en fazla zorlananlar eğitim hastaneleri oldu. Eğitim hastanelerinin zorlanmasında şeflik sistemi, baş asistan atanamaması, asistana dayalı hizmet anlayışı gibi başka faktörlerin yanı sıra üçüncü basamak hastaları için belirlenen Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) tedavi fiyatlarının da rolü olduğunu söyleyebiliriz.

### Özel hastaneler

Bu dönemde özel hastanelerin kamu hastasını kabul etmesi hasta kaynağını hızla arttırdı. SGK gibi güvenli ve düzenli bir finans kaynağına kavuşmuş oldular. Yeni yatırımlarla ülke geneline yaygınlaştılar. Zincir hastane yapıları ve yabancı sermaye ile ortaklıkları sayesinde sermaye açısından güçlü kurumlara dönüştüler. Bu arada sınırlı da olsa özel sigorta ve ücretli hastalardan ek kaynak elde ettiler. Kayıt dışı hizmetler ve hastalardan yasal sınırın üstünde fark talep etmelerinin önüne geçilmiş olması, özel hastanelerin çoğu için önemli bir rahatlama oluşturdu. Böylece özel hastanelerin SGK sonrası dö-

Yeni dönemde üniversiteler özerk kurumlar oldukları önyargısı ile siyasal değişimlere ve taleplere direnç gösterdiler ve "daha iyisini bilirim akademisyen tavrı" nedeniyle SGK sonrası dönemi okumada yetersiz kaldılar.

neme uyumu çok hızlı gerçekleşmiş oldu. Bununla birlikte, tasarımları, yatırım özellikleri, hedef kitlelerinin seçkinlerden oluşması gibi nedenlerle az sayıda hastane Türkiye'nin yeni sosyal güvenlik modeline uyum gösteremedi. Yine de SGK, branş anlaşmaları yoluyla bu hastanelere sınırlı desteğini sürdürdü. Bu hastaneler, ücretli hasta sayısı azaldığı için markalarını öne çıkarıp refah düzeyi yüksek olan daha özel bir hedef kitleye ve özel sigortalara odaklandılar. Bu kitlenin yeterli olmadığını görünce ülke dışına yönelmek zorunda kaldılar. Bu hastanelerimiz sayesinde sağlık turizmi ivme kazanmış oldu.

### Diğer kamu hastaneleri

Bu süreçte 5283 sayılı, Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesi Dair Kanun hükmü çerçevesinde SSK hastanesi, PTT hastanesi, DDY hastanesi, Polis hastanesi gibi başka kamu kuruluşlarına ait olan hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilerek devlet hastanesi statüsü kazandılar. Devlet hastanelerinin yaşadığı dönüşümü yaşayarak sürece uyum sağlamayı başardılar. Devir işleminin dışında kalan kurumlar, mesela İstanbul Emniyet Tıp Merkezi, Belediye hastaneleri ve Kızılay sağlık kuruluşları (özel ama kamu gibi yönetiliyor) zor durumda kaldılar. Başta hekimler olmak üzere çalışanları bu kurumlardan başka yerlere geçme uğraşına girdiler. Yeni döneme uyum sağlayamadığını fark eden Ankara Belediye Hastanesi ve Kızılay sağlık kuruluşları gibi bazı kuruluşlar daha sonra kendi talepleri ile Sağlık Bakanlığı'na devir uğraşına girdiler. Bu yönde düzenlemeler yapıldı.

Bezmialem Vakıf Gureba Hastanesi, bu dönem öncesinden başlayan uzun bir macera yaşadı. Önce Vakıflar Genel Müdürlüğü tarafından işletilen hastane, protokolle Çalışma Bakanlığı'na devredilerek SSK hastanesi olmuştu. 5283 sayılı Kanunla Sağlık Bakanlığı'na devredildi. Yeni döneme uyum çalışmaları sürerken Vakıflar Genel Müdürlüğü hastaneyi tekrar devraldı. Ardından



Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi'nin kurulması ile hastane bu üniversiteye devredildi. Tüm bu süreçte hastanenin varlığını sorunsuz olarak sürdürebilmesi, Vakıflar Genel Müdürlüğü'nün desteğiyle mümkün olabilmektedir.

#### Üniversite hastaneleri

Yeni dönemde üniversiteler özerk kurumlar oldukları ön yargısı ile siyasal değişimlere ve taleplere direnç gösterdiler ve "daha iyisini bilirim akademisyen tavrı" nedeniyle SGK sonrası dönemi okumada yetersiz kaldılar. Bu yüzden üniversite hastaneleri, yeni dönemde oluşturulan mevzuata, Sağlık Bakanlığı ve SGK tarafından yapılan düzenlemelere geç tepki verdi. Köklü, büyük üniversitelerin oturmuş, kıdemli kadroları sahip oldukları gelenekleri bırakmak istemediler; genel kabul görmüş hantal yapıdan kurtulamadılar. Buralarda başarılı öğretim üyeleri hak ettiklerine inandıkları özlük haklarını üniversite dışından temin etmeye devam ettikleri için kendi klinikleri veya anabilim dallarının içine yeterince yoğunlaşamadılar ve hastane performansının sorumluluğu büyük oranda yöneticilerin üzerine kalmış oldu.

Bilhassa büyük şehirlerdeki üniversite hastanelerinde hizmet yükü ile orantısız sayıda üst düzey personel, yani öğretim üyesi mevcut. Bu büyük kitlede hâkim olan; 'hizmet değil, eğitim kurumunda görev yaptıkları algısı', hastanenin işleyişine karşı sorumsuzluğu daha da pekiştirmiş oldu. Üniversite hastanelerinin her birinin tek başına hareket eden kurumlar olması, ortak ihale, ölçek ekonomisi, personel kaydırması, stok yönetimi, gibi avantajlardan yararlanmalarına engel oldu. Eğitim hastanelerinde olduğu gibi üçüncü basamak hastalarının tedavi SUT fiyatlarının ye-

tersizliğinin etkisi de göz ardı edilmemelidir. Bu hususta SGK'nın pozitif ayırimcılık yaparak üniversitelere farklı fiyat uygulaması olmuşsa da, hem yeterli olamamış, hem de birinci ve ikinci basamak hastaların kabul edilmesi dolayısıyla adil de olmamıştır. Kısacası birkaç istisna dışında üniversite hastanelerinin SGK sonrası döneme uyum süreci zor oldu. İstanbul, Ankara, İzmir ve Bursa gibi büyükşehirlerdeki üniversitelerin hastanelerinde uyum büyük oranda gerçekleşmedi.

#### Üniversite hastanelerinin anatomisi

Süreç içinde üniversite hastanesini tartışır olmamız, bu hastanelerin fiziksel yapıları, konumları, iç dinamikleri, istihdam ve yönetim şekillerinin yanında kendilerine biçtikleri görevleri ile de farklılıklar göstermesinden kaynaklanmaktadır. Bu farklılıkların önemli bir kısmının zorunluluğu tartışılabilir. Ancak neticede üniversite hastanelerinin farklı anatomik yapısı yeni döneme uyum açısından büyük zorluklar oluşturmaktadır. Uyumsuzluğun sadece yönetim sorununa indirgenmesi çözümü de zorlaştırmaktadır. Bu yüzden üniversite hastanelerinin görevlerinin ve buna uygun yapılanmalarının gözden geçirilmesi, açıklamak veya korumak zorunda olduğumuz unsurları tespit etmeye yardımcı olacaktır. Özellikle üniversite hastanelerinin sağlık sektörlerinin diğer aktörleri ile karşılaştırması yapılırken karşımıza çıkan araştırma, eğitim ve hizmet sunumu gibi işlevleri ele almanın gerekli olduğuna inanıyorum.

#### Araştırma görevi

Araştırma görevi, üniversite hastanelerinde genel kabul görmüş bir anlayıştır. Neredeyse bütün öğretim üyeleri, sağlık hizmeti açısından sorgulandıkların-

da, bu genel görevin ardına sığınır. Zira sağlık hizmetinde sorgulanamaz olmanın mazereti, asıl görevin "hizmet" olmadığı iddiasıdır. Üniversitelerimiz araştırma ve eğitim açısından da yeterince sorgulanmadığı için, sorumluluk yükünün azladığı bir durum ortaya çıkmaktadır. Bu durum bazen "akademik özerklik" ile de karıştırılarak bir söylem halini alabilmektedir. Ekonomik çıkarların hizmet sektöründe olduğunu fark eden ya da bir biçimde buna erişebilen öğretim üyesi doktorlar, hizmetten doğan getiri ihtiyacını üniversite dışında karşılamakta, araştırma ve eğitim ihtiyacını, diğer bir deyişle akademik tatmini de üniversite hastanesinde karşılama yoluna gitmektedir. Bu öğretim üyelerimiz, teoride hizmet, eğitim ve araştırma fonksiyonlarının hepsini birden yaptıkları inancıyla davranabilmektedir. Böylece üniversite hastanesi akademik dinamikliğin elverdiği ölçüde tasarlanan konumunu koruma uğraşı vermekte ancak ülke sağlık sisteminin dinamiklerini kullanamamaktadır. Hizmet için enerjisini üniversite dışına yoğunlaştıran akademisyenin araştırma ve eğitim görevinde üstlendiği rol doğal olarak sınırlı kalmaktadır. Aslına baktığımızda, araştırma için gerekli alt yapı çok az üniversitemizde mevcuttur. Genelde araştırma adıyla sözü edilen faaliyetlerin çoğu klinik gözlem çalışmalarına dayanmaktadır ki bu da doğrudan sağlık hizmetine bağımlı bir işittir. Araştırmanın tanımını, kapsamını, finans kaynağını, araştırmacının harcayacağı zaman ve emeği, bundan doğan çıkarını, performans ölçütlerini ve ödüllendirme yöntemlerini ortaya koymamız, "araştırma görevini" koruyabilmemiz açısından önem taşıyor. Böyle bir durumda klinisyen olmakla araştırmacı olmayı ayrı kategorilerde değerlendirmek zorunda kalabiliriz. Gelirini klinikten, onurunu araştırmadan alan melez

Öğretim üyelerinin kısmi süreli çalışmaları, enerjilerini bir şekilde üniversite dışındaki özel hastane veya muayenehanelere kaydırmaları, hastane içindeki hizmet hacmini ve kalitesini belirgin şekilde olumsuz etkilemektedir. Bu durum sadece noktasal hasta hizmetlerinin etkilenmesi ile kalmayıp kitlesel olarak öğretim üyelerinin üniversite hastanesine sahiplenme zafiyeti ile sonuçlanmaktadır.

bir yapı ile bu göreve sahip çıktığımızı ileri sürmemiz çok gerçekçi görünmüyor.

### Eğitim görevi

Sağlık Bakanlığı ve üniversitelere ait eğitim hastanelerinin en çok öne çıkan görevinin eğitim olduğu var sayılmaktadır. Bu hastanelerin adlandırılmasındaki ortak kavramın eğitim oluşu da bunu göstermektedir. Genede kanaat, Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinin sadece "tıpta uzmanlık-mezuniyet sonrası", üniversite hastanelerinin ise tıpta mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimi üstlendiği yönündedir. Bu ikilemin yoğun bir tartışma yarattığını biliyoruz. Sağlık Bakanlığı ve üniversitenin buradaki rolünün "kurumlar bazında" tartışılıyor olmasının sorunun çözümüne bir yarar sağlamadığı kanaatindeyim. Konuya bir çözüm getirebilmek için ne yapmak istediğimiz ile ne yapmakta olduğumuzu karşılaştırmamız gerekecektir.

Öncelikle mezuniyet öncesi eğitimden başlarsak, üniversite hastanelerimizin sorumluluk alanı sadece tıp öğrencilerinin staj eğitimlerine indirgenen mezuniyet öncesi eğitim değildir. Hala üniversite hastanelerini "tıp fakültesi hastanesi" olarak görme alışkanlığımız devam etmektedir. Bugün en az yarısı yükseköğretim kapsamına giren 40 civarında yasal olarak tanımlanmış sağlık mesleği mevcuttur. Öncelikle düşünce dünyamızda doktorluk ve diğerleri ayırımına son vermek ve mezuniyet öncesi

uygulamalı eğitimde hastanelerimizin rolünü masaya yatırmak zorundayız. Bu sorunlu alan sadece öğrenci düzeyinde kalmamakta, öğrenciye eğitim veren öğretim üyesine de yansımaktadır. Örneğin tıp fakültesinin klinik bilimlerdeki bir öğretim üyesinin hiçbir düzenlemeye ihtiyaç göstermeksizin hastanenin doğal çalışanı olarak kabul edilmesine karşın, hemşirelik veya fizyoterapi bölümünün klinik alandaki öğretim üyesi hastanenin çalışanı olarak kabul görmemektedir. Bu öğretim üyeleri, uygulamalarını üniversite hastaneleri ya da devlet hastanelerinde genellikle okutman düzeyindeki öğretim görevlileri gözetiminde yürütmektedir. Niye tıp fakültesi iç hastalıkları öğretim üyesi iç hastalıkları kliniğinin çalışanı ve hatta yöneticisi oluyor da, hemşirelik programının iç hastalıkları hemşireliği öğretim üyesi aynı kliniğin çalışanı ve hatta hemşirelik yöneticisi / sorumlu hemşiresi olmuyor? Sorunun arka planında sadece kurumsal odaklı yaklaşımımızın değil, meslek odaklı yaklaşımımızın da olduğunu düşünüyorum.

Mezuniyet öncesi staj eğitimi, gözlem ve tecrübeli uygulayıcılar gözetiminde eyleme katılma şeklinde yürütülmektedir. Bu eğitimde önemli olan yeterince vaka sayısının olması, vaka çeşitliliğinin bulunması ve yaygın vaka türleri ile rutin işlemlerin iyi özümsemesinin sağlanmasıdır. Artık doktorun herşeyi bildiği ve diğer sağlık personelinin eğittiği dönemler geride kalmıştır. Bu uygulamalı eğitim bütün sağlık mesleklerinde yeterince verilmek zorundadır. Temel materyeli hasta olan bu eğitim ancak yoğun bir şekilde hizmetin yürütüldüğü alanda verilmek zorundadır. Yani hizmet görevinden uzaklaşmış bir kurumda verilen uygulamalı eğitim sınırlı kalmak zorundadır. Ya eğitim alanını hizmetten koparmamak ya da ekşiğimizi rutin hizmetin yoğun olarak sunulduğu alanlarla tamamlamak zorunda olduğumuz kanısındayım. Burada konuya hastane açısından bakmakta olduğum için eğitimin verilmiş tarzı, yeterliği ve müfredatı gibi konulara değinmek istemiyorum.

Mezuniyet sonrası eğitimde üniversite hastaneleri daha çok tıpta uzmanlık eğitimine odaklanmaktadır. Bunun dışında "uzman hemşire", "uzman fizyoterapist" gibi unvanlar kazandıran tezlî veya tezsiz lisansüstü eğitimler çoğu kez hastaneden uzakta teorik olarak yürütülmektedir. Hastanelerin önemli bir eğitim imkânı sunma potansiyeli taşıdığı "klinik eczacılık" veya "klinik psikoloji" gibi alanlar ise daha çok yeni ve henüz gündemimizde yeterince yer almış değil. Görüleceği üzere, eğitim hastanesini ya da hastanenin eğitim işlevini bu açılarından bakarak detaylı bir şekilde ele almamız gerekiyor.

Tıpta uzmanlık eğitiminde, her ne kadar iddialı olsak ve Tıpta Uzmanlık Kurulu

ve meslek dernekleri eğitim kalitesi ve standartlarına yönelik yoğun çalışmalarını yürütse de arka planda çok daha güçlü bir unsurun rol aldığını görürüz. Sağlık hizmet sektöründe uzmanlık öğrencisi, araştırma görevlisi ve asistanlar gibi kavramlar altına gizlediğimiz önemli bir işgücü potansiyeli mevcuttur. Bu işgücünü farklı kavramlarla tanımlıyor olmamız onlardan beklentimizi veya onlara yüklediğimiz görevi yansıtır. Bu farklı adlandırmaların farklı zamanlarda çıkan mevzuat düzenlemelerinden kaynaklandığını farkındayım. Ancak böylesine bariz farklılığın o mevzuatın hazırlanmasında rol oynayan düşüncelerden kaynaklandığını düşünmeden edemiyorum. Eğer yeterince uygulamalı eğitim vermek üzere ekibimize bir öğrenci katmak istiyorsak "uzmanlık öğrencisi" almamız doğaldır. Araştırma faaliyeti yürütüyor ve bu araştırmalarda aktif eleman olarak görevlendirmek üzere bir personel gerekiyorsa "araştırma görevlisi" istihdam etmek en doğal hakkımızdır. Böyle kategorize etmeksizin -eğitim, araştırma, hizmet- her ne iş yapıyorsak yanımıza bir yardımcı eleman almak niyetinde isek bir asistan istihdam etmemiz gerekebilir. Hastanelerimizde görevlendirdiğimiz bu büyük miktardaki insan kaynağı potansiyelimize hangi görevi yüklediğimizi derinlemesine incelememiz konuya ışık tutabilir.

Bir kliniğin / anabilim dalının niye asistan talep ettiği sorusuna vereceğimiz cevap, yukarıdaki tartışmaya yardımcı olacaktır. İtiraf etmek gerekir ki, genellikle emirlere itaat edecek, klinikteki iş yükünü üstlenecek, gece nöbetlerine kalacak ve geleceği uğruna klasik mesai sınırlarına bakmaksızın çalışmak zorunda kalacak personele sahip olmak en önde gelen dürtü olmaktadır. Bundan dolayıdır ki, asistan olmaksızın bir eğitim hastanesinin yürütülemeyeceği hemen her öğretim üyesinin peşin kabulü olmuştur. Gerçekten uzmanlaşmış sağlık hizmetini asistanlar yürütebilir mi, yürütmeli mi? Eğer asistanlarımızı yüklediğimiz sorumluluklar uzmanlaşmış sağlık hizmeti değilse, bunu başka sağlık profesyonellerine yükleyerek eğitime kapı aralayamaz mıyız?

Tıpta veya diğer sağlık mesleklerinde uzmanlık eğitimi sadece tez yapılan konuda değil, uzmanlık alanında detaylı bilgi ve beceri edinmeyi gerektirir. Bu yüzden bu tür eğitimin doğrudan uygulamanın içinde olması kaçınılmazdır. Bu uygulama da butünüyle uzmanlık alanını kapsamalıdır. Kısacası çok spesifik bir konuda öne çıkmış, alanın rutinlerini yeterince kapsamayan ve uygulama materyeli olan hasta sayısının yeterli olmadığı bir mekânda bu eğitimlerin verilmesi söz konusu değildir. Yani belli bir alanda uzmanlaşmayı sağlayacak "uzmanlık eğitiminin" verilebilmesi o alanda yeterince yoğun hizmet verebi-



len bir hastanede mümkündür. Bu eğitim ya bütünüyle hizmet yoğun bir hastanede gerçekleşecek, ya da eksiği böyle bir hastanede tamalanmak zorunda kalacaktır. Gerçek hayatta bu tür eğitimler daha çok öğrencinin hemen en yakınında uygulamayı yapan tecrübeli kıdemliler eliyle verilmektedir. Tabii ki, hiç bir eğitim teoriden bağımsız olmaz. Uzmanlık eğitiminde teorik bilginin asıl kaynağı eğiticiler değil erişilebilen uygun kaynaklar olmaktadır. Eğiticinin esas rolü, tecrübesini aktarmada, kaynaklara ulaşma fırsatı oluşturmasında, önderlik etmesinde ve belki de rol model olabilmesindedir. Görülüyor ki bu eğitimin hangi kurumda değil, hangi eğiticilerle ve hangi hasta materyeli ile yapılacağı önem arz ediyor. Kanaatimce kafamızı karıştıran husus, bireyi belli bir

alandan sahada çalışmaya hazırlayan uygulamalı “uzmanlık eğitiminin” üniversite hocasına giden yolda “akademik kariyer” ile karıştırılması hatta eş tutulmasıdır.

#### **Sağlık hizmeti görevi**

Bir kurumu hastane yapan temel özellik hastalara hizmet üretmesidir. Türkiye sağlık sisteminde tek hizmet alıcı olan SGK monopol bir yapı kurmuştur. Temel geliri SGK kaynaklı olan hiçbir hastanenin yoğun sağlık hizmeti sunmaksızın sağlık sisteminde varlığını sürdürmesi mümkün olamamaktadır. Üniversite hastanelerinde personel giderleri büyük oranda üretilen hizmetten bağımsız olarak katma bütçeden karşılandığı için daha az riske edilmekte ol-

salar da, bu etkilenmeden bağımsız kalamamaktadırlar. SGK bağlantılı sağlık hizmet sunucusu olan bütün hastaneler (devlet, üniversite, özel) harmonize edilmeye zorlanmış ve ölçülü bir rekabete sokulmuştur. Üniversite hastanelerinin bu harmonizasyonda yetersiz kalması temel sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Üniversite hastanelerinin 3. basamak sağlık hizmeti sunması ve bu tür hizmetlerin fiyatlandırma yetersizliği gibi haklı mazeretleri yok değil. Ancak bu mazeretler tablonun bütününe açıklamaya yeterli olmamaktadır. Az sayıda istisnaları dışında üniversite hastanelerinin sağlık sistemi içinde üstlenmek zorunda oldukları kaçınılmaz hizmet rolünü tam olarak benimzediklerini söyleyemeyiz. Kendilerine biçtikleri araştırma ve/veya eğitim

görevleri ile üstlenmek zorunda kaldıkları kaçınılmaz rolün çatışması verimsizlik ile sonuçlanmaktadır.

Değişen standartlar, kayıt sistemleri, hukuki durumlar her geçen gün sağlık hizmetlerinde yeni düzenleme ve denetimlere yol açmaktadır. Özellikle sağlıkta çok sayıda reformun hayata geçirildiği son yıllarda bu durum çok hızlanmıştır. Üniversite hastanelerinde görev yapan doktorların öğretim üyesi kimliği ile özgür, sistem tanımaz, talimat kabul etmez, hızlı değişen mevzuatı takip etmeyen tutumları, üniversite hastanelerinin dinamik kazanmasının önünde engel teşkil etmektedir. Üniversitede eğitim kadroları, hastane hizmet birimlerinin yönetimi ve işletilmesine tam olarak uyumlu olmayan bir hiyerarşiye (Dekan, Bölüm Başkanı, Anabilim Dalı Başkanı) sahip bulunmaktadır. Bu da hastanenin kendi dinamikleri ile işletilmesini zorlaştırmaktadır. Özellikle anabilim dallarının genel hastane organizasyonunu zora sokan bağımsız tutumları verimli hizmet üretmeyi hedefleyecek entegre bir hastane örgütlenmesini güçleştirmektedir.

Öğretim üyelerinin kısmi süreli çalışmaları, enerjilerini bir şekilde üniversite dışındaki özel hastane veya muayenehanelere kaydırmaları, hastane içindeki hizmet hacmini ve kalitesini belirgin şekilde olumsuz etkilemektedir. Bu durum sadece noktasal hasta hizmetlerinin etkilenmesi ile kalmayıp, kitlesel olarak öğretim üyelerinin üniversite hastanesine sahiplenme zaafiyeti ile sonuçlanmaktadır. Öyle ki, hastanede daha iyi hizmet verme uğraşı, çoğu kez sadece hastane yöneticilerin sorunu halini almakta, diğer öğretim üyeleri bu sorumluluğun altına girmemektedir. Hastanede başta doktorlar olmak üzere optimum sağlık personelinin istihdam edilememesi, bütün kamu hastanelerinin sorunu olmakla birlikte üniversite hastanelerini önemli oranda etkilemektedir. Özellikle hastane ihtiyaçları gözetilmeksizin tamamen fakülte yönetimi veya rektörlükçe başka saiklerle öğretim üyesi istihdamı yapıldığı için hastane birçok doktoru kucagında bulmaktadır. Bu her zaman hizmetin gereği ile paralel gitmemektedir. Çoğu kez, hizmetin gereği olarak gerekli sayıda gerekli kişiyi istihdam etmek yerine var olan nitelikli elemanların yetenek ve ilgilerine göre hizmet vermeye çalışılmaktadır. Bu da hizmet verimliliğini önemli oranda azaltmaktadır. Türkiye genelinde 62 adet üniversite hastanesi mevcuttur. Bu kurumlarda görevli hekim sayısı ise 21 bin 800 civarındadır. Bu hastanelerimizde 34 bin 700 yatak olduğunu göz önüne alırsak 1,5 yatağa bir hekimin düştüğünü görürüz. Diğer yandan sadece bir kıyaslama yaparsak, Sağlık Bakanlığının kendi hastanelerinde ve özel sektör için koyduğu planlamalarda 3 yatağa bir hekim öngörülmektedir.

Üniversite hastanelerinin nitelikli hastaları kabul ederek sadece 3. basamak sağlık hizmeti vermesi konusu da hep dile getirilen bir husustur. Bir üniversite hastanesinin etkin bir şekilde eğitim ve bunun için gerekli sağlık hizmetini vermesi için 1-1,5 milyonluk bir hizmet nüfusuna hitap etmesi beklenmektedir. Vaka çeşitliliğinin yanında bilhassa üniversite hastanesinin vermesi gereken 3. basamak hizmetlere kaynak oluşturmak için bu potansiyel gereklidir. Aksi durumda bu hastane, ne kadar üniversite hastanesi olursa olsun, fiilen 2. basamak sağlık kuruluşu durumuna düşecektir. Şu anda mevcut olan üniversite hastanelerimizden 33 tanesi 1 milyonun altında, 40 tanesi ise 1,5 milyonun altında nüfusa hitap etmektedir. Büyük nüfus kitlelerine hitap eden üniversite hastanelerimizin bulunduğu Ankara ve özellikle İstanbul gibi illerimizin merkezlerinde ise yeterince hizmet verecek 2. basamak hastane mevcut değildir. Bu arada üniversite hastanelerinde SGK dışı kaynaklar gittikçe azalmaktadır. Her bir üniversite hastanesi tek başına izole kurumlar olarak davranmaktadır; ortak ihale, ortak kaynak kullanımı, ölçek ekonomisi gibi avantajları kullanamamaktadır.

Bu süreçte üniversite hastaneleri çeşitli platformlarda sorunlarını dile getirmektedirler. Bu serzeniş, sorunun farkına vardıklarını gösteren önemli bir aşamadır. Ancak bu aşamayı hastane yöneticilerinin dışındaki bütün öğretim üyelerinin yakaladığını söyleyemeyiz. Ne var ki, bütünyle çok yönlü bir sorun olan bu durum, genellikle sadece hastane yönetim sorunu gibi algılanmakta ve çoğu kez yöneticiler suçlanmaktadır. Korkarım ki, üniversite hastanelerinde kaynakların verimsiz kullanıldığı iddiası ile kamu otoritesinin bir tavır alması ve diğer kamu hastanelerine benzer şekilde üniversite hastanelerini de harmonizasyona zorlaması ihtimal dahilindedir.

### Görevler arası etkileşim

Yukarıda belirtildiği gibi bir kurumun hastane olması, hastalara hizmet üretmesi ile mümkündür. Hiçbir hastanenin sağlık hizmetinden ayrı düşünülmesi mümkün olamaz. Ne var ki, sorumluluk alanında zaman ayırıcı başka işlevlerin bulunması bu hizmetin yoğunluğuna etki edecektir. Örneğin eğitim ve araştırmaya ayrılacak zaman hizmeti azaltacaktır. Diğer taraftan eğitim ve araştırma için yeterli sayı ve çeşitlikte hasta materyalinin bulunması, yeterince sağlık hizmeti verilmesine bağlıdır. Görülüyor ki bu görevi diğerlerinden tam olarak ayırmak mümkün olmayacaktır.

Araştırma ve eğitim genellikle birlikte anılsa da, hastane açısından durum oldukça farklıdır. Sağlık bilimlerinde staj eğitimleri ile tıpta uzmanlık eğitimleri doğrudan hizmetle iç içe olan eylemler-

dir. Dolayısı ile yüksek yoğunlukta ve çeşitlilikte hizmet varsa bu uygulamalı eğitimler yeterince verilebilir. Araştırma ana görev olarak seçilirse araştırma konusu hasta materyalinin temin edilmesi spesifik konu ve alanlarda hasta kabulünü gerektirir. Böyle durumda esas amaç araştırma olduğundan sağlık hizmeti tali unsur olmaktadır. Hastanenin ve araştırmacıların gelirinin ya doğrudan katma bütçe veya özel bütçeden tahsis edilmesi veya doğrudan araştırma ile ilişkilendirilmesi gerekecektir. Böyle olmayıp, bugün olduğu gibi, gelir hastaya bağlanırsa, sağlık hizmetinin esas unsur, araştırmanın tali unsur olması ile karşı karşıya kalırız. Nitekim bugün bu sorunu yaşamaktayız. Bugün üniversite hastanelerimizde yeterince araştırma yapılamamasının ardındaki etmenlerin belkide başında bu durum gelmektedir. Araştırmanın gerektirdiği vakalara odaklanıp onları kabul etmek hizmeti aksatacak ve hastane gelirden mahrum kalacaktır. Hizmete odaklanıp vakaları bütünüyle kabullenmek ise araştırma yapılmasına fırsat vermeyecektir. Hele araştırmanın finansmanının hastalardan elde edilen gelire bağlanması, bu kısır döngüyü kör düğüm haline getirmektedir. Araştırma uğruna hizmeti aksatmak ve yetersiz hizmet ve yetersiz kaynak nedeniyle araştırma yapamamak gibi bir durum ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmeti ile araştırma arasındaki ilişki iki kategoride olmaktadır. Birincisi materyalin hasta olduğu araştırma ki, bir şekilde hastanede sağlık hizmetine ihtiyaç gösterir. Diğer ise laboratuvar ortamındaki deneysel çalışmalardır; bu çalışmalarda sorun hasta değil, hizmet sunan araştırmacı doktorun iş yükü dağılımıdır. Özlük hakkının bu iş yükü ile paralel olmadığı durumlar sorunlu olmaktadır. Doktorun gelirinin sağlık hizmetine bağlı olması, araştırmaya vakit ayırmasının önünde engel teşkil etmektedir.

Sağlık hizmeti ile eğitim arasındaki ilişki biraz daha farklılık arz etmektedir. Başta tıp olmak üzere sağlık mesleklerinin her biri eğitimde yeterli sayıda ve yeterli çeşitlilikte hastaya ihtiyaç duymaktadır. Bu yüzden mezuniyet öncesi eğitimin sadece belli konulara odaklanmış ve belli alanda araştırma konusu hastalara verilen hizmetle birlikte verilebilmesi yeterli olamayacaktır. Eğitim ya doğrudan yeterince rutin vakanın görülebileceği yaygın sağlık hizmeti veren bir hastanede gerçekleştirilecek, ya da spesifik alanda odaklı hizmet üreten hastanede verilen eğitimin eksiklikleri yine yaygın sağlık hizmeti veren hastanelerle giderilmeye çalışılacaktır. Sonuçta önemli olan bu hastanelerin mülkiyeti değil, hastanede hastalar ve eğiticilerin varlığıdır. Akademik yönü biraz daha ağır bassa da mezuniyet sonrası eğitim de kendi alanın-

Araştırma görevi taşıyan hastane, piyasa dinamiklerinin müdahalesinden, SGK yönlendirme ve yaptırımlarından uzaklaşma ve görevine sadık kalma gücünü kendisine verecek bağımsızlığı kazanmalıdır. Bunun için ticari odaklı olmayan bir yönetim ve hizmet modeline ihtiyaç vardır.

da olmak şartıyla aynı şekilde yeterli derecede sağlık hizmetine ihtiyaç göstermektedir. Yani uygulamalı sağlık meslekleri eğitimi sağlık hizmetinden ayrı düşünmemiz mümkün görünmemektedir. Burada eğiticinin özlük hakkının eğitim ve sağlık hizmeti ile eş zamanlı olarak ilişkilendirilmesinin bir çatışma doğurmayacağını sanıyorum.

#### **Hastane - fakülte ikilemi ve eğitim hastaneleri**

Üniversite hastanelerinin öncelikli görevini araştırma, eğitim ve sağlık hizmetinden hangisinin oluşturduğu hususu hep tartışma konusu yapılmaktadır. Bu üç kavramdan herkesin aynı anlamı çıkardığını sanmıyorum. Bazen bir alandaki başarısızlığımızı diğer alandaki sorumluluğumuza atfederek anlaşılır kılmaya çalışıyoruz. Tıp fakültesinin öncelikli amacının tıp eğitimi vermek olduğu konusunda herhalde fikir birliği vardır. Bunun yanında araştırmaya vasat oluşturma görevinden de söz edilebilir. Tıp fakültesinin sağlık hizmeti sunma gibi bir görevi yoktur, olmamalıdır da. Sorunun "fakülte" ile "hastaneyi" birbirine karıştırmaktan kaynaklandığını sanıyorum. Bu iki antiteyi iyi ayırmak gerekir. Hastane tıp eğitiminde öğrencilerin uygulamalı eğitim alması için uygun ortam oluşturan bir araç olduğu için vazgeçilmezdir. Bilhassa uzmanlık eğitimi doğrudan hasta üzerinde uygulayarak usta-çırak eğitimi şeklinde yürütüldüğü için hastane hizmetinin ayrılmaz bir parçası olmaktadır. Bu da tıp fakültesini hastane ile özdeşleştirmektedir. Hâlbuki sağlık alanında tıp dışında onlarca meslek eğitimi yapılmakta ve bunlar tıp eğitimi kadar hastane ile özdeşleşmemektedir. Mesela mesleki yeterlikler çerçevesinde bakıldığında, teorik eğitimin iki katı kadar uygulamalı eğitim yapılması gereken hemşirelik eğitimi, tıp eğitimi kadar hasta-

ne ile iç içe değildir. Tıp fakültesi öğretim üyeleri hastanenin doğal çalışanı kabul edilmesine rağmen, hemşirelik fakültesi veya yüksekokulu öğretim üyeleri hastanenin doğal çalışanı olamamaktadır. Tıpta bir anabilim dalı başkanı üniversite hastanesinin klinik şefi olarak yetki kullanırken, hemşirelik fakültesinde bir anabilim dalı başkanı ilgili kliniğin servis sorumlusu hemşiresi olarak görev yapmıyor. Tıp mensubu öğretim elemanları mesailerini bütünüyle hastaneye hasrederken, hemşirelik alınındaki öğretim elemanları hastanede sadece stajyer öğrencilerin gözcülüğünü yapmaktadır. Birinde hasta hizmeti öğretim elemanının görev tanımına girerken, diğerinde hasta hizmeti hastanenin kadrolu hemşiresine bırakılmaktadır. Tıp fakültesi temel bilimler öğretim elemanlarının hastane gelirlerinden pay alması meşru kabul edilirken, hemşirelik fakültesi öğretim elemanlarının böyle bir pay talep etmesi aklımızdan bile geçmemektedir.

Hemşirelik eğitiminin, kendi alanında, tıpta olduğundan daha az pratik gerektirdiğini her halde söyleyemeyiz. Bu iki uygulama biçiminden biri mutlaka hatalı olmalıdır. Benim kanaatim ikisinin de hatalı olduğu yönünde. Birinde öğretim elemanı, hastanenin dinamikleri ve ihtiyaçlarına bakılmaksızın, hastaneye görevlendirilen kadrolu doktor olarak görev yaparken, diğerinde hastanenin kadrolu hemşirelerinden bağımsız olarak gerçek anlamda uygulamalı eğitime katkı verememektedir. Bu ikisinin ortasında bir çözüm olmalıdır.

Sözünü ettiğim istihdam modelleri hastanenin yönetimine de yansımaktadır. Tıp fakültesinin dekanı çoğu kez üniversite hastanesinin yönetimine müdahil olmaya çalışmakta ve kendisini hastane başhekiminin amiri gibi görmektedir. Diğer yandan hemşirelik okulu müdürünün kendisini hastanenin hemşirelik yöneticisi (başhemşire) olarak gördüğü ve yönetime müdahil olduğu bir örneğe rastlamıyoruz. Aynı üniversitenin eczacılık fakültesi yöneticilerinin veya öğretim üyelerinin hastane eczanesine veya klinik eczacılık çerçevesinde serviste medikasyon süreçlerine müdahil olduğu örnekler de rastlamak mümkün değil. Doğaldır ki, bu şekilde sağlıkla ilgili fakültelerin/okulların hastaneye müdahil olduğu bir ortamda rantabl bir hastane yönetiminin ortaya çıkması mümkün değildir. Hastane içinde öncelikler değişecek ve bu kaotik ortama muhtemelen hasta hizmetleri feda edilecektir. Öyle ise hastaneyi ayrı bir antite olarak ele almalı ve sürdürmek zorunda olduğu fonksiyonlara odaklanan bir işletme yapısı oluşturulmalıdır. Bilhassa içinde bulunduğumuz karmaşık sağlık hizmeti yapılanması ve rekabete dayalı dinamik ortamda hastane yönetimi ikincil bir iş olamaz. Herhangi bir birimin yan kuruluşu, destek birimi ya da lazım olduğunda kapısı açılarak

pratik yapılacak bir laboratuvar olmaz.

Tıp ve diğer sağlık mesleklerinde hastanede yürütülen uygulamalı eğitim daha çok gözleme ve gözlemcinin gözetiminde bazı becerileri kazanmaya dayalıdır. Stajyerlik ve intörnlik dönemleri bu eğitim sürecinde öğrenciye daha çok yardımcı/çıraklık görevi yüklemektedir. Bu tür eğitimler rutin işlerden uzak olmayan, yeterince hasta çeşitliliğinin olduğu bir hastane ortamına ihtiyaç gösterir. Tıpta uzmanlık eğitimi belli alanda bilgi ve beceriyi geliştirme amaçlıdır. Gerçekte uzmanlık bir akademik kariyer değil, meslekte branşlaşma ve ilerlemenin bir yoludur. Bütün tıp alanları yoğun bir bilgi gerektirse de, özellikle denenmiş, yararı kanıtlanmış nakil bilgi önemlidir. Akademik hayatın esasını oluşturan bilgi üretimi zaten uzmanlık eğitiminin sınırlarını aşmaktadır. Uzman olmak için teorik bilgi ve araştırma başarısı ne kadar olursa olsun asıl önemli olan, hasta üzerinde uygulama becerisi ve tecrübedir. Bu yüzden uzmanlık eğitimi için vakanın bol olduğu, sadece ekstrem vakalar değil, sıradan vakaların da olduğu uygulama alanları gereklidir. Dolayısıyla sağlık mesleklerinde mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitim, hasta sayısının ve çeşitliliğinin çok olduğu, birbirleriyle etkileşimli birçok tıbbi dalın bir arada bulunduğu hastane veya hastanelerde verilmelidir.

Türkiye'nin genel sağlık sigortası ortamında yukarıda tanımladığımız özellikte olup, SGK ile anlaşmalı çalışmayan hastanelerin sayısı çok fazla olmaz. Finansmanını SGK kanalı ile elde eden hiçbir hastanenin de ülkenin sağlık politikalarından bağımsız davranış göstererek ayakta kalması beklenemez. Bu itibarla kendi öncelikleri ve sağlık sektöründeki rolüne uygun olarak örgütlenen, bu bilinçle yönetilen, üniversitede eğitimi verilen bütün sağlık mesleklerine uygulama ortamı oluşturmayı amaçlayan bir hastane yapılanması oluşturmak gerekir. Böyle bir hastane bir fakülte kadrosunun istihdam yeri değil, belki bütün sağlıkla ilgili fakültelerden bağımsız ancak onlara gerektiği ölçüde kapı aralayan ayrı bir kurumsal yapıya dönüşmelidir. Böyle bir kurumsal yapının en önemli özelliği, kendi dinamikleri doğrultusunda örgütlenmesi ve yönetilmesidir. Üniversitenin öğretim üyelerinin bu tür hastanelerde çalışmasının garantisi olmamalı, hastanenin ihtiyaç ve talebi halinde öğretim üyesi burada hizmet üretebilmelidir. Bu hastanelerde ayrıca hizmet üreten öğretim üyeleri, çalıştıkları mesai veya ürettikleri hizmete karşılık ilave maaş bu hastanelerden alabilmelidir. Genelde bir meslek eğitimi olan tıp eğitiminde tanımlanmış bir eğitim programının, eğiticinin ve uygulama alanının bulunması yeterlidir. Böyle bir alan, üniversitenin kendi hizmet-eğitim hastanesinde ola-

bileceği gibi tamamen başka tüzel kişi-liğe (ve hatta özel kişiye) ait bir hastane ile işbirliği (afiliyasyon) yapılarak da temin edilebilir. Eğitimin cari gider ve iş-gücü maliyeti doğrudan üniversite tara-fından, sağlık hizmetinin maliyeti ve görev yapanların ücretleri hastane tara-fından karşılanan bir model geliştirmek mümkündür.

### SGK'dan bağımsız araştırma hastaneleri

Sağlık hizmeti sunumu dışında görev üstlenmeye çalışan bir kurumun kontrolü de olsa rekabet ortamında mücadele etmesi, mali yapısı hizmet sunumuna -dolayısı ile merkezi ödeyici kuruma, yani SGK'ya- bağımlı iken potansiyelini başka alana kaydırması fazla gerçekçi görünmüyor. Hastane ya oyunu kuralına göre oynayacak ve mevcut sistemin gereklerini yerine getirerek iyi bir hizmet sunucusu olacak ya da hizmete odaklı merkezi ödeme sisteminden bağımsız bir yapı kazanarak diğer görevlerini önceleyecektir. Bir hastanenin sağlık sistemi içinde sisteme entegre bir yapıda var olmasından konuşurken, bugün için hastanenin Bakanlık hastanesi mi, üniversite hastanesi mi yoksa özel hastane mi olduğunun fazla bir önemi kalmamıştır. Sorun sağlık hizmeti sunan kurumların mülkiyet aidiyeti değil, yürürlükteki sağlık sistemi içinde hizmet ve ödeyici ilişkisi bağ-lamında oluşturulan kıstaslara bağlı kalıp kalmayacağı ile ilişkilidir. Bu kıstaslar her zaman kamu politikaları ve sistemin el verdiği ölçüde piyasa dinamikleri ile doğrudan ilişkilidir. Dolayısı ile kendi misyonunu belirleme iddiasındaki bir sağlık kurumunun bu çerçevede başarıya ulaşması çok mümkün olmamaktadır. Araştırmayı görev edinmiş bir hastanenin başta SGK'nın yönlendirmeleri olmak üzere, kamu politikaları ve piyasa dinamiklerinin müdahalesinden uzaklaşma ve araştırma metodolojisine sadık kalma gücünü elinde tutabilecek derecede bağımsız olması gereklidir. Böyle bir yapı en azından ticari odaklı olmayan yönetim ve hizmet modeline sahip olmalıdır. Bu da hastanenin hem kadro istihdamında, hem de hizmet sunumunda genel kamu politikaları, istihdam araçları ve hizmetlerin ödemesini yapan sigortacılık sisteminin dışında tutulması ile mümkün olabilir. Kısacası böyle bir araştırma hastanesi, klinisyeni daha çok araştırmacı, hastayı da daha çok araştırma vakası olarak görmeye eğimli, faaliyet alanına uygun istihdam özgürlüğü taşıyan, hastaya endeksli olmaksızın finans kaynak kullanabilen bir yapıda olacaktır.

Uygulamalı eğitim, sağlık hizmetinin doğrudan bir parçası olarak yürütülebilir ancak araştırmacının tamamen sağlık hizmeti sunma görevinden ayrı telakki edilmesi gerekecektir. Bu tür faaliyet gösterecek olan hastane, temelde araştırmaya odaklı olup klinik hizmetleri daha çok bu araştırmalara materyal

sağlamak için kullanır. İleri derecede akademik birikim veya uzmanlık gerektirebilecek bazı klinik ve laboratuvar hizmetlerinin de burada verilmesi mümkündür. Sonuçta bu hastanenin sürdürülebilirliğini sağlayacak maddi kaynak ya doğrudan merkezi bütçeden ayrılacak ya da sınırlı bir merkezi bütçeye farklı araştırma fonları katkıları yoluyla temin edilecektir. Sınırlı sayıda hizmetin karşılığı olarak SGK kanalıyla yapılacak ödemeler, hastane bütçesinde fazla önemi olmayan bir yer tutacaktır. Bu hastanelerde verilen hizmetin karşılığının ödenmesi kaygısı hatta gereği olmamalıdır. Gerekirse TÜBİTAK, DPT kaynaklı proje desteklerin bu alanda yeniden ele alınması, başka kaynakların yaratılması gerekebilir. Verimlilik, kâr, personele katkı payı ödenmesi gibi hususlar bu hastanelerin gündeminde olmamalı, projeler yürütücülerine doğrudan finansal destek sağlayan modellere dönüştürülmelidir.

Burada tanımlamaya çalıştığım araştırma hastanesine, tıp fakültesi olan bütün üniversitelerin sahip olması gerekli değildir. Ancak kadrosu yeterli, altyapısı uygun ve maddi kaynaklara sahip, araştırma fonlarını dinamik olarak kullanabilen üniversiteler bu tür hastanelere talip olabilir. Türkiye genelinde bu tür hastanelerin çok sayıda olması beklenemez. Araştırmaya odaklı üniversite hastaneleri 400-500 yatağı geçmeyen, nitelikli kadro gerektiren, sadece özelliikli sağlık hizmetine odaklı üst düzey kurumlar olmalıdır. Bu konuda farklı üniversiteler farklı alanlara odaklanıp "mükemmellik merkezleri" oluşturabilirler. Türkiye'de kamu ve özel hastaneler eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinin düzeyi ve yaygınlığı göz önüne alındığında, belki de bugün için 3. basamak sağlık hizmeti tanımını yeniden yapmak ve sadece burada sözü edilen üniversite hastanelerinin hizmetleri ile sınırlamak daha doğru olabilir.

### İşlevsel ayrışma

Her ne kadar kurumsal yapı olarak hastaneyi 1- hizmet ve eğitim odaklı hastane, 2- araştırma odaklı hastane olarak ikiye ayırmayı öngörüyor olsak da, burada önemli olan iki ayrı kurumun olması değil, farklı görev üstlenen ve farklı mali kaynağa sahip işletmelerin olmasıdır. Bu iki kurumsal yapıyı işlevsel farklılığı koruyarak aynı çatı altında toplamak da mümkün olabilir. Ancak şu anda bunu yönetebilmek zordur, zira faaliyet alanı hızla finansal getirinin kolay olduğu yöne kayma eğilimindedir. Garantili finans kaynağı SGK yoluyla yaygın sağlık hizmetine bağlı olduğu için hastanenin bu yöne kayması kaçınılmaz olur. Eğer bu işlevsel ve yönetsel ayrıştırmayı iyi yapar ve özellikle bunların mali kaynaklarını yönetebilirsek bu ayrışmayı öğretim üyesi istihdam modeli üzerinde de yapabiliriz. Tıp fakültesi öğretim üyesi 1-sadece ders veren hoca (lecturer), 2-sadece araştır-

Hastanelerimizi, içine hapsettiğimiz modelden çıkarıp amacı net tanımlanmış ve tanımlanan amaca yönelik olarak yapılanmış hastane modelleri oluşturmadıkça bu hastanelerin yöneticilerini suçlu ilan etmek haksız bir tutum olur.

macı (researcher) veya 3-sadece klinisyen (clinician) olabilir. Muhtemelen temel bilimlerde ilk iki özellik, klinik bilimlerde de son iki özellik öncelikli kabul görecektir. Zira klinik bilimlerde teorik ders seminer tarzında ve nispeten az oluyor, uygulamalı eğitim ise zaten klinik hizmetin bir parçası konumunda. Bu modelin sağlıklı işleme için öğretim elemanının maaş olarak elde edeceği geliri doğrudan çalıştığı alandan gelmelidir. Yani öğretim elemanının derse dayalı geliri olabileceği gibi, araştırmaya dayalı geliri olabilmeli veya klinik hizmet karşılığı gelir elde edebilmelidir. Eğer organizasyon iyi yapılırsa, öğretim üyeleri bu üç alanda ihtiyaca göre ve yetenekleri nispetinde istihdam edilebilir. Aynı öğretim üyesi de zamanını bu alanlara bölerek çalışabilir. Bu durumda öğretim üyesinin geliri parçalı olarak her alandan elde ettiklerinin toplamından oluşacaktır. Esnek bir model kurularak öğretim üyelerinin yetenek ve birikimleri göz önüne alınarak bu alanlarda farklı farklı oranlarda çalışmaları temin edilebilir. Böyle bir model geliştirildiğinde, üniversite hastanesi diğer hastanelerle karşılaştırılırken toplam doktor sayısı değil, saatler klinikte görevli oldukları saat yükü referans alınarak kıyaslamalar yapılır. Böylece daha kabul edilebilir iş analizleri ortaya çıkar. Klinik hizmet yetersizliğinde eğitimi, araştırma yetersizliğinde hizmeti mazeret göstererek içine düşüğümüz verimsizlik çıkmazdan kurtulma fırsatı yakalarız.

### Sonuç

Sonuçta üniversite hastanelerimize geçici kaynak aktarmak, hastaneleri bu model içinde tutarak SUT fiyatları ile oynamak veya yöneticileri değiştirmek gibi tedbirler, sorunu çözmeye yeterli olmayacaktır. Hastanelerimizi, içine hapsettiğimiz modelden çıkarıp amacı net tanımlanmış ve tanımlanan amaca yönelik olarak yapılanmış hastane modelleri oluşturmadıkça bu hastanelerin yöneticilerini suçlu ilan etmek haksız bir tutum olur.