

Özel hastanelerin devletleşmesi ya da Sağlık Bakanlığı'nın haksız rekabeti

Dr. Burak Aksoy

Dr. Julio Frenk ve ardından Prof. Dr. Sabahattin Aydın'ın dergimizdeki yazılarıyla gündeme taşıdıkları Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetindeki rolü için "vekilharçlık" (stewardship) tanımı, Bakanlığa her alanda düzenleyici ve gözetici bir rol öngörüyor. Bu kavramdan anlaşılana, Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan tedavi hizmeti sağlayan bir kurum olmasından ziyade, sektörün her alanında düzenleyici, denetleyici, geliştirici ve uygulayıcı bir güç haline gelmesidir. Bu gücün etkinliğini sağlık harcamalarının tashihi

ve denetlenmesi yetkilerini elinde bulundurmasından kaynaklanır.

Ülkemizdeki mevcut durumda ise Sağlık Bakanlığı, hem bir hizmet sağlayıcı hem de düzenleyici - denetleyici rolündedir. Bakanlık konumu gereği, tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarına eşit ve adil bir yaklaşım sergilemesi gerekirken, sağlık hizmeti sağlayıcılarına karşı "biz" ve "onlar" şeklinde ayrıştırıcı bir tavırla yaklaşmaktadır.

"Biz" kavramı, en dar anlamıyla sağlık ocakları ve devlet hastanelerini içermektedir. "Onlar" kavramı ise, üniversite hastaneleri, özel hastaneler, tıp

merkezleri, dal merkezleri, poliklinikler, özel muayenehaneler, laboratuvar ve görüntüleme merkezlerini içermektedir. Bakanlığın "onlara" yaklaşımı, tüm bu sağlık hizmeti sağlayıcılarını devlet hastanelerine eklemek ya da benzeştirmek yönünde seyretmektedir. Bakanlık, devlet hastanelerinin çalışma şeklini idealleştirerek, diğer aktörlerin rollerini görmezden gelmektedir. Bakanlık, düzenleyici rolünü, haksız rekabet ortamı oluşturacak şekilde devlet hastanelerini koruyup kollama yönünde kullanmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ve toplumsal talep, bu devletleşme eğiliminin aksi yönünde gelişmektedir.







Sağlık sisteminin, Bakanlık dışındaki hizmet sağlayıcılarının her birinin kendine özgü, diğerlerine yerine getirilmesi mümkün olmayan rolleri mevcuttur. Üniversite hastaneleri, eğitimin yanı sıra, 3. basamak referans merkezleri olarak, devlet hastanelerinin sağlayamadığı uzmanlaşmış ileri sağlık hizmetlerini sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığı üniversite hastanelerini verimsiz çalışmakla suçlamak ve Maliye Bakanlığı ile birlikte bu hastaneleri devlet hastanelerinin kalıpları içine sokmaya çalışmaktadır. Üniversite hastanelerinin bu ileri sağlık hizmetlerini sağlarken hasta başı tedavi maliyetlerinin yüksek olması bu kurumların etkisiz çalıştığını göstermez. Aksine, devlet hastanelerinin günümüzdeki maliyet etkinliğinin bir nedeni, üniversite hastanelerinin maliyeti yüksek tedavi hizmetlerini yüklenmesidir. Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı açısından bu hizmetin karşılığı, geri ödeme planında devlet hastanelerine göre küçük bir yüzde iyileştirme sağlanmasından ibarettir. Bu sözde iyileştirme, fatura geri ödemelerinde “ben yaptım oldu” şeklindeki keyfi yapılan kesintilerle fazlasıyla geri alınmaktadır. Üniversite hastaneleri, büyük yapıları nedeniyle Sağlık Bakanlığı'nın çok hızlı değişen şartlarına uyum sağlamakta zorluk çekmektedir. Devlet hastaneleri ve özel sektörün rekabeti karşısında hem hekim hem de yardımcı personelini elinde tutmakta zorluk çeken üniversite hastaneleri için gelecek karanlık gözükmemektedir.

Yakında çıkacak olan tam gün yasası sonrası hocalarının önemli bir kısmını kaybetmesi beklenen üniversitelerde eğitim kalitesi de düşmektedir. Üniversite hastaneleri hizmet veremez ya da beklenen uzmanlaşmış hizmeti sağlayamaz hale geldiğinde, devlet hastanelerinin maliyet etkinliğinin ne kadar korunabileceğini zaman gösterecektir.

Sağlık Bakanlığı'nın gözünde önemli bir rekabet unsuru da özel hastanelerdir. Son yıllarda sağlık sistemine entegre olarak gelişen özel hastane sektörü, yeni bir “devletleştirme” girişimi ile karşı karşıyadır. Hem hizmet sağlayıcı hem de düzenleyici konumdaki Bakanlık, özel hastanelere karşı bir haksız rekabet ortamı oluşturmaktadır. Özel hastanelerin sistemdeki rolü, sağlık hizmeti kalitesini artırmak, daha hızlı ve konforlu sağlık hizmeti almak isteyen vatandaşların taleplerini karşılamak, devlet hastanelerinin ulaşamadığı yerlerde hizmet vermek ve ileri düzeyde sağlık hizmetleri sunmaktır. Kurumsal

giderlerinin tümünü hizmet karşılığı elde ettiği gelirden karşılamak zorunda olan özel hastaneler, kurumsal giderlerinin hemen hepsini bütçeden alan devlet hastanelerine karşı şimdiye kadar başarılı bir rekabet yürütmektedirler. Bunu başarmak için bir yandan hasta memnuniyetini üst düzeyde tutmak, diğer yandan hekimlerinin ve yardımcı personelinin giderek daha cazip hale gelen kamu hizmetine kayışını engellemek zorundadırlar. Sağlık Bakanlığı'nın geçtiğimiz aylarda, binlerce hemşire kadrosu açması karşısında özel hastanelerin ne kadar zor duruma düştüğü açıkça görülmüştür. Özel hastanelerin devlet hastaneleri ile rekabet edebilmesinin tek yolu, personeline daha cazip maddi imkânlar sunmasıdır.

Özel dal merkezlerinin önü açılıyor

Özel hastaneler şimdiye kadar rekabetçi yapılarını büyük ölçüde hastalarından aldıkları farklar ve katılım payları ile korumayı başardılar. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda yapılması planlanan değişikliklerle, özel hastanelerin elinden bu imkân büyük ölçüde alınıyor. Bu tasarının katılım payı uygulamalarını düzenleyen 68. maddesinde, 2 YTL olarak belirlenen muayene katılım payının, 2. ve 3. basamak sağlık hizmet sunucularında beş katına kadar artırabilmesi için Sağlık Sigortası Kurumu'na verilen düzenleme dışında herhangi bir esneklik bulunmuyor. Tetkik giderleri için fark hiç tanımlanmamış. Yatan hasta tedavi giderleri için ise tek seferde bir aylık, bir takvim yılı içindeyse iki aylık asgari ücreti aşmayacak kadar katılım payı alınabilmesi öngörülmüyor. Hastadan alınan katılım payı, geri ödemede faturadan düşülüyor. Tasarının 73. maddesindeki “Kurum (Sağlık Güvenlik Kurumu), sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için, Kurumca ödenecek tutarların dışında, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden alınabilecek fark ödemeleri için ayrı ayrı tavanlar belirlemeye yetkilidir. Tavan, 72'nci ve bu maddenin ikinci fıkrasına göre belirlenen sağlık hizmet tutarlarının üç katını geçemez” hükmünün ise kaldırılması planlanıyor. Özel hastaneler ya da üniversite hastaneleri için, devlet hastanelerinden farklı herhangi bir uygulama öngörülüyor. Bu durumda özel hastaneler, tüm kurumsal giderlerini, sağlık sigortasından tahsil edecekleri fatura-

lardan karşılamak zorunda kalırken, devlet hastaneleri ile rekabet edemez duruma düşeceklerdir.

Sağlık Bakanlığı'nın mevcut planı, sağlık hizmeti sunuculuğunun kârlılığını düşürmektir. Özel hastanelere yapılan büyük yatırımlar, elbette ki kâr amacıyla gerçekleştirilmektedir. Özel hastaneleri kârsızlaştırmak, sağlık sektöründen önemli miktarda sermayenin kaçışına yol açacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın amaçlarından birinin sağlık yatırımlarını artırmak ve özendirmek olması gerekirken, mevcut yatırımları tehlikeye sokan bir anlayış içinde olması kabul edilemez. Özel hastanelere başvuran hastalardan fark alınmaması da sektörün gelir kaynaklarını daraltacaktır. Şimdiye kadar gönüllülük ilkesiyle yapılan ve karşılığını daha iyi hizmet ile bulan katkı ödemelerinin durdurulması, Sağlık Bakanlığı'nın popülist söylemler uğruna sektöre vurduğu en büyük darbe olacaktır. Sektöre giren paranın azalması, sadece özel hastanelerde çalışanları değil, zincirleme bir reaksiyonla tüm sağlık çalışanlarının gelirinin azalmasına ve hizmet kalitesinin düşmesine neden olacaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın vizyonu, kurumsal niteliği güçlü büyük sermaye yatırımının yapıldığı özel hastaneleri devletleşmeye zorlarken, bu kalıplar içinde hizmet vermesi mümkün olmayanları da tamamen sistem dışına itmektedir. Sağlık Güvenlik Kurumu'yla anlaşma yapmayan hastanelerde hizmet alanların ilaç giderleri dahi ödenmezken, sözleşmesiz bu kurumlar, acil hastalara bedelsiz bakmakla yükümlü hale getirilmektedir. Vatandaşla özel hastaneleri karşı karşıya getirecek bu uygulama, özel hastanelerin vakıf yerine konmasından başka bir anlam ifade etmemektedir.

Katılım payının kaldırılması ile özel hastaneler, “devletleşmek” ya da sistem dışına itilmek arasında tercih yapmaya zorlanırken, özel dal merkezlerinin önü açılmaktadır. Kurumsal giderleri en alt düzeyde olan, iki uzmanın bir araya gelerek muayenehane şartlarına benzer nitelikte kurabildikleri dal merkezleri ile sözleşmeler yapıyor olması hekimleri özel hastanelerden bu kârlı alana yönlendirecektir. Yatırımı az, gideri kısıtlı olan bu merkezlerin sayısının hızla artması beklenmektedir. Bakanlığın denetimi oldukça güç, hizmet kalitesi düşük, istihdam imkânlarını genişletmeyen bu küçük teşebbüsleri teşvik etmesinin makûl bir izahı yoktur. Bakanlığın, her alanda kurumsallaşmayı teşvik edici olması beklenir. Güçlü kurumsal kimliği olan hastaneler, hem hizmet kalitesi hem de hasta güvenliği açısından mutlaka ve mutlaka teşvik edilmelidir.

Sağlık Bakanlığı bir yandan aile hekimliği sistemini pilot bölgelerde yaygınlaş-

tırmaya çalışırken, diğer yandan devlet hastanelerinin sistemdeki ağırlığını artırıcı uygulamalar yapıyor. Devlet hastanelerindeki performans uygulamaları uzmanlaşmayı teşvik ederken diğer yandan yeterli aile hekimi olmadığı için pratisyen hekimlere kısa süreli aile hekimliği kurslarıyla aile hekimliği sertifikası veriliyor.

Ülkemizde halen ... uzman ... pratisyen hekim mevcuttur. Her yıl ...hekim ,tıp fakültelerinden mezun olmakta, ... hekim ise uzmanlık eğitimini tamamlamaktadır. Pratisyenlik mesleki ya da maddi tatmin sağlanmazken, uzman hekimlerin her bakımdan avantajlı pozisyonunda olması uzmanlığa geçişi teşvik etmektedir. Sağlık Bakanlığı sürekli hekim açığından bahsederken, bu açığın uzman hekim mi yoksa pratisyen açığı mı olduğundan bahsetmemektedir. Eğer, pilot uygulaması yapılan aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetleri için uygulanması öngörülen şema ise, bırakın sertifikalı ya da uzman aile hekimlerinin, mevcut pratisyen kadrolarının dahi ihtiyacı karşılaması mümkün görünmemektedir. Uzmanlaşmayı çekici olmaktan uzaklaştırmadan, ihtisas kadrolarını sınırlamadan daha fazla hekimin mezun olmasını istemek, sistemin önünü açmayacaktır. Diğer yandan sağlık sistemimizin mevcut maliyet etkinliği, bir ölçüde doktor sayısının sınırlılığından kaynaklanmaktadır. Doktor başına düşen nüfusun yüksek oluşu, sağlık sistemimizin hem zaf hem de avantajıdır. Doktor sayısı Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü şekilde mevcut düzen içinde artırılabilecek olursa, birim hasta tedavi maliyetleri, yıllık bakılan hasta sayısı, personel maliyetleri hızla yükselecektir.

Sağlık Bakanlığı'nın yeni ortaya attığı kamu-özel ortaklığı (public-private partnership - PPP) projesinde, kamunun özel sektörle birlikte yatırım yaparak büyük sağlık kampüsleri kurulması, Bakanlığın bu yerlerde işletmeyi üstlenip kiracı durumunda bulunması öngörülmüyor. Bu, esasen özel hastanelerin devlet tarafından devralınma planına benzemektedir. Kârlılığı düşen ve işletilmesi imkânsız hale gelen büyük özel hastaneler kapılarına kilit vurmadan önce anahtarlarını Sağlık Bakanlığı'na teslim etmek isteyebilirler. Özel hastane sahipleri ve yöneticileri için bu daha risksiz bir seçenek olabilir. Diğer yandan eğer Bakanlığın böyle bir niyeti yoksa bile, şu açık olarak görünmektedir ki, Bakanlık kendi rolünü asla "vekilharçlık" ile sınırlamak niyetinde değildir. "Özel hastanecilik yapılacaksa bunu da devlet yapar" mantığının maraziyetini zaman ortaya çıkaracaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın en öncelikli konularının başında özel hastanelere perso-

nel kaymalarını önlemek gelmektedir. Bu amaçla özel hastaneleri zayıflatmak ve kârlılıklarını azaltmak gerektiği düşünülmektedir. Kâr amacı olmayan vakıf hastaneciliğinin yaygınlaştırılması çözüm olarak öngörülmüyor. Oysa günümüzde geline nokta sağlık hizmetinin kapsamı ve maliyeti, çok güçlü kaynaklara sahip olmadığı takdirde vakıflar tarafından karşılanamaz boyutlardadır. Mevcut vakıf hastanelerinin hemen tamamı, kâr amaçlı özel hastaneler gibi çalışmakta; elde edilen kâr, vakıfların diğer faaliyetlerinde kullanılmaktadır.

Devlet hastanelerinden personel kaybının durdurulmasının tek yolu, merkezi ve yerel planlamadır. Bakanlık nüfus yoğunluğuna göre bölgelerde bulunması gereken yatak ve poliklinik sayısı ile bunların özel ve devlet hastanelerine dağılımlarını planlamalı; ihtiyaç fazlası sağlık yatırımları başlamadan durdurulmalıdır. Bakanlık bu yönde ilk adımı illerde oluşturulacak hastane birlikleri ile atmaya planlıyor. Bu birliklerin ihtiyaçlarını belirleyerek sağlık yatırımlarına onay mevki olması öngörülmüyor. İlerdeki kamu görevlilerinden, özel ve devlet hastaneleri temsilcilerinden oluşacak bu kurulun, yeni sağlık yatırımlarına karşı kendi lokal çıkarlarını koruyucu amaçla engelleyici tutum takınması söz konusu olabilir. Bu nedenle genel planlamanın Sağlık Bakanlığı'nda yapılması, bu birliklerin yetkilerinin daha sınırlı tutulması uygun olacaktır.

Ortaya çıkacak tablo

Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü sağlık sistemi gerçekleşirse, gelecekte şöyle bir tablo ortaya çıkacaktır: Özel hastanelerin önemli bir kısmı "sözleşmeli" olarak hizmet verecektir. Büyük özel hastaneler kapanacak ya da küçülecekler. Sağlık yatırımları azalacaktır. Sözleşmesiz bir avuç hastane, üst gelir grubuna hizmet verecek, özel hastanelerde fark alınmayacak ancak kuyruklar uzayacaktır. Pahalı ya da riskli operasyonlar özel hastanelerde hiç yapılmayacak, özel hastaneler hekimlerine daha az para ödeyecek ve hekim bulmakta zorlanacaktır. Devlet hastaneleri sayıca artmış ancak hasta yükü daha da fazla artmış olacaktır. Doktorlar tetkik yapamadıkları için hasta memnuniyetini daha fazla ilaç reçete yazarak sağlamaya çalışacaktır. İlaç maliyetleri katlanarak artacaktır. Operasyonlar ve diğer bazı özel tedavi hizmetleri için uzun tarihlere randevular verilecek, devlet hastanelerinin kârlılığı azalacak, hasta maliyetleri artacak, döner sermaye ödemeleri azalacak, hekimler daha az kazanacaktır. Muayenehaneler kapatılacak, dal merkezleri hızla artacaktır. Hem özel sektörden hem devlet hastanelerinden dal merkezlerine hekim göçü olacak, üni-



Sağlık Bakanlığı'nın çok geç olmadan kendi konumunu gözden geçirerek, taraf olmayı bırakması ve sözü edilen "vekilharçlık" misyonunu üstlenmesi gerekiyor. Bakanlığın görevi, sağlığa akan kaynakların önünü kesmek değil, yeni kaynaklar yaratmak olmalıdır. Sağlığın geliştirilmesi için bu şarttır.

versitelerin bir kısmı hastanelerini kapatacak ve öğrenci - asistan eğitimi için devlet hastaneleri ile anlaşmalar imzalayacaklardır. Üniversiteler hocalarını kaybedecek, akademik kadrolar daralacaktır. Eğitim kalitesi düşecek, hastanesi kapanan tıp fakültelerinde çok az sayıda ve düşük profilde öğretim üyesi kalacaktır. Hastanesi kapamayan üniversiteler, devlet hastaneleri gibi hizmet vermek zorunda kalacak, pahalı tetkik-tedavileri yapamayacaktır. Bu tedavilere ihtiyaç duyan hastalar ya devlet hastanelerinde uzun süreler bekleyecek ya da sözleşmesiz özel hastanelere gitmek zorunda kalacaktır. Üniversite hocaları bir araya gelecek dal merkezleri açacak, çok daha az laboratuvar tetkiki ve görüntüleme yapılacaktır. Hastalar açısından bakılacak olursa nitelsiz sağlık hizmetine kolay ulaşılabilecek ancak nitelikli hizmete ulaşım çok zor olacak, hastalıklar daha geç ve zor tanı alacaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın çok geç olmadan kendi konumunu gözden geçirerek, taraf olmayı bırakması ve sözü edilen "vekilharçlık" misyonunu üstlenmesi gerekiyor. Sektördeki her aktörün yeri ve önemi iyi tanımlanmalı, devlet hastanelerinin hizmet sunum şekli ve niteliği tek ve biricik norm olarak dayatılmamalıdır. Bakanlığın görevi, sağlığa akan kaynakların önünü kesmek değil, yeni kaynaklar yaratmak olmalıdır. Sağlığın geliştirilmesi için bu şarttır.