

# Sağlık hizmetlerinde planlama ve sektörde '15 Şubat depremi'

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılı Bolu doğumlu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamlayarak, 1992 yılında üroloji uzmanı oldu. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. Başhekim Yardımcılığı, Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı ve Dekan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevini yürüttü. Ayrıca 1998 yılında başladığı doktora çalışmalarını tamamlayarak 2003 yılında Klinik Mikrobiyoloji dalında bilim doktoru unvanı aldı. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevine atandı. 2006'da Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi oldu.

**G**elişmiş ülkelerde sağlık sistemleri bütün toplumu kucaklayan çok yönlü sağlık hizmetlerinin sunulmasını hedeflemektedir. Hatta hizmetlerin kapsayıcılığından öte, kalite standartlarının eşitliğinin ve talebe yeterince cevap verilebilirliğinin de garanti altına alınmasına çalışılmaktadır. Ülkeden ülkeye beklentiler ve sunulan hizmetler büyük farklılıklar gösterse de sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sistemin organizasyonunda hükümetler etkin rol almaktadır. Ülke yönetim biçimine göre bu etkin rol farklı oranlarda merkezi ve yerel otoriteler tarafından paylaşılabilir.

Bu rol, bazen hizmetlerin doğrudan su-

nulması tarzında karşımıza çıksa da, çoğu zaman yönetim otoritesinin hedeflerini garanti altına alacak tarzda yürütülen planlamalar şeklinde görülmektedir. Bu planlama sorumluluklarının yerel ya da merkezi otoritede olması daha çok ülkenin siyasi yönetim şemalarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Örnekler incelendiğinde, yerel veya bölgesel planlamalar bu yerel otoriteler tarafından yapılsa bile, genellikle merkezi otorite bütün ülkede hizmetlerin ve kaynakların dengeli dağılımını garanti altına alacak gücü elinde bulundurmaktadır.

Anayasamızın 56. maddesi, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla devletin sağlık kuruluşlarını tek elden

planlayıp hizmet vermesini düzenleyeceğini bildirmektedir. Hatta bu görevin kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirileceğini belirterek adeta çerçeveyi de çizmiştir.

1987 tarih ve 19461 sayılı resmi gazete de yayınlanan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3. maddesinin (c) fıkrası, bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke satında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılmasını esas almakta ve bu esaslar çerçevesinde sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinin Sağlık Bakanlığı'nca düzenleneceğini hükme bağlamaktadır. Aynı maddenin (g) fıkrasında sağlık ve yardımcı sağlık personelinin yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak üzere Sağlık Bakanlığı'nın









istihdam planlaması yapacağı bir kez daha vurgulanmıştır.

Yürürlükteki bu amir hükümlere rağmen bu görevlerin yeterince yerine getirilememiş olması planlamanın bir kesime uygulanırken diğerine uygulanmaması, sektörde adeta bir 'dengesizlik dengesi' oluşturmuş ve özel sektörün kazandığı ivmede etkili olmuştur. Ancak bu durumun, bütünüyle ülke coğrafyası düşünüldüğünde sağlık hizmetini talep edenlere 'doğrudan dengesizlik' biçiminde yansımaları kaçınılmazdır. Sağlık Bakanlığı, konumu gereği bu tabloyu en önce gören ve görmesi gereken bir kurumdur. Aslında hizmeti satın alma konumundaki Sosyal Güvenlik Kurumu'nun araçları ile çok daha kolay yönetilebilir olmakla birlikte Bakanlık zor görevi üstlenmiş ve planlama konusunda radikal bir adım atmıştır.

15 Şubat 2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 9. maddesi ile Özel Hastaneler Yönetmeliğinin Ek 4. maddesi bu adımın somut göstergeleridir. Sağlık sektörümüzdeki özel hizmet sunucuları tarafından '15 Şubat depremi' diye nitelendirilen bu yönetmelik değişikliği, sağlık kurum ve kuruluşları ile bunlara ait sağlık insan gücü, tıbbi hizmet birimleri ve nitelikleri ile teknoloji yoğunluklu tıbbi cihaz dağılımı alanlarında kamu ve özel sektörü kapsayacak şekilde Bakanlıkça planlama yapılacağından söz etmektedir.

Her halde, anayasa ve yasalarda zaten mevcut bulunan bir görevin alt mevzuatta taşınmasına itiraz edecek bir durum olamaz diye düşünüyorum. Hatta bugüne değin bu görevin neden yerine geti-

rilememiş olduğunu sorgulamak belki daha doğrudur. Nitekim sektörde rol alan çeşitli kesimlerin yaklaşımı da bundan farklı değildir. Asıl sorun olan planlamanın yapılması değil, nasıl, kimler tarafından ve hangi kapsamda yapılacak olduğudur. Geçiş dönemindeki mağduriyetler nasıl önlenecektir? Bütün sorular, kaygılar, tepkiler burada düğümlenmektedir.

Konunun bu düğüm noktasına ışık tutabilmek umuduyla uluslararası tecrübelere bir göz atmakta yarar var. İngiltere Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilen 'sağlık hizmetlerinin uluslar arası karşılaştırılması' konulu bir araştırma projesinin değerlendirmesine göre, araştırma kapsamında olan ülke otoritelerinin sağlık hizmetlerinin planlanmasındaki yetki ve sorumluluk paylaşımı aşağıdaki tabloda görülmektedir.

Planlama deyince, kavramsal olarak karşımıza stratejik plan ve eylem planı olmak üzere iki tarz çıkmaktadır. Stratejik plan, sağlık sisteminde prensipleri tanımlayan ve genel çerçeveyi çizen plandır. Genellikle sağlık yönetimindeki en üst otorite tarafından hazırlanmaktadır. Mesela İngiltere, Fransa, İtalya ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde merkezi hükümetin Sağlık Bakanlıkları tarafından hazırlanmaktadır. Kanada ve Almanya gibi desantralize sistemlerde bölgesel veya yerel otoriteler bu planı yapabilmektedir.

Eylem planı ise, stratejik planın eylemlere dönüştürülmesinden ibarettir. Bütçenin ve kaynakların paylaşılması, hizmetlerin tıbbi yatırımların ve personelin organizasyonu gibi sağlık hizmet sunumuna etkili bütün eylemlerin planlanmasını kapsar. Bu tarz planlamalar çoğu kez bölgesel, bazen de yerel otoriteler tarafından yapılmaktadır. Mesela Kanada'da bölgesel sağlık otoritesi (RHA), Danimarka ve Finlandiya'da belediyeler ve İngiltere'de temel sağlık tröstleri (primary-care trusts) bu planları yapmaktadır. Ancak İngiltere, Fransa, İtalya, Kanada ve yeni Zelanda'da ol-

duğu gibi bazı ülkelerde bölgesel veya yerel yönetimler planlarını yaparken üst otoritelerin hazırladığı ulusal planlara ve talimatlara uyumlu olmak zorundadır. Buna dikey entegrasyon adı verilmektedir.

Sağlıkta hizmet dağılımı ve kaynak dağılımının dengeli sağlanmasını amaçlayan planlamaların yapılması neredeyse tartışmaya yer bırakmayacak kadar üzerinde anlaşma sağlanan bir konudur. Ne var ki, bu planlamanın kapsamı ve uygulamalara olan etkisi tartışma konusu olabilmektedir. Bilhassa pazar ekonomisinin hâkim olduğu ülkelerde planlamanın farklı sektörleri kapsayarak yatırımları kısıtlar hale gelmesi veya bir başka deyişle yatırımı belirleyen dinamiklerde rekabet unsurunun önüne geçmesi, hem yatırımcıları hem de planlayıcıları zorlamaktadır.

Başarısı veya rasyonalitesi ne kadar tartışılırsa tartışılsın, bu güne dek Sağlık Bakanlığı'nın yatırımları diğer kamu kurumlarında olduğu gibi Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) yatırım planları kapsamında yapılmaktadır. En azından Bakanlığa ait sağlık tesislerinin yatırımları ülke genelinde dengeli bir şekilde yapılmaya çalışılmaktadır. Yeteri kadar kurumsallaşmış bir yapı arz etmese de, devlet hastanelerindeki tıbbi cihaz planlaması Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün kontrolü ve denetimi altındadır. Bilhassa son yıllarda tavizsiz bir şekilde yürürlüğe konan ve bu yüzden birçok meslektaşımızın tepkisini çeken, personel dağılım cetveli (PDC) uygulaması, Sağlık Bakanlığı'nda çalışmakta olan yetişmiş insan gücünün ülke genelindeki dağılım dengesine önemli ölçüde katkı sağlamıştır.

Devredilmeden önce, SSK hastaneleri de özellikle SSK'lıların yoğun olduğu merkezlerde inşa edilmek suretiyle kendi çapında bir planlamanın kapsamındaydı. Ne var ki, parçalı yapı nedeniyle bu birbirinden bağımsız planlama gayretleri, sonuçta dengesizliğin önüne geçilmesinde yeterli olamıyordu. Aynı du-

K	nc Kls rntlu Lrt
Kn	nlm cı umnl r lln nulus l r v klm k rml y rly n tml rns umnlulu un r.
n m k	M k z t m n k rsm y d n t m l l m l l r v l y l r s l k h z m d r n n f k l l n l n m l m s z k k l l n l m k t l.
n l r	J l s l v l l s l l l m l l s l l l l m l k l m y l m k z n k m l l r m l n y n l l m k l r.
l n l y	l n l m l l y l r v l y l r s l k t a n d u n l o n n s t a l l l m s s u n l u l u n l n l.
T n s	l s l s n s n s l m k z v n t n y r l y l l l r n k l l l r v l h z m h z m d r n l l m k t r.
l m y	Y n l y l l r n s k u l u s l v y n l m v z u t l v n l y l l l n l r h k m d r h s t n k l s t l n l n l m k t r.
n l y	J l s l s l k l n n h k n n k s l k h m l l m l z l l k h s t n h z m d r n y n l k m l r l l m k t r.
l l n	l s l h z m s a z m n l z s y n l k l s t n h z m d r n l l y r k n k l k m l n l n y n s a n t.
Y n Z l n	l n l m s u n l u l u n n k z n k m v h s t n l y n n l l l n l n l y l l l k t r.

Tablo 1: Sağlık hizmetlerinin planlanmasında sorumluluk paylaşımı



rum, bugün için üniversite hastaneleri cephesinde devam etmektedir. Bilhassa her ile bir üniversite açma hedefinin gerçekleştirme aşaması olduğu bir dönemde bu üniversitelerimizin tıp fakülteleri ve buna bağlı olarak Sağlık Bakanlığı'nın planlamalarından bağımsız bir şekilde üniversite hastaneleri açması, sorunun katlanarak büyümesine yol açmaktadır. Ne üniversite hastanesinin açılması, ne de buralarda istihdam edilecek sağlık personeli, ulusal entegre bir sağlık hizmetleri planlamasına tabidir.

Önceden sistem içindeki rolü ihmal edilebilir düzeyde olan özel sağlık yatırımlarının sosyal güvenlik sisteminin içinde yer almasıyla birlikte hızla artmakta olduğu bilinmektedir. Öyle ki, son birkaç yılda meydana gelen gelişmeler, özel sağlık yatırımlarının planlama dışına çıkarak sağlık hizmetlerinde kaynak dağılımının dengesini bozma etkisi üniversite hastanelerinin önüne geçmiştir. Kısacası sağlık sisteminin içinde yer alan hizmet sunucu aktörlerden sadece birini veya bir kaçını planlama gayretleri etkili olmamakta, hatta bu aktörler arası haksız ve dengesiz kaynak paylaşımına yol açmaktadır. Kaynakların sınırlı olması hizmet dağılım dengesizliklerini artırmaktadır.

Ülke örnekleri incelendiğinde, farklı düzeydeki hizmet sunucularını ve farklı sektörleri planlamalarına dahil ettikleri görülmektedir. Hizmet sunucusunun sosyal güvenlik sistemi içinde yer alıp almaması ve sistem içindeki ağırlıkları gibi çeşitli dinamikler, bunun belirleyicisi olabilmektedir.

Görüldüğü gibi, incelenen ülkelerde planlama daha çok hastane hizmetlerine odaklanmaktadır. Kamu ve özel sektörün birlikte planlandığı ülkelerde ülkenin sağlık hizmet sunumu ve bunun karşılığının ödenme biçimi belirleyici olmaktadır. Bilhassa özel sektörün sunduğu hizmetlerin bedelinin kamu kaynakları tarafından karşılanması, özel sektörün de planlama içine dâhil edilmesiyle sonuçlanmaktadır. Kanada, Fransa, Almanya ve İtalya'da hastane planlamaları, hem kamu hem de, kâr

amaçlı olsun veya olmasın, özel hastaneleri kapsamaktadır. Hatta özel işletmeler faaliyet alanlarını genişletmek için de planlama kapsamında izne tabidir. Diğer yandan Danimarka, İngiltere, Finlandiya ve Yeni Zelanda gibi ülkeler planlarını sadece kamu hastaneleri ile sınırlı tutmaktadır.

Hastane kapasitelerinin planlanması açısından bakıldığında; (1) mevcut faaliyet alanlarında veya yeni alanlarda sermaye yatırımı, (2) ileri teknoloji gerektiren pahalı cihaz yatırımları, (3) hizmet sunumu ile (4) insan gücü ve finansal kaynakların paylaşımı söz konusu olmaktadır.

Çoğu ülkeler hastane sayısını planlayarak basit bir yol tercih etmektedir. Ancak bunun amaca hizmet edebilmesi için hastane faaliyet alanlarının miktarı ve yerleşimi konusunda daha detaylı çalışmalar yapma zarureti doğmaktadır. Bazı ülkelerde ise planlama doğrudan detaylı bir şekilde yapılmaktadır. Uzmanlık alanları ve servislerin sayıları ile tasarımları ve bunların belirlenen bir bölgedeki dağılımı planlarda belirtilmektedir.

Genellikle bu hastane planlamalarında kullanılan ölçek yatak kapasitesidir. Ancak son zamanlarda İngiltere ve Fransa gibi ülkeler, yatak kapasitesinden çok hizmet hacmi ve faaliyetlerin planlanmasına yönelmişlerdir.

İncelemesi yapılan farklı ülke örnekleri, desantralizasyon, rekabet ve sunucu plüralizmi gibi politikalarla hakkaniyete dayalı, karşılanabilir ve ulaşılabilir sağlık hizmetlerini temin etme sorumluluğu altındaki hükümetlerin ne denli zor bir görevle yüz yüze olduklarını göstermektedir. Ülkelerin sağlık hizmetlerinin planlamasına farklı yaklaşımları hatta bazı sektörleri planlama dışında tutmaları veya bazı ülkelerin hiç planlama yapmaması, bir tarafta yerel, bölgesel ve merkezi kararların; diğer yanda hizmet sunucuları arasındaki rekabetin ve mevzuat düzenlemelerinin dengesini tutturabilmenin zorluklarından ve hatta imkânsızlıklarından kaynaklanmaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmet sunucuları arasında Sağlık Bakanlığı'nın en büyük pay sahibi olarak doğrudan yer alması, düzenleyici rolü ile rekabet gücünün çatışmasına ve Bakanlığın düzenleyici-planlayıcı bir üst otorite olarak görülme yerine, hizmet alanındaki rekabetçi bir güç olarak konumlandırılmasına yol açabilmektedir. Böyle bir konumlandırma ve algı, aslında asli görevi olan planlama sorumluluğunu yerine getirmek isteyen Bakanlığın gereksiz ve belki de haksız ithamlarla karşı karşıya getirmektedir. Bu durum sağlıkta planlama girişimlerini ülkemizde biraz daha zor hale sokmaktadır.

Şartlar ne olursa olsun, sosyal güvenlik şemsiyesinin muhatabı olan bütün sağlık hizmet sunucularını (üniversite, devlet özel) içine almayan bir planlamanın başarılı bir sonuca götürmeyeceğine inanıyorum. Hatta hizmet sektöründeki paydaşlar arasında dengesiz bir şekilde personel ve kaynak kaymalarına yol açacağından fayda yerine zararlı bile olacaktır. Sağlık sektörümüzün özel kesimi tarafından '15 Şubat depremi' diye adlandırılan yönetmelik değişikliklerine, yani planlama girişimlerine sanırım bu pencereden bakmak daha yararlı olacaktır.

#### Kaynaklar:

- 1- T.C. Anayasası
- 2- 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
- 3- 15 Şubat 2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
- 4- 15 Şubat 2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliği
- 5- Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays N and the International Healthcare Comparison Network: Capacity Planning in Health Care, A review of the International Experience. European Observatory on Health Systems and Policies, 2008

Ülke	Planlama kapsamı ve sektörler
Kanada	Kamu ve özel sektörün birlikte planlandığı ülkelerde ülkenin sağlık hizmet sunumu ve bunun karşılığının ödenme biçimi belirleyici olmaktadır.
Fransa	Özel sektörün sunduğu hizmetlerin bedelinin kamu kaynakları tarafından karşılanması, özel sektörün de planlama içine dâhil edilmesiyle sonuçlanmaktadır.
Almanya	Özel sektörün sunduğu hizmetlerin bedelinin kamu kaynakları tarafından karşılanması, özel sektörün de planlama içine dâhil edilmesiyle sonuçlanmaktadır.
İtalya	Özel sektörün sunduğu hizmetlerin bedelinin kamu kaynakları tarafından karşılanması, özel sektörün de planlama içine dâhil edilmesiyle sonuçlanmaktadır.
Hollanda	Hastane hizmetleri (kâr) dışında tüm sağlık hizmetleri (kâr) planlanmaktadır.
Yeni Zelanda	Kamu hastaneleri dışında tüm sağlık hizmetleri (kâr) dışında tüm sağlık hizmetleri (kâr) planlanmaktadır.

Tablo2: Planlama kapsamı ve sektörler