

TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜ VE ÜNİVERSİTE HASTANELERİ

Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK¹

ÖZET

Sağlıkla ilgili araştırma ve uygulama merkezleri olarak eğitim hastaneleri kapsamında yer alan üniversite hastaneleri üstlendikleri tıp ve diğer sağlık disiplinlerinin eğitimi, sağlıkla ilgili araştırmalar ve daha çok ilerlemiş ve ciddi sorunları olan hastaların tedavi hizmetleri ile Türk Toplumunun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde önemli rol oynarlar. Dolayısıyla günümüzde üniversite hastaneleri yataklı sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlar olmaktan çıkarak, ileri düzeyde özellik arz eden teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği kurumlar haline gelmiştir. Bu çalışmanın amacı sağlık hizmetleri sistemi, Türk Sağlık Sektörü ve üniversite hastanelerinin genel durumunu betimleyici ve sorgulayıcı bir yöntemle ortaya koymaktır.

Anahtar Kelimeler: Türk Sağlık Sektörü, Üniversite Hastaneleri

TURKISH HEALTH SECTOR AND UNIVERSITY HOSPITALS

ABSTRACT

As being health research and application centers university hospitals are evaluated within education hospitals and they play an important role regarding to the medical and other health discipline educations, health care researches and progressed diseases cares in order to heighten the health level of turkish citizens. As a result university hospitals are leaving their classical role of treatment and changing to advanced diagnosis and treatment establishments. The aim of this study is to put forth the health services system, Turkish health services and general state of university hospitals in consideration in a descriptive and interrogative manner.

Key words: Turkish Health Sector, University Hospitals

GİRİŞ

Toplumlarda bireyi yüksek düzeyde sağlıklı kılma ve güçlerini en yüksek düzeyde kullanmalarını sağlama görevi sağlık hizmetlerinin sorumluluğuna bırakılmıştır. Bu görev, sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, hastalığın teşhis ve tedavisi ile rehabilitasyonla ilgili fonksiyonları kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri tarafından yürütülen bu fonksiyonların her birine verilen önem ülkelerin sağlık bakım politikaları doğrultusunda değişmektedir.

¹ Öğr.Gör. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu

Hizmet sunumunun ikinci ve üçüncü basamağını oluşturan hastanelerin temel örgütlenme amacı, bireylerin özel sağlık sorunları ve gereksinimlerine yönelik kişisel bakım ve tedavilerini gerçekleştirmektir. Bu amaç son derece dinamik ve değişken kurumlar olarak hastaneleri, diğer endüstri kurumlarından farklı kılmaktadır. Günümüzde, sermaye, teknoloji, mal ve hizmet piyasalarında olduğu gibi, Türk Sağlık Sektörü de ciddi bir değişim süreci içerisinde girmiştir. Özellikle son yirmi yılda sağlık sistemlerinde önemli değişimler yaşanmıştır. Sağlık sistemlerindeki değişimler sağlık hizmetleri arz ve talep modellerini değiştirmiş ve hastanelerin rolleri bundan etkilenmiştir. Sosyal nitelikleri ağır basan hastanelerin, ekonomik işletmelerin yönetiminde olduğu gibi, işletme biliminin ilkeleri içinde yönetilmeyecekleri görüşü, uzun yıllar boyunca toplumların sağlık gibi oldukça hassas olduğu bir konuda geniş taraftar toplamıştır ve bu görüş günümüzde de belli ölçüde kabul görmektedir. Şüphesiz ki, bedensel veya ruhsal açılardan arındırılmış bir bedenin maliyetinin ne olduğu ya da ne olması gerektiği, üzerinde tartışılmayacak kadar önemli bir konudur. Ancak, mevcut koşullar altında ele alındığında, ülkemiz de dâhil olmak üzere, birçok toplumda sağlık hizmetleri, özellikle de hastanelerin sundukları tedavi edici sağlık hizmetleri, bir pazarı olan ve bu pazarda belli bir fiyata satın alınan hizmetler niteliğindedir. Bu niteliğinden ötürü, hastane hizmetleri her şeyden önce ekonomik bir maldır ve bu hizmetleri ortaya koyan hastanelerin de ekonomik ilkeler içinde yönetilmeleri bir gerekliliktir. Bunun yanı sıra, hastaneler birçok yönleriyle başka ekonomik işletmelerin niteliklerine sahiptirler. Öte yandan, günümüzde birçok toplumun sağlık sistemi içinde tek başına bir sektör durumunda olan hastaneler, toplumun tüm bireyelerine hizmet sunan; milli gelirin önemli sayılabilecek bir bölümünün harcamasını gerçekleştiren, çok değişik öğreti gruplarından önemli ölçüde işgücünü istihdam eden; yönetim açısından birçok karmaşık sorunları bulunan; sosyal güvenlik, sağlık sigortası ve eğitim gibi başka sistemlerle çok önemli ve yakın ilişkileri bulunan kurumlardır.

Ayrıca amaçlarını, sosyal, ekonomik, eğitsel ve mesleksi özellikleri açısından, birbirinden farklı disiplinlerin ortak hizmetleri ile yürütme sorumluluğu da üniversite hastanelerine organizasyon açısından çok karmaşık bir özellik kazandırmaktadır. Bu özellik, hastaneleri toplumların değişen ve gelişen sağlık bakım gereksinimlerini yeterli düzeyde karşılayabilmek için işleyiş ve yönetim açısından örgütsel modellerini sık sık gözden geçirmek zorunda bırakmaktadır.

1.SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ

1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, sağlık hakkını "Herkesin gerek kendisi gerek ailesi için, yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dâhil olmak üzere sağlığını ve refahını sağlayacak uygun bir yaşama düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ya da geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır " biçiminde tanımlamıştır (Tümerdem,1992:6). Ayrıca, her bireye

“sağlık hakkı” talebini karşılama görevi Anayasanın 56. maddesine göre devlete verilmiştir.

Dolayısıyla bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için rehabilitasyon yapmak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltebilmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “**sağlık hizmetleri**” denilmektedir. Sağlık hizmetleri kişinin sağlığını korumak, daha iyiye götürmek ve hastalandığı zaman onu yeniden sağlığına kavuşturmak için yapılması gereken tüm hizmetleri kapsar. Dünyanın birçok ülkesinde uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış, ancak giderek çeşitli hastalıklar ve mikroplarla mücadele, çevre sağlığı ve hijyen konusundaki gelişmeler ya da hastalıkların bulaşma süreci ve süresi konusundaki bilgilerin artması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinin farklı alanlarda yoğunlaştığı gözlenmiştir. Birey sağlığının toplum sağlığı ile sıkı ilişki içinde olduğu anlaşılacak geniş halk kitleleri tarafından tedavi edici hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerine de daha fazla önem verilmeye başlanmıştır. Bu alanda, hem kamu kuruluşlarının hem de üçüncü sektöre ait sağlık kurumlarının birçok ülkede toplum sağlığına önemli katkıları olmaktadır. Aslında, toplumun tüm üyelerinin gelirlerine bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlandırılması temel insan haklarından olan “yaşama hakkı”nın bir parçası olarak ele alınmalıdır (Fişek 1983:6).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, kişileri hastalıklardan korumaktır. Ancak, her türlü çabaya karşın herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olmaz, bazıları hastalanır. İşte o zaman, sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan; hastaların tedavisi söz konusu olur. Ayrıca bugünkü bilgilerle ve var olan yöntemlerle her hasta tam olarak tedavi edilemez; bazıları ölür, bazıları ise sakat kalır. Sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı; sakatların başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendilerine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak, yani rehabilite etmektir (Sağlık Bakanlığı, 2002:5).

Buradan hareketle sağlık hizmetlerinin kategorizasyonu konusunda en yaygın olarak kabul edilen yaklaşım, hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üç başlık altında incelemektir. Sınıflamada koruyucu sağlık hizmetleri olarak adlandırılan hizmetler, insanların hasta olmasını önleyecek bir takım tedbirlerle, tehlike meydana gelmeden tehlikenin kendisine karşı bir mücadeledir. Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalık, sakatlık gibi tehlikelere uğrayanları tehlikenin zararlarından kurtarıcı bir hizmettir. Sosyal Devlet ilkesinin bir gereği olarak, devletin temel görevlerinden birisi de vatandaşlarına koruyucu, tedavi edici, önleyici, rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve bu yolla insanların sağlıklı olarak geçirecekleri zamanı uzatmaktır.

2.TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN ÖRGÜTLENMESİ

Sağlık hizmetleri sunumu, sağlık sektöründe yer alan tüm kurum ve kuruluşların ortak katılımını gerektirmekte ve bu durum **sağlık sektörü** olarak adlandırılan yapının ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Sağlık sektörü; sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere çok geniş bir alanı kapsayan sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki ürünü arz etmek ve talep etmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ile bunların içinde yer alan kurum, kuruluş, statü, ürün vb. unsurların tümünü belirtmek için kullanılan genel ve kapsayıcı bir kavramdır (Sargutan, 1999).

Türkiye’de sağlık sektörü 1961 tarih ve 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" hakkındaki kanunun öngördüğü biçimde, kademeli hizmet anlayışı çerçevesinde örgütlenmiştir. Türk sağlık sektörünün oldukça karmaşık bir yapısı vardır. Türk sağlık sektöründeki aktörlerden bazıları kamu, yarı-kamu ve özel kurumlar ile dernek-vakıfların açtığı kurumlardır. Tablo 1.'de doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık sektöründe yer alan kurumlar, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili olup olmamalarına ya da sağlık hizmetlerinin sunumunda idari karar alma yetkisine sahip olup olmamalarına göre gruplara ayrılmıştır.

Tablo 1. İşlevlerine Göre Türk Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar

<u>POLİTİKA OLUŞTURMA</u>	<u>SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU</u>
Türkiye Büyük Millet Meclisi	<u>Kamu:</u>
Devlet Planlama Teşkilatı	Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bakanlığı	Üniversite Hastaneleri
Yüksek Öğretim Kurumu	Savunma Bakanlığı
Anayasa Mahkemesi	<u>Özel:</u>
<u>İDARİ KARAR ALMA</u>	Özel Hastaneler
Sağlık Bakanlığı	Vakıf Hastaneleri
İl Sağlık Müdürlükleri	Azınlık Hastaneleri
<u>SAĞLIK HİZMETLERİ</u>	Özel Çalışan Pratisyen/Uzman
<u>FİNANSMANI</u>	Hekimler
Maliye Bakanlığı	Ayakta Tedavi Klinikleri
Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK	Laboratuvarlar ve Tanı Merkezleri
Bağ-Kur, Emekli Sandığı)	Eczaneler
Özel Sigorta Şirketleri	Tıbbi Cihaz ve Malzeme Satıcıları
Kendi kendini finanse eden kurumlar	<u>Sivil Toplum Örgütleri:</u>
Uluslararası Ajanslar	Kızılay
	Vakıflar, Dernekler

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2007: 102

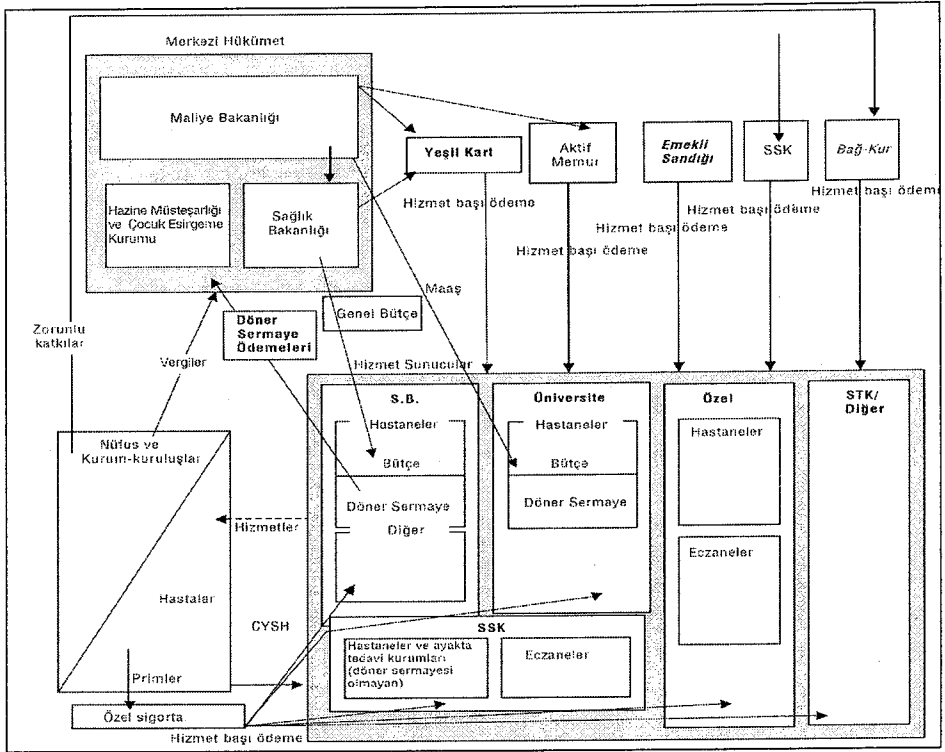
Türk Sağlık Sektöründe politika belirleyici kurumlar olarak TBMM, DPT, Sağlık Bakanlığı (SB), YÖK ve Anayasa Mahkemesi sıralanmaktadır. İdari karar alma yetkisi bulunan kurumlar ise Sağlık Bakanlığı ve il sağlık müdürlükleridir. Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan kuruluşlar olarak ise Maliye Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), özel sigorta şirketleri sıralanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu özerk bir kurum olarak, Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur'un (2008 yılından itibaren Yeşil Kart bütçe olarak bu kapsama alınmıştır) bu kurum çatısı altında birleştirilmesine karar verilmiştir. Türk Sağlık Sektöründe hizmet sunucusu olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri ve özel sektöre bağlı hastaneler önemli rol oynamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007: 103).

3.TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN FİNANSMANI

Türk Sağlık Sektörü (TSS), günümüze gelinceye kadar önemli dönüşümler geçirmektedir. Özellikle sağlık finansmanı ve hizmet sunumu sistemlerinde parçalanmayı ve duplikasyonu (tekrarlama) engellemek; sağlık sigortasına ve sağlık hizmetlerine genel erişimi sağlamak için kurumsal ve yapısal reformlar SDP kapsamına alınarak 2003 yılından başlayarak uygulanmaktadır. 2003 yılından önce TSS'de, sağlık hizmetlerini finanse eden ve sunan çeşitli kamu kurumları bulunmaktaydı. Bunların bazıları arasında hiyerarşik; bazıları arasında ise sözleşmeye dayalı ilişkiler söz konusuydu. Bunlar toplumun farklı kesimlerine hizmet vermekteydi, bu da kapsamda boşluklar doğurmaktaydı. Sosyal güvenlik kurumları; kayıtlı sektörde maaşlı çalışanları, serbest çalışanları, çalışan veya emekli devlet memurlarını kapsıyordu. Hükümet tarafından finanse edilen bir program (Yeşil Kart programı) da, düşük gelirli sigortasızları kapsıyordu.

Türkiye'de 2003 yılına kadar sağlık sektörünün finansmanın büyük bir kısmı, (yaklaşık %60 ila %70'i) kamu kaynaklarından, kalan kısmı ise özel kaynaklardan elde edilmekteydi. Türkiye'de sağlık alanında yapılan kamu harcamaları; SB, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, Diğer Bakanlıklar ve kurumlar, yerel yönetimler, devlet teşebbüsleri, devlet memurları ve sosyal güvenlik kurumlarınca üstlenilen harcamaları içermekteydi. Özel harcamalar; cepten yapılan ödemeleri, şirketler ve bireyler tarafından finanse edilen politikalara yönelik özel sağlık sigortası ödemelerini kapsamaktaydı. Şekil 1'de 2003 yılına kadar Türk sağlık sektöründeki fon akışı düzenlemeleri gösterilmektedir.

Şekil 1. 2003 Yılına Kadar Türk Sağlık Sektörünün Finansman Yapısı

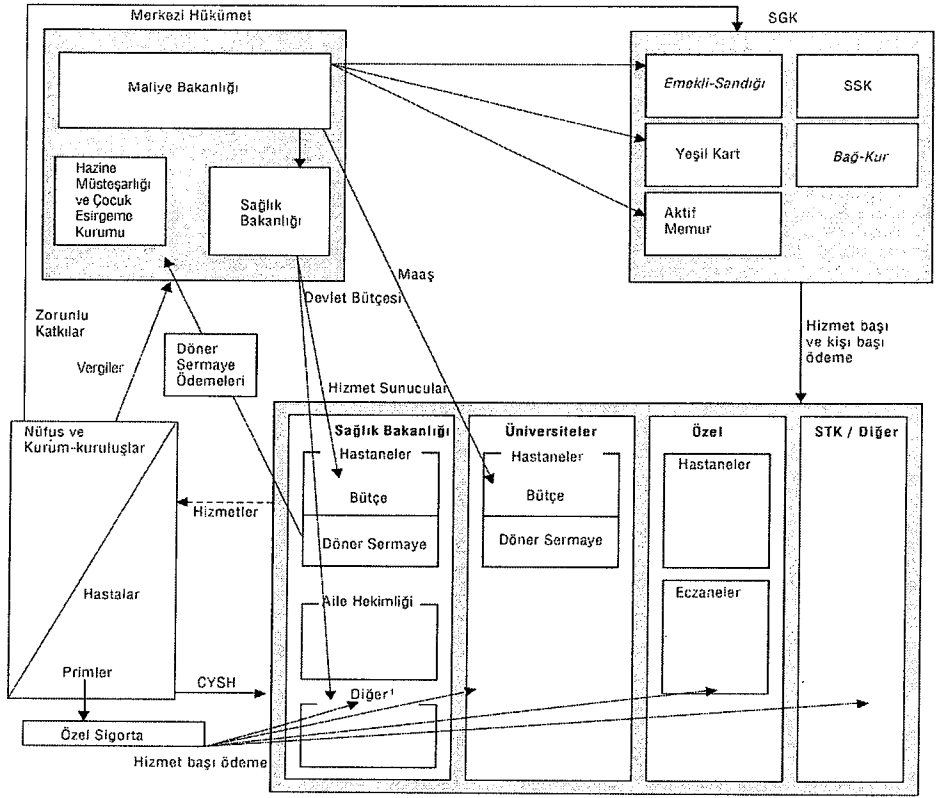


Kaynak: OECD, 2009: 21

2003 yılına kadar, kamu sağlık finansmanı ile ilgili düzenlemelerin özünde 1946 yılında kurulan, 1960'lar ve 1970'ler boyunca önemli ölçüde gelişen bir sosyal güvenlik sistemi vardı. Bu sistemde, üç ayrı sağlık sigorta fonu bulunmaktaydı: (i) Kamu ve özel sektördeki mavi yakalı işçiler için Sosyal Sigortalar Kurumu yani SSK (ii) Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar için Sosyal Sigortalar Kurumu yani *Bağ-Kur* (iii) Devlet Memurları Emeklilik Fonu yani Emekli Sandığı. Çalışan devlet memurları Emekli Sandığına dâhil edilmemişti ve harcamaları doğrudan devlet bütçesinden karşılanmaktaydı. 1992 yılında Hükümet, "Yeşil Kart" uygulamasını başlattı (Sağlık Bakanlığı, 2007: 103).

2003 yılından sonra Türk Sağlık Sektörünün finansman sisteminde meydana gelen değişiklikler SDP kapsamında yürütülmüştür. SDP, Türk sağlık sektörünün uzun zamandan beri var olan sorunlarını ele almak için tasarlanmıştır, bu sorunlar: i) Diğer OECD ve orta gelirli ülkelere kıyasla geri kalmış olan sağlık sonuçları ii) Sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikler iii) Sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan ve mali sürdürülebilirliği zayıflatan parçalı yapı iv) Düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verebilirliktir (OECD, 2009: 36).

Şekil 2. Türk Sağlık Sektörünün Finansmanı 2008 (GSS Yasasının Kabulünden Sonra)



Kaynak: OECD, 2009: 48

SDP kapsamında öngörülen kurumsal ve organizasyonel değişiklikler Şekil 1. ve Şekil 2. kıyaslandığında ortaya çıkmaktadır. SDP kapsamında SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart programlarını tek bir şemsiye (SGK) altında birleştirecek tek bir satın alıcı bünyesinde GSS'nin kurulması 2008 yılında çıkarılan yasa ile hayata geçmiş bulunmaktadır. Finansman açısından, sosyal güvenlik yasasının GSS ile ilgili bölümleri, TBMM'den ancak Nisan 2008'de geçebilmiştir. Yeşil Kart uygulaması, henüz SGK tarafından bütünüyle benimsenmemiştir; ancak bunun 2009 itibarıyla başarılabilmesi için planlar yapılmıştır. Yeşil Kart almaya hak kazanmak için tanımlanan gelir düzeyinin fazlasına sahip birçok Türk vatandaşı kayıt dışı sektörde çalışmakta ve birçoğunun sosyal güvenlik kaydı bulunmamakta ya da sağlık sigortası için prim ödemesi yapmamaktadır. Yeşil Kart almaya hakkı olanlar ve önceden sigortası olmayanlar için SGK'nin nasıl para ve mal varlığı soruşturması yapacağına ilişkin yeni prosedürler henüz belirlenmemiştir (OECD, 2009: 39).

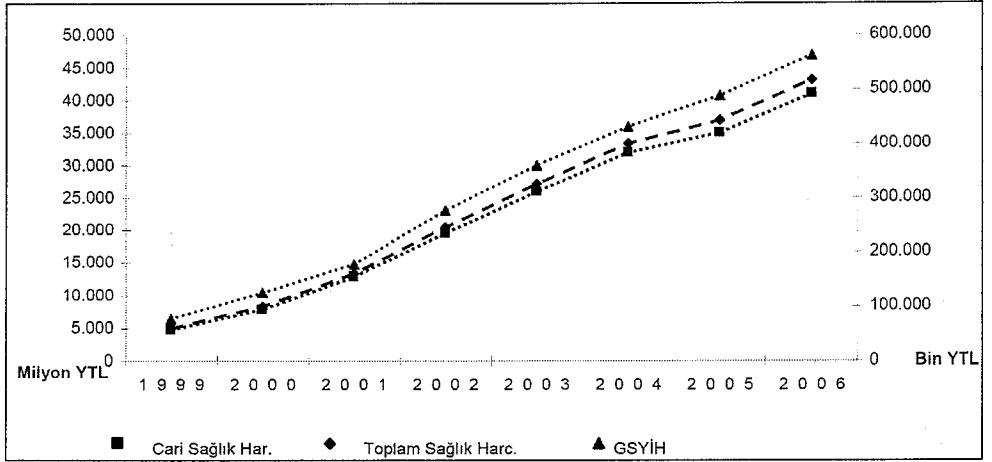
2003'ten beri SDP'nin uygulanması, sağlık sisteminde bazı önemli değişikliklere yol açmıştır. Türkiye'deki devlet hastanelerinin çoğunluğu, daha önceden Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından yönetilenler de dâhil olmak üzere, artık tek bir çatı (Sağlık Bakanlığı) altında entegre edilmiştir. Böylelikle prensipte sağlık hizmetleri satın alıcısı ile hizmet sunucusu birbirinden ayrılmıştır. Bu reformların sonucu olarak, çeşitli sosyal güvenlik kurumları artık tek bir kurum altında, yani SGK bünyesinde birleşmiştir. Bu kurumlar, ortaklaşa yararlanan veri tabanları ile talep ve kullanım yönetim sistemlerini paylaşmaktadır.

4. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN MEVCUT DURUMU

Bir ülkedeki sağlık sektörünün mevcut durumunun ortaya konulmasında en önemli veriler olarak toplam sağlık harcaması, kişi başına düşen sağlık personeli sayısı ve memnuniyet durumu sayılabilir. Dolayısıyla Türk Sağlık Sektörünün mevcut durumu, hem tıbbi hem de tıbbi olmayan etkenlerce belirlenmektedir. Halk sağlığı için çok sayıda belirleyici olduğunu belirten geniş bir literatür bulunmaktadır. Örneğin, Gottret ve Schieber (2006) literatürü araştırarak devletin sağlık harcamaları ile sağlık sonuçları üzerindeki diğer kesit unsurları arasındaki ilişkinin yeni kanıtlar ortaya koymuşlardır. Hükümetin sağlık harcamalarındaki artışların, 5 yaş altı ölüm oranının azaltılması üzerinde, eğitim, yol ve temizlik alanındaki hükümet harcamalarındaki benzer artışlardan daha büyük ve net bir etkisi olduğunu tespit etmişlerdir. Jamison (2006) ise gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerdeki sağlık sonuçlarının gelişimini etkileyen kilit unsur olarak sağlık harcamalarını göstermişlerdir. Dolayısıyla Türkiye'deki sağlık sektörünün mevcut durumunun ortaya konulmasında en önemli veri olarak "toplam sağlık harcaması" gösterilebilir.

Toplam Sağlık Harcaması (TSH) OECD sağlık hesapları sistemine göre sağlık için yapılan cari harcama ve yatırım harcamasının toplamından oluşmaktadır. Cari sağlık harcaması ise; tüm tedavi, rehabilitasyon, koruyucu ve halk sağlığı, yardımcı tıbbi hizmetler ile bu hizmetlerin yönetimi ve topluma sunulması için gerekli ilaç, tıbbi sarf ve tedavi malzemeleri, sağlık personeli maaş ve ücretleri için yapılan harcamaları kapsamaktadır.

Şekil 3. Cari Sağlık Harcaması, Toplam Sağlık Harcaması ve GSYİH'nin Yıllar İtibariyle Değişimi, 1999-2006, Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2007: 102

Şekil 3.'de Cari Sağlık Harcamasının, Toplam Sağlık Harcamasının ve GSYİH'nin 1999–2006 yılları itibari ile değişimi görülmektedir. Grafik incelendiğinde yapılan sağlık harcaması ile GSYİH'nin değişiminin birbirine paralel olduğu görülecektir.

Tablo 2. Toplam Sağlık Harcamasının Finansman Kurumlarına Göre Dağılımı, 1999–2006, Türkiye

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
GSYİH (milyon YTL)	77.415	124.583	178.412	277.574	359.763	430.512	487.202	576.322
GSYİH içinde Cari Sağlık Harcaması (%)	6,2	6,3	7,2	7,0	7,3	7,4	7,2	7,1
GSYİH içinde Toplam Sağlık Harcaması (%)	6,4	6,6	7,5	7,4	7,6	7,7	7,6	7,5
Toplam Sağlık Harcaması içinde Özel Sektör Payı (%)	38,9	37,1	31,8	29,6	28,4	27,7	28,6	27,6
Toplam Sağlık Harcaması içinde Hanehalkı Cepten Sağlık Harcaması (%)	29,1	27,7	23,4	21,0	19,9	19,2	19,9	19,3
Toplam Sağlık Harcaması içinde "Diğer" Payı (%)	9,8	9,4	8,4	8,7	8,6	8,6	8,7	8,2
Toplam Sağlık Harcaması içinde Kamu Harcaması (%)	61,1	62,9	68,2	70,4	71,6	72,3	71,4	72,4
Toplam Sağlık Harcaması içinde Sosyal Güvenlik Harcaması (%)	32,4	34,9	34,5	37,2	39,1	39,6	37,7	41,0
Toplam Sağlık Harcaması içinde Yatırım Payı (%)	4,0	4,4	3,9	4,9	4,4	4,0	5,5	4,9
Kişi başına düşen Cari Harcama (YTL)	75,5	122,3	194,6	294,8	385,5	463,0	513,6	592,0
Kişi başına düşen Cari Harcama (ABD \$)	171	185	155	185	247	310	381	391
Kişi başına düşen Toplam Harcama (ABD \$)	178	194	161	194	259	323	381	411

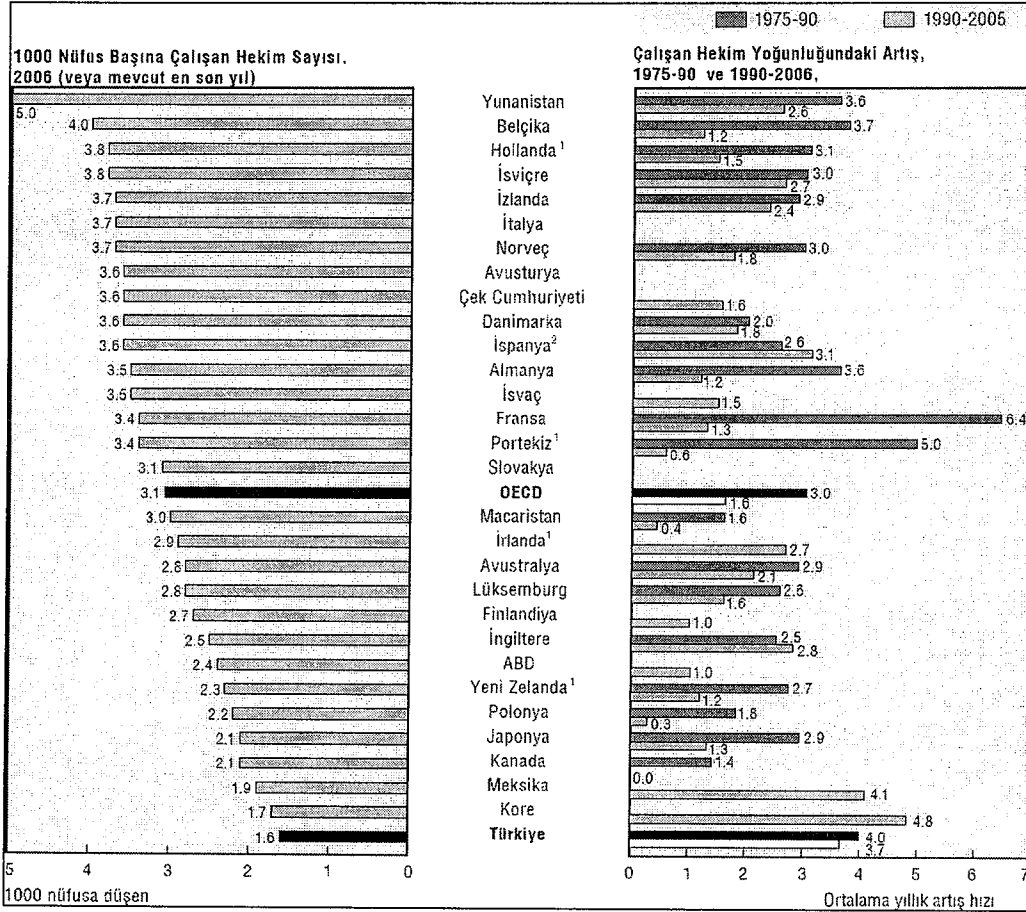
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2007: 102

Türkiye Toplam Sağlık Harcaması (TSH) 2000 yılı için 8.248 milyon YTL olup kişi başına yapılan sağlık harcaması yaklaşık olarak 122,3 YTL ya da ilgili yılın ortalama dolar kuruna göre yaklaşık 195 ABD\$'dır. Bu değer, Satın Alma Gücü Paritesi (SGP)'ne göre 463 ABD\$'dır. Tablo 2.'de 1999-2006 yıllarını kapsayan ilgili değerler görülmektedir.

Türkiye'deki sağlık sektörünün mevcut durumunun ortaya konulmasında bir diğer kriter ise kişi başına düşen hekim sayısı gösterilebilir. Özellikle vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimlerinde hakkaniyetin sağlanması açısından kişi başına düşen hekim sayısının artırılması gerekmektedir. Zaruri

sağlık hizmetlerine erişimde makul bir eşitliğin yakalanması (yani “eşit ihtiyaç için eşit tedavi” olması) birçok ülkede başlı başına önemli bir hedef olarak görülmektedir. Bunun ayrıca, bir ulusun ortalama sağlık durumu üzerinde de kayda değer sonuçları kesinlikle olacaktır. Müdahale olmaksızın, bütün ülkeler, “ters hizmet kuralı” deneyimini (sağlık hizmetlerine erişim eğiliminin sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç ile ters orantılı olması) yaşamaktadır. Çünkü düşük gelirli, genellikle kötü sağlık durumu ile ilişkilendirilmektedir. Daha iyi bir ortalama sağlık durumunun sağlanması için, bir ülkedeki sağlık harcamalarının dağılımının değiştirilerek zengin lehine değil fakir lehine yapılması genel sağlık harcamalarının artırılması kadar etkili olabilir. SDP kapsamında hekimlerin coğrafi dağılımı, çok daha eşit hale gelmiştir. SB, 2003 ve 2007 yılları arasında yeni atanan sağlık personeli sayısının kayda değer şekilde artırdığını bildirmiştir.

Şekil 4. Nüfus Başına Düşen Hekim Sayısı, Türkiye ve Diğer OECD Ülkeleri



Kaynak: OECD, 2009: 67

Yeni personelin 16.000'i kişi başına düşen sağlık personeli açısından sıkıntılı bölgelerde görevlendirilmiştir. Şekil 4'e göre, 2006 yılında Türkiye'de 1000 nüfusta 1,6 olan hekim yoğunluğu, diğer OECD ülkelerinden daha düşüktür. Türkiye'deki hekim yoğunluğu, 2006 yılında OECD ortalamasının yarısı civarındadır. Türkiye'deki hekimlerin %50'sinden biraz fazlası uzman olup yaklaşık %20'si de uzman olmaya çalışan asistan pozisyonundadır ve sadece %30'u pratisyen hekim olarak çalışmaktadır. Şekil 4.'ten de görüleceği üzere hekim yoğunluğu açısından Türkiye OECD ortalamasının çok altında yer almaktadır. Bu durum hizmetlerdeki hakkaniyet düzeyinin azalmasına yol açmaktadır. Türkiye'de özellikle bu sorunun çözümlenmesinde üniversite hastaneleri kilit role sahip bulunmaktadır.

Türkiye'deki sağlık sektörünün mevcut durumunun ortaya konulmasında son olarak değerlendirilebilecek diğer önemli kriter ise "hasta memnuniyeti"dir. Sağlık hizmetleri memnuniyetinin ölçülmesi yöntemi, Türkiye'nin yanı sıra bazı Avrupa ülkelerinde de kullanılmaktadır. Böylece beklentilerin tüm ülkede aynı şekilde olduğu varsayılarak uluslararası kıyaslama yapmak mümkün hale gelmektedir.

Tablo 3. Türkiye'deki Sağlık Hizmetlerinden Hastaların Memnuniyet Düzeyleri

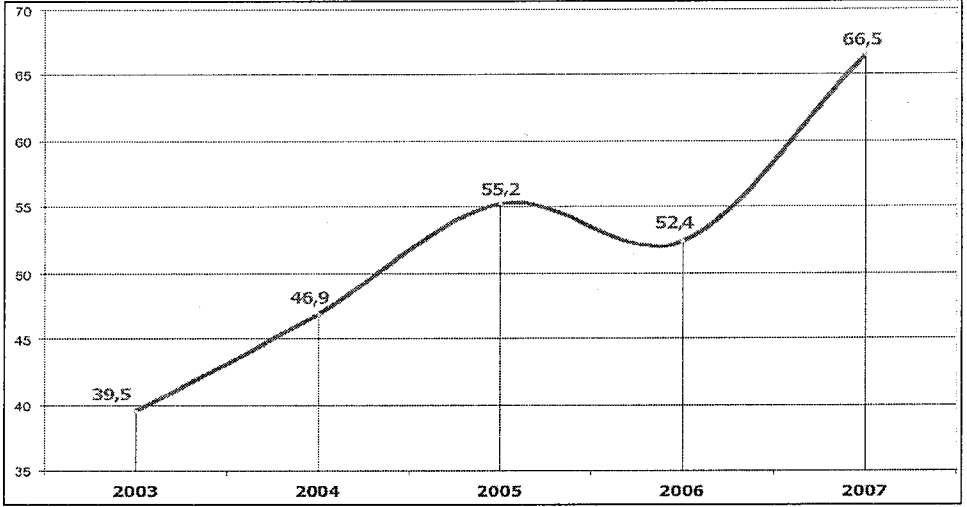
	Türkiye'nin puanı (%)	10 Avrupa ülkesi ortalama puanı (%)
Hastaların Kayıt ve Bilgilerinin Gizli Tutulması	68	94
Doktorun Hastayı Dinlemesi	72	89
Hastalara Konsültasyon Sırasında Yeterli Zamanlarının Olduğunun Hissettirilmesi	65	87
Acil Sağlık Sorunları İçin Hızlı Hizmet Sunulması	76	87
Hastaların Hastalıklarının Semptomları İle İlgili Bilmek İstedikleri Bilginin Verilmesi	70	85
Doktorların İşini Tam Yapması	73	85
Hastaya Yapılan Fizik Muayene	75	85
Hastalara Yapılan Test ve Tedavilerin Amaçlarının Açıklanması	68	85
Sağlık Birimindeki Doktor Dışı Personelin Yardımcı Olma Durumu	67	84
Hastaların Doktorlara Sorunlarını Söylemelerini Kolaylaştırma	67	84
Hastaların Kişisel Durumu İle İlgilenilmesi	67	84
Hastaların Günlük Normal Aktivitelerini Gerçekleştirecek Kadar İyi Hissetmelerini Sağlamak	63	84
Hastalara Doktor Tavsiyelerine Uymanın Öneminin Kavrılması	77	83
Hastaların Tıbbi Bakımları İle İlgili Kararlara Katılımının Sağlanması	61	83
Hastaya Uygun Zamanlarda Randevu Verilmesi	70	82
Hastanın Semptomlarının Çabuk İyileştirilmesi	63	81
Doktorların Önceki Görüşmelerde Hastalara Yaptıklarını ve Söylediklerini Bilmesi	71	81
Hastaların Bir Uzman dan veya Hastane Bakımından Ne Bekleyecekleri Konusunda Hazırlanılması	66	79
Hastaların Sağlık Durumlarıyla İlgili Duygusal Sorunlarla Başa Çıkabilmelerine Yardımcı Olunması	60	79
Hastalıklardan Korunma İçin Hizmet Sunulmasının Teklif Edilmesi (örn. tarama, sağlık kontrolü, bağışıklama)	64	77
Muayenehaneye Telefonla Ulaşabilme	76	77
Hastaların Doktorlarla Telefon İle Görüşebilmesi	75	75
Hastaların Bekleme Odasında Geçirdikleri Zaman	63	63

Kaynak: OECD, 2009: 82

Türkiye'de yapılan araştırmada, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 42 hekim muayene mahallinden 33 tanesi seçilmiştir. Her bir muayene mahallinde,

birbirini izleyen en az 30 yetişkin hastaya anket soruları sorulmuştur. Cevap verme oranı %77 olmuştur. Tablo 3. de Türkiye'deki ve (ortalama olarak) 10 Avrupa ülkesinden oluşan bir gruptaki sağlık hizmetlerine ilişkin 23 soruya "iyi" ya da "mükemmel" cevaplarını veren hastaların oranlarını göstermektedir.

Şekil 5. Türkiye'de Genel Olarak Sağlık Hizmetlerinden Memnun Olanların Oranı ve 2003-2007 Yılları Arasındaki Değişim



Kaynak: TÜİK, 2008: 38

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2008 yılında 2878 örnek hanede, 6465 kişiyle yüz yüze gerçekleştirdiği "yaşam memnuniyeti araştırması" sonuçlarına göre Türkiye'de genel olarak sağlık hizmetlerinden memnun olanların oranının 2003- 2007 yılları arasındaki değişimi şekil 5.'te gösterilmiştir. TÜİK tarafından yayımlanan ve Türk vatandaşlarının sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranının SDP'nin başlatılmasından hemen önce 2003 yılında %39,5 iken; 2005'te %55,2'ye ve 2007 yılında %66,5'e yükseldiğini gösteren yaşam memnuniyeti anketi sonuçlarına dikkat çekmiştir. Bu oranlara bakıldığında özellikle SDP'den sonra sağlık hizmetlerinden memnuniyetin arttığını söyleyebiliriz (TÜİK, 2008:42).

5.TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ HASTANELER

Türkiye'de sağlık hizmetleri arzı, kamu ve özel hizmet sunucular tarafından sağlanmaktadır. Bu kapsamda en önemli kamu hizmet sunucusu Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve üniversite hastaneleridir. Ancak SSK hastanelerinin, bazı kamu kuruluşları ve belediye hastanelerinin sundukları sağlık hizmetinin SB'ye devredilesi ile birlikte SB hastaneleri en büyük sağlık hizmet sunucu birimler haline gelmişlerdir. Üniversite hastaneleri gerçekleştirilen son değişiklikten sonra SB'den sonra en önemli hizmet sunucusu konumundadır.

Türkiye’de 2007 yılı itibari ile 170.291 yatak kapasiteli 1202 adet hastane bulunmaktadır. Bu hastanelerin 807’si SB’ye, 56’sı Üniversitelere, 305’i özel mülkiyete, 6’sı belediyelere, 19’u dernek ve vakıflara, 3’ü yabancılara ve 5’i ise azınlıklara aittir.

Tablo 4. Türkiye’deki Hastanelerin Kurumlara Göre Dağılımı

BRANŞ	GENEL	EĞİTİM	TOPLAM
Kamu Hastaneleri			
<i>Devlet Hastaneleri</i>	604	27	631
<i>Kadın Doğum Hastaneleri</i>	58	6	64
<i>Çocuk Hastaneleri</i>	7	3	10
<i>Göğüs Hastaneleri</i>	18	4	22
<i>Yüksek İhtisas Hastanesi</i>	1	4	5
<i>Ruh Sağlığı Hastaneleri</i>	9	2	11
<i>Fizik Tedavi Hastaneleri</i>	8	2	10
<i>Onkoloji Hastaneleri</i>	1	1	2
<i>Acil Yardım ve Travmatoloji Hastaneleri</i>	4		4
<i>Kemik Hastalıkları Hastaneleri</i>	2	1	3
<i>Zührevi Hastalıklar Hastaneleri</i>	1		1
<i>Lepra Hastaneleri</i>	2		2
<i>Diş Hastaneleri</i>	1	1	2
<i>Meslek Hastalıkları Hastaneleri</i>	2		2
<i>Göz Hastalıkları Hastaneleri</i>		2	2
<i>İlçe Hastanesi</i>	36		36
Toplam	754	53	807
Üniversite Hastaneleri	-	-	56
Özel Hastaneler	-	-	305
Belediye Hastaneleri	-	-	6
Dernek ve Vakıf Hastaneleri	-	-	19
Yabancılara Ait Hastaneler	-	-	3
Azınlık Hastaneleri	-	-	5
Genel Toplam	-	-	1202

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2008’den alınan verilere göre oluşturulmuştur.

Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin temel tedarikçisi ve koruyucu hizmetlerin de tek tedarikçisidir. Sağlık Bakanlığı, birinci, ikinci, ihtisaslaşmış yataklı ve ayakta tedavi kurumları ile çok geniş bir ağ dâhilinde hizmet vermektedir. Kamu sektöründeki bu geniş ağ, özel sektörde hem ayakta hem de yataklı tedavi hizmeti veren daha az sayıdaki özel kurumla tamamlanmaktadır.

2004-2005 yılları arasında hastanelerin ayakta tedavi hizmeti veren bölümlerine başvuru sayısı % 22,5 civarında artarken, 2005-2006 yılları arasında %16,1’lik bir artış söz konusudur. Hastane bazında ayakta tedavi kurumlarına başvuru sayısı tablo 5.’de belirtilmiştir.

Tablo 1. Türkiye’deki Hastanelere Başvuran Hastaların Kurumlara Göre Poliklinik Durumu, 2002-2006

Kuruluşlar	Yıllar	POLİKLİNİK		YATAN HASTA		Yatan Hasta Oranı (%)
		Sayı	% Artış	Sayı	% Artış	
Sağlık Bakanlığı	2002	66.231.841		2.806.588		4,2
	2003	68.937.525	4,1	2.896.540	3,2	4,2
	2004	91.257.412	32,3	3.522.173	21,6	3,9
	2005	164.758.149	80,5	5.081.539	44,3	3,1
	2006	189.422.137	15,0	5.379.198	5,9	2,8
Üniversite	2002	8.823.361		781.990		8,9
	2003	9.637.840	9,2	838.486	7,2	8,7
	2004	10.685.275	10,9	921.735	9,9	8,6
	2005	11.493.879	7,6	1.025.614	11,3	8,9
	2006	12.588.872	9,5	1.165.277	13,6	9,3
Özel (1)	2002	4.407.122		529.511		12,0
	2003	5.033.572	14,2	586.961	10,8	11,7
	2004	6.187.371	22,9	637.731	8,6	10,3
	2005	10.804.981	74,6	871.329	36,6	8,1
	2006	15.277.331	41,4	1.215.520	39,5	8,0
SSK	2002	43.561.287		1.363.191		3,1
	2003	44.977.045	3,3	1.382.636	1,4	3,1
	2004	43.911.817	-2,4	1.338.260	-3,2	3,0
	2005	0		0		
	2006	0		0		
Diğer Kamu	2002	1.293.748		26.983		2,1
	2003	1.127.136	-12,9	31.894	18,2	2,8
	2004	809.366	-28,2	20.901	-34,5	2,6
	2005	243.265	-69,9	33.032	58,0	13,6
	2006	252.085	3,6	4.656	-85,9	1,8
TOPLAM	2002	124.317.359		5.508.263		4,4
	2003	129.733.118	4,4	5.736.517	4,1	4,4
	2004	152.851.241	17,8	6.440.800	12,3	4,2
	2005	187.300.274	22,5	7.011.514	8,9	3,7
	2006	217.540.425	16,1	7.764.651	10,7	3,6

²Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2006

Sağlık Bakanlığı’nın sağlık ocakları tarafından tanı ve tedavi için daha üst kurumlara sevk edilen hastaların sayısı, Sağlık Bakanlığının ayakta tedavi kurumlarına giden hastaların % 9’una eşittir. Bu da doğrudan hastanelerin ayakta tedavi imkânlarına başvuran insanların büyük bir kısmının birinci basamak sağlık kurumundaki hekimin tavsiyesini almadan kendi kararına göre hareket ettiğini göstermektedir. Sağlık harcamalarında artışa ve gereksiz iş yükü oluşturarak hakkaniyete ters düşen bu durumun, aile hekimliği modeli ile aşılması düşünülmektedir(www.saglik.gov.tr).

Tablo 1.’ten görüleceği üzere SB hastanelerinin 2005 yılındaki poliklinik sayısı % 80,5 artmış bulunmaktadır. Bu durumun en önemli nedeni; SSK hastanelerinin SB’ye devredilmesi ile 2004 yılından sonraki veriler SB hastanelerine aktarılmasından kaynaklanmaktadır.

6.TÜRKİYE’DEKİ ÜNİVERSİTE HASTANELERİ

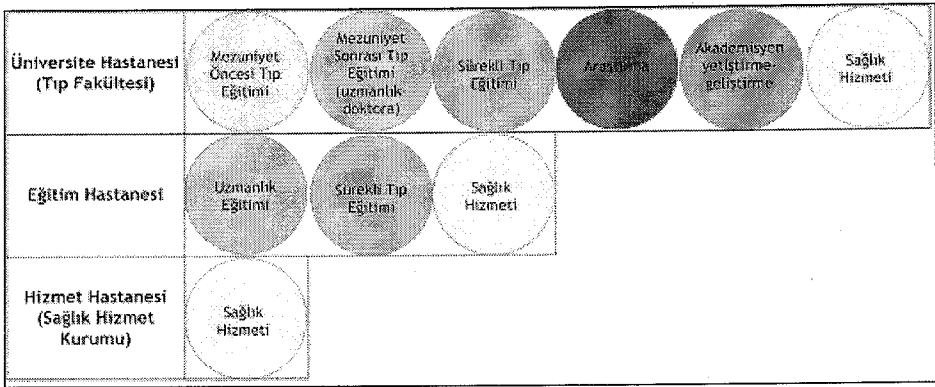
Sağlık sistemi içerisinde doğrudan hasta tedavisi ve bakımını amaçlayan hastanelerin önemli bir bölümü de eğitim ve araştırma kurumları olarak faaliyet göstermektedir. Bu kurumlar hasta tedavisi hizmetleri yanı sıra, çeşitli sağlık disiplinlerinin eğitimi ve tıbbi araştırma faaliyetlerini de üstlenmektedir.

² Özel Hastanelerin 2002–2006 yılları arasındaki artış oranı dikkat çekicidir. Bunun en önemli nedeni olarak SDP kapsamında gerçekleştirilen yeni düzenlemelerdir. Bu durum aynı zamanda SB’nin sağlıkla ilgili politikalarında liberalleşme eğilimini de göstermektedir. Bu eğilimin gittikçe hız kazanması son yıllarda hastane süreçlerindeki DKK uygulamalarının sayısını ve kapsamını artırmaktadır.

Sağlıkla ilgili araştırma ve uygulama merkezleri olarak eğitim hastaneleri kapsamında yer alan **üniversite hastaneleri** ise üstlendikleri tıp ve diğer sağlık disiplinlerinin eğitimi, sağlıkla ilgili araştırmalar ve daha çok ilerlemiş ve ciddi sorunları olan hastaların tedavi hizmetleri ile toplumların sağlık düzeyinin yükseltilmesinde önemli rol oynamaktadırlar.

Mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi, sürekli tıp eğitimi, tıbbi araştırmalar, akademisyen yetiştirme-geliştirme ve muhtelif sağlık hizmetleri gibi altı önemli misyonu birlikte taşıma görevi üniversite hastanelerinin sorumluluğunu diğer hastane türlerine göre arttırmaktadır. Bu sorumluluğu yerine getirmede temel ilke, söz konusu altı misyon arasında birinin diğerine üstünlük kurmasına fırsat vermeyecek bir dengenin oluşturulmasıdır.

Şekil 6. Türkiye'deki Üniversite, Eğitim ve Hizmet Hastanelerinin Sorumluluk Yükü



Kaynak: Üniversite Hastaneleri Birliği; 2009: 9

Diğer sağlık kuruluşlarından farklı olarak eğitim, araştırma ve hasta bakımı işlevlerinin aynı yapı içerisinde örgütlenmesinin sağlanması son derece önemli çabaları gerektirmektedir. Ayrıca sağlık bilimlerinde bilimsel bilginin artması, teknolojik ilerlemeler ve farklı alanlarda uzmanlaşmanın getirdiği sorunlar üniversite hastanelerini daha kompleks bir çevre içerisinde mücadele etmeye itmektedir. Böylesi bir durumla mücadele etmek zorunda kalan üniversite hastanelerinin daha esnek bir organizasyon yapısına sahip olması gerekmektedir.

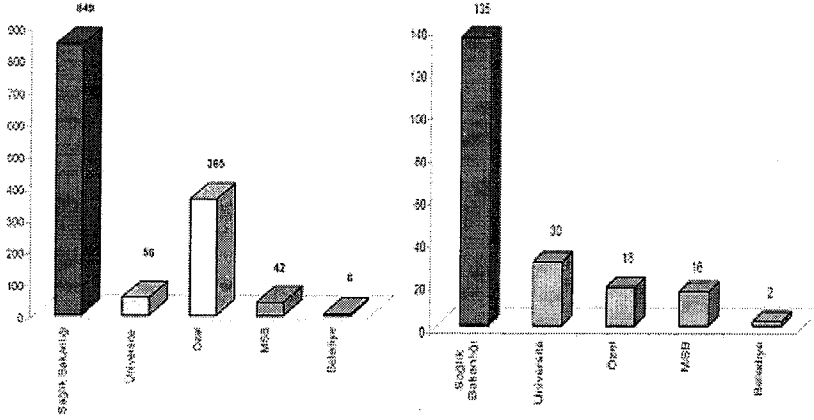
6.1. Türk Sağlık Sistemi İçerisinde Üniversite Hastanelerinin Yeri

Türk Sağlık Sisteminde Üniversite hastaneleri, üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak tanımlanmışlardır. Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim hastaneleri ile birlikte ülkemizin en ileri düzeyde sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarıdır.

SB 2008 verilerine göre Türkiye'de toplam 56 adet üniversite hastanesi bulunmaktadır. Hastane yataklarının %14.8'ini Üniversite hastaneleri, %67'sini

SB Hastaneleri, %10'unu özel ve vakıf hastaneleri oluşturmaktadır. Üniversite Hastaneleri toplam hastane sayısının %4.2'si iken yatak oranı %14.8'dir. Bu Üniversite Hastanelerinin genellikle daha yüksek yatak sayısına (ort. 536) sahip olduğunu göstermektedir (bknz. Tablo 5).

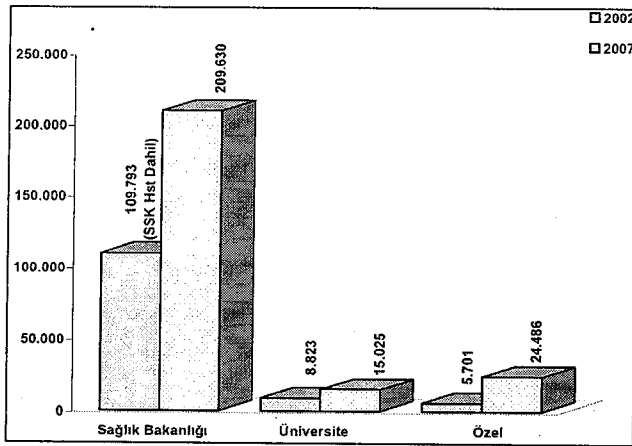
Şekil 7. Türkiye'deki Üniversite Hastanelerinin Diğer Kurum Hastanelerine Göre Durumu



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2008:11

Özel hastanelerde kurum başı ortalama yatak 49, SB Hastanelerinde 159 dur. Kurum Başına muayene edilen hasta sayısı (*1000/Yıl) Üniversite Hastanelerinde 268 iken SB Hastanelerinde 1.548 olmuştur. Üniversite Hastaneleri poliklinik hizmetinin % 6'sını karşılamaktadır. Buna karşılık Üniversite Hastaneleri yatan hastaların %14 üne hizmet vermektedir.

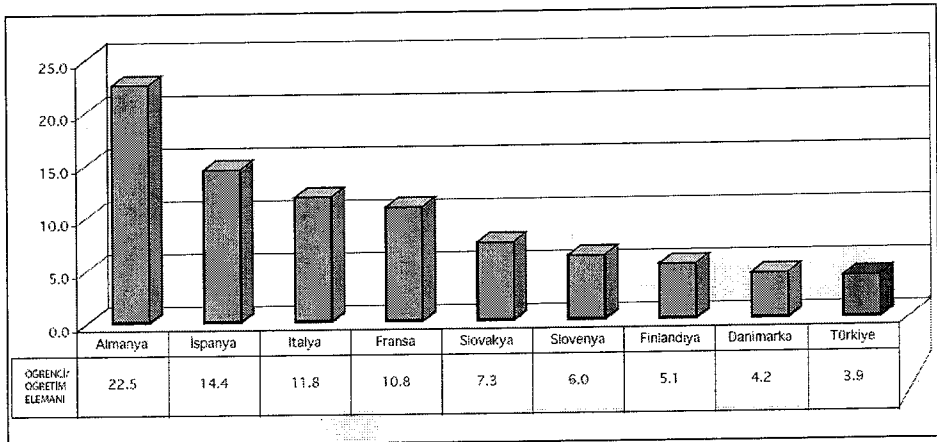
Şekil 8. Türkiye'deki Hastanelerde Muayene Edilen Hastaların Kurumlara Göre Dağılımı (Bin Kişi), 2002-2007



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2008: 15

Üniversite hastanelerinin Türk Sağlık Sistemi içerisinde önemini artıran bir diğer durum ise sağlık insan gücünün sağlandığı temel kaynak olmasıdır. Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlıklı bir hayatın devam ettirilmesinde sağlık çalışanlarının büyük önemi vardır. Bu nedenle sağlık alanında çalışan sağlık personelinin sayısı ve eğitimi önem taşımaktadır. Bu bağlamda Türkiye'deki üniversite hastaneleri sağlık insan gücünün yetiştirilmesinde ve sektöre arz edilmesinde en önemli kurumdur. Sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi için sağlık personelinin yeterli sayıda ve çağdaş normlara göre yetiştirilmesi ve ülke çapında dengeli bir dağılım ve plan yapılması önemlidir. Ülkemizdeki tıp fakültesi sayısı 1986 -1987 öğretim yılında 21 iken, 2006-2007 öğretim yılında bu sayı 47'ye, bu fakültelerdeki öğrenci sayısı ise aynı dönemde 29.759'dan ancak 33.537'ye ulaşmıştır. Yani, fiziki altyapı ve eğitim kadrosu artarken öğrenci sayısı göreceli olarak azalmıştır. Öğretim üyesi sayısı ise bu dönemde 2007'den 8512'ye yükselmiştir. Öğrenci sayısı/ öğretim üyesi sayısı oranı da 14.8'den 3.9'a düşmüştür. Bu oran bazı Avrupa ülkelerinin öğrenci sayısı/ öğretim üyesi sayısı oranı ile karşılaştırıldığında ülkemizde öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısının düşük olduğu görülmektedir (Bknz. Şekil 9.). Dolayısıyla Türkiye'de daha fazla tıp öğrencisi yetiştirecek sayıda tıp fakültesi ve öğretim üyesi bulunmaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 2008b: 7).

Şekil 9. Bazı AB Ülkelerinde ve Türkiye'de Öğretim Üyesi Başına Düşen Öğrenci Oranları

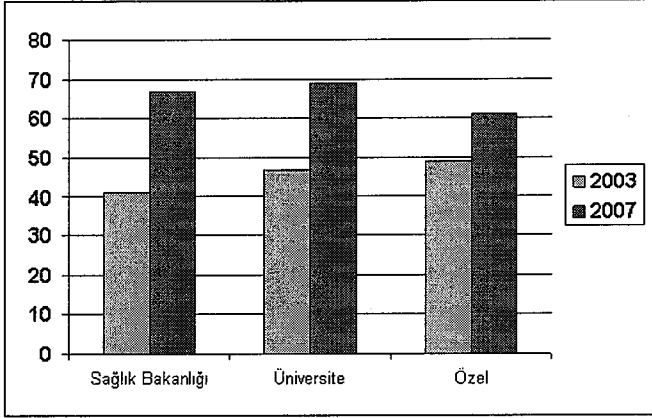


Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2008b: 31

Zira; Türkiye'de 100.000 kişiye düşen aktif çalışan uzman hekim sayısı (73,04) Dünya Sağlık Örgütünce tanımlanan Avrupa Bölgesi (272,06) ülkeleri ve 27 AB üyesi ülke ortalamasından (220,09) oldukça düşüktür. Bu durumda Türkiye'deki tıp öğrencilerinin sayılarının artırılarak; orta vadede, öğretim üyesi başına düşen öğrenci oranının AB ülkelerinin ortalamasına çıkarılması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008b: 32).

Üniversite hastanelerinin Türk Sağlık Sistemi içerisindeki konumunun ortaya konulmasında son olarak vatandaşların üniversite hastanelerinden aldıkları sağlık hizmetlerindeki memnuniyet düzeyine de değinmek faydalı olacaktır.

Şekil 10. Üniversite Hastaneleri ve Diğer Hastane Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri 2003-2007



Kaynak: TÜİK, 2008: 41

TÜİK'in 2003 yılında yaptığı Yaşam Memnuniyeti Araştırması'na göre, ankete cevap verenlerin %41'i SB hastanelerinden memnunken, üniversite hastanelerinden memnun olanların oranı %47 ve özel hastanelerden memnun olanların oranı da %49'da bulunmaktaydı. 2007'de yapılan araştırmaya göre ise SB hastanelerinden memnuniyet %67, üniversite hastanelerinden memnuniyet %69 ve özel hastanelerden memnuniyet %61 olmuştur. Memnuniyet kamu hastaneleri için 26 puan yükselirken, üniversite hastaneleri için 22 ve özel hastaneler için 12 puan artmıştır (TÜİK, 2008: 38).

6.2. Üniversite Hastanelerinin Kuruluş Amaçları ve Kuruluş Prosedürü

Hasta tedavisinde ileri ve uzmanlaşmış personeli içeren üniversite hastaneleri, bağlı buldukları üniversite ile birlikte hasta tedavisi, sağlık personeli eğitimi ve sağlıkla ilgili araştırmaların yanı sıra, toplum sağlığını geliştirmeyi de amaçlamaktadırlar. Başlangıçta tıp öğrencilerinin uygulama merkezleri olarak hizmet veren üniversite hastaneleri, sağlık bilimlerindeki gelişmeler doğrultusunda, giderek diğer sağlık profesyonellerinin eğitimleri için de uygun ortamı oluşturma amacını üstlenmişlerdir (Martin vd., 2008: 50).

Dolayısıyla üniversite hastaneleri, eğitim-öğretim faaliyetlerine uygulama alanı oluşturmak ve topluma sağlık hizmeti sunmak temel amaçlarıyla kurulurlar. Selçuk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Yönetmeliği madde 5'te üniversite hastanelerinin amacı şu şekilde belirtilmiştir: "Merkezin amacı; Tıp Fakültesi ile Üniversiteye bağlı Hemşirelik Yüksekokulu, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bilimleri Enstitüsünün eğitim-öğretim

ve araştırma faaliyetlerinin ve muayene, teşhis ve tedavi için Merkeze başvuran hastaların ayakta veya yataklı tetkik ve tedavilerinin en iyi şekilde gerçekleştirilmesini sağlamaktır (Selçuk Üniversitesi: 2006: 1).” Diğer üniversite hastanelerinde de bu hedefler doğrultusunda kuruluş gerçekleştirilmektedir. Üniversitelere ait tıp fakülteleri başta olmak üzere, sağlık hizmetleriyle ilgili tüm alanlarda üniversiteye ait diğer fakülte, yükseköğretim, enstitü gibi birimlerle işbirliği yaparak sağlıkla ilgili araştırmalar yapıp kaliteli ve dengeli bir sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirme gayreti içerisinde bulunmaları yönetmelikte vurgulanmaktadır.

Bu bağlamda üniversite hastanelerinin iki temel amacı bulunmaktadır. Bunlar, eğitim ve sağlık hizmeti sunumudur. Eğitim hizmetlerini, başta tıp fakültesi öğrencilerinin ile uzmanlık eğitimi alan araştırma görevlisi hekimlere ve diğer sağlık personeline araştırma ve uygulama olanağı sağlayan bir kurum olma, topluma sağlık hizmeti sunma işlevlerini ise; tıp fakültesi öğretim üyelerinin birebir denetim ve gözetiminde teşhis ve tedavi hizmeti vererek gerçekleştirirler. Bu esas amaçlar altında kuruluş amaçlarını şu başlıklar altında sıralayabiliriz:

- Sağlıklı yaşam ve kaliteli tedavi hizmeti konusunda inceleme, araştırma ve uygulamalarda bulunmak,
- Kamu kurum ve kuruluşlarıyla kuruluş amaçlarıyla ilgili işbirliği yapmak,
- Toplumun sağlıklı yaşam konusunda bilinçlendirmek,
- Hastane amaçları doğrultusunda kamu ve özel sektör kuruluşlarına projeler hazırlamak, eğitim programları düzenlemek, bilimsel mütalaada bulunmak,
- Toplumun sağlıklı yaşam konusunda bilinçlendirmek üzere kitap, dergi, broşür basımları yapmak, yazılı ve görsel basın organlarında program düzenlemek.
- Hastane yönetim kurulunun kararlaştıracığı diğer faaliyetlerde bulunmak

Türkiye’deki üniversite hastanelerinin kuruluş prosedürüne bakacak olursak; üniversite araştırma hastaneleri, yasal mevzuatımızda "hastane" olarak değil araştırma ve uygulama merkezi olarak yer bulduğundan, üniversiteler araştırma ve uygulama hastanesi kurarlarken, araştırma merkezi kuruluşunda ki süreci takip etmektedirler. Yüksek öğretim Kurumu, bu merkezlerin kurulmasına bir takım kriterler aramış ve bunu 22.2.2000 tarih ve 11 oturum ve 2000.11.500 sayılı Yürütme kurulu kararında açıkça sıralamıştır. Buna göre bir araştırma ve uygulama merkezi kurmak isteyen herhangi bir üniversite bir takım şartları

taşımak durumundadırlar. Bu şartlara sahip olan üniversiteler bu hastanelerin kurulmasında şu yolu izlemektedir :

1. Merkez in kuruluş, çalışma usul ve işlemlerini belirten yönetmelik taslağının hazırlanması,
2. Yönetmeliğ in üniversite senatosunca kabulü,
3. Onay için taslağın Yüksek Öğretim Kuruluna gönderilmesi,
4. Yüksek Öğretim Kurulunca onaylanan taslağın resmi gazetede yayınlanmak üzere Başbakanlığa gönderilmesi,
5. Resmi gazetede Yayınlanması

Yönetmeliğ in resmi gazetede yayınlandığı günden itibaren üniversite hastanesinin kuruluş prosedürü tamamlanmış kabul edilerek faaliyete başlatılmaktadır.

6.3. Üniversite Hastanelerinin Yasal Dayanağı

2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nda üniversite hastanelerine ilişkin bir düzenleme getirilmemiştir. Başka temel bir düzenleme de bulunmadığından; üniversite hastanelerinin kuruluşu, 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 3. maddesinde “**Uygulama ve Araştırma Merkezi**” olarak tanımlanmıştır. Bu tanımda uygulama ve araştırma merkezi; “Yükseköğretim kurumlarında eğitim öğretimin desteklenmesi amacıyla çeşitli alanların uygulama ihtiyacı ve bazı meslek dallarının hazırlık ve destek faaliyetleri için eğitim - öğretim, uygulama ve araştırmaların sürdürüldüğü bir yükseköğretim kurumu” şeklinde tanımlanarak yetersiz ve sorunlu yasal bir dayanak elde etmiştir.

Üniversite hastanelerinin yasal dayanak ve işleyişi düzenleyen ortak herhangi bir düzenlemenin bulunmayışı sağlık sisteminde büyük bir eksiklik ve yasal bir boşluk oluşturmaktadır. Bazı üniversite hastaneleri hiçbir yasal dayanağı olmadığı halde, kendi hastanelerinde uygulanmak üzere yönetmelikler çıkarmışlardır. Ancak, yasaya dayanmayan yönetmeliklerin uygulamadaki geçerliliği ve yasallığı ise tartışmalıdır. Tüm bunların sonucunda da, bu hastanelere yönelik özel bir yasanın bulunmaması sebebiyle, üniversite hastanelerinde uygulamalar açısından bir uyum söz konusu olmamakta, her hastane, bir diğerinden farklılık göstermektedir.

2009 tarihinde Hacettepe Üniversitesinde yapılan Üniversite Hastaneleri Birliği toplantısında bu sorun dile getirilerek ortak bir çalışma ile bütün üniversite hastanelerini kapsayacak yeni bir yasal düzenlemenin yapılması gereği üzerinde durulmuştur (Üniversite Hastaneleri Birliği; 2009: 17).

Ayrıca üniversiteler finansal konularda da çeşitli mali hükümlerin yer aldığı kanunlar kapsamında faaliyet göstermektedirler. Örneğ in alım, satım ve finans kaynaklarını usulüne uygun kullanımını 2886 sayılı Devlet İhale Kanununa göre

yapılmaktadır. 1050 sayılı Muhasebeyi Umumiye Kanunu ve Sayıştay Denetim Kanunları alımlarının ne şekilde yapılacağı ile ilgili hükümleri içermektedir. Üniversite hastanelerinin hasta bakım ve tedavisi ile ilgili etik konularında Sağlık Mevzuatı hükümlerine başvurulmakta, doğrudan etkili olmadığı halde hemşire ve diğer sağlık disiplinlerinin görev ve yetkileri ile ilgili konularda Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği geçerli sayılmaktadır. Uzmanlıkla ilgili konular ise Tababet Uzmanlık Tüzüğüne göre yürütülmekte ve öğrenci eğitim ve öğretimi ile ilgili yönetmeliklerin oluşturulması ise ilgili Yükseköğretim Kurumlarının yetkili organlarına bırakılmaktadır.

6.4. Üniversite Hastanelerinin Yönetsel Yapısı

2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nda üniversite hastanelerinin yapılanması ve örgütlenmesi konusuna ilişkin bir düzenleme getirilmemiştir. Türkiye'de üniversite hastaneleri "araştırma ve uygulama merkezi" adı altında direkt olarak Üniversite Rektörlerine bağlı olarak faaliyet göstermektedirler. Dolayısıyla üniversite tüzel kişiliğini temsil eden Rektör aynı zamanda üniversite hastanesinin tepe yöneticisi durumundadır. Türkiye'deki kamu hastaneleri için genel itibariyle yönetimde üst yetkili, asıl mesleği hekimlik olan başhekimdir. Ancak 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun araştırma ve uygulama merkezi ile ilgili kısmında "başhekimlik" unvanı yer almamaktadır. Üniversite hastanelerinin tamamında SB hastane yapılanması taklit edilerek, yönetsel yapılarına bu pozisyon uyarlanmıştır.

Üniversite hastanelerinin yönetsel yapısının oluşturulmasında gerek kuruluş aşamasında gerekse faaliyet aşamalarında bir takım kurum ve birimler etkide bulunmaktadırlar. Bunların başında YÖK gelmektedir. Ayrıca üniversite rektörü, üniversite senatosu, üniversite yönetim kurulu ve tıp fakültesi yönetimi üniversite hastanelerinin yönetsel yapısına etkide bulunan diğer kurum ve birimlerdir. Türkiye'de üniversite hastanelerinin yönetsel yapısı ile ilgili olarak, 2547 sayılı kanuna dayalı oluşan yönetim organları aşağıda sıralanmıştır.

6.4.1. Üst Kuruluşlar

Yüksek öğretim üst kuruluşları, yüksek öğretim kurulu, yükseköğretim denetleme kurulu ve üniversitelerarası kuruldan oluşmaktadır. Bu kurullarda yasada belirlenen amaç, hedef ve ilkeler doğrultusunda yüksek öğretim kurumlarının kurulması eğitim öğretim faaliyetlerinin uygulanmasına yönelik kısa ve uzun vadeli planların yapılması ve faaliyetlerin ana amaç ve ilkelere uygunluğunun denetlenmesi gibi üst düzeyde kararlar alınmaktadır. YÖK yönetimsel anlamda üniversite hastanelerinin en üst kuruluşlarıdır.

6.4.2. Üniversite Yönetim Organları

Üniversite hastaneleri araştırma ve uygulama merkezleri olarak doğrudan üniversite rektörlüğüne bağlı faaliyet gösteren kurumlardır. Üniversite

organlarının üniversite hastaneleri ile bağlantıları söz konusudur. Bu organlar, yasada rektör, senato ve üniversite yönetim kurulu olarak belirlenmiştir.

6.4.2.1. Rektör

Üniversite tüzel kişiliğinin temsilcisi olan rektör aynı zamanda üniversite hastanelerinin de tepe yöneticisi konumundadır. Rektör, üniversitelere bağlı tüm birimlerde eğitim-öğretim, bilimsel araştırma ve yayın faaliyetlerinin yanı sıra, yatırım programları, bütçe ve kadro ihtiyaçlarının planlanması ve üniversite görevli tüm personelin atanma, görevlendirilme ve denetimlerinde yetkili en üst düzey organdır.

Üniversite hastanelerinin tıp fakültesi ile bağlantısı rektörün fakülte dekanına devrettiği yetki ile sınırlıdır. Rektör tıp fakültesi dekanından başka, görevlendireceği herhangi bir öğretim üyesini de hastane yönetiminde yetkili kılabilir. Nitekim bu tıp fakülteleri içinde yer almalarına karşın diğer araştırma ve uygulama merkezleri, rektörün bu merkezlere atadığı müdürlükler tarafından yönetilmekte ve tıp fakültesi yönetimi ile yasal anlamda ilişkileri olmamaktadır.

6.4.2.2. Senato

Senatonun üniversite hastanelerinin yönetim ve kararlar üzerinde etkisi ile ilgili doğrudan bir görevi yasada yer almamakla birlikte, rektörün onayından sonra resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girecek olan tüm birimlerle ilgili yönetmeliklerin hazırlanması görevi üniversite hastaneleri açısından önemli sayılmaktadır. Nitekim hastane ile ilgili yönetmeliklerin tümü senatodan geçtikten sonra yürürlüğe konmuştur. Senatoda hastaneyi temsilen tıp fakültesi dekanı bulunmaktadır.

6.4.2.3. Üniversite Yönetim Kurulu

Rektörün başkanlığında dekanlardan ve üniversiteye bağlı, değişik öğretim birim ve alanlarını temsil edecek şekilde senato tarafından dört yıl süre için seçilecek üç profesörden oluşur. Üniversite yönetim kurulu idari faaliyetlerde rektöre yardımcı organ olup, yüksek öğretim üst kuruluşları ile senato kararlarının uygulanması, üniversiteye bağlı birimlerin önerileri doğrultusunda yatırım programları ve bütçe tasarısı taslağının hazırlanarak rektöre sunulması ve üniversite yönetimi ile ilgili rektörün getireceği konularda karar alınması gibi işlevleri yerine getirmektedir.

Üniversite yönetim kurulunun yatırım ve bütçe hazırlanması gibi görevleri üniversite hastanelerini geniş kapasiteli kurumlar olarak daha fazla ilgilendirmektedir. Diğer eğitim kurumlarının eğitim ve bilimsel araştırmalara yönelik yatırım programları, hasta bakım hizmetlerinin yer aldığı yataklı tedavi kurumları ile ilgili faaliyetlerden dolayı üniversite hastanelerinde çok daha önemli yer tutmaktadır.

6.4.3. Fakülte Yönetim Organları

Üniversite hastanelerini, tıp fakültelerinden bağımsız düşünmek mümkün değildir. Hastanelerde görev yapan tıp hekimi öğretim üyeleri, öğretim görevlileri ve araştırma görevlisi asistanlar Tıp fakültesinin personeli ve mensuplarıdır. Hastanelerin tepe yönetici durumunda olan başhekim, aynı zamanda tıp fakültesinin bir öğretim üyesidir. Tıp fakültesi dekanları, fakülte kurulu ve fakülte yönetim kurulu aracılığıyla hastane yönetimi ile ilgili kararlar alıp uygulamaya konulmasını sağlar.

Yükseköğretim Kurumları Yasasında dekan, fakülte kurulu ve fakülte yönetim kurulu olarak belirlenen fakülte yönetim organları tıp fakültesi içinde yer alan üniversite hastanelerinin yönetiminde de değişik düzeylerde etkili olmaktadır. Tıp fakültesinin eğitim öğretim ve diğer akademik faaliyetleri yanı sıra, hastane hizmetlerinin yönetimi ile ilgili kararların da büyük bir kısmı bu organlar tarafından alınmaktadır.

6.4.4. Üniversite İdari Organları

Yüksek Öğretim Kurumları yasasına göre üniversitelerin idari organizasyonları içinde yer alan birimler şunlardır (Resmî Gazete, 1983:7).

- Genel sekreterlik
- Yapı İşleri ve Teknik Daire Başkanlığı
- Personel Daire Başkanlığı
- Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
- Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanlığı
- Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı
- Bilgi İşlem Daire Başkanlığı
- Hukuk Müşavirliği
- Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü

Rektörlük bünyesinde yer alan bu idari organlar rektörlüğe bağlı fakülte, yüksek okul, enstitü ve araştırma merkezlerinde oluşturulan benzer birimlerle bağlantılı olarak fonksiyonlarını yürütürler.

Üniversite hastaneleri, aynı zaman da ait oldukları üniversitelerin bir alt birimi olduklarından üniversitenin idari organlarından, bu organların görev alanlarına giren konularda destek alırlar. Örneğin hastane kadrosunda görevli bir hemşirenin sicil işlemlerini personel dairesi başkanlığı yürütür. Hastanenin devletçe karşılanacak ödeme ve bütçe planlamasını strateji dairesi başkanlığı, bilişim hizmetleri sunumunu bilgi işlem dairesi başkanlığı yapar. İdari örgütlenme, genel sekreter başta olmak üzere, daire başkanları, şube müdürleri,

müdür yardımcıları, şefler, memurlar şeklindedir. Merkezdeki bu örgütlenmenin yanında üniversite hastaneleri başmüdürü idari anlamda genel sekretere bağlı olarak görevini hastane içerisinde yürütür.

SONUÇ

Türkiye’de sağlık hizmetleri arzı, kamu ve özel hizmet sunucular tarafından sağlanmaktadır. Bu kapsamda en önemli kamu hizmet sunucusu Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve üniversite hastaneleridir. Ancak SSK hastanelerinin, bazı kamu kuruluşları ve belediye hastanelerinin sundukları sağlık hizmetinin SB’ye devredilesi ile birlikte B hastaneleri en büyük sağlık hizmet sunucu birimler haline gelmişlerdir. Üniversite hastaneleri gerçekleştirilen son değişiklikten sonra SB’den sonra en önemli hizmet sunucusu konumundadır.

Türk Sağlık Sektörü içerisinde üniversite hastaneleri, üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak tanımlanmışlardır. Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim hastaneleri ile birlikte ülkemizin en ileri düzeyde sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarıdır. B 2008 verilerine göre Türkiye’de toplam 56 adet üniversite hastanesi bulunmaktadır. Hastane yataklarının %14.8’ini Üniversite hastaneleri, %67’sini SB Hastaneleri, %10’unu özel ve vakıf hastaneleri oluşturmaktadır. Üniversite Hastaneleri toplam hastane sayısının % 4.2’si iken yatak oranı %14.8’dir. Bu Üniversite Hastanelerinin genellikle daha yüksek yatak sayısına (ort. 536) sahip olduğunu göstermektedir.

Türk Sağlık Sektörü içerisinde doğrudan hasta tedavisi ve bakımını amaçlayan hastanelerin önemli bir bölümü eğitim ve araştırma kurumları olarak faaliyet göstermektedir. Bu kurumlar hasta tedavisi hizmetleri yanı sıra, çeşitli sağlık disiplinlerinin eğitimi ve tıbbi araştırma faaliyetlerini de üstlenmektedir. Sağlıkla ilgili araştırma ve uygulama merkezleri olarak eğitim hastaneleri kapsamında yer alan üniversite hastaneleri üstlendikleri tıp ve diğer sağlık disiplinlerinin eğitimi, sağlıkla ilgili araştırmalar ve daha çok ilerlemiş ve ciddi sorunları olan hastaların tedavi hizmetleri ile toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde önemli rol oynamaktadırlar.

Diğer sağlık kuruluşlarından farklı olarak eğitim, araştırma ve hasta bakımı işlevlerinin aynı yapı içerisinde örgütlenmesinin sağlanması son derece önemli çabaları gerektirmektedir. Üniversite hastaneleri diğer işletmeler gibi çevreden bazı girdileri almakta, bunları bir süreçten geçirmekte ve nihai olarak bir çıktı ortaya koymaktadır. Ancak bu hastaneler, diğer işletmelerden bazı açılardan farklılık göstermektedir. Bu farklılıklardan en önemlisi daha karmaşık yapıda olmalarıdır. Karmaşık olmalarının başlıca nedeni hastaneleri etkileyen etmenlerin yani dış çevrenin ve ürün yelpazesinin karmaşıklığıdır. Başka bir ifadeyle, hastaneleri etkileyen çevre oldukça karmaşık, girdiler fazla ve süreç aşamasındaki işlevler oldukça giriftir. Karmaşıklığın bir başka nedeni ise her

hasta için farklı bir uygulama gerektirebileceği varsayımı ve sonuçta hizmet süreci başlı başına değişmesi dolayısıyla da hizmetin ortaya çıkması için gereken çıktıların çeşitlenmesidir. Bunun sonucunda hastanelerin çevrelerinden aldıkları girdi sayısı iyice artmakta ve çevreye bağımlılıkları oldukça yüksek düzeye çıkmaktadır. Ayrıca sağlık bilimlerinde bilimsel bilginin artması, teknolojik ilerlemeler ve farklı alanlarda uzmanlaşmanın getirdiği sorunlar üniversite hastanelerini daha kompleks bir çevre içerisinde mücadele etmeye itmektedir. Günümüzün küresel pazarında yaşam mücadelesi veren diğer organizasyonlar da olduğu gibi üniversite hastaneleri de ayakta kalabilmek için ve rekabet güçlerini koruyup güçlendirebilmek için birçok yeni stratejiyi uygulamak durumunda kalmaktadırlar. Dolayısıyla böylesi bir durumla mücadele etmek zorunda kalan üniversite hastanelerinin farklı alternatif organizasyon modellerine ve daha esnek bir organizasyon yapısına sahip olması gerekmektedir. Ayrıca günümüzde hastane organizasyonları, sürekli değişen ve dalgalanan çevrede maliyetleri düşürmek, buna paralel olarak hasta bakım kalitesini artırabilme sorunuyla karşı karşıyadırlar.

KAYNAKÇA

- Fişek N. (1983) **Halk Sağlığına Giriş**, HU ve DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkez Yayını, s.6.
- Hayran, O. (1997) **Hastane Yöneticiliği**, Nobel Tıp Kitapları, İstanbul.
- Jamison, D. (2006), **Investing in Health**, in D. Jamison *et al.* (eds.), “Disease Control Priorities in Developing Countries”, Second Edition, World bank and Oxford University Press, Washington, D.C. and New York, pp. 3-34.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000), **Hastane Sağlık Kurumları Yönetimi**. Siyasal Kitapevi, Ankara
- Kısa, A. (2002). **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Sağlık Bakanlığı (2008), **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılığ 2007**, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara
- Sağlık Bakanlığı (2008b), **Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu**, Yayın no:759, Ankara
- Sağlık Bakanlığı (2002), **Aday Memur Hazırlayıcı Ders Notları**, Ankara
- Sağlık Bakanlığı (2007a), **Türkiyede Sağlığa Bakış 2007**, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara
- Sargutan, E. (1999) **Türk Sağlık Sektörünün Yapısı**, Sağlık-İş Yayınları, Ankara.

Selçuk Üniversitesi, (2006) **Selçuk Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi Yönetmeliği**

Tümerdem Y. (1992). Halk Sağlığı I (Toplum Hekimliği). Üniversite Yayın No : 3625, Fak. Yayın No : 182. İstanbul,; 11-6.

Martin, Melisa; McFadden,Alex Sandra Wolfskill (2008) “Redeploying your workforce the West Virginia University Hospitals success story” **Healthcare Financial Management**, Westchester: Dec. Vol. 62, Iss. 12; p. 48 (5 pages)

Özyurt, Öz can (2004), Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 2001-2002 Yıllarında Verilen Hizmetlerin Değerlendirilmesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksel Lisans Tezi, Kayseri

OECD, (2009) **Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye**, www.sourceoecd.org/socialissues/9789264051089 (e.t.:09.01.2009)

TUIK, (2008) **Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2003-2007**, http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=AnaKategori&KT_ID=1&KI_TAP_ADI=Sosyal+G%FCvenlik+ve+Sa%3FI%3Fk (e.t.:13.04.2009)

Üniversite Hastaneleri Birliği (2009) **Üniversite Hastaneleri Birliği Toplantısı Raporu**, www.stip.selcuk.edu.tr/uhb_rapor.pdf (e.t.:13.04.2009)

