

Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan Son Yirmi Yıllık Süreç

Mehmet TOP*, Bayram

ŞAHİN**

ÖZET

Son yirmi yılda sağlık sistemlerinde önemli değişimler yaşanmıştır. Sağlık sistemlerindeki değişimler sağlık hizmetleri arz ve talep modellerini değiştirmiştir ve hastanelerin rolleri bundan etkilenmiştir. Günümüzde hastaneler yataklı sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlar olmaktan çıkarak, ileri düzeyde özellik arz eden teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği kurumlar haline gelmiştir. Sonuçta, modern hastanelerin asıl rolü artık yatan hasta bakımı olmaktan çıkmıştır. Hastaneler gittikçe kısa süreli yatış gerektiren uzmanlaşmış teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği merkezler haline gelmektedir. Dünyanın her yerinde hastane reform çalışmaları; yönetim otonomilerini artırmayı (autonomization), kamu örgütlerini işletmelere dönüştürmeyi (corporatization), kamu sektöründeki örgütlerin mülkiyetle birlikte özel sektöre devrini (privatization) içermektedir. Bu nedenle dünya genelinde hastane reformları sağlık sektöründe liberalleşmeyi öngören düzenlemeler olarak nitelendirilmektedir. Hastane örgütlerinde performansı artırmak için bazı reform stratejileri kullanılmaktadır. Bu stratejiler optimum klinik performansı sağlayıcı özendiricileri, ödeme yöntemlerinin değiştirilmesini ve örgütsel çevrede yapılan değişiklikleri içermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastane reformları, hastane yönetimi

Changing Boundaries in the Hospital Industry: Last Twenty Years in European Countries

* Uz. Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

** Dr. Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

ABSTRACT

Important changes have been experienced in healthcare systems in the last twenty years. These changes have changed the supply and demand patterns of health services, and the roles of hospitals were affected by them. Today hospitals have shifted from an institution providing inpatient care towards an institution providing highly specialized diagnostic and therapeutic services. As a consequence, modern hospitals no longer have inpatient care as their main role, rather they are increasingly becoming centers providing specialized diagnostic and therapeutic services which involve short stays. Reforms of hospital in worldwide have included: that increase the management autonomy of the organization (autonomization), transforming the hierarchical bureaucracy into health corporations that are exposed to market like pressures (corporatizations), outright divestiture of the organizations from the public sector (privatization). Therefore, hospital reforms are often referred to as marketizing (liberalizations) health sectors. A number of reform strategies are used for improving performance within the hospital organizations. These strategies include incentives for optimizing clinical performance, changes in payment mechanisms, and changes in the organizational environment.

Key Words: Hospital reforms, hospital management

I. GİRİŞ

Birinci basamak sağlık hizmetleri hastaların sisteme ilk giriş noktası olması bakımından önemli olmakla birlikte, günümüz hastaneleri hizmet ettikleri toplumlara temel ve gelişmiş sağlık hizmetlerini sundukları ve aynı zamanda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının en büyük kısmını oluşturdukları için büyük bir öneme sahiptirler. Bu nedenle verimlilik, eşitlik ve kalite gibi hedefleri yakalamayı amaçlayan sağlık sektörü reform çalışmalarının önemli bir ayağını oluşturmaktadırlar (Harding, Preker 2000; OECD 2001). Nitekim geçtiğimiz yüzyılın son yirmi yılı incelendiğinde; başta Avrupa ülkeleri olmak üzere dünyanın bir çok yerinde sürdürülebilir bir sağlık sistemi inşa etmek için başlatılan reform çalışmalarında hastane reform çalışmalarının önemli bir yer tuttuğu ve bu çerçevede mevcut hastane örgütlerine yeniden şekil verilmeye çalışıldığı görülmektedir.

Hastane sektöründe yaşanan gelişmeler elbette son yirmi yıl içinde Avrupa ülkeleri eksenli reform çalışmalarıyla sınırlı değildir. Özellikle genel toplumsal gelişmeler (küreselleşme ve ekonomik yapıdaki değişimler; bilgi

teknolojilerindeki gelişmeler; demografik değişimler; devletin sağlıktaki rolünün değişmesi; sosyal ve ahlaki değerlerde yaşanan değişimler ile ülkelerin sağlık sistemlerindeki sosyal dönüşümlerin (kamu sağlık bütçelerinin sınırlandırılması; sağlık sektöründe daha güçlü pazar ekonomisi; tıbbi hizmetlerde rasyonalite ve sınırlandırma (rationing); alternatif tıptaki gelişmeler) hastane sektöründe yaşanan gelişmelere yön verdiği kabul edilmektedir (Brandt et al. 2000).

Bu makalede, hastane sektöründe yaşanan ve gelecekte yaşanabilecek temel eğilimlere dikkat çekmek ve okuyucuları 21. yüzyıl hastane endüstrisinin nasıl olabileceği konusunda düşünmeye sevk etmek amaçlanmıştır. Hastane endüstrisinde yaşanan gelişmelerin, hastanelerin rol ve fonksiyonlarında gözlenen değişimler ile hastane reformları çerçevesinde değerlendirilmesi konunun daha anlaşılır kılınması açısından yararlı olacağı için, aşağıda önce hastanelerin değişen rol ve fonksiyonlarına, daha sonra Avrupa ülkeleri ile Türkiye’de son yirmi yıllık süreçte yapılan reform çalışmalarına yer verilmiştir.

II. HASTANELERİN DEĞİŞEN ROL VE FONKSİYONLARI

Günümüzde hastanelerin rol ve fonksiyonları sadece hastane hizmetleriyle sınırlı kalmayıp, hastane dışı sağlık hizmetlerinin desteklenmesi de hastanelerin diğer bir fonksiyonunu oluşturmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kırsal alanlardaki hastaneler bölgesel sağlık hizmetlerinin yönetimi ve sunumunda belirleyici unsurdurlar ve sağlık kurumlarını yönetsel anlamda yoğun bir şekilde etkilemektedir (Robinson, Dixon 1999). Genel anlamda hastanelerin sağlık sistemlerindeki yeri ve etkisini, baskın (dominant) hastane modeli, merkezi (hub) hastane modeli, kapsamlı hastane modeli ve ayırık (separatist) hastane modeli olmak üzere dört kategoride toplamak mümkündür (McKee, Healy 2002).

Baskın (Dominant) hastane modeli

Baskın hastane modeli, temel (birinci basamak) sağlık hizmetleri kaynakları dahil sağlık bakım bütçesinin çoğunu kullanan, iyi eğitilmiş personel ve yüksek nitelikli teçhizat ile donatılmış adeta monopol pazara sahip hastane anlamına gelmektedir. Bilindiği üzere, temel (birinci basamak) sağlık hizmetleri sağlık sistemlerine ilk başvuru noktasıdır. İlk başvurudan sonra hastaların uygun bir sevk zinciri ile ileri düzeydeki sağlık hizmetlerine ve sağlık profesyonellerine yönlendirilmesi amaçlanmaktadır (WHO 2000). Sağlık sistemlerinde eğer uygun bir sevk sistemi kurulmaz veya verimli bir şekilde işletilmezse hastanelerde hasta yığılmaları olacaktır. Bunun sonucunda hastanelerde kaynak

kullanımı artacak ve kaynakların verimsiz kullanımı gündeme gelecektir (McKee, Healy 2002).

1970 ve 1980'lerdeki halk sağlığı hareketleri nedeni ile baskın (dominat) hastane modeli yoğun bir şekilde eleştirilmiştir. 1978 Alma-Ata Deklerasyonu'nda bu tür hastanelerin toplumun sağlık ihtiyaçlarını iyi karşılamadığı ve temel sağlık hizmetlerini desteklemede yetersiz kaldıkları belirtilmiş ve hastanelerin sadece sağlık sistemlerinin bir unsuru olduğu ve asıl önemin temel sağlık hizmetlerine verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (McKee, Healy 2002).

Merkezi (Hub) hastane modeli

Herhangi bir genel hastane belli bir hizmet bölgesindeki entegre bir sağlık sisteminin merkezi olarak faaliyet gösterebilir ve halk sağlığı hizmetlerinin sunumu hariç planlanması, yönetimi ve kaynakların sağlanması süreçlerine aktif olarak katılabilir. Örneğin, eski Sovyet Sağlık Sistemi'nde hastaneler bölgesel sağlık hizmetlerinin merkezinde yer almaktadır. Hastane yöneticisi hizmet bölgesindeki halk sağlığı hizmetlerinin yönetiminden de birincil derecede sorumludur. Ancak bu model kolaylıkla baskın (dominant) hastane modeline dönüşebilmektedir (McKee, Healy 2002).

Kapsamlı (Comprehensive) hastane modeli

Bu modelde hastaneler birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunumundan sorumludurlar. Ayrıca hizmet bölgeleri dışındaki nüfusa da sağlık hizmeti dağıtmaktadır. 1970 ve 1980'lerde bölge hastaneleri (özellikle gelişmekte olan ülkelerde) ana çocuk sağlığı ve bağışıklama gibi birinci basamak sağlık hizmetlerini topluma ulaştırmada önemli katkı sağlamıştır. Hastaneler bu modelde tedavi edici ve koruyucu tıbbın merkezi konumundadır. Bazı ülkeler akut bakım hastanelerini ayrık modele dönüştürmesine rağmen, Birleşik Devletler'de sağlık kurumlarından bazıları kapsamlı modele geçmekte ve sağlık sisteminde dikey birleşmeler yaşanmaktadır. Yani hastaneler diğer teşhis birimleri veya sağlık hizmeti sunucuları ile (örneğin, rehabilitasyon merkezleri) birleşmekte veya onları satın almaktadır (dikey entegrasyon). Buna karşılık Avrupa hastane sisteminde hastaneler genellikle kamu kesiminin elinde olduğundan dikey entegrasyon daha az görülmektedir (McKee, Healy 2002).

Ayrık (Separatist) hastane modeli

Ayrık hastane modeli özellikle yüksek gelirli ülkelerde uygulanmaktadır. Bu modelde akut bakım hastaneleri kısa süreli sağlık hizmetlerini üstlenmekte

ve buna karşılık temel sağlık hizmeti uzmanları ile toplum sağlığı uzmanlarının verdiği sağlık hizmetlerine fazla ağırlık verilmemektedir. Bu modelde hastaneler daha çok bir takım çekirdek görevler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bunlar, hastane personelinin eğitimi, ileri uzmanlık gerektiren hizmetlerin sunumu için gerekli teçhizatın sağlanması ve sağlık hizmetlerinin maliyet-etkili bir şekilde sunulmasıdır (McKee, Healy 2002).

Yukarıda bahsedilen hastane modellerine ilave olarak günümüzde artık hastanelerin değişen çevreye uyum sağlamak için ağ yönetim anlayışını benimsedikleri bilinmektedir. Bu örgütlenme türünde hastaneler tıbbi bakım ağının önemli bir parçasıdır ve bir ağa bağlanmış hastane, girdi-çıkıtısını veya hekimlerle ilişkilerini ağ ilişkisi içinde düzenlemektedir. Ağ ilişkisi içinde iş süreci yeniden düzenlenmekte ve hastane arz zinciri yönetimi ile hastane hizmetlerinin verimliliği ve etkililiği artmaktadır. Hastane yapılarının kapasite yönetiminden ağ yönetimine doğru değişmesiyle formal ve hiyerarşik formal kontrollü bir yönetimden takım çalışmasının ön plana alındığı kolektif ve ağ kontrollü bir yönetime doğru bir değişiklik yaşanır (Kirkman-Liff 1994; Smits, Pijl 1999).

Şebeke veya network adı altında ele alınan organizasyon yapısı yakından incelendiğinde, bunun bir bakıma dikey ayrışımın sonucu, bir bakıma ortaklık girişimlerinin (kamu- özel ortaklığı) bir şekli ve bir bakıma da dış kaynaklardan yararlanma uygulamalarının bir sonucu olduğu söylenebilir. Bu tür yapıların temel özelliği; bir mal veya hizmeti üretebilmek için yapılması gereken iş ve faaliyetlerin ve bunun için gerekli olan kaynakların tek bir işletmenin bünyesinde toplanması yerine, farklı işletmelere ya da organizasyonlara dağıtılmış olmasıdır. Şebeke örgütlenme ile ilgili bir örnek ülkemizde de işletmecilik uygulamalarında çok rastladığımız, bu arada hastane işletmeciliğinde de yer vermeye başlanan yemek temini hizmetlerinin, temizlik hizmetlerinin, personel taşıma hizmetlerinin ve güvenlik hizmetlerinin işletmenin/hastanenin kendi bünyesinde yürütülmesi yerine dışarıdan, başka işletmelerden alınması uygulamalarıdır (Koçel 2001, Kirkman-Liff 1994).

Kamu-özel hastane sektörü arasında ortaklığın sağlanması ve geliştirilmesi stratejisi özellikle Batı Avrupa ülkelerinde özel hastane sektöründeki verimliliğin kamu hastaneciliğinde de gerçekleştirilmesi için hastane reform çalışmalarında başvurulan temel stratejilerden biridir (Harding, Preker 2000; The World Bank Group 2002).

Kamu-özel ortaklığı çerçevesinde özel bir işletmenin bir kamu hastanesini inşa etmesi, hastane ya da başka bir amaç için satın alması (örneğin otel olarak) ve işletmesi söz konusu olabileceği gibi, bir kamu hastanesinin özel işletme tarafından yönetilmesi ya da özel işletmenin kurduğu bir hastaneyi hükümete kiralaması gibi uygulamalara da yer verilmektedir (Harding, Preker 2003; The World Bank Group 2002). Ayrıca kamu- özel ortaklığı kamu hastanelerinin belirli klinik ya da klinik olmayan hizmetler ile klinik destek hizmetlerini özel işletmelerden satın alması şeklinde de olabilir. Kamu- özel ortaklığı uygulamalarının sonuçları incelendiğinde; örneğin Avustralya'da özel firma tarafından işletilen kamu hastanelerinde işletme maliyetlerinin kamu sektöründeki hastaneler ile kıyaslandığında %20 daha düştüğü ve hükümet tarafından işletilen hastanelere göre klinik hizmetlerin daha ucuza sunulduğu görülmektedir. Avrupa ülkelerinden ise, kamu-özel ortaklığına ilişkin örnekler daha çok İsveç ve İngiltere'den gelmektedir. İsveç'te bir özel hizmet sunucusuna 240 yataklı bir kamu hastanesi kiraya verilmiş ve işletme maliyetlerinde %30 tasarruf sağlanmıştır. İngiltere'de son 20 yılda bir çok kamu hastanesinin finansmanı, inşası ve yönetiminde kamu-özel ortaklığı yöntemi kullanılmıştır. Bu program altında çamaşırhane, güvenlik, temizlik, park ve yemek gibi tıbbi olmayan hizmetlerin sağlanması için özel firmalarla sözleşmeler yapılmıştır (The World Bank Group 2002). Kamu-özel ortaklığı uygulaması her ne kadar bakım kalitesinin iyileştirilmesi ve maliyetlerin kontrol edilmesi için güçlü bir araç olmasına karşın, hükümetlerin bu programın yararlarını değerlendirirken programın sağlık hizmetlerine ulaşım ve hastaneler arasındaki rekabet üzerindeki etkilerini de değerlendirmeleri gerekir.

Hastane sektöründe yaşanan ve onların hizmet ettikleri toplumlardaki rol ve fonksiyonlarında önemli değişimlere neden olan diğer bir faktör de tedavi yöntemlerindeki gelişmelerdir. Örneğin lazer tedavileri ile artık bir çok cerrahi müdahale daha kısa sürede yapılabilmekte ve hastalar kısa bir süre sonra taburcu edilmektedir. 1980'lerde kalp hastası olanların teşhis ve tedavi süreçleri günümüzdeki teşhis ve tedavi sürelerinden daha uzun olmasına karşın, yeni tedavi ve teşhis yöntemlerinin hastanelere girmesi ile kalp- damar hastalıkları başta olmak üzere bir çok hastalığın tedavi süresi kısalmıştır. Nitekim, Avrupa ülkelerinde hastanede kalış süresi 1970'lerde ortalama 16,5 gün iken, 1996'da 8,6 güne inmiş ve yaklaşık 6 günlük bir düşüş yaşanmıştır (OECD 2001; WHO 2001). Bazı cerrahi müdahalelerin hastaneye yatış gerektirmemesi gibi gelişmeler sonucunda bir yandan hastane yatak sayısında ciddi düşüşler yaşanırken, diğer yandan ayakta sağlık hizmetleri kullanım ve talebinde önemli artışlar olmuştur. (McKee, Healy 2002; OECD 2001).

Örneğin, İngiltere’de 1985’de tüm başvuruların %17,7’si günlük vaka olarak tedavi edilirken, 1997’de bu oran %38,9’a kadar yükselmiştir. Ayakta bakım yönündeki bu değişimin yataklı hizmetlerin yerini alıp almayacağı ya da ilave işlere neden olup olmayacağı bir tartışma konusudur. Ancak İngiltere’de yakın zamanlardaki kanıtlar yeni teknolojinin ve günlük bakım ortamlarının varlığının yataklı hizmetlere alternatif olmaktan çok ilave iş ya da iş ortamlarına neden olduğunu öne sürmektedir (Hensher et al. 1999). Ancak, Avrupa kıtasındaki yatak sayısında yaşanan düşüşler Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde büyük ekonomik dönüşüm süreci ile birlikte ancak 1990’lı yıllarda gerçekleşmiştir (MacLehose 2003). Hastanelerde ayakta sağlık hizmetlerinin artışı aynı zamanda personel yapısını da önemli ölçüde değiştirmiştir (Committee of the Hospitals of the European Union 1998; Saltman 1999; Undritz et al. 1996). Hastane sektöründe yaşanan bu yeni arayışlarda kuşkusuz, hastanelerin performansının yükseltilmesi ile klinik sorumluluğun ve yönetimin paylaşılmasını içeren, bu arada klinik hizmet performans göstergelerinin oluşturulması ile klinik denetim ve klinik kalite güvencesine yönelik stratejiler sunan yeni bir kavram olarak klinik yönetim (clinical governance) kavramının gelişmesi etkili olmuştur (WHO 2002).

III. AVRUPA HASTANE ENDÜSTRİSİNDE YAŞANAN GELİŞMELER

Son 20 yıl içinde Avrupa’da sadece büyük ekonomik ve politik değişimler olmamış, aynı zamanda sağlık ve hastane sistemlerinde de büyük değişim ve dönüşümler yaşanmıştır. Özellikle Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde yaşanan ekonomik ve politik dönüşümler büyük ölçekli olduğu için bu ülkelerin hastane sektöründeki temel değişikliklerin daha çok dikkat çektiği (MacLehose 2003) ve Batı Avrupa ülkelerindeki reformlardan büyük ölçüde etkilendiği göze çarpmaktadır. Bu nedenle Orta ve Doğu Avrupa hastane reformlarını, kontrol ve komutaya dayalı sistemden daha çok Batı Avrupa tipi desantralize, pazar odaklı, müşteri yönelimli ve çoğulcu katılım esasına dayalı bir hastane yönetimini esas alan bir modele geçiş çabaları olarak değerlendirmek mümkündür (Healy, McKee 2002). Bu ülkelerde; hastanelerin sağlık sisteminde baskın güç olması, kapasite kullanım oranlarının düşük olması, teknolojik unsurların yetersiz ve dengesiz dağılımı, parçalanmış hastane sistemlerinin varlığı, küçük hastanelerin tedavi veren kurumlardan daha çok hastaları sevk eden sağlık kuruluşlarına dönüşmesi ve esnek olmayan bütçeleme ve yönetim anlayışı ile resmi olmayan ödemelerdeki (informal payments) artışlar gibi sorunlar hastane sektörlerine yönelik reform çalışmaları için gerekli zemini hazırlayan temel faktörlerden bazılarıdır (Healy, McKee

2002; Ho, Ali-Zade 2001; MacLehose 2003; McKee, Healy 2000; The World Bank Group 2002; WHO 2002).

Büyük ekonomik ve politik dönüşümün yaşandığı Doğu ve Orta Avrupa ülkelerindeki bu ortak sorunları çözmek için ise, bütün reformlarda olduğu gibi Tablo 1’de özetlenen stratejilere yer verilmiştir. Yürütülen reformlarda hizmet verimliliğini ve kalitesini yükseltmenin temel amaç olarak kabul edildiği ve hastanelerin tek çatı altında toplanması, otonomi seviyesinin artırılması, işletmelere dönüştürülmesi ve nihayet özel sektöre satılması gibi reform biçimlerinin uygulanmakta olduğu dikkat çekmektedir (MacLehose 2003).

Avrupa ülkeleri başta olmak üzere dünyanın her yerinde hastane reform çalışmalarının geçiş aşamaları daha sistematik incelendiğinde; a) kamu hastanelerinin yönetim otonomilerinin artırılması (autonomization), b) kamu hastanelerinin devlet bütçesine bağlı birimler olmaktan çıkartılarak işletmelere dönüştürülmesini (corporatization) ve c) kamu sektöründeki hastanelerin mülkiyetle birlikte özel sektöre devredilmesini (privatization) içeren bir süreç izlendiği görülmektedir. Başka bir deyişle dünya genelinde hastane reformları sağlık sektöründe liberalleşmeyi öngören reformlardan oluşmaktadır (Harding, Preker 2000; Harding, Preker 2003). Aşağıda, hastane reform çalışmalarında izlenen bu süreç kısaca değinilmektedir.

Bütçe Örgütleri (Budgetory organizations): Kamu hastaneleri devlet bütçesine bağlı birimler oldukları için doğal olarak bu tür örgütler bir hükümet kuruluşu gibi çalışmaktadır. Bu şekilde çalışan bir hastanenin yöneticisi ise yönetici (manager) yerine daha çok bir idarecidir (administrator). Hükümetin resmi kurum ve kuralları tüm stratejik konuları kontrol ettiği gibi üretim ve hizmet sunumuyla ilgili bir çok günlük karar da merkezi hükümet tarafından alınmaktadır. Genellikle hükümet, hastanelerin ödeneklerine geçmiş yıllardaki harcamalarını dikkate alarak karar vermektedir. Bu hastanelerde elde edilen herhangi bir ilave gelirin hazineye aktarılması söz konusu olduğu gibi, aynı şekilde kurum zararları da hazineden karşılanmaktadır. Bu anlamda kamu sektörü bir bütçe dairesi faaliyet gösteren ve hastanelerin de bu şekilde olmasını sağlayan bir mekanizmadır (Harding, Preker 2000; Harding, Preker 2003).

Kamu Hastanelerinin Otonom Hastanelere Dönüştürülmesi: Kamu hastanelerinin otonomi düzeyinin artırılması günlük karar verme süreci üzerindeki kontrolün hiyerarşiden (merkezi hükümetten) hastane yönetim kademelerine doğru aktarılması ve böylece “yöneticilerin yönetmesinin

sağlanması” üzerinde odaklaşan bir reform biçimidir. Ancak, yönetime verilen otonomi miktarı önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. Bir çok hükümet örneğin işgücü ve ücret konularındaki yetkiyi başkalarına bırakma noktasında isteksiz davranmaktadır. Hastaneler açısından tahsisli bütçeden (line-item budget) global bütçelere geçilmesi gibi bir strateji yöneticilerin otonom seviyelerini önemli ölçüde etkileyebilir. Global bütçe uygulaması yoluyla hastane yöneticileri harcama kalemleri arasında transferler yapabilir ve harcamalarını kendileri özgürce belirleyebilir (Harding, Preker 2000; Harding, Preker 2003).

Kamu Hastanelerini İşletmeye Dönüştüren Reformlar (Corporatization reforms): Burada kamu hastanelerinin mülkiyetinin kamuda kalması koşuluyla özel işletmelerin verimliliğini sağlayacak düzenlemeler yapılmaktadır. Kamu hastanelerinin özerkleşme dahilinde işletme haline dönüştürülmesi, hizmetlerin üretimi ile ilgili tüm girdiler üzerindeki kontrolün tümüyle yöneticilere verilmesi anlamına geldiği için tek başına örgütlerin otonom hale dönüştürülmesinden (autonomization) çok daha etkili ve güçlü bir reform stratejisidir. Kamu hastanelerinin özerkleştirilerek işletmeler haline dönüştürülmesi herşeyden önce, hastaneleri finansal performanslarından sorumlu hale getiren katı bir bütçe baskısı altına itecektir. Kamu hastanelerinde yönetimin özgürlüğü piyasa koşullarında yükselmektedir. İşletme haline dönüştürülen bir hastane elde ettiği geliri merkezi hükümete göndermediği ve kayıp ya da zarardan tümüyle kendisi sorumlu olduğu için otonom hastanelere göre çok daha riskli konumdadır. İşletme haline dönüştürülmüş hastanelerin performansından tümüyle yönetim kurulu sorumludur (Harding, Preker 2000; Harding, Preker 2003).

Kamu Hastanelerinin Özelleştirilmesi: Piyasanın en uç birimi olan örgütsel reform türü özelleştirir. Bu reform biçiminde bir kamu hastanesinin kar amaçlı veya kar amaçsız özel mülkiyete devri söz konusudur. Özelleştirme doğal olarak kamu hastanelerini merkezi hükümetin kontrolünden ya da kamu sektörünün katı kurallarından uzaklaştırır (Harding, Preker 2000; Harding, Preker 2003). Sağlık kurumlarının özelleştirilmesi özellikle 1990’lı yıllarla birlikte yoğun bir şekilde tartışılan bir konudur. Bazı sağlık hizmetleri (diş sağlığı hizmetleri, kaplıca ve ılıcalar, ilaç hizmetleri gibi) hemen özelleştirilmesine rağmen, kamu hastanelerinin özelleştirilmesi çok sınırlı düzeyde gerçekleşmiş ve hastanelerin mülkiyeti daha çok merkezi yönetimden yerel idarelere devredilmiştir (Ho, Ali-Zade 2001).

Hastane reform çalışmalarını elbette diğer sektörlerdeki reform çalışmalarından ayrı tutmak doğru değildir. Diğer sektörlerde gözlenen problemler ve reform çabaları, kamu hastanelerinin performansı ve yönetsel problemlerinin neler olduğu konusunda önemli bilgiler sağlamıştır. Diğer sektörlerde piyasayı öne çıkaran reformların başarıyla uygulanması bazı ülkelerde politika belirleyiciler açısından benzer reformların sağlık sektöründe de uygulanması gerektiğini düşündürmüştür. Örgütsel reformların sağlık sektörüne uygulanmasında ise, başlangıç olarak hastanelerin otonomi düzeylerinin artırılması tercih edilmiştir. Batı Avrupa'da 1960 ve 1970'li yıllar boyunca kamu sektöründe yaşanan yapısal reformlar konusundaki tartışmaların çoğunda önemli yer tutan desantralizasyon konusuna 1980'li yıllarla birlikte sağlık sektöründe yer vermeye başlanmıştır. Kimi yerlerde bu tür girişimlerden başarılar elde edilmesi, politika belirleyicilerinin devletin sahip olduğu hastanelerden bazılarının kamu işletmesi haline dönüştürülmesi yönünde adım atmalarına neden olmuştur (Harding, Preker 2000; Harding, Preker 2003).

Sonuç olarak Avrupa ülkeleri başta olmak üzere çoğu ülkede hastane sektöründeki maliyet artışını frenlemek için yapılan reform çalışmalarında; hastane harcamalarının çıktılar ve verimlilikle ilişkilendirmesi, hastanelerin ağlar içinde birleştirilmesi, yönetimin otonomi seviyesinin yükseltilmesi ve yatak sayısının düşürülmesi gibi farklı amaçlar güdüldüğü söylenebilir (Ho, Ali-Zade 2001; Healy, McKee 2002).

Özellikle Orta ve Doğu Avrupa ülkelerindeki hastane reform çalışmalarında istenilen sonuçlara ülkelerin içinde bulunduğu politik, siyasi ve ekonomik istikrarsızlık nedeniyle ulaşılamamıştır. Tablo 1'de bazı Avrupa ülkeleri ile Türkiye hastane sektöründe 1990'lardan sonra yapılmaya çalışılan hastane organizasyonlarındaki değişim çalışmalarının temel özellikleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, daha önce de belirtildiği gibi kamu hastanelerinin yönetim otonomisi ve mali yönden özerk kılınması temel amaçlar arasında yer almaktadır. Bazı Avrupa ülkeleri hastane reformlarında performansa dayalı yönetim ve hastane hizmet sunumu ile hizmet finansmanının ayrılması, ödeme yöntemlerinde değişiklikler ve hizmet sözleşmelerine geçme çabaları da dikkat çekmektedir (Tablo 1'e bakınız).

Tablo 1. Bazı Avrupa Ülkelerinde Hastane Organizasyonlarındaki Değişimlerin Temel Özellikleri

Ülke	Hastane reform elementleri
Arnavutluk	Ekonomik ve sosyal çöküntü reformlarının uygulanmasını önlemiştir. Sağlık Bakanlığı hastanelerin sahibidir. Kırsal alandaki küçük hastaneler kapatılarak hastane sayısı 160'dan 51'e indirilmiştir. Bazı bölge hastaneleri dış ülkelerden sağlanan fonlarla yeniden yapılandırılmıştır.
Bosna Hersek	Ülke savaş ve savaş sonrası iki ayrı idari yapıya bölündüğünden hastane reformları tamamlanamamıştır. Hastaneler artık hizmet bölgesine yanıt veremez durumdadır.
Bulgaristan	Ekonomik kriz nedeniyle hastane reformları ertelenmiştir. 1998 yılında sağlık sigortası fonu oluşturulmuş, 1999 yılından sonra hastaneler kar amaçsız otonom kamu kurumlarına dönüştürülmüştür.
Hırvatistan	2000 Ulusal Sağlık Planı ile hastane sistemi yeniden organize edilmiş ve daha yüksek hastane verimliliği sağlanmıştır.
Çek Cumhuriyeti	Hastane sektöründe kamu ve özel kesim vardır. Sağlık Bakanlığı hastane yataklarını azaltmayı amaçlamıştır. Ana sigorta fonu bazı hastanelerle sözleşme yapmaktadır.
Macaristan	Hastaneler yerel hükümetin mülkiyetindedir. Sağlık sigortası fonu hastanelerle sözleşme yapmakta ve vaka esasına göre ödemeler yapmaktadır. Hastanelere yatışlar artmasına rağmen, ortalama hastanede yatış süreleri azalmıştır. Kapasite azaltıcı bazı stratejiler ön plana çıkmıştır. Çok az sayıda hastane kapatılmıştır.
Polonya	Çoğu hastane bölge ve yerel hükümetin elindedir. Hastaneler otonom kamu kurumlarına dönüştürülmüştür. Lisans ve akreditasyona göre hastaneler sınıflandırılmıştır. Bölgesel sigorta kaynakları hastanelerle hizmet alım sözleşmeleri yapmaktadır.
Makedonya	Sivil çatışmalar reformları erteletmiştir.
Estonya	Bölge sağlık sigortası fonları hastanelere vaka başına ödeme yapmaya başlamıştır.
Gürcistan	Sağlıkta kamu finansmanı önemli derecede bırakılmıştır. Hastaneler artık tedavi bedellerini hastalardan almaktadır. Bazı hastaneler satılmıştır. Yeni kamu sağlık sigorta kurumu hastanelere vaka başına ödemeyi esas almıştır.
Kazakistan	Hastaneler sağlık bütçesinin yaklaşık % 75'ini tüketmektedir. Bazı küçük hastaneler kapatılmıştır. Yeni kamu ödeme kurumu devlet bütçesine ilave olarak performansa dayalı ödeme yapmaya başlamıştır. Hastaneler hastalardan tedavi bedellerini alabilen işletmeler haline getirilmiştir.
Kırgızistan	Başarısız bir hastane rasyonalizasyon planından sonra, hükümet ödemelerin tek elden yapılması için bölgesel kaynakları tek havuzda toplamıştır. Böylece mali özendiriciler devreye girmiştir.
Letonya	Sağlık sigortası fonu ile sözleşmelere geçilmiştir. Çok sınırlı düzeyde hastanelerin yeniden yapılandırılması gerçekleştirilmiştir.
Moldova	Büyük hastane sistemi sağlık bütçesinin çoğunu kullanmaktadır. Yatak sayısı azaltılmış fakat çok az hastane kapatılmıştır. Mevcut ulusal sağlık planı altında 12 bölge otoritesi bazı hastaneleri kapatmıştır.
Rusya	89 bölgesel sigorta fonuna işlerlik kazandırılmıştır. Hastaneler verimliliği artırmak için çok sınırlı özendiriciye sahiptir.
Türkiye	Hastaneler kamu (çoğunlukla) ve özel kesimdedir. Kamu hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi ve özleştirilmesi son 10 yıldır reform kapsamındadır. Son günlerde farklı kamu kurumları bünyesindeki hastanelerin Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanması gündeme gelmiştir.

	<i>Hastane hizmetlerinde paket fiyat uygulaması yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı eğitim hastanesi dışındaki hastanelerin İl Özel İdarelerine devri söz konusudur. Devlet memurlarının özel sektöre sevk edilmesi sağlanmıştır. Üniversite ve Milli Savunma Bakanlığı hastaneleri hariç kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması söz konusudur. Sağlık Bakanlığı'nın öncelikle mali yapısı iyi olan büyük hastanelerinin özleştirilmesi (sağlık işletmelerine dönüştürülmesi) düşünülmektedir.</i>
--	--

Kaynak: Başbakanlık 2003a; Başbakanlık 2003b; Healy, McKee 2002; Sağlık Bakanlığı 1993'ten uyarlanmıştır.

IV. TÜRKİYE HASTANE SEKTÖRÜNDE YAŞANAN GELİŞMELER

Üçüncü bin yıla girdiğimiz şu sıralarda tüm ülkelerde olduğu gibi Türkiye de, değişen şartlara uyum gösterebilmek ve vatandaşlarına imkanları oranında en iyi sağlık hizmetini sağlayabilmek için, sağlığa ayırdığı kaynaklar ne olursa olsun maliyet-etkili, kaliteli ve hakkaniyetli yeni bir sağlık sistemi kurmaya yönelik olarak sağlık sistemini gözden geçirmektedir (Sağlık Bakanlığı 1993).

Türkiye hastane sektörüne ilişkin ana göstergeler incelendiğinde; 2001 verilerine göre Türkiye'de 120.268.687 poliklinik sayısı, 5.290.024 yatan hasta sayısı, 5,5 gün ortalama hastanede kalış süresi, %58,1 yatak işgal oranı (kapasite kullanım oranı) ve 1,7 kişi başına yıllık ortalama hekime başvuru sayısı (yataklı tedavi kurumlarına yapılan başvurulara göre) gerçekleşmiştir. Türkiye'de 751'i (%63) Sağlık Bakanlığı'nın, 118'i (%10) Sosyal Sigortalar Kurumu'nun, 43'ü (%3) Üniversitelerin, 42'si (%3) Milli Savunma Bakanlığı'nın, 8'i (%1) Kamu İktisadi Teşebbüslerinin, 11'i (%1) diğer Bakanlıkların, 267'si (%19) özel sektörün olmak üzere toplam 1240 hastane bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2002).

Ülkemizde kamu hastaneciliği hizmetlerinin ana sorunları ise aşağıdaki gibi özetlenebilir (Özsarı 2001):

* Sağlık politikasında olduğu gibi, hastanecilik hizmetlerinde de çok sayıda kurum ve kuruluş tarafından hem politika belirlenmekte hem finanse edilmekte hem de hizmet sunulmaktadır. Yani hem çok merkezîyetçilik hem de çok başlılık mevcuttur. Örneğin, Sağlık Bakanlığı eğitim veren okullara, Milli Eğitim Bakanlığı da sağlık hizmeti veren hastaneye sahiptir.

* Birinci basamak hizmete önem verilmediğinden, sağlık hizmetleri hastane ağırlıklı hale gelmiştir. Hasta sevk zinciri de işletilmediği için; bademcik iltihabı olan hastalar ile, kanser hastaları, aynı üniversite hastanesinin aynı polikliniğinde sıra beklemektedir. Ama yine de hastanelerin yatak doluluk oranlarının %60'ların bile altında olması düşündürücüdür.

* Tüm bunların üstüne, hastanelerimiz merkeziyetçi ve profesyonel olmayan yöneticiler tarafından yönetilmektedir. Hastane hizmetlerinin planlaması ve kaynak yönetimi merkezi otoritenin yetkisi ve sorumluluğundadır. Hemen tüm hastaneler için tek tip organizasyon ve finansman yapısı mevcuttur. Organizasyon yapısı bakımından en üst yöneticiler başhekimler olup, hem yöneticilik hem de klinik görevlerini sürdürmeye çalışmaktadır.

* Ayrıca kaynak dağıtımında uygulanan yöntem de etkili ve verimli çalışmayı teşvik edici özellikte değildir. Zarar eden hastaneler sorgulanmadığı gibi kar eden hastaneler de ödüllendirilmemekte, kısaca yönetsel sorumluluğa işlerlik kazandıracak *hesap verme mekanizmaları* oluşturulmamaktadır. Yaşanan bu olumsuzluklar kuşkusuz diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemiz açısından da kamu hastanecilik hizmetlerinde yeni bir strateji gerektirmektedir. Hastanelerin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi temelli bu strateji ile, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olan hastanecilik hizmetlerinde; profesyonelce yönetilen, gelirleri ile giderlerini karşılayan ve mali özerkliğe sahip, verimlilik ve etkililik esaslarına göre işletilen sağlık işletmeleri hedeflenmektedir.

Ülkemizde var olan merkeziyetçi yapı sağlık hizmetlerinin kamu eliyle verilmesi anlayışını desteklemiş ve sonuçta devleti hem sağlık hizmetlerini finanse eden hem de sunan konuma getirmiştir. Ancak son yıllarda tek merkezden yönetimin zorluklarının ortaya çıkmasının yanı sıra kaynakların verimsiz kullanımı ve sistemin iyi işlememesi gibi şikayetlerin gündeme gelmesi 1990'lı yıllarla birlikte reform sözcüğünün sıkça telaffuz edilmesine neden olmuştur (Özsarı 2001). Gelişen bu sürecin özellikle 1980 sonrası benimsenen liberal politikalarından etkilendiği, 1990'lı yıllara girilmesiyle sağlık sisteminde yapısal reform hazırlık çalışmalarının başlatıldığı bilinmektedir. Avrupa Birliği ile uyumu dikkate alan ve Dünya Bankası ile birlikte sürdürülen çalışmalar çerçevesinde oluşturulan Sağlık Reformu Projesinde, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması, finansal korumanın geliştirilmesi, sağlık hizmeti sunumu ile sağlık finansman sisteminin ayrılması, hastane özerkliğinin gerçekleştirilmesi, bir takım yasal düzenlemeler yapılarak Sağlık Bakanlığı'nın örgüt yapısında desantralizasyonun sağlanması, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hasta sevk sisteminin kurulması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi ve sağlık sektöründe yer alan kurumların kurumsal kapasitelerinin geliştirilmesi hususları yer almış (Sağlık Bakanlığı 1993) ve Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne (AB) adaylığı sürecinde yapması

gereken uyum çalışmalarından birisinin de “Ulusal Sağlık Reformu”nun gerçekleştirilmesi olduğu kabul edilmiştir (Metin 2003).

Türkiye sağlık sisteminde ve hastane sektöründe yapılmak istenen ancak türlü hayata geçirilemeyen reform çalışmaları tarihsel perspektifle incelendiğinde; ilk olarak 24 Ocak 1980 kararlarının ekonomi ve sağlık sektörü açısından dönüm noktası olduğu görülmektedir. Sağlık dahil tüm sektörler bu dönemde alınan önemli kararlardan etkilenmişlerdir. 1985 yılında Sağlık Bakanlığı, Dünya Bankası heyeti ile Sağlık reformlarını gerçekleştirmek üzere görüşmeye başlamıştır. Sağlık sektörünü açık pazar ekonomisine adapte etme yolunda ilk girişim 1987 yılında kabul edilen “Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu”dur. Kanun genel bir sağlık sigortası oluşturmanın ilk adımlarını tanımlamıştır. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) Müsteşarlığı 1988 yılında sağlık sektöründeki sorunları ve alternatif çözümleri belirlemek amacıyla bir Master Plan etüdü yapmaya karar vermiştir. Çalışma, Türk ve yabancı şirketlerden oluşan bir konsorsiyum tarafından yürütülmüş ve 1990 yılında tamamlanmıştır. Hazırlanan rapor, sektörün varolan durumunu kapsamlı olarak açıklamış ve sağlık hizmetlerinin acil gereksinimlerini ortaya koymuştur. Bunlar; mevcut uygulamayı iyileştirmek, serbest pazar stratejisi ve ulusal sağlık hizmeti stratejisidir. DPT Müsteşarlığı’nın başlattığı çalışmanın temelinde Sağlık Bakanlığı’nın 1985’lerde Dünya Bankası ile başlatılan ve 1987 yılında Dünya Bankası’nın Türkiye’deki sağlık durumunu değerlendiren bir anlaşmanın yapılmış olması yatmaktadır. 1988’de ilk Dünya Bankası projesinin taslağı hazırlanmış, bir yıl sonra da anlaşma imzalanmıştır. 1991 yılına gelindiğinde ise, Sağlık Bakanlığı bu çalışmaları bir projeler paketinde birleştirmeye ve Bakanlıktaki Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü çatısı altında takip etmeye karar vermiştir.

1990 sonrası Sağlık Bakanlığı’nın ulusal anlamdaki reform dokümanlarında, hastane hizmetlerinin verimlilik, erişim, kalite ve etkililiğinin yükseltilmesi amacı ile hastane reformuna gidileceği belirtilmiştir. Hastane hizmetleri reformunda hastanelerin daha otonom bir yapıya kavuşturulması, özerkliği olan sağlık işletmelerine dönüştürülmesi temel hedef olmuştur. Sağlık işletmelerinin kendi gelir ve gider dengesini sağlayarak devletten herhangi bir ödenek almaması amaçlanmıştır. Sağlık işletmelerinin yönetim kurulu başta olmak üzere genel direktör tarafından yönetilmesi esas alınmış ve genel direktörün altında tıp hizmetlerinden sorumlu bir başhekim, hemşirelik hizmetlerinden sorumlu bir başhemşire ile idari, mali ve diğer destek hizmetlerden sorumlu bir hastane müdürünün yer alması öngörülmüştür (Resmi Gazete 1995). Böylece,

kamu hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi ile hekim esaslı hastane yönetim anlayışından işletmecilik esasına dayalı hastane yönetim sistemine geçiş amaçlanmıştır. Sağlık işletmelerinin kurulacak Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Kurumu ile blok sözleşmeler yapması tasarlanmıştır. Ayrıca hastane hizmetlerinde fiyatların hastaneler ile hizmet alanlar arasındaki müzakerelerden sonra oluşturulması amaçlanmıştır. Hastaların sağlık hizmetlerindeki bilgi eksikliğini azaltmak ve sağlık hizmeti satın alanların tercihlerini etkili yapmaları için sağlık işletmelerinin akreditasyonu, karşılaştırılması ve başarı durumlarının ortaya konması amaçlanmıştır (MoH 1997; Sağlık Bakanlığı 1993; WHO 1996). Ancak geçen süre içerisinde hastaneleri daha etkin ve verimli kılacak bir sistem olarak görülen özerkleştirme başta olmak üzere hastane reformunun temel elementleri olarak sıralanan amaçların hiçbirisine ulaşamamıştır (Dayanıklı 2003). Hastanelerin özerkleştirilmesi konusunda pilot uygulama Sağlık Bakanlığı Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nde başlanmış, ancak personel maaşları genel bütçeden karşılandığı ve personel atamaları merkezden yapıldığı için tam bir özerkleşme gerçekleştirilememiştir.

Sağlık sektörünün ve hastanelerin yeniden yapılandırılması konusu önceki hükümetler döneminde olduğu gibi 58. Hükümet'in Acil Eylem Planında da yer alan konuların başında gelmektedir. Acil Eylem Planında sağlık hizmetlerinde reform çalışmaları sağlıklı toplum başlığı altında toplanmıştır. Plan incelendiğinde sağlık hizmetleri ve hastane sektörü açısından yapılacak faaliyetlerin aşağıdaki gibi olduğu görülmektedir (Başbakanlık 2003a):

- Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak tüm hastaneler tek bir çatı altında toplanacaktır. Bunu sağlamak için Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, hastanesi olan Kamu İktisadi Teşebbüsleri (KİT'ler), Belediyeler ve tabip odaları arasında işbirliği öngörülmektedir. Genel Sağlık Sigortası Sisteminin uygulanması için kamu hastanelerinin (üniversite hastaneleri hariç) tek çatı altında toplanması amaçlanmaktadır.
- Hastaneler idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulacaktır. Devlet Planlama Teşkilatı, Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı hastanelerin mali yönden özerkleşmesi için işbirliği yapacaklardır.
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı ayrılacaktır.

- Kamu sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması amacı sosyal güvenlik kurumları için de geçerlidir. Genel Sağlık Sigortası ile sağlık hizmetleri sunum ve finansmanı birbirinden ayrılacaktır.
- Aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulacaktır.
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecektir.

Ayrıca 58. Hükümetin “Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma” başlığı altında yürütmekte olduğu faaliyetlerde de sağlık hizmetleri ve hastaneler konusu ele alınmaktadır. Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı’nda Sağlık Bakanlığı’nın eğitim hastaneleri dışındaki hastanelerinin ve sağlık merkezlerinin, koruyucu sağlık hizmeti veren tesislerinin il özel idarelerine devredilmesi öngörülmektedir (Başbakanlık 2003b).

V. SONUÇ

Bilindiği üzere başta Avrupa kıtası olmak üzere dünyanın genelinde hastaneler, sağlık sistemleri, sağlıkla ilgili değer ve inançlar sürekli değişmektedir. Sağlık sektöründe son zamanlarda devlet politikalarında yaşanan en büyük değişim sağlıkta kamunun rolünün gittikçe zayıflaması, buna karşılık özel sektörün güçlenmesine yönelik eğilimlerin artmasıdır. Hastane endüstrisi özelinde ise, yaşanan bu değişimle ilgili üç ana mesaj verilebilir. Birincisi, hastaneler toplum sağlığını geliştirmek için sadece tedavi edici sağlık hizmeti sunmamalı, bunun yanında eğitim ve araştırma fonksiyonlarına da önem verilmelidir. İkincisi, hastaneler sağlık sistemlerinin bir ögesi olarak hizmet bölgesindeki sağlık ve sosyal hizmet sunan diğer kurumlardan veya mekanizmalardan bağımsız olarak ele alınamazlar. Üçüncüsü, sağlığı geliştirme ve yeterli sağlık hizmeti sunmak için hastaneler ve diğer kurumlar arasında gerekli koordinasyon ve işbirliği sağlanmak zorundadır.

Hastanelerin rol ve fonksiyonlarında gözlenen bu tür gelişmeler bu kurumların yönetim yapılarında da yenilikler getirmektedir. Yönetimsel açıdan bakıldığında değişime uyum sağlamak ve değişimi sağlık kurumları lehine yönlendirmek için alınan yönetimsel kararların belirsizlik seviyesini asgari düzeye indirmek gerekmektedir (Godiwalla et al. 1997; Lloyd 1994). Bu yönde atılması gereken adımlardan biri, gelecekteki hastanelerin planlamasını desteklemek için daha fazla araştırmanın yapılması ve belirsizlikleri tanımlayacak senaryo planlarının veya simülasyon modellerinin geliştirilmesidir. Oysa, hastane planlaması ile ilgili olarak örneğin kaç

hastaneye ihtiyacımız var, hangi hizmetler sunulmalı, birbiriyle ilişkisi nasıl olmalı, bu hizmetler nasıl organize edilmeli ve yönetilmeli gibi hastane planlamasının merkezi konularına ışık tutan çok az araştırma yapılmıştır (Edwards, Harrison 1999). Bir hastanenin ne kadar nüfusa hizmet verebileceği, günde kaç hasta kabul edeceği, hangi uzmanların çalışacağı, personel sayısının ne olacağı ve hastane büyüklüklerinin ve dağılımının nasıl belirleneceği konuları hala günümüzün önemli tartışma konuları arasında yer almaktadır (Wolper, Pena 1995). Örneğin, son yıllarda hastanelerin birleştirilmesi konusunda yoğun tartışmalar yaşanmakta ve bu çerçevede daha büyük hastanelerin düşük ortalama maliyete ve daha iyi klinik sonuçlara yol açacağı iddia edilmektedir. Ancak, araştırmalardan elde edilen bulgular daha büyük hastanelerin ölçek ekonomisinden yararlandığını ya da var olan hizmet yoğunluğunun hastalar için gelişmiş sonuçlara yol açtığı şeklinde herhangi bir genel tahmini desteklememektedir. Kimi hizmet planlayıcıları hastane ünitelerinin kolay ulaşılabilir olmasından emin olmak için yerel düzeyde küçük ama çok sayıda hastane yapımını desteklerken, kimi planlayıcılar büyük ünitelerin ölçek ekonomisinin işlemleriyle ortalama maliyetleri azaltacağını ve daha büyük ünitelerin klinisyenler tarafından yapılan ortalama faaliyet hacmini artırarak hasta sonuçlarını iyileştireceğini iddia etmektedir. Maalesef bu iddiaların yeterli miktarda kanıt ya da bulgularla desteklendiğinden söz etmek mümkün değildir. Örneğin, yakın zamanlarda Birleşik Devletler’de hastanelerin birleştirilmesi konusunda yapılan bir analizde, maliyetin çoklu hastane sistemlerinde (multihospital) daha düşük olduğu ya da birleşmelerin artan verimlilik yoluyla düşen maliyetlere neden olduğu desteklenmemiştir. Bu konunun en sıkı taraftarları dahi ölçek ekonomisinin işleminde bir sınırın olduğunu kabul etmekte, aksi takdirde en verimli çözüme mega hastanelerin yapılmasıyla ulaşılacağını öne sürmektedir. Ölçek ekonomisi konusundaki ampirik literatür farklı metodları yansıtmaya rağmen sonuçlar dikkat çekecek şekilde tutarlıdır. Ulaşılan genel sonuçlara göre; birleşmelerin ilk bakışta yönetim maliyetlerini azaltacağı beklenmekle birlikte, birleşmeler sonucunda küçük bir birimi yönetmeden daha fazlasını yönetmekle ilgili ilave maliyetler söz konusu olursa aksine yönetim maliyetlerinin düşmeyeceğine dikkat çekilmektedir (Edwards, Harrison 1999; Posnet 1999; Posnet 2002; Sağlık Bakanlığı 1998).

Her ne kadar optimum yatak sayısının ne olduğu kesin olarak yanıtlanmasa da, dahası sağlık sistemleri için verimlilik ve ulaşılabilirlik gibi hedefler bir ikilem oluştursa da, mevcut gelişmeler devam ettiğinde, günlük cerrahi müdahalelerin artmasından dolayı gelecekte hastanelerdeki yatak sayısının

daha da düşeceği, hastanelerin daha fazla ayakta hizmetler sunacağı (Smits, Pijl 1999), yatan hastalara ayrılan kaynakların azalacağı, hastane hizmetlerinden çok temel sağlık hizmetlerinin önem kazanacağı (McKee, Healy 2000), hastane yönetim yapısının gelecekte daha desantralize yapıya kavuşacağı ve kamu ve özel hastane sektörünün yönetim anlayışlarının daha da benzeşeceği tahmin edilmektedir. Örneğin özel hastane sektöründe daha yaygın olan iş süreçli yeniden yapılandırma, hasta odaklı bakım, kalite geliştirme teknikleri ve daha iyi klinik yönetim gibi yönetsel unsurlar artık kamu hastane sektöründe de görülmeye başlanmıştır (Preker 2002). Diğer yandan hastane hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ve bu arada yatak talebinin azaltılmasına yönelik olarak, hastaların hastaneden çıkışlarının hızlandırılmasına imkan verecek sistemlerin geliştirilmesi ve kalite ve kullanım uygunluğunun incelenmesi gibi stratejilere yer verilmeye başlanmıştır. Hastane verimliliğinin artırılması ve kalış süresinin azaltılmasına yönelik önlemler, ayrıca sistemin diğer kısımları üzerindeki etkiyi de (birinci basamak sağlık hizmetlerine olan talep gibi) hesaba katmalıdırlar (Sağlık Bakanlığı 1998; Welch, Kleiner 1995).

Hastanelerin geleceğine ilişkin sınırlı fakat gelişmekte olan literatür, muhtemelen kamu hastaneleri, ayakta tedavi merkezleri, birinci basamak sağlık merkezleri ve evde bakım hizmetleri tarafından desteklenen ve büyük insan kitlelerine hizmet verecek daha az sayıda, fakat ileri teknoloji kullanan hastanelerin ortaya çıkacağını öngörmektedir. Hastaneler için tutarlı ve gerçekçi bir stratejinin sağlanması için hükümet düzeyinde kapsamlı bir değişim yönetimine olanak sağlayacak açık ve net sorumlulukların belirlenmesi; kalış süresi, gündüz bakım ve hastaneye yatış oranları vs. gibi konuların geliştirilmesi için entegre bir yaklaşımın ele alınması; hastane sektöründe, yöneticilerin ve klinik çalışanlarının hastane verimliliğini arttırmaları ve diğer yönetsel değişiklikleri yapmaları için teşvikler içeren, açık mali ve yönetsel hedeflerin olması ve başarısız kuruluşlara destek verilmemesi gerekmektedir.

Bütün bu açıklamalardan sonra Türk Sağlık Sistemi'nde geleceğin hastaneleri şekillendirilirken sektörde yaşanacak olası değişim ve gelişimleri iyi analiz etmek gerekmektedir. Türkiye açısından hasta yatağı sayısını arttırmaktan daha çok mevcut hasta yataklarının daha verimli ve etkili kullanımı hedef alınmalı ve %58'lik yatak işgal oranının artırılması için gereken önlemler uygulamaya konmalıdır. Bu çerçevede bir yandan sık sık siyasi atamalar sonucu gündeme gelen personel fazlalığı ve personel dağılımındaki adaletsizliklerin önüne geçilerek verimsiz hastaneler işler hale

getirilmeli, diğer yandan mevcut yönetim kapasitesini geliştirmek için klinik, mali ve diğer yönetim sistemleri ile desteklenmiş genel yönetim uzmanlık programlarının desteklenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Başbakanlık (2003a) **T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı**. T.C. Başbakanlık, 3 Ocak 2003. (www.basbakanlik.gov.tr/acileyem/aep.doc, Erişim tarihi: 10.10.2003).
2. Başbakanlık (2003b) **Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma 2: Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı**. T.C. Başbakanlık, Ankara, Ekim 2003.
3. Brandt E. et al. (2000) **The Challenges and Possibilities of Future Hospitals at the Outset of the 21st Century: Consequences for National Networks of Health Promoting Hospitals**. Committee of the Hospitals of the European Union (www.hope.be Erişim tarihi: 10.07.2003).
4. Committee of the Hospitals of the European Union (HOPE) (1998) **Trends in Hospital Financing in the European Union**. (<http://hope.be/07publi/leaflet/financ/framset.htm>. Erişim tarihi: 24. 11. 2002).
5. Dayanıklı F. (2003) Tekirdağ Milletvekili Dr. Fırat Dayanıklı'nın TBMM Genel Kurulunda Sağlık Bakanlığı Bütçesi üzerine yaptığı konuşma metni.
6. Edwards N. and Harrison A. (1999) Planning Hospital with Limited Evidence : A Research and Policy Problem. **BMJ** 319: 1361-1363.
7. Godiwalla Y. et al. (1997) Managing Hospitals in Dynamic Environments. **International Journal of Health Care Quality Assurance** 10 (5): 202-7.
8. Harding A. and Preker A. S. (2000) **Understanding Organizational Reforms—The Corporatization of Public Hospitals**. The International Bank for Reconstruction and Development / World Bank, Health Nutrition and population (HNP) Discussion Paper, Washington.
9. Harding A. and Preker A. S. (2003) “A Conceptual Framework for the Organizational Reforms of Hospitals”. In: Preker, Alexander S and Harding, April (eds.) **Innovations in Health Services Delivery: The Corporatization of Public Hospitals**. pp: 23-78. Health, Nutrition and Population Series The World Bank, Human Development Network, New York.
10. Healy J. and McKee M. (2002) Implementing Hospital Reform in Central and Eastern Europe, **Health Policy** 61: 1-19.
11. Hensher M. et al. (1999) International Trends in the Provision and Utilization of Hospital Care. **BMJ** 319: 845- 8.

12. Ho T. and Ali-Zade N. (2001) Eastern European Hospitals in Transition. **Eurohealth** 7 (3 - Special issue: Implementing Hospital Reform in Central and Eastern Europe and Central Asia): 8-15.
13. Kirkman-Liff B.F. (1994) Management without Frontiers: Health System Convergence Leads to Health Care Management Convergence. **Frontiers of Health Services Management** 11 (1): 3-49.
14. Koçel T. (2001) **İşletme Yöneticiliği**. 8. Baskı, Beta Basım A.Ş., İstanbul.
15. Lloyd J. (1994) The Changing Cultures of Health and Education. **Health Manpower Management** 20 (3): 23-4.
16. MacLehose L. (2003) Trends in Hospital Reform Across the EUO Europeab Region: Challenges and Opportunities. European Observatory on Health Care Systems. (www.observatory.dk, Erişim tarihi: 10.10.2003).
17. McKee M. and Healy J. (2000) The Role of the Hospital in a Changing Environment. **Bulletin of World Health Organization** 78 (6): 803-810.
18. McKee M. and Healy J. (Editors) (2002) **Hospitals in a Changing Europe**. Open University Press., Buckingham.
19. Metin B. (2003) **Türkiye'nin Sağlık Sorunları: Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları**. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi Başkanı, 6 Ocak 2003. (www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul10BMETINSAGLIK.HTM Erişim tarihi: 10.06.2003).
20. MoH (1997) **Health Sector Reforms in Turkey, 1997**. Republic of Turkey Ministry of Health, Health Project General Coordination Unit, Ankara.
21. OECD (2001) **OECD Health Data 2001: Comparative Analysis of 30 Countries**. Software Program, Version 15.06.2001, Paris.
22. Özsarı H. (2001) Sağlık Reformu Sürecinde Hastanecilik Hizmetlerinin Yeri. **Hastane** 2 (12): 66-68.
23. Posnett J. (1999) The Hospital of the Future: Is Bigger Better? Concentration in the Provision of Secondary Care (Education and Debate). **BMJ** 319: 1063-7.
24. Posnett, J. (2002) 'Are Bigger Hospital Better?'. In: McKee M and Healy J (ed) **Hospitals in a Changing Europe** pp: 100-119. Open University Press, Buckingham.
25. Preker A. S. (2002) **Global Development Challenges and Health Care Reform**. (www.hospitalmanagement.net/ihfdocs/World_Hospitals_and_Health_Services.doc Erişim tarihi: 10.10.2002).

26. Resmi Gazete (1995) **Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle İlgili çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik**. Resmi Gazete, 1995 Yılı 22168 mükerrer sayısı.
27. Robinson K. and Dixon A. (1999) **Health Care Systems in Transition: United Kingdom**. European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen. (<http://www.observatory.dk>. Erişim tarihi: 10.10.2002).
28. Sağlık Bakanlığı (1993) **Türkiye Ulusal Sağlık Politikası: Üçüncü Binyıla Hazırlanırken**. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
29. Sağlık Bakanlığı (1998) **Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi**. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara. (Orijinal yayın: Saltman Richard B and Figueras, J. 1997- *European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies*. World Health Organization, Geneva).
30. Sağlık Bakanlığı (2002) **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2001**. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
31. Saltman R. (1999) Changing Environment of Health Care Services: Status and International Trends in Health Systems. In: Garcia-Barbero, M. (ed.) **Appraisal of Investments in Health Infrastructure**, pp: 49-65. World Health Organization European Office for Integrated Health Care Services, Barcelona.
32. Smits M. and Pijl G. (1999) **Developments in Hospital Management and Information Systems**, Proceedings of the 3rd Hawaii International Conference on System Sciences. (www.computers.org/proceedings/hcsss/ Erişim:14.08.2002).
33. The World Bank Group (2002) Public Hospitals: Options for Reform through Public-Private Partnerships. **Public Policy for Private Sector**, Note Number 241, January 2002, The World Bank Group Private Sector and Infrastructure Network.
34. Undritz N. et al. (1996) Role of the Hospital. This discussion paper has been approved by the Assembly of the Standing Committee of the Hospitals of the European Union on March 26th 1996. (www.hope.be/07publi/worddoc/role.ZIP. Erişim tarihi: 12.12.2002).
35. Welch J.R. and Kleiner B.H (1995) New Developments in Hospital Management. **Health Manpower Management** 21 (5): 32-5.
36. WHO (1996) **Health Care Systems in Transition – Turkey**. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
37. WHO (2000) **The World Health Report. Health Systems: Improving Performance**. World Health Organization, Geneva:
38. WHO (2001) **The World Health Report**. World Health Organization, Geneva.

39. WHO (2002) **The European Health Report 2002**. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO Regional Publications, European Series, No. 97, Copenhagen.
40. Wolper L. F and Pena, J. J. (1995) History of Hospitals., In Wolper, Lawrence F (ed) **Health Care Administration: Principles, Practices and Delivery**, pp: 3-15, Aspen Publication Inc., Maryland.