

Tedavi Hizmetlerinde Gizli Özelleştirme: Şehir Hastaneleri

ÇALIŞTAY RAPORU



20 Ocak 2018-İstanbul

ÇALIŞTAY RAPORU

Türk Tabipleri Birliği tarafından düzenlenen “Tedavi Hizmetlerinde Gizli Özelleştirme: Şehir Hastaneleri” Çalıştayı 20 Ocak 2018 tarihinde İstanbul Tabip Odası Cağaloğlu binasında gerçekleştirildi. Çalıştaya Ankara, İstanbul, Eskişehir, Bursa, Gaziantep, Isparta-Burdur, Adana, Tekirdağ, Mersin, Samsun ve Trabzon tabip odalarından yönetici ve temsilciler, sağlık alanında örgütlü meslek odaları ve sendikalardan yönetici ve temsilciler, İstanbul’daki çeşitli hastanelerden temsilcilerin yanı sıra milletvekilleri Dr. Ali Şeker ve Dr. Niyazi Nefi Kara, SES Eş Genel Başkanı İbrahim Kara, DİSK Devrimci Sağlık-İş Başkanı Dr. Arzu Çerkezoğlu da katılım sağladı.

TTB Merkez Konseyi Başkanı Prof. Dr. Raşit Tükel’in açılış konuşmasıyla başlayan çalıştayın ilk bölümünde, Dr. Uğur Emek “Sağlıkta Finansman Yöntemi Olarak Kamu Özel Ortaklığı Modeli”, Dr. Kayıhan Pala “Türkiye’de Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklığı Modeli: Dün, Bugün, Yarın” başlıklı sunumlar yaptılar. Ardından “Şehir Hastanelerine Karşı Yürütülen Örgütsel Mücadele” Dr. Eriş Bilaloğlu, “Şehir Hastanelerine Karşı Yürütülen Hukuksal Mücadele” Av. Özgür Erbaş tarafından aktarıldı.

Yapılan sunumların sonrasında çalışma grubu toplantılarına geçildi. Bu bölümde Dr. Bayazıt İlhan ve Dr. Sinan Adıyaman’ın kolaylaştırıcı olduğu “Şehir Hastanelerinde Kira ve Hizmet Bedelleri Nasıl Karşılancak?”, Dr. Güray Kılıç ve Dr. Dilek Aslan’ın kolaylaştırıcı olduğu “Şehir Hastanelerinde Sağlık Hizmeti Sunumu, Tıp ve Uzmanlık Eğitimi”, Dr. Bülent Nazım Yılmaz ve Dr. Ali İhsan Ökten’in kolaylaştırıcı olduğu “Şehir Hastanelerinde Sağlık Emekçilerini Neler Bekliyor?” başlıklı çalışma grubu toplantıları yapıldı. Çalışma grupları kısa raporlarına ve toplantı sürecinde dile getirilen görüşlere bu dokümanda yer verilmiştir.

Yararlı olabilmesi dileğiyle...

Türk Tabipleri Birliği

Çalışma Grubu - 1

Şehir Hastanelerinde Kira ve Hizmet Bedelleri Nasıl Ödenecek?

Kamu özel işbirliği modeli kendi ulusal kaynaklarımızla ödemek zorunda olduğumuz projeleri ifade ediyor. Şehir hastanelerine yapılacak(18 projenin) ödemelerin toplam bedelinin 60 milyar doları bulabileceği hesaplanıyor; ancak maliyetleri tam olarak hesaplamak çok zor. Döviz kuru öngörülemiyor. 32 proje öngörüldüğüne göre maliyet bunun çok üzerinde olacak.

Bu paralar ödenemeyecek görünüyor, yük büyük!

Burada borçlar uluslararası tahkime bağlı; devlet zorlansa da öncelikle bu borçları ödemek zorunda kalacak.

İlgili mevzuat hükmü şöyle: Bedel, Bakanlığa veya bağlı kuruluşlara ait döner sermaye bütçesinden ve/veya merkezi yönetim bütçesinden ödenir.

Hekimler ve sağlık çalışanları ödenecek kira ve hizmet bedelleri nedeniyle döner sermaye gelirlerinde azalma olacağından kaygılanıyor. Isparta ve Adana'da yaşandı. Sağlık Bakanlığı kiraların genel bütçeden karşılanacağını söylüyor. 2018 bütçesine 2,6 milyar TL şehir hastanelerinin kira ve hizmet ödemeleri için ayrıldı. Bunun 1,3 milyar TL'si kira 1,3 milyar TL'si hizmet bedeli olarak ayrıldı. Hizmet bedelinin kapsamının ne olduğu belli değil. Şeffaflık olmadığı için bu rakamın açılmış dört hastane için olabileceği düşünülüyor. 2018'de açılacak olanlar dahil değil, bunlar için ek bütçe kaydırılması gerekebilir.

132 bin Sağlık Bakanlığı yatağının 42 binine bu kadar büyük kaynak ayrılması diğer hastanelerin ödeneklerinde azalmaya, daha zora düşmelerine sebep olabilir. Oralarda çalışan sağlık personelleri de birinci basamakta çalışanlar da bunlardan hem çalışma koşulları hem de gelir yönünden etkilenebilir.

Ödemelerde kullanılan kaynak yönünden hastaneden hastaneye farklılıklar olabilir; ileride döner sermayeden ödemeleri daha çok tercih edebilirler. Bu da hekimlerin gelirlerinde azalmalara yol açabilir. Hizmetlerin bir bölümü bile döner sermayeden ödense, şişirilmiş maliyetler nedeniyle personel ödemelerinde azalmalar oluşabilir.

Projeler çok büyük, kapalı alan fazla, kira ve hizmet bedelleri yüksek; bunlar maliyetleri artırıyor. Buna rağmen şirketler bu kadar uzun vadeli sözleşmelerde zorlanabilirler. Bunların riski de kamunun üzerinde.

6428 sayılı Kanunda kullanım bedeli ifadesi geçiyor; kira bedeli yok. 2018 bütçe kanununda ise kira bedeli olarak geçiyor. Devletin düzenlemelerde terminolojiyi dahi ortaklaştıramaması yönetimde gelinen yeri gösteriyor.

KÖİ projelerinden doğan borçlar devlet borçları içinde görünmüyor.

İleride hastalardan alınacak katkı-katılım payları artışı ve giderek daha fazla sağlık hizmetinin temel teminat paketinin dışına alınması, daha çok sağlık hizmetinin tümünden paralı hale gelmesi söz konusu olabilir.

"Şehir hastanesi fark ücreti" de gelebilir.

Devlet keşke parayı koruyucu sağlık hizmetlerine harcarsa da, insanları hasta etmese! Keşke hiç hastaneye, 5 yıldızlı otel konforunda hastaneye ihtiyaç olmasa. Bu modelde yatırım koruyucu sağlık hizmetlerine değil hastaneciliğe, hasta olmaya yapıyor.

Kimi sağlık çalışanlarının işsiz kalması söz konusu olabilecek.

Bu SUT fiyatlarıyla, ki yıllardır artmıyor, hastane gelirlerinin artması ve bu borçların ödenmesi imkansız. Global bütçede artış gerekiyor; SGK'nın açığı çok fazla olduğu, zorda olduğu için artış olamıyor.

Hazine sağlık projelerine garanti vermedi; aslında ilgili yasada bu mümkündür. Sağlık Bakanlığı borçlanıyor, garanti veriyor görünüyor.

Sağlık turizmi de bu hastanelerin gelir kaynağı olarak bildiriliyor; ancak gelir artışına yol açacağı kuşku.

Şehir hastanelerine ulaşımın zor olması şehir içindeki özel hastanelerin sayısını ve buralara giden hasta sayısını artırabilir.

Çalışma Grubu - 2

Şehir Hastanelerinde Sağlık Hizmeti Sunumu, Tıp ve Uzmanlık Eğitimi

I. Toplantının ilk bölümünde aşağıda yer alan anahtar çerçeve belirlenmiştir.

1. Nasıl bir hastanecilik modeli?
 - ✓ Mevcut devlet hastanesinden farklar nelerdir?
 - ✓ Özel hastanelere benzerlikleri nelerdir?
2. Kamu-Özel işbirliğindeki şehir hastanelerini kim yönetecek?
 - ✓ Kamu
 - ✓ CEO
 - ✓ Modellerin avantaj ve dezavantajları nelerdir?
3. Çalışanların yasal pozisyonları nasıl?
 - ✓ Devlet memuru hekimler
 - ✓ Diğer sağlık çalışanları
 - ✓ Tıbbi destek hizmeti sunanlar
 - ✓ Destek hizmeti sunanlar
 - ✓ Doğrudan satın alınan hizmetlere bağlı çalışanlar
4. Sağlık hizmetinde üretim sürecinde belirleyiciler kimler?
 - ✓ Kliniklerin/polikliniklerin çalışma düzeninin karar vericisi kim(ler)?
 - ✓ Performans sistemi süreci nasıl etkileyecek?
5. Ciro baskısı sağlık hizmeti üretimini etkileyecek mi?
 - ✓ Finansman açısından gelir/gider dengesi nasıl olacak?
 - ✓ Yatış/muayene sürelerini neler etkileyecek?
 - ✓ Vakalarda seçim/başvuru vb. dinamikler nasıl olacak?
6. Laboratuvar tetkikleri/görüntüleme hizmetleri taleplerini etkileyen konular neler olacak?
 - ✓ Finansman açısından gelir/gider dengesi nasıl olacak?
 - ✓ Yatış/muayene sürelerini neler etkileyecek?
 - ✓ Vakalarda seçim/başvuru vb. dinamikler nasıl olacak?
7. Mekansal büyüklük sağlık hizmet sunumunu ve tıpta uzmanlık eğitimini nasıl etkileyecek?
8. Çalışanların hukuksal çerçeveleri ve yaşama olasılığı olan sorunları neler olabilecek?
9. Tıpta uzmanlık eğitimi nasıl sürecek/sürdürülecek?

- ✓ Eğitim olanakları
- ✓ Donanım standartları
- ✓ ÇEP'in uygulanabilirliği?
 - Ana uzmanlık alanı
 - Rotasyonlar
 - Diğer

10. Hizmet ve eğitim iyi hekimlik değerleri açısından sürdürülebilir mi?

II. Toplantının ikinci bölümünde aşağıdaki konular öne çıkmıştır.

1. Mersin Şehir Hastanesi deneyimi paylaşılmıştır:

- a. Fiziksel açıdan çok fazla sorun yaşanmamıştır.
- b. Zaman geçtikçe kurumda araç/gereçlerde ve malzemede eskimeler/yıpranmalar görülmektedir. Yıpranan malzemenin değiştirilmesi zor olabilmektedir.
- c. Bir ay kadar önce hastane başhekimisi görevden alındığı bilgisi paylaşılmıştır.
- d. Hastanede Şirketin CEO'su yönetici olarak çalışmaktadır.
- e. Hastane ile ilgili bir sorun olduğunda telefon aracılığı ile merkezi bir telefon aranmaktadır ve bildirim yapılmaktadır.
- f. Hizmet sunan sağlık çalışanları için SMG, dinlenme vb. açılardan mekânsal alanlar yeterli değildir.
- g. Sağlık çalışanlarının mutlu olmadığı belirtilmiştir.
- h. Görev değişim sürecinde herhangi bir sözleşme yapılmadığı bilgisi paylaşılmıştır.

Tedavi Hizmetlerinde Gizli Özelleştirme: Şehir Hastaneleri | 20.1.2018

2. Türk Tabipleri Birliği tarafından 10 Ocak 2018 tarihinde Adana Şehir Hastanesi'ne ziyaret yapıldığı bilgisi paylaşılmıştır:

- a. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin/diğer sağlık çalışanlarının döner sermayelerini alamadıkları ifade edilmiştir.
- b. Hastanede 11 dalda uzmanlık eğitimi verilmektedir.
- c. Hekimlerin sekreteryaya yüklerinin çok fazla olduğu paylaşılmıştır.
- d. Sağlık çalışanlarının mutsuz olduğu paylaşılmıştır.

3. Şehir hastaneleri modelinde hekimlerin hukuksal zeminlerinin farklılaşabileceği üzerinde durulmuştur:

- a. Uluslararası hukuk düzenlemelerinin etkileyebileceği koşullar incelenmelidir (tahkim vb).

2. Sağlık turizmi açısından bu kurumların kullanılabilme olasılığı ve getirebileceği sonuçlar üzerinden durulmuştur.

3. Hastanelerin kapasite, mekânsal düzen, mesafe vb. açılardan hasta haklarında ihlallerin olması olasıdır. Bu konulara çözümlerin üretilmesi mutlaktır.

4. Küçük ölçekli şehirlerde kurulmuş olan şehir hastanelerin etrafındaki özel hastanelerin daha uzak mesafelere taşındığının görüldüğü paylaşılmıştır.
5. Mevcut hastanelerin çevresinde var olan diğer hizmet sektörlerinin durumuna ilişkin tespitlerin yapılmasının doğru olacağı konuşulmuştur. Buralardaki eczaneler, esnaf vb. süreçten etkilenmektedir.
6. Hekimlerin mesleki uygulamalarında aksaklıkların olması söz konusudur:
 - a. Kapasite fazlalığı
 - b. Mekansal büyüklük
 - c. Çok sayıda kliniğin eş zamanlı çalışması ve hizmetlerde sürekliliğin aksamaması
 - d. Eğitim alan hekimler açısından rotasyonlar
 - e. Hizmet alımlarının hizmeti ve özellikle de eğitim alan hekimlerin eğitimini kesintiye uğratması, niteliği olumsuz etkilemesi

III. Toplantının son bölümünde aşağıda yazılı olan “yapılabilecekler” belirlenmiştir.

1. Kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin tamamen KAMUSAL olmasının talep edilmesi ve sağlanması için çalışmalar yapılması.
2. Kamu Özel İşbirliği modelinin diğer ülke örneklerinin sonuçlarının kamuoyu ile açık ve anlaşılır biçimde paylaşılması.
 - a. Bu konuda uygulamadan vazgeçmeyi öneren deneyimlerin gerekçe ve önerilerinin dikkate alınmasının sağlanması için çalışmalar yapılması.
3. Hekimlik değerlerinin ve doğru yaklaşımlarının uygulanması için çalışmaları yapılması.
 - a. Örneğin her hastaya en az 20 dakika süre ayrılacak düzenlemeler için yeniden çağrı ve çalışmaların yapılması.
4. Uygulamaların sürdürüldüğü hastanelerde sürecin objektif olarak değerlendirmesine olanak sağlayan kanıta dayalı bilimsel çalışmaların yapılması.
5. Uzmanlık dernekleri ile birlikte süreç değerlendirmelerinin yapılması

Çalışma Grubu - 3

Sağlık Emekçilerini Neler Bekliyor?

Şehir hastaneleri hazırlıksız, birçok eksiklikle, politik ve ekonomik beklenti ve baskılarla açıldı. Bu eksikliklerin giderilmesi için kimi çabalar olsa da yaşanan kaos hala devam etmektedir. Bu çalışma ortamı sağlık çalışanlarının şiddete uğrama olasılığının giderek artmasına ve aynı zamanda iş kazalarının sık görülmesine neden olacaktır.

Şehir hastaneleri hasta ve tedavi odaklı planlanmıştır. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının ortak kullanma mekanları bulunmamaktadır. Bu durum sağlık çalışanlarının birlikte iş üretme, yapılan işi değerlendirme ve öneri alma olanaklarını imkansız hale getirmektedir. Aynı zamanda iyi hekimlik uygulamaları ve nitelikli sağlık hizmeti vermenin önünde önemli bir engel oluşturmaktadır.

Şehir hastanesi olarak planlanmasına rağmen kimi şehir hastaneleri eğitim hastanesi görevini de görmektedir. Bu durum asistan eğitiminde yetersizlik ve sorunların daha da artmasına sebep olacaktır.

Şehir hastanelerinde hekimler polikliniklerde hemşire, tıbbi sekreter olmadan çalıştırılmak istenmektedir. Bu çalışma ortamı hekimlerin yalnızlaşmasına ve değersizleşmesinin aracı olacaktır.

Şehir hastanelerinin kapalı alanları modern hastane standartlarının çok üzerindedir. Bu büyüklük konsültasyonlara, acil hastalara ulaşmada önemli zaman kaybına yol açmaktadır. Hastaya ulaşma konusunda yaşanan zorluklar hastaların ve hekimlerin mağduriyetini artıracaktır.

Şehir hastanelerinde sağlık çalışanlarının çalışacakları birimler seçilirken onların bilgi, beceri ve deneyimlerine göre seçim yapılmamaktadır. Bu durum nitelikli sağlık hizmeti önünde bir engel olduğu gibi, sağlık çalışanlarının işlerine yabancılaşmasını da hızlandırmaktadır.

Şehir hastanelerinde yaşanan sorunlar sabit bir telefon hattı üzerinden bir çalışana iletilerek çözülmeye çalışılmaktadır. Böyle bir mekanizma kimi zaman sorunun dahi anlaşılmasına neden olmakta ve çoğu kez de sorunun çözümü konusunda hızlı hareket etmeyi ve başarıyı engellemektedir. Doğal olarak yaşanan çözümsüzlük sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını zorlaştırmaktadır.

Şehir hastanelerinde yazılım sorunlarının giderilememesi sağlık hizmetinin sürekliliğini engellediği gibi, başta hekimler olmak üzere hastalarla sağlık çalışanları arasında gerilimlerin yaşanmasına sebep olmaktadır.

Özellikle radyolojik görüntüleme sisteminde yaşanan aksaklıklar, tomografilerin hizmet alımı yoluyla değerlendirilmesi birçok tıbbi hatayı ve gecikmeyi beraberinde getirdiği gibi sağlık çalışanlarının hedef haline gelmesini kolaylaştırmaktadır.

Şehir hastanelerinde acil servisler çok geniş alana kurulmuşlardır. Bununla birlikte çalışan sayısı ihtiyacın çok altındadır. Şehir hastanesi açılan illerde acil vakalar bu hastanelere yönlendirilmekte ve acil servislerde yaşanan sorunlar daha da artmaktadır.

Şehir hastanelerinde hasta ve yatak sayılarının artmasına rağmen aynı oranda hekim ve diğer sağlık çalışanlarının sayısı artmamıştır. Artan iş yükü, yönetimlerin fazla hasta bakılması ve hasta yatışı yapılması konusundaki baskıları, yaşanan aksaklıkların sorumlusu olarak hekim ve diğer sağlık çalışanlarının görülmesi ve yönetimlerin bu bakışa hizmet etmeleri, teknik alanda eksikliklerin fazlalığı, çalışma sürelerinin uzunluğu, ücretlerin yetersizliği ve düşmesi, sağlık çalışanlarının yalnızlaştırılması tüm çalışanlarda mutsuzluğa, huzursuzluğa sebep olmakta ve tüm çalışanlar hızla tükenmişliğe sürüklenmektedir.

Çözüm Önerileri

- ✓ Siyasal iktidar ve yöneticiler sağlık alanında yaşanan sorunların hekimler ve diğer sağlık çalışanlarından kaynaklandığına yönelik bir algı yönetimi sergiliyor ve bunda da başarılı oluyorlar. Bu durum hekim ve diğer sağlık çalışanlarının psikolojik yıpranmalarının giderek artmasına sebep olmuştur. Meslek örgütlerimiz ve sendikalarımız bu algı yönetimini başarısız kılmak için mücadele etmeli ve sağlık çalışanları birimlerinde yalnız bırakılmamalı sık sık ziyaret edilmelidir.
- ✓ Şehir hastaneleri açılacak illerde var olan hastanelerin kapanmaması için çaba gösterilmelidir. Kitle örgütleri, mahalle sakinleri, muhtarlıklar, esnaf vb yaşanacak olumsuzluklar konusunda bilgilendirilmeli ve tutum almaları sağlanmalıdır.
- ✓ Şehir hastaneleri açılacak iller örgütlerimizce ziyaret edilmeli ve birim toplantıları yapılmalıdır.
- ✓ Şehir hastanelerinin açıldığı ilk günlerde örgüt temsilcilerimizin bu hastanelerde sağlık çalışanlarını yalnız bırakmamaları çok önemlidir.
- ✓ Kadroya geçirilecek taşeron işçilere şehir hastanelerinin açılmasıyla birlikte başka bir kurum ve şehir de çalıştırılabilecekleri bilgilendirmesi yapılmalıdır.
- ✓ Şehir hastanelerinde çalışan hekimlerin zorunlu mesleki sigortaları gözden geçirilmelidir.
- ✓ Şehir hastanelerinde her klinikte temsilciler belirlenmeli ve temsilcilikler aktif hale getirilmelidir.
- ✓ Bugüne kadar açılmış şehir hastanelerindeki sorun ve çözümsüzlükler kamuoyuyla paylaşılmalıdır.
- ✓ Şehir hastaneleri yerine nasıl bir hastaneciliği ve sağlık sistemini önerdiğimiz kamuoyuna sunulmalıdır.