

Türkiye'de Özel Sağlık Kurumları Sektörü:

Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM
Uzm. Murat KONCA



***Türkiye’de Özel Sağlık Kurumları Sektörü:
Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri***

***Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM
Uzm. Murat KONCA***



***Birinci Baskı
Mayıs 2018, Ankara***

Editör

Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

© 2018 TUSPE. Bu çalışmanın her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilmeden hiçbir şekilde kullanılamaz.

Sertifika No: 40139

ISBN: 978-605-67412-7-2

Birinci Baskı, Mayıs 2018, Ankara

Baskıya Hazırlık : TUSPE

Grafik Tasarım : Sercan KOCA

Baskı : Göktuğ Ofset, İstanbul Cad. Sedef Sok. No:1 İskitler/Ankara
0312 341 38 08 Sertifika No: 33830

Atıf

Yıldırım HH ve Konca M. (2018). *Türkiye’de Özel Sağlık Kurumları Sektörü: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. TUSPE Analiz: 2018/5, TUSPE Yayınları, Ankara.

TUSPE Yayınları

TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü

Mithatpaşa Cad. No: 3 Sıhhiye 06434 Çankaya/ANKARA

tuspe@tuseb.gov.tr | www.tuspe.gov.tr

T: 0 (312) 920 15 00-01 | @TusebTuspe

Yazarlar Hakkında

Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

Malatyalı olan Hasan Hüseyin Yıldırım, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu'ndan 1996 yılında dönem birincisi olarak mezun olmuştur. Aynı yıl Sağlık İdaresi Yüksekokulunda araştırma görevlisi olarak akademik hayatına başlamıştır. Yüksek lisans ve doktora derecelerini Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalından alan Yıldırım; British Council'in Chevening Bursu ile London School of Economics and Political Science, LSE Health Araştırma Merkezinde Visiting Research Associate (2005-2006) olarak çalışmıştır. Yıldırım bu ziyaret esnasında ağırlıklı olarak; sağlık politikaları, sağlık sistemleri, sağlık ekonomisi, sağlık finansmanı ve Avrupa Birliği sağlık politikalarının Türkiye sağlık politikaları ve sistemi üzerine etkileri konularında çalışmalar yapmıştır. Yıldırım Temmuz 2017'ye kadar Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde sağlık politikaları konusunda öğretim üyesi olarak görev yapmıştır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde sağlık politikaları profesörü olan Yıldırım aynı zamanda TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü (TÜSPE) Başkanı'dır. Ek olarak Yıldırım, Aralık 2017 itibariyle Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü (GETAT Enstitüsü) Başkanlığı'na da vekâleten yürütmektedir.

Yıldırım geçmişte; ABSAM Sağlık Araştırmaları Merkezi kuruculuğu ve direktörlüğü (2013-2017), Avrupa Sağlık Yönetimi Derneği (European Health Management Association/EHMA, Belçika) Yönetim Kurulu Üyesi (2015-2016), TOBB Türkiye Sağlık Kurumları Meclisi Danışmanlığı (2015-2017), Uluslararası Sağlık Araştırmaları Merkezi (International Healthcare Research Center, ABD) Danışma Kurulu Üyesi (2013-2016) ve Sağlık-Sen Danışmanlığı (2008-2015) gibi görevlerde bulunmuştur. Ek olarak Yıldırım, TBMM'de kurulan "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu"nda (2012-2013) Komisyon Uzmanı sıfatı ile de görev yapmıştır.

Avrupa Birliği 7. Çerçeve Programı kapsamında finanse edilen "Health PROMeTHEUS:

Health Professional Mobility in European Union Study" (2009-2012) adlı uluslararası projede Türkiye'yi temsilen yer alan Yıldırım aynı zamanda, Sağlık-Sen adına yapılan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması"nı gerçekleştiren ekipte ve Sağlık Bakanlığı adına kaleme alınan "Türkiye Medikal Turizmi Raporu 2013"ü ve "Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2015-2016"yı hazırlayan ekipte yer almıştır.

On kitabı ve 25 kitap bölümü olan Yıldırım'ın bölüm yazarları arasında yer aldığı "Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama" (2013, Yıldız M ve Sobacı MZ, editörler) adlı kitap, Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) 2014 Yılı Bilimsel Telif ve Çeviri Eser Ödülleri (TEÇEP) Kayda Değer Telif Eser Ödülü almıştır. Diğerlerine ek olarak; Hacettepe Öğrenci Bilim Teşvik Ödülü, İhsan Doğramacı Üstün Başarı Ödülü ve SİODER Yılın Lider Kamu Yöneticisi Ödülü sahibi olan Yıldırım'ın ilgi alanına giren konularda 130'u aşkın ulusal ve uluslararası yayını ve bildirisi bulunmaktadır.

Sağlık politikaları konusunda uzmanlaşan Yıldırım'ın çalışmaları; sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık sistemleri ile ilgili politika, yönetim ve ekonomi konularına yoğunlaşmaktadır. Sağlık politikaları ve planlaması, küresel sağlık politikaları, sağlık turizmi politikaları, AB sağlık politikaları ve sistemleri, sağlık sigortacılığı ve ödeme sistemleri, sağlık endüstrisi politikaları, halk sağlığı politikaları, sağlık sosyolojisi, karşılaştırmalı sağlık sistemleri, sağlık reformları, sosyal politikalar, tıbbi nebevi, sağlık okuryazarlığı, sağlık ekonomisi ve sağlık yönetimi alanlarında çalışmaları bulunmaktadır.

Uzm. Murat KONCA

1987 yılında Ankara'da doğan Murat Konca, ilk ve ortaöğrenimini Kırıkkale'de tamamlamıştır. 2011 yılında Başkent Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümünden mezun olmasına müteakip Kırıkkale'nin Keskin İlçesinde mal müdürlüğü bünyesinde veri hazırlama ve kontrol işletmeni olarak göreve başlamıştır. 2014 Eylül itibariyle Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde araştırma görevlisi olarak çalışma hayatına başlayan Murat Konca, halen aynı üniversitede araştırma görevlisi olarak çalışmakta ve doktora eğitimine devam etmektedir.

TÜSPE Analiz

Sağlık politikaları konusunda istişare, kanıt ve araştırma temelli, güvenilir ve işlenmiş bilgi üreterek ve de yayarak, daha sağlıklı ve müreffeh bir Türkiye toplumuna ve insanlığa katkı sağlamak amacını güden TÜSPE'nin temel ürünlerinden biri de Analiz çalışmalarıdır. TÜSPE Analiz; müstakil sağlık politikası konularını büyük bir yetkinlikle analiz ederek; kanıta dayalı sağlık politikalarının oluşturulmasını sağlamaya, Türkiye'nin sağlık politikaları bakımından kurumsal Ar-Ge kapasitesini geliştirmeye ve Türkiye'nin sağlık politikaları açısından rekabet gücünü artırmaya hizmet eder.

Yayımlanmış Analizler

☞ Yıldırım HH ve Konca M. (2018). *Türkiye'de Özel Sağlık Kurumları Sektörü: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. TÜSPE Analiz: 2018/5, TÜSPE Yayınları, Ankara.

☞ Arı HO. (2018). *Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Ulusal Sağlık Hesapları Sonuçlarının Genel Değerlendirmesi 1999-2016*. TÜSPE Analiz: 2018/4, TÜSPE Yayınları, Ankara.

☞ Yıldırım HH ve Bahçeci S. (2018). *Tıbbi Cihazlarda Piyasa Gözetimi ve Denetimi: Kuram ve Uygulama*. TÜSPE Analiz: 2018/3, TÜSPE Yayınları, Ankara.

☞ Yıldırım HH. (2018). *Sağlık Turizmi ve Anadolu Nimetleri: Markalaşma Yolunda Türkiye İçin Stratejik Bir İş Modeli Önerisi*, TÜSPE Analiz: 2018/2, Gözden Geçirilmiş ve Güncellenmiş 2. Baskı, TÜSPE Yayınları, Ankara.

☞ Yıldırım HH. (2018). *Sağlık İş Yerinde Şiddet: Kuramsal Bir Çerçeve*. TÜSPE Analiz: 2018/1, TÜSPE Yayınları, Ankara.

☞ Ayrıntılar için: www.tuspe.gov.tr

☞ @TusebTuspe

Teşekkür

Bu çalışmanın önceki taslaklarına ilişkin değerli görüşlerini ve katkılarını esirgemeyen TOBB Türkiye Sağlık Kurumları Meclisi Başkanı Dr. Seyit KARACA'ya teşekkür ederiz.

Sunuş

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜ-SEB), sağlık bilimi ve biyoteknolojisi alanında Ar-Ge yaparak ve/veya Ar-Ge'yi destekleyerek bilgi üreterek, ülkemize ve insanlığa hizmet etmek amacıyla 2014 yılında kurulmuştur.

TÜSEB'in enstitülerinden biri olan Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü (TÜSPE); sağlık politikaları konusunda istişare, kanıt ve araştırma temelli, güvenilir ve işlenmiş bilgi üreterek ve de yayarak daha sağlıklı ve müreffeh bir Türkiye toplumuna ve insanlığa katkı sağlamak amacıyla; sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi ve finansmanı, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık insangücü, halk sağlığı, sağlık endüstrisi, küresel sağlık ve sağlık turizmi ile ilgili politikalara yönelik Ar-Ge, izleme ve değerlendirme, eğitim, yayın, toplantı ve danışmanlık faaliyetlerini gerçekleştirmek üzere Ankara merkezli olarak kurulmuştur.

TÜSPE'nin temel faaliyet alanlarından biri olan yayın faaliyeti kapsamındaki temel çıktılarından biri de Analizlerdir. Analizlerin amacı, müstakil sağlık politikası konularını büyük bir yetkinlikle analiz ederek; kanıta dayalı sağlık politikalarının oluşturulmasını sağlamaya, Türkiye'nin sağlık politikaları bakımından kurumsal Ar-Ge kapasitesini geliştirmeye ve Türkiye'nin sağlık politikaları açısından rekabet gücünü artırmaya hizmet eder.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kamusal sağlık kurum ve kuruluşlarına ek olarak, özel sektör de önemli bir rol oynayabilmektedir. Ancak bu önemine karşın, Türkiye'de özel sağlık kurum ve kuruluşlarına ilişkin çalışmalar yok denecek kadar azdır.

Bu bağlamda, Prof. Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım ve Uzm. Murat Konca'nın hazırladığı "*Türkiye'de Özel Sağlık Kurumları Sektörü: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*" isimli analizi sizlerle paylaşmaktan büyük mutluluk duymaktayız.

Analizimizin, ilgilenen herkes için faydalı olması dileğiyle...

Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM
TÜSPE Başkanı

1. Baskı, Mayıs 2018, Ankara

İçindekiler

YAZARLAR HAKKINDA.....	iii
TÜSPE ANALİZ	v
SUNUŞ	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER.....	xiii
TABLolar	xiii
GRAFİKLER	xiii
1. GİRİŞ	1
2. ÖZEL SAĞLIK KURUMLARI SEKTÖRÜ: KAVRAMSAL BİR ÇERÇEVE	1
2.1. SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK SİSTEMİ	1
2.2. SAĞLIK KURUMLARI VE HASTANELER.....	2
2.2.1. Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları.....	5
2.2.1.1. Özel Muayenehaneler	5
2.2.1.2. Özel Poliklinikler ve Tıp Merkezleri.....	5
2.2.1.3. Özel Tanı ve Laboratuvar Merkezleri.....	6
2.2.1.4. Özel Hastaneler	6
2.2.1.4.1. Türkiye’deki Özel Hastanelerin Tarihi Gelişimi	7
2.2.1.4.2. Özel Hastanelerin Türleri ve Gruplandırılması	8
2.2.1.4.2.1. Genel Hastaneler	8
2.2.1.4.2.1.1. A Grubu Hastane	8
2.2.1.4.2.1.2. B Grubu Hastane.....	8
2.2.1.4.2.1.3. C Grubu Hastane.....	8
2.2.1.4.2.2. Özel Dal Hastaneleri.....	8
3. ÖZEL SAĞLIK KURUMLARI SEKTÖRÜNÜN MEVCUT DURUMU VE GENEL BİR BAKIŞ	8
3.1. SOSYO-DEMOGRAFİK DURUM	9
3.2. YÖNETİM VE ORGANİZASYON	14
3.3. SAĞLIK HARCAMALARI, SAĞLIK FİNANSMANI VE ÖDEME YÖNTEMLERİ.....	17
3.3.1. Sağlık Harcamaları.....	17
3.3.2. Sağlık Finansmanı	19
3.3.3. Ödeme Yöntemleri	20

3.4. SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU VE KAYNAKLARI	20
3.5. SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI	36
3.6. SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI	42
3.7. SAĞLIK REFORMLARI	45
4. ÖZEL SAĞLIK KURUMLARI SEKTÖRÜNÜN YAPISAL SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ.....	48
4.1. PLANLAMA, RUHSATLANDIRMA VE DENETİM	48
4.2. SUT FİYATLARI	50
4.3. İSTİHDAM	51
4.4. KATKI PAYI TAHSİLATI	51
5. ÖZEL SAĞLIK KURUMLARI SEKTÖRÜNDE GELECEKTE ÖNEM KAZANACAK KONULAR VE TRENDLER	52
5.1. NÜFUSUN YAŞLANMASI.....	53
5.2. SAĞLIK TEKNOLOJİSİ	54
5.3. ŞEHİR HASTANELERİ	55
5.4. SAĞLIK TURİZMİ.....	56
5.5. YATIRIM, SATIN ALMA VE KONSOLİDASYON.....	57
5.6. EKONOMİK VE POLİTİK İSTİKRAR.....	59
6. KAYNAKLAR.....	60

Kısaltmalar

AB	Avrupa Birliği
AEP	Acil Eylem Programı
AK PARTİ	Adalet ve Kalkınma Partisi
ATT	Acil Tıp Teknisyeni
BT	Bilgisayarlı Tomografi
BYKP	Beş Yıllık Kalkınma Planı
CEO	Chief Executive Officer
CFO	Chief Financial Officer
DB	Dünya Bankası
DBYS	Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ	Dünya Ticaret Örgütü
EC	European Commission
et al.	Et alii
EU	European Union
evy.	Elde Veri Yok
GETAT Enstitüsü	Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla
IMF	International Monetary Fund
İBBS	İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması
JCI	Joint Commission Accreditation
KBB	Kulak Burun Boğaz
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KÖO	Kamu Özel Ortaklığı
MDA	Merkez ve Doğu Avrupa Ülkeleri
MR	Manyetik Rezonans
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development

OHSAD	Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği
PPP	Public Private Partnership
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SDSGR	Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SGP	Satınalma Gücü Paritesi
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
STK	Sivil Toplum Kuruluşları
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TEFE	Toptan Eşya Fiyat Endeksi
TL	Türk Lirası
TOBB	Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği
TSK	Türk Silahlı Kuvvetleri
TSKM	Türkiye Sağlık Kurumları Meclisi
TTB	Türk Tabipleri Birliği
TTK	Türk Ticaret Kanunu
TÜFE	Tüketici Fiyat Endeksi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
US	United States
ÜYTE	Üremeye Yardımcı Tedavi
vd.	ve diğerleri
vs.	ve saire
WHO	World Health Organisation
\$	Dolar
%	Yüzde

Şekiller

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları	3
Şekil 2. Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	3
Şekil 3. Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması.....	4
Şekil 4. Ulusal Sağlık Sisteminin Ögeleri, İşlevleri ve Karşılıklı İlişkiler.....	15
Şekil 5. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı (1 Şubat 2018)	16
Şekil 6. Özel Hastane ve Tıp Merkezlerinin Bölgelere Göre Dağılımı	23
Şekil 7. Global Trendler ve Sağlık	52
Şekil 8. Sağlık Teknolojisinde Eğilimler	54
Şekil 9. Türkiye Sağlık Sektörünün Büyüme Potansiyelinin Nedenleri	58

Tablolar

Tablo 1. Genel Sağlık Sigortası Harcamaları (2014-2015)	18
Tablo 2. Türkiye’de Kamu ve Özel Hastane Sektöründeki Büyüme	32
Tablo 3. Özel Sağlık Kurumları ve Personel Durumları, 2016	35
Tablo 4. Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2014	42
Tablo 5. Kamu-Özel Ortaklığı Modeli İle Yapımı Devam Eden Şehir Hastaneleri	55

Grafikler

Grafik 1. Yıllara Göre 0-14 Yaş Nüfus ve 65 Yaş Üzeri Nüfus Oranları (%).....	9
Grafik 2. Nüfus Piramidi (2000, 2017)	10
Grafik 3. Yıllara Göre Toplam Doğurganlık Hızı	10
Grafik 4. Yıllara Göre Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (yıl)	11
Grafik 5. Yıllara Göre Kırsal ve Kentsel Nüfus Oranı (%).....	12
Grafik 6. Bebek Ölüm Hızı ve Anne Ölüm Oranı	12
Grafik 7. Kişi Başı Gayri Safi Yurt İçi Hasıla Düzeyleri (GSYİH, US\$)	13
Grafik 8. Yıllara Göre İşsizlik Oranı, %.....	13
Grafik 9. Yıllara Göre 15 Yaş Üstü Nüfusta Okuryazarlık Oranı, %	14
Grafik 10. Yıllara Göre Cari Sağlık Harcamalarının GSYİH’deki Payı (%) ve Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamaları (\$SGP)	17
Grafik 11. Hayat Dışı Branşlarda Direkt Primlerinin Branş Bazında Dağılımı, 2017	18
Grafik 12. Sektörlere ve Yıllara Göre Hastane Sayıları ve Yüzdeleri	22
Grafik 13. Sektörlere ve Yıllara Göre Yatak Sayıları ve Yüzdeleri	24
Grafik 14. Yıllara Göre Sektörel Yatak Dağılım Oranları	25
Grafik 15. Sektörlere ve Yıllara Göre Hekim Sayıları ve Yüzdeleri	25
Grafik 16. Yıllara Göre Sektörel Hekim Dağılım Oranları.....	27

Grafik 17. Özel Hizmet Sunucularının Sağlık Sektöründeki Payı (Kurum, Yatak ve Hekim %)	27
Grafik 18. Yıllara Göre Açılan ve Ön İzin Alan Hastane Sayıları	28
Grafik 19. Özel Hastanelerde Ön İzin Durumu, 2016	28
Grafik 20. Yıllara ve Sektörlere Göre Yoğun Bakım Yataklarının Dağılımı (%), Türkiye	29
Grafik 21. Özel Hastanelerde Yıllara Göre Yoğun Bakım Yatak Sayısının Toplam yatak Sayısına Oranı, %.....	29
Grafik 22. Türkiye Geneli Yoğun Bakım Yatak Dağılımı ve Toplam Tescilli Yatak Sayısı, 2016	30
Grafik 23. Yıllara ve Sektörlere Göre Hemodiyaliz Merkez Sayısı, Türkiye.....	30
Grafik 24. Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihaz Sayıları, 2016.....	31
Grafik 25. Faal Olan ve Ön İzin Alan Tıp Merkezi Sayıları, 2016	32
Grafik 26. Tıp Merkezi Dönüşüm Ruhsat Sayıları	33
Grafik 27. Değerlendirilen Mimari Proje Sayıları.....	33
Grafik 28. Kurum Türüne Göre Mimari Proje Talep Dağılımı	34
Grafik 29. Kurum Taleplerinin Değerlendirilmesi	34
Grafik 30. Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Hekime Müracaat Sayısının Oranı, %.....	36
Grafik 31. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Kişi Başı Müracaat Sayısı.....	36
Grafik 32. Yıllara Göre Aile Hekimine Müracaat Sayısı.....	37
Grafik 33. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları	37
Grafik 34. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı (%).....	38
Grafik 35. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü	39
Grafik 36. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Devir Hızı (Hasta)	39
Grafik 37. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Devir Aralığı (Gün)	40
Grafik 38. Yıllara ve Sektörlere Göre Sezaryen Doğumlarının Hastane Doğumları İçindeki Payı	40
Grafik 39. En Son Hizmet Alınan Hastanelerden Memnuniyet Durumu (Özel, Devlet, Üniversite, %)	41
Grafik 40. Yıllar İtibariyle Türkiye’de Sağlık Hizmeti Alan Yabancıların Dağılımı, 2008-2016.....	41
Grafik 41. İBBS-1’e Göre Uzman Hekim, Pratisyen Hekim ve Asistan Hekim Dağılımı, Tüm Sektörler, (%), 2016.....	43
Grafik 42. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hekim Dağılımı (%), Türkiye.....	44
Grafik 43. Yıllara ve Sektörlere Göre Diş Hekimlerinin Dağılımı (%), Türkiye.....	44
Grafik 44. Yıllara ve Sektörlere Göre Hemşire ve Ebe Dağılımı (%), Türkiye	45
Grafik 45. Türkiye Sağlık Hizmet Bölgeleri Haritası	49
Grafik 46. Nüfus Projeksiyonları: Demografik Göstergeler	53

1. Giriş

Çağdaş devletler; hizmet ettiği toplumların sağlıklı bireylerden oluşmasını sağlamak, toplumların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak ve tüm nüfusa hakkaniyetli, erişilebilir ve yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmak için çeşitli kurumlardan, yapılardan ve kurallardan oluşan sağlık sistemleri oluştururlar. Çok genel olarak belirtmek gerekirse, herhangi bir sağlık sisteminin yapısını oluşturan beş temel bileşen bulunmaktadır. Bunlar; yönetim ve düzenleme, hizmet sunumu, finansman, kaynaklar ve insan gücüdür. Bu temel bileşenlerden biri olan hizmet sunumu, ülkeden ülkeye farklılık göstermekle beraber, kamusal sağlık kurum ve kuruluşlarına ek olarak, özel sektör de önemli bir rol oynayabilmektedir. Yıldırım'ın da (2016a) ifade ettiği gibi, Türkiye sağlık sisteminde de önemli bir fonksiyon icra eden ve özellikle kamusal hizmet üreten ve sunan özel sağlık kurum ve kuruluşları; başta sağlık, eğitim, yatırım, ekonomi ve istihdam olmak üzere çok çeşitli alanlarda önemli bir değer yaratmaktadır.

Ancak bu önemine karşın, Türkiye'de özel sağlık kurum ve kuruluşlarına ilişkin müstakil çalışmaların yok denecek kadar az olduğu değerlendirilmektedir. Bu bağlamda bu çalışma ile Türkiye'de özel sağlık kurumları sektörünün mevcut durumunun, genel sektör içindeki yerinin, karşılaştığı sorunların, çözüm önerilerinin ve geleceğinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Bu amaç çerçevesinde literatür taramasına ve ikincil veri kaynaklarına dayalı olarak hazırlanan bu çalışma, doğası ve amacı gereği özel sağlık kurum ve kuruluşları ile sınırlı tutulmuştur. Ancak genel olarak Türkiye sağlık sistemi ortamı ve uluslararası bağlam da dikkate alınmaya çalışılmıştır.

Bu kapsamda çalışmanın birinci bölümünde, özel sağlık kurumları sektörüne ilişkin bir kavramsal çerçeve ortaya koyulmaktadır. İkinci bölümde, Türkiye'deki özel sağlık kurumları sektörünün mevcut durumu bağlamsal faktörler dikkate alınarak ortaya ko-

yulmaktadır. Bu bağlamda; Türkiye'nin demografik durumu, Türkiye'de sağlık hizmetleri yönetimi ve politikalarının oluşturulması, sağlık hizmetleri finansmanı, ödeme yöntemleri, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlıkta insan kaynakları, sağlık reformları, sağlık turizmi konuları ele alınmıştır. Üçüncü bölümde, sağlık kurumları sektörünün yapısal sorunları ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri tartışılmıştır. Bu çerçevede; planlama ve ruhsatlandırma, SUT fiyatları, istihdam, denetleme ve katkı paylarının tahsilatı konuları ele alınmıştır. Dördüncü bölümde ise sağlık kurumları sektörünün geleceği, önem kazanacak ya da ön plana çıkacak konular bağlamında ele alınmıştır. Bu konuların başlıcaları ise; nüfusun yaşlanması, sağlık teknolojisi, şehir hastaneleri, sağlık turizmi, yatırımlar, satın almalar ve konsolidasyon ve ekonomik ve politik istikrar durumları olarak belirtilebilir.

2. Özel Sağlık Kurumları Sektörü: Kavramsal Bir Çerçeve

Bu başlıkta özel sağlık kurumları sektörüne ilişkin kavramsal bir çerçeve ortaya koyulmaya çalışılmaktadır. Bu anlamda; sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık sistemleri, hastaneler ve özel sağlık kurumları gibi kavramlar ele alınmıştır.

2.1. Sağlık, Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sistemi

Sağlığa ilişkin çok sayıda tanımlama olmakla birlikte, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımı evrensel kabul görmüş ve yaygınlıkla kullanılan bir tanımdır. Buna göre sağlık; sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil aynı zamanda fiziksel, sosyal ve ruhsal yönünden tam bir iyilik halidir (WHO 1946). Bu iyilik halinden sapma ise hastalık olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile hastalık; kişinin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönlerinde meydana gelen bozulmalar olarak tanımlanabilir (Yıldırım 2016).

Sağlığı etkileyen ve sağlık üretiminde rol alan faktörler ise sağlığın belirleyicileri olarak adlandırılmaktadır. Sağlığın çok sayıda belir-

leyicisi olmakla birlikte yaygın literatüre göre bu belirleyiciler; genetik faktörler, çevresel faktörler, yaşam tarzı faktörleri ve sağlık hizmetleri faktörleri olmak üzere dört ana kategoride ele alınmaktadır. Yıldırım ise geliştirmiş olduğu “sağlık ve siyaset ilişkisi modeli”nde sağlığın yegane belirleyicisinin siyaset kurumu olduğunu belirtmektedir (Yıldırım 2016). Sağlığın belirleyicileri arasında yer alan temel faktörlerden biri olan sağlık hizmetleri; hastalıkların teşhis ve tedavisi, sağlığın geliştirilmesi, korunması, rehabilite edilmesi, sürdürülmesi ve iyileştirilmesi ile ilgili tüm hizmetleri içeren bir kavramdır (Esatoğlu ve Yıldırım 2010).

Sağlık hizmetlerini içeren sağlık sistemi; sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere, çok geniş bir alanı kapsayan sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü ürünü üretmek/arz etmek ve talep etmek/tüketmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ile bunların içinde yer alan kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün ve benzerinin tümünü belirtmek için kullanılan, genel ve kapsayıcı bir kavramdır (Sargutan 1993). Başka bir ifade ile bir sağlık sistemi; birincil amacı doğrudan sağlığı geliştirmek veya iyileştirmek olan finansman, düzenleme ve sunum faaliyetleri ile ilgili olan kuruluşlar, aktörler ve kaynakların üstlendiği tüm faaliyetleri kapsayan bir çerçeveye sahiptir. Daha önce de ifade edildiği üzere bir sağlık sisteminin dört temel bileşeni bulunmaktadır. Bunlar; yönetim ve örgütlenme, finansman, insan kaynakları ve hizmet sunumudur (Yıldırım 2012).

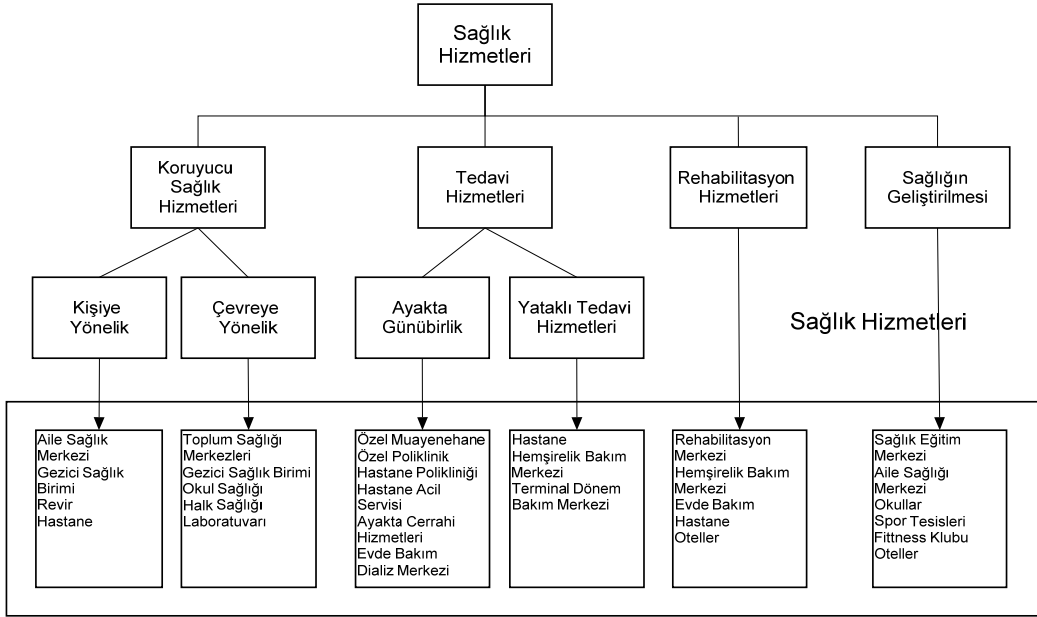
Görüldüğü üzere sağlık sisteminin önemli bileşenlerinden biri de “hizmetlerin sunumu”dur. Sağlık hizmetlerinin sağlanması veya

sunumu, sağlığın üretilmesi için girdilerin bir araya getirilmesi süreci olarak tanımlanabilir. Söz konusu girdiler; insan kaynakları, fiziksel sermaye ve tüketilebilir diğer unsurlardan oluşur. Çıktılar ise kişisel ve kişisel olmayan sağlık hizmetleri ve sektörler arası sağlık faaliyetleri olarak belirtilebilir. Hizmetlerin sunumu birinci basamak (koruyucu ve önleyici), ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üç kategoride ele alınabilir. Diğer taraftan sağlık hizmetlerinin sunumu bireysel sağlık hizmetleri ve bireysel olmayan sağlık hizmetleri olmak üzere iki grupta da ele alınabilir. Bireysel sağlık hizmetleri; doğrudan bireysel olarak tüketilen ve koruyucu, teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve geliştirici hizmetlerinden oluşmaktadır. Bireysel olmayan sağlık hizmetleri ise; ya kolektif olarak uygulanan (örneğin kitle sağlık eğitimi) ya da çevrenin insan dışı unsurlarına (örneğin temel sanitasyon) yönelik olarak verilen hizmetlerdir (Şekil 1) (Yıldırım ve Yıldırım 2011; Yıldırım 2012).

2.2. Sağlık Kurumları ve Hastaneler

Sağlık hizmetlerinin sunumu, farklı yapıları ve kurallara sahip olan sağlık kurumları tarafından yerine getirilmektedir. İşlevlerine göre bu sağlık kurumlarının; hastaneler, laboratuvarlar, muayenahaneler, sağlık merkezleri, poliklinikler, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, rehabilitasyon merkezleri, görüntüleme merkezleri olmak üzere farklı türleri bulunmaktadır. Bu sağlık kurumları mülkiyetine göre çok genel olarak kamu sağlık kurumları ve özel sağlık kurumları olmak üzere temelde iki ana grupta ele alınmaktadır (Şekil 1).

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları

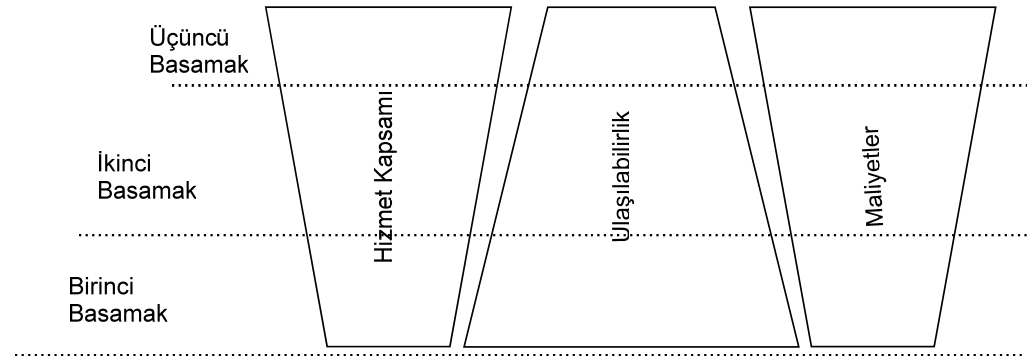


Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım (2010)

Sağlık hizmetleri, temel amaçları ve kapsamı bakımından farklılaşmaktadır. Hizmet kapsamı, verilen hizmetlerin çeşitliliği ve verilmiş sürecinde kullanılan bilgi ve teknolojiler anlamına gelmektedir. Daha genel olarak belirtmek gerekirse, hizmet kapsamı, bir sağlık kurumu veya programı tarafından sağlanan hizmetlerin sayısı, türü, yoğunluğu veya karmaşıklığı olarak tanımlanabilir (Timmerck 1987). Hastalıkların tanı ve tedavisinin farklı

hizmet kapsamı gerektirmesi, bu hizmet kapsamlarının farklı düzeylerde sağlık hizmetleri ve kurumları ile karşılanması sonucunu doğurmuştur (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010). Sağlık hizmetleri, hizmet kapsamı bakımından üç düzeye ayrılmaktadır. Bunlar; birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleridir (Şekil 2).

Şekil 2. Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri



Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım (2010)

Sağlık hizmetlerinin sağlanmasını üstlenen sağlık kurumlarını diğer endüstri ve hizmet kurumlarından ayıran özellikleri bulunmaktadır. Sağlık kurumlarının kendine has özel-

liklerini, sağlık kurumları yönetimi ve işletmeciliğinin ortaya çıkışını hazırlayan faktörler olarak görmek mümkündür (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Sağlık kurumlarının ayırt edici özellikleri aşağıdaki gibi belirtilebilir (Shortell ve Kaluzny 1983):

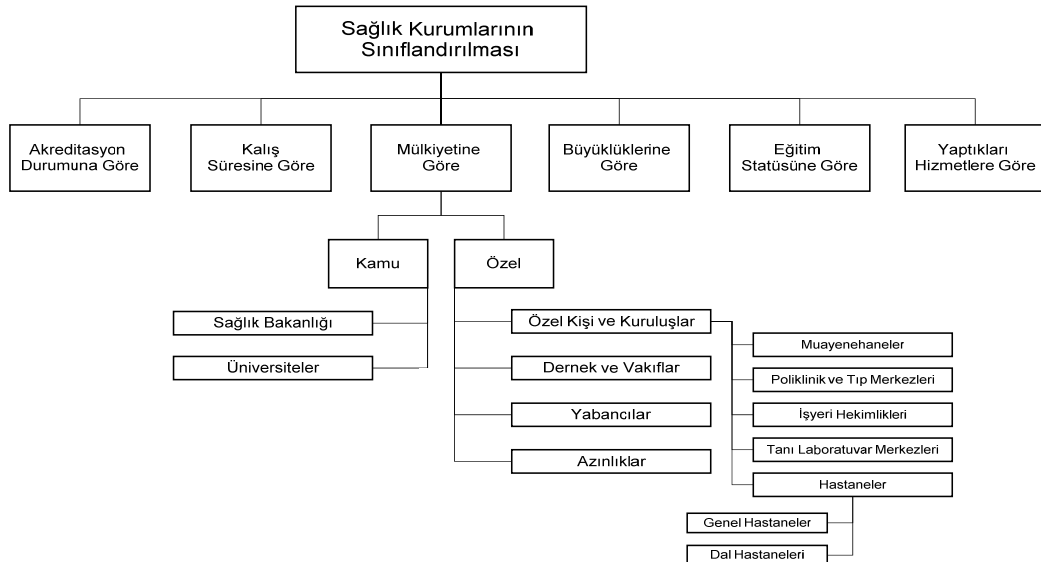
1. Çıktılarının tanımlanması ve üretimi güçtür.
2. Sağlık kurumları hizmet üreten kurumlardır. Sağlık kurumlarındaki hizmet üretimi ve tüketimi eş anlı olarak gerçekleşir.
3. Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir.
4. Sağlık kurumlarında verilen hizmetler müşteriye göre farklılaşır.
5. Hastalar üretim sürecine aktif olarak ve büyük ölçüde katılır.
6. Sağlık kurumlarında üretilen hizmetler soyuttur.
7. Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük bir kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
8. Yapılan işler, hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans göstermez.
9. Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
10. Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir, bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri ara-

sında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.

11. Hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır, bu durum eşgüdümleme, denetim ve çatışma sorunlarına yol açar.
12. Sağlık kurumlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden daha çok mesleki hedeflere önem verir.
13. Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde etkililiği yüksek olan yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulmuştur.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hastanelerin özel bir yeri bulunmaktadır. Çok genel olarak belirtmek gerekirse, hastanelerin dört temel işlevi bulunmaktadır: Tedavi hizmetleri, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, eğitim ve araştırma hizmetleri. Genelde sağlık kurumları ve özelde ise hastaneler, çeşitli ölçütlere göre sınıflandırılabilir. Bunlar; mülkiyet, eğitim statüsü, hizmet türü, büyüklük, hastaların yatış süresi, akreditasyon durumu, dikey bütünleşme ve diğerleri olarak belirtilebilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010) (Şekil 3)

Şekil 3. Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması



Kaynak: Yazarların Kendi Çizimi

2.2.1. Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları

Türkiye’de özel sağlık kuruluşları ile ilgili temel mevzuat; Hususi Hastaneler Kanunu, Özel Hastaneler Tüzüğü, Özel Hastaneler Yönetmeliği, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, Yoğun Bakım Tebliği, Tıbbi Laboratuvar Yönetmeliği, Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) Merkezi Yönetmeliği, Diyaliz Yönetmeliği, Ağız Diş Sağlığı Yönetmeliği ve diğerlerinden oluşmaktadır.

Şekil 3’te de yer aldığı üzere özel sektördeki sağlık hizmetleri dört farklı kurumsal yapıda sunulmaktadır: Özel muayenehaneler, özel poliklinik ve tıp merkezleri, özel tanı laboratuvar merkezleri ve özel hastaneler. Aşağıda bunlar kısaca ele alınmaktadır.

2.2.1.1. Özel Muayenehaneler

Muayenehane, bir tabip tarafından mesleğini serbest olarak icra etmek üzere müstakilen açılan, ilgili yönetmelik ile belirlenen asgari şartları taşıyan ve ilgili yönetmelikte tanımlanan tıbbi işlemlerin yapılabilirdiği sağlık kuruluşudur (Resmi Gazete 2008).

Açılmaları ve işletilmeleri Sağlık Bakanlığının veya SB adına taşra örgütlerinin izin ve denetimi altındadır (Akar ve Özalp 2002). Türk vatandaşı olan ve hekimlik diploması olan herkes TTB’nin, bulunduğu ildeki şubesine müracaat ederek ve Maliye Bakanlığının bir vergi kimlik numarası alıp vergi ödeyerek muayenehane açabilir, serbest hekimlik yapabilir (Sağlık Bakanlığı 2007; Esatoğlu ve Yıldırım 2010).

2.2.1.2. Özel Poliklinikler ve Tıp Merkezleri

Özel poliklinik ve tıp merkezleri 15.02.2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre kurulup işletilirler.

A tipi poliklinik, en az iki tabip tarafından müştereken açılabilen ve işletilebilen, hizmet birimleri doğrudan birbiriyle bağlantılı olacak şekilde oluşturulan ve bu Yönetmelik ile be-

lirlenen asgari şartları taşıyan; B tipi poliklinik ise en az iki tabip tarafından müştereken işletilebilen sağlık kuruluşudur. Poliklinikte asgari iki tabip kadrosu bulunur (Resmi Gazete 2008).

Poliklinik; tıpta uzmanlık alanlarının dağılımına bakılmaksızın, temel olarak muayenehane ve diğer gerekli asgari destek hizmetleri ile bir veya birden çok tıpta uzmanlık dalı ve/veya genel pratisyenlik olarak en az iki hekimin hizmet verdiği, ayrıca istenirse ilave olarak diş hekimliği hizmetinin bir araya gelmesi ile kurulan özel sağlık kuruluşlarıdır (Sağlık Bakanlığı 2007; Esatoğlu ve Yıldırım 2010).

Asgari standart donanım ve personel desteği ile sürekli ve düzenli olarak ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel sağlık kuruluşları olan merkezler; tıp merkezleri, özel dal merkezleri ve teşhis merkezleri olmak üzere üç grupta toplanmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2007; Esatoğlu ve Yıldırım 2010).

Tıp merkezi; en az bünyesinde iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve genel cerrahi tıp dallarında birer uzman hekim olmak üzere asgari dört uzmanlık dalında faaliyet gösteren özel sağlık kuruluşlarıdır (Esatoğlu ve Yıldırım 2010).

Bünyelerindeki bu uzmanlardan iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından bir kadrolu hekim ile kadın hastalıkları ve doğum veya genel cerrahi tıp dallarında bir kadrolu hekim olmak üzere en az iki kadrolu uzman hekim çalıştırır. Ağız ve diş sağlığı alanında hizmet vermek amacıyla en az bir diş ünitesi ve diş hekimi ile sürekli ve düzenli olarak gelişmiş donanım ve personel desteği ile 24 saat süre ile ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır (Esatoğlu ve Yıldırım 2010).

Özel dal merkezi; belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tabi tutulanlara veya bir organ veya grubu hastalara yönelik hizmet vermek üzere, biri kadrolu olmak kaydıyla ilgili uzmanlık dalında en az iki uzman hekimin görev yaptığı gelişmiş

donanım ve personel desteği ile ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır (Esatoğlu ve Yıldırım 2010).

Teşhis merkezi; yalnızca 3153 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun ile 992 sayılı Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakterioloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu çerçevesinde birden fazla ilgili uzman hekimlerce açılan ve özel donanıma sahip, özel mevzuatına göre faaliyet gösterip teşhis hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır. Bu kurumlarda çalışan hekimler Türk vatandaş olmalıdır. Kamu kurumlarında çalışan asistan hekimler bu tür özel poliklinik ya da tıp merkezlerinde çalışamazlar. Poliklinikler ve tıp merkezleri, kurumun tüm yönetimi ve idaresinden sorumlu bir başhekim tarafından yönetilir (Esatoğlu ve Yıldırım 2010).

2.2.1.3. Özel Tanı ve Laboratuvar Merkezleri

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 9’uncu maddesinin (c) bendi ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43’üncü maddesine dayanılarak hazırlanan 9 Mart 2000 tarih ve 23988 sayılı Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik gereğince laboratuvar ve tanı merkezleri açılmakta ve işletilmektedir (Resmi Gazete 2000). Sağlık kuruluşlarında sadece kendi hastalarına yönelik teşhis hizmetlerinde kullanılmak üzere ve laboratuvar tetkiki isteyen hekimin sorumluluğunda aşağıda belirtilen temel laboratuvar tetkikleri, 19/3/1927 tarihli ve 992 sayılı Kanun uyarınca Bakanlıkça ruhsatlı laboratuvar olmaksızın gerçekleştirilebilir. Bu tetkikler; tam kan sayımı, kanama ve pıhtılaşma zamanı tayini, periferik yayma, lökosit formül, açlık kan şekeri ölçümü, sedimentasyon, kan grubu tayini, temel idrar tetkikleri, gaita mikroskopisi, gebelik testi, tek kullanımlık, teşhis amaçlı olan ve cihaz gerek-

tirmeyen invitro test kitleri ile yapılan tetkiklerdir. Yapılan bütün tetkikler ile ilgili bilgilerin laboratuvar kayıt defterine işlenmesi zorunludur (Resmi Gazete 2000; Esatoğlu ve Yıldırım 2010).

2.2.1.4. Özel Hastaneler

Özel hastaneler; 2219 Sayılı Hususi Hastaneler Kanunu (Resmi Gazete 1933), 1219 Sayılı Tababati ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (Resmi Gazete 1928), Özel Hastaneler Tüzüğü (Resmi Gazete 1983) ve 27 Mart 2002 tarihinde çıkarılan ve daha sonra pek çok değişikliğe uğrayan Özel Hastaneler Yönetmeliği (Resmi Gazete 2002) hükümlerine göre kurulur ve işletilirler. Özel hastaneler, genel hastaneler ve dal hastaneleri olmak üzere iki ana gruba ayrılmaktadır.

Özel hastaneler, gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişilerine ait olup, ayakta ve yatarak muayene, tahlil, tetkik, tıbbi müdahale, ameliyat, tıbbi bakım ve diğer tedavi hizmetleri verilen ve en az on yatak kapasitesi olan tedavi kurumlarıdır (Resmi Gazete 2002; Esatoğlu ve Yıldırım 2010).

Özel hastaneler, faaliyet alanlarına, hizmet birimlerine, yatak kapasitelerine, teknolojik donanımlarına ve hizmet verilen uzmanlık dallarının nitelik ve sayısına göre, genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olmak üzere ikiye ayrılır (Esatoğlu ve Yıldırım 2010).

Genel hastaneler en az üç cerrahi uzmanlık dalı olmak üzere altı klinik uzmanlık dalında kadrolu uzman tabip çalıştıran yoğun bakım ve gözlem yatakları hariç en az yirmi beş hasta yatağı olan, acil ünitesi olan 24 saat süreyle düzenli ve sürekli olarak ayakta ve yatarak muayene teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel hastanelerdir (Esatoğlu ve Yıldırım 2010).

Dal hastaneleri ise belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanlara veya bir organ grubu hastalarına yönelik hizmet veren özel hastanelerdir. (Esatoğlu ve Yıldırım 2010).

Özel dal hastaneleri de hastanenin ana faaliyeti ile ilgili uzmanlık dalında kadrolu en az dört uzman tabip çalıştırmak, hastanenin ana

faaliyeti ile ilgili varsa diğer uzmanlık dallarında kadrolu en az bir uzman tabip çalıştırmak, yoğun bakım ve gözlem yatakları var ise bunların haricinde en az 25 hasta yatağı bulundurmak ve acil ünitesine sahip olmakla yükümlüdürler (Resmi Gazete, 2002: madde 6, 7), (Esatoğlu ve Yıldırım 2010).

Özel hastaneler genellikle üç büyük kentte toplanmıştır. Özel hastane kapasitesinin ancak üçte biri Ankara, İstanbul ve İzmir dışında kalan kentlerdedir. Tek başına İstanbul'da, özel hastanelerin yarıya yakını bulunmaktadır. Öte yandan, Doğu Anadolu Bölgesi'nde ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde daha az sayıda özel hastane vardır. Son yıllarda ve özellikle İstanbul'da çok sayıda özel uzmanlık hastaneleri (oftalmoloji, ortopedik, fiziksel terapi ya da mikro-cerrahi) açılmıştır. 1990'lı yılların ortalarına kadar özel hastanelerin kurulması devlet kredileri ile desteklenmiştir. Bununla birlikte sosyal güvenlik kurumlarının kendilerine bağlı olan kişilerin özel sektörden de hizmet alabilmelerinin önünü açmasıyla özel hastanelerin sayısında bir artış olmuştur. Ancak özel sektörün nüfusu az olan yerlerde özel poliklinik veya tıp merkezi açmaya meyilli olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı 2007; Esatoğlu ve Yıldırım 2010).

Özel hastane işletmelerinde organizasyon Hususi Hastaneler Kanunu, Özel Hastaneler Tüzüğü ve hastanenin ticari kuruluş biçimi açısından Türk Ticaret Kanunu hükümlerine göre gerçekleştirilir. Özel hastaneler bir genel kurul, bir yönetim kurulu ve bir denetim kuruluna sahiptir. Hastane işletmesinin genel yönetim politikaları genel kurulda belirlenir. Genel kurulda alınan kararların işletme planlarına dökülmesi ve uygulanması ile ilgili planlar en az üç ortaktan oluşan yönetim kurulunda yapılır. Genel müdür, yönetim kurulu üyeleri tarafından hastane işletmeciliği nosyonuna sahip birisi olarak seçilip atanır. Hastane işletmesinin tüm yönetim faaliyetlerini genel müdür yürütür (Akar ve Özalp 2002).

Hastane hizmetlerinin organizasyonu genelinde genel müdüre bağlı ve genel müdür

yardımcısı konumundaki tıbbi hizmetler direktörlüğü ve idari hizmetler direktörlüğü tarafından yürütülür. Tüm medikal ve paramedikal hizmetler ile hasta bakım hizmetleri tıbbi hizmetler direktörlüğüne ve tüm idari hizmetler de idari hizmetler direktörlüğüne bağlı olarak yönetilir. Ayrıca bu hastanelerde genel kurul adına denetim yetkisini kullanan bir denetim kurulu da yer alır (Akar ve Özalp 2002).

2.2.1.4.1. Türkiye'deki Özel Hastanelerin Tarihi Gelişimi

Özel sağlık sektörü Cumhuriyetten önce var olmuş ve 1933 yılında çıkartılan Hususi Hastaneler Kanunu (Resmi Gazete 1933) ile de daha geniş bir çerçeve kazanmıştır. 1930'lu yıllarda sağlıkta özel sektör; muayene hekimi, laboratuvar ve röntgen üniteleri, azınlıklar ve yabancı ülke kökenlilerin oluşturduğu özel hastaneler olarak anlaşılmaktaydı (Temel 2003).

1960-70'lerde özel sektör ise ağırlıklı olarak Devlet ve SSK hastaneleri ile Tıp Fakültelerini tamamlayan muayenehaneler, kısmen gelişen laboratuvar ve röntgen üniteleridir. Özellikle 1980'li yıllarda poliklinik ve dispenser tarzında özel sektör kuruluşları il merkezlerinde ve ilçelerde hızla kurulmuştur (Temel 2003).

Özel hastane sayısı 1985-1990'lı yıllarda hızla artmıştır. Büyük şehirlerdeki merkezi yerlerde (İstanbul'un ilçelerinde dahi) 3-4 hastane açıldığı görülmüştür. 1987 yılında yürürlüğe giren 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 5'inci maddesi "Milli Savunma Bakanlığı" hariç kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmelerine dönüştürülmesine imkân tanımıştır. Bu hükümle hastanelerin verimlilik ve etkililik esaslarına dayalı işletmecilik anlayışı ile hizmet veren kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen ve kendi personeli ihtiyaçları doğrultusunda planlayan ve niteliklerine göre istihdam edebilen, idarî ve malî yönden özerk, piyasa koşullarında rekabet edebilen kurum-

lar haline getirilmesi amaçlanmıştır (Temel 2003).

Genel hastane yanında göz, mikro cerrahi, KBB, ortopedi, fizik tedavi gibi branş hastaneleri ve merkezleri 2000’li yıllarda ilave olmuştur (Temel 2003).

2.2.1.4.2. Özel Hastanelerin Türleri ve Gruplandırılması

Özel hastaneler, faaliyet alanlarına, hizmet birimlerine, yatak kapasitelerine, teknolojik donanımlarına ve hizmet verilen uzmanlık dallarının nitelik ve sayısına göre, genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olarak iki kategoride ele alınabilir (Temel 2003).

2.2.1.4.2.1. Genel Hastaneler

Sağlık Bakanlığının 27.3.2002 tarih, 24708 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliği ile öngörülen asgarî bina, tesis, hizmet ve personel standartlarını haiz; birden fazla uzmanlık dalında sürekli ve düzenli olarak, ayakta ve yatarak muayene, tıbbî teşhis ve tedavi, yoğun bakım ve acil sağlık hizmetleri veren, ruhsatında yazılı olup hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarının gerektirdiği klinikler ile acil ve yoğun bakım üniteleri, radyoloji, biyokimya ve mikrobiyoloji laboratuvarları bulunan ve tam gün faaliyet gösteren özel hastanelerdir (Temel 2003).

2.2.1.4.2.1.1. A Grubu Hastane

Ruhsatlandırılmış yatak kapasitesi en az elli olan, en az beş farklı dahili ve beş farklı cerrahi uzmanlık dalında tam gün kadrolu uzman tabip çalışmak suretiyle sağlık hizmeti veren ve asgarî standartlara ilave olarak, hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dalları için gerekli ve günün gelişmiş tıp teknolojisine uygun olan diğer bütün teşhis ve tedavi birimlerini ve ayrıca asgarî radyoloji, biyokimya, mikrobiyoloji, hematoloji ve patoloji laboratuvarlarını bünyesinde bulunduran genel hastanelerdir (Temel 2003).

2.2.1.4.2.1.2. B Grubu Hastane

Ruhsatlandırılmış yatak kapasitesi otuz ilâ elli arasında olan, en az dört farklı dahili ve dört farklı cerrahi uzmanlık dalında tam gün kad-

rolu uzman tabip çalıştırmak suretiyle sağlık hizmeti veren; birinci fıkrada belirlenen asgarî standartlara ilave olarak günün gelişmiş tıp teknolojisine uygun olan bir veya birden fazla teşhis ve tedavi birimini ve radyoloji, biyokimya, patoloji ve mikrobiyoloji laboratuvarlarını bünyesinde bulunduran genel hastanelerdir (Temel 2003).

2.2.1.4.2.1.3. C Grubu Hastane

Ruhsatlandırılmış yatak kapasitesi on ilâ otuz arasında olan en az üç farklı dahili ve üç farklı cerrahi uzmanlık dalında tam gün kadrolu uzman tabip çalıştırmak suretiyle ayakta ve yatarak, acil ve yoğun bakım üniteleri ile radyoloji, biyokimya ve mikrobiyoloji laboratuvarları desteğiyle muayene, teşhis ve tedavi hizmeti veren genel hastanelerdir (Temel 2003).

2.2.1.4.2.2. Özel Dal Hastaneleri

Özel dal hastaneleri; belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanlara veya bir organ ve organ grubu hastalarına yönelik hizmet vermek üzere, hastanenin ana faaliyetleri ile ilgili uzmanlık dallarından her birinde tam gün kadrolu en az üç uzman tabip ile bu uzmanlık dalının gerektirdiği diğer uzmanlık dalları için en az bir kadrolu uzman tabip çalıştırılan, gelişmiş teknolojik donanım ve personel desteği ile sürekli ve düzenli olarak, ayakta ve yatarak muayene, tıbbî teşhis ve tedavi, yoğun bakım ve acil sağlık hizmetleri veren, ruhsatında yazılı uzmanlık dallarının gerektirdiği klinikler, üniteler ve laboratuvarlar ile acil ünitesi ve radyoloji laboratuvarı bulunan ve tam gün faaliyet gösteren en az on yatak kapasitesi olan özel hastanelerdir (Temel 2003).

3. Özel Sağlık Kurumları Sektörünün Mevcut Durumu ve Genel Bir Bakış

Bu başlıkta Türkiye özel sağlık kurumları sektörü, bağlamsal faktörleri ile birlikte ele alınmaktadır. Bu çerçevede; Türkiye’nin sosyo-demografik durumu, sağlık hizmetlerinin yönetimi ve organizasyonu, sağlık hizmetleri

finansmanı, sağlık hizmetleri ödeme yöntemleri, sağlık harcamaları, sağlık insangücü ve sağlık reformları konuları ele alınmaktadır.

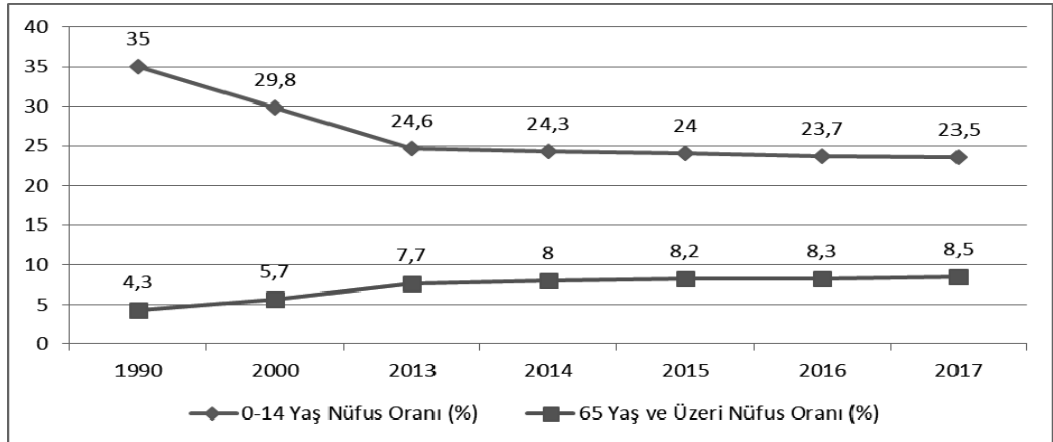
3.1. Sosyo-Demografik Durum

Dinamik ve gelişen bir piyasa ekonomisi olan ve 3 Ekim 2005 tarihinden bu yana da AB ile müzakere süreci içerisinde olan Türkiye; Avrupa, Ortadoğu ve Asya arasında stratejik bir noktada konuşlanmış olup, yaklaşık 79 milyon nüfusa ev sahipliği yapmaktadır. Bu nüfus büyüklüğü ile dünyada en fazla nüfusa sahip 20 ülke arasında yer alan ve nüfus bakımından AB'ye üye ve aday ülkeler arasında Almanya'dan sonra ikinci sırada yer alan Türkiye, göreceli olarak genç nüfusa sahip bir

ülke konumundadır (Yıldırım ve Yıldırım 2013).

Ancak bu göreceli üstünlük Türkiye'nin kendi içinde değerlendirildiğinde, 2000 yılından bu yana giderek artan bir şekilde olumsuz bir trend ortaya koymaktadır. Türkiye nüfusu giderek yaşlanmakta ve olağanüstü bir durum olmadığı sürece de, orta ve uzun vadede bu yaşlanma sürecinin devam edeceği beklenmektedir. Grafik 1'de görülebildiği üzere, yıllar itibariyle 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı giderek bir artış eğilimi göstermektedir. 1990 yılında Türkiye'de 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %4,3 iken, bu oran 2017 yılında %8,5'e yükselmiştir.

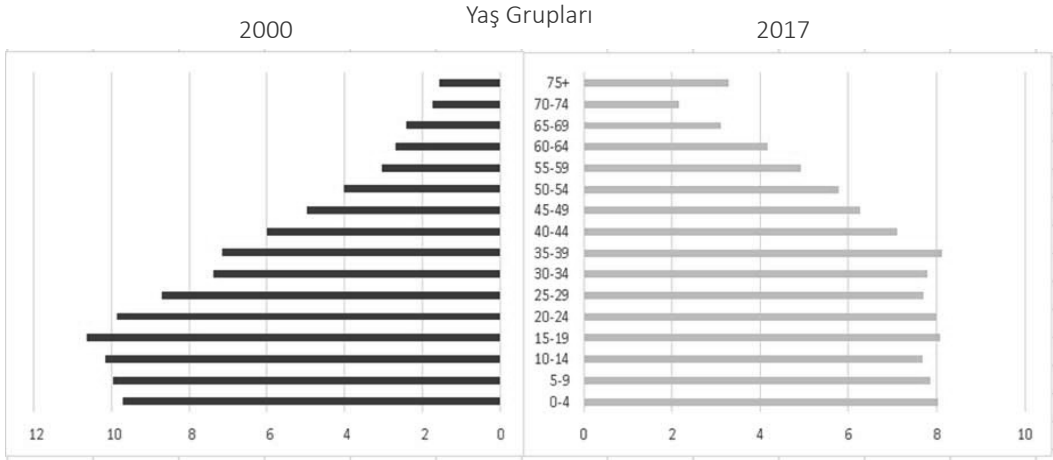
Grafik 1. Yıllara Göre 0-14 Yaş Nüfus ve 65 Yaş Üzeri Nüfus Oranları (%)



Kaynak: TÜİK (2018).

Türkiye nüfusunun yaşlanma eğilimi içinde olduğunun açık bir görünümü de Grafik 2'deki nüfus piramidindeki değişimden görülmektedir. 2000 yılında 20 yaş altı nüfus

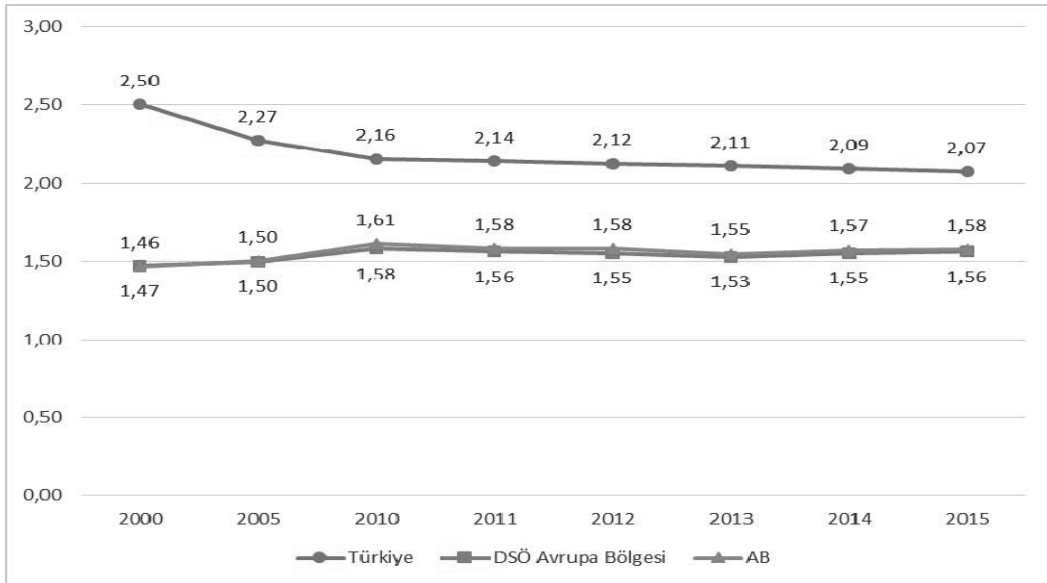
grupları daha ön planda iken, 2017 yılında 20 yaş üstü nüfus gruplarında gözle görülebilir bir artış yaşandığı ve bir yığılma olduğu görülmektedir.

Grafik 2. Nüfus Piramidi (2000, 2017)

Kaynak: TÜİK (2018)

Diğer ülkelerde olduğu gibi, Türkiye’deki nüfusun da giderek yaşlanma eğilimi göstermesinin, diğerlerine ek olarak iki temel dinamiğin bir sonucu olduğu belirtilebilir. Birincisi doğurganlık hızındaki düşüş, ikincisi ise ortalama yaşam süresindeki artıştır. Herhangi bir toplumda doğurganlık hızı eşik değer olan 2,1’in altına düştüğü zaman o ülkede nüfus artış hızı negatife dönmektedir. Türkiye’de doğurganlık hızı azalma eğilimine girmiştir. Türkiye’de toplam doğurganlık hızı son otuz yıldır sürekli azalan bir eğilim göstermektedir.

1970 yılında toplam doğurganlık sayısı kadın başına 4,9 iken, 1999 yılında bu sayı 2,53’e düşmüştür (Sağlık Bakanlığı 2003). 2000 yılında bu oran 2,38 olmuştur. 2014 yılında ise eşik değere oldukça yaklaşmıştır (2,02). Grafik 3’te de görüleceği üzere doğurganlık hızı 2014 (2,09) ve 2015 (2,07) yıllarında eşik değer altına inmiştir. Grafik 3’te okunması gereken diğer bir husus ise, yıllar itibarıyla doğurganlık hızı Türkiye’de düşme eğilimi gösterirken, DSÖ Avrupa Bölgesi ve AB’de artış eğilimi göstermektedir (Grafik 3).

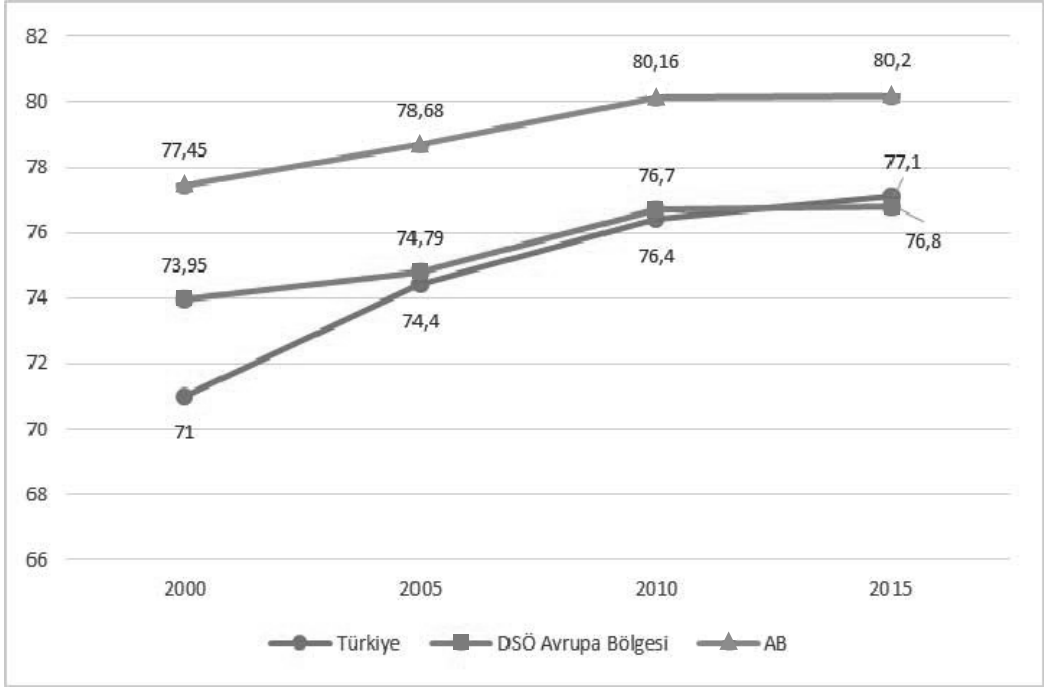
Grafik 3. Yıllara Göre Toplam Doğurganlık Hızı

Kaynak: World Bank (2018)

Türkiye’de nüfusun giderek yaşlanma eğilimi göstermesinin temel nedenlerinden biri de, diğer alanlara ek olarak sağlık hizmetlerindeki iyileşmeler neticesinde doğuştan beklenen yaşam süresinin (DBYS) artma eğilimi göstermesidir. Türkiye’de 2000 yılında DBYS

71 yıl iken, bu süre 2015 yılında 77,1 yıl olmuştur. Türkiye nüfusu 15 yılda ortalama 6 yıl daha fazla yaşamaya başlamıştır. Türkiye’ye ek olarak hem AB’de hem de DSÖ Avrupa Bölgesi’nde DBYS artış eğilimi göstermiştir (Grafik 4).

Grafik 4. Yıllara Göre Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi (yıl)

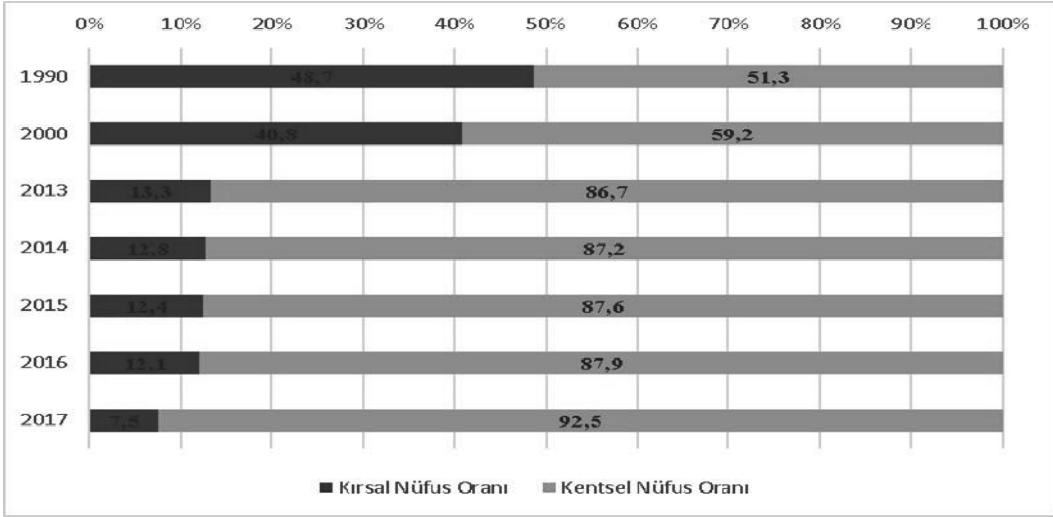


Kaynak: WHO (2016)

Nüfusun yaşlanmasının ekonomi, sağlık, eğitim, sosyal güvenlik gibi alanlar açısından ciddi sonuçları olabilmektedir. Toplumların sürdürülebilirliği, nüfusun yaş yapısının dengeli bir biçimde korunmasına önemli ölçüde bağlıdır. Bu bağlamda Cumhurbaşkanı Sayın Recep Tayyip Erdoğan’ın “her aileye en az üç çocuk” çağrısı yerindedir ve de anlamlıdır.

Türkiye nüfusunun yıllar itibariyle kırsal ve kent dengesi de değişmiştir. 1990’lı yıllarda nüfusun yaklaşık yarısı kırsal bölgelerde ya-

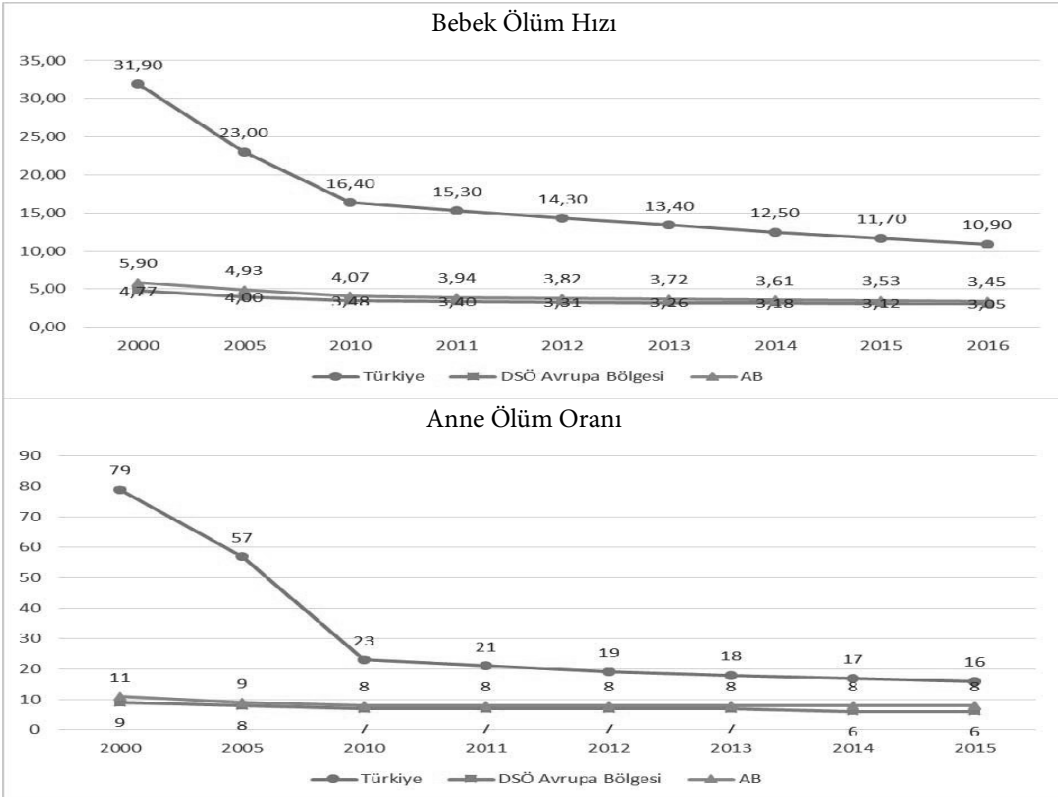
şarken, bu durum 2017 yılında kentlerin lehine (%92,5) dönmüştür. Bölgeler arasında da nüfusun kent ve kırsal oranları arasında oldukça büyük farklılıklar bulunmaktadır (Grafik 5). Kentleşmenin artması, hastalık yapılarında ve örüntülerinde farklılaşmaya yol açmış, sağlık hizmetleri ihtiyacını da farklılaştırmıştır. Bu farklılaşma beraberinde kentsel tipte sağlık hizmetleri sunumunun yeniden tasarımını zorunlu kılmıştır.

Grafik 5. Yıllara Göre Kırsal ve Kentsel Nüfus Oranı (%)

*2017 yılına ait veride, kentsel nüfus olarak il/ilçe merkezlerinde yaşayanlar; kırsal nüfus olarak ise, belde ve köylerde yaşayanlar esas alınmıştır.

Kaynak: TÜİK (2018a)

Türkiye’de 2000’li yıllardan bu yana doğuşta yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı ve anne ölüm oranı gibi temel sağlık göstergeleri açısından önemli iyileşmeler gerçekleşmiştir. Bu iyileşmeler hayat kalitesinin gelişmesi, eğitim seviyesinin yükselmesi ve kaliteli sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi birçok faktöre bağlıdır (OECD Health Glance 2015; Deloitte 2012) (Grafik 6).

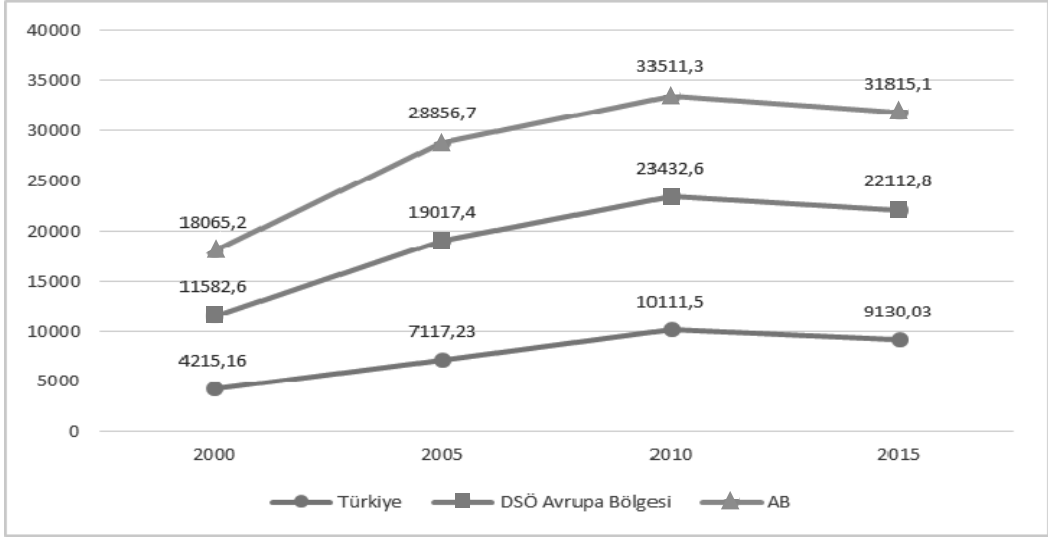
Grafik 6. Bebek Ölüm Hızı ve Anne Ölüm Oranı

Kaynak: World Bank (2018)

DSÖ verilerine göre Türkiye’de kişi başına milli gelir 2000 yılında 4.215 dolar iken (AB ortalaması 18.065 dolar); 2015 yılında 9.130 dolar (AB ortalaması 31.815 dolar) olmuştur. Grafik 7’den de görülebildiği üzere hem AB, hem DSÖ Avrupa Bölgesi ve hem de Türki-

ye’de 2010 yılı ve sonrasında GSYİH düzeylerinde bir azalma meydana gelmiştir. Bunun temel nedenin 2007 yılından itibaren yaşanmaya başlanan global ekonomik kriz olduğu belirtilebilir (Grafik 7).

Grafik 7. Kişi Başı Gayri Safi Yurt İçi Hasıla Düzeyleri (GSYİH, US\$)

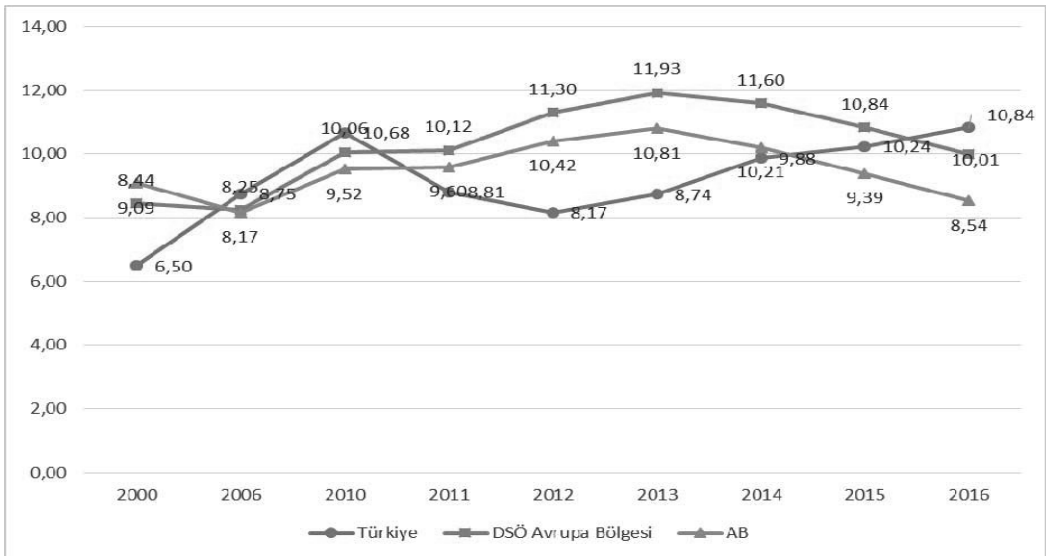


Kaynak: WHO (2016)

Grafik 8’de işsizlik oranları görülmektedir. DSÖ Avrupa Bölgesi ve AB’nin yıllar itibariyle işsizlik oranlarının artış ve azalış trendleri birbirine benzemektedir. Türkiye’de ise 2000 yılından 2010 yılına kadar işsizlik oranında

bir artış; 2010 yılından 2012 yılına kadar bir azalış yaşanmıştır. 2012 yılından sonra ise işsizlik oranı tekrar artış eğilimine girmiştir.

Grafik 8. Yıllara Göre İşsizlik Oranı, %

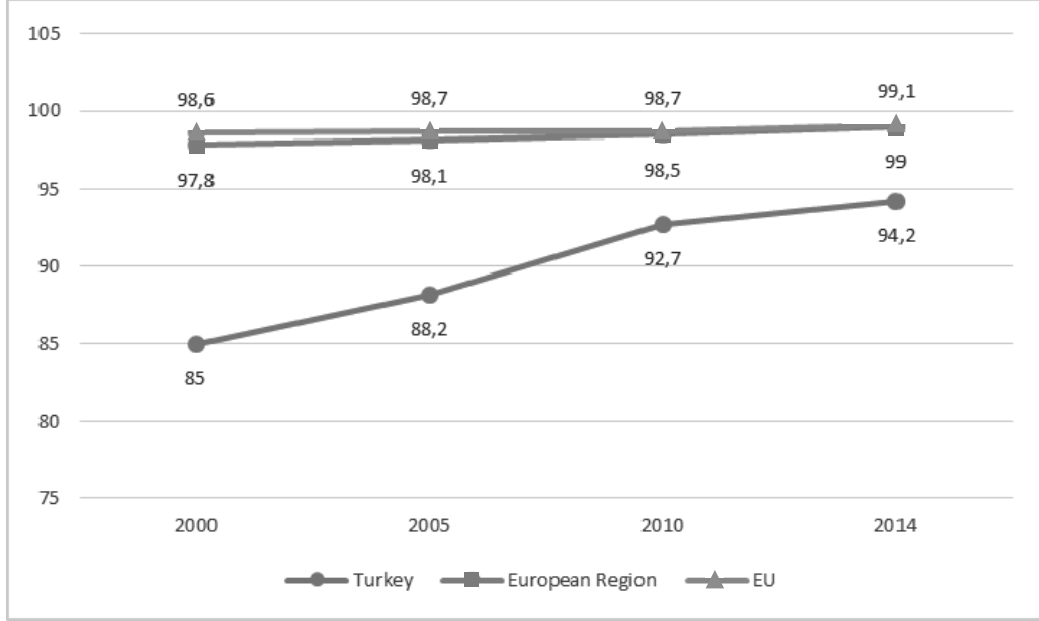


Kaynak: OECD (2018b)

Türkiye’de yıllara göre 15 yaş üstü nüfusta okuryazarlık oranı önemli ölçüde bir artış göstermiş olmasına karşın halen AB ortalamasının oldukça gerisinde yer almaktadır.

DSÖ Avrupa Bölgesi ve AB’de bu oranın yüzde yüze yakın seviyelerde olduğu görülmektedir (Grafik 9).

Grafik 9. Yıllara Göre 15 Yaş Üstü Nüfusta Okuryazarlık Oranı, %



Kaynak: WHO (2016)

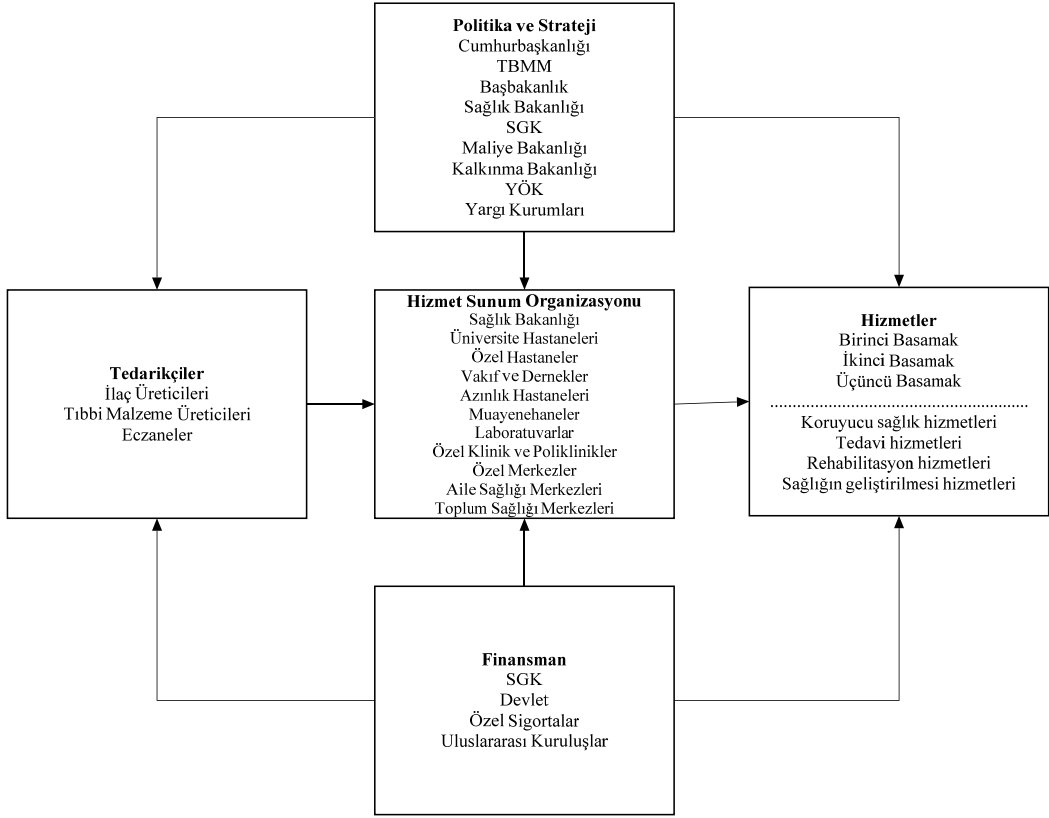
3.2. Yönetim ve Organizasyon

Türkiye ulusal sağlık sisteminin öğeleri, işlevleri ve karşılıklı ilişkileri Şekil 4’te özetlenmektedir. Türkiye’de sağlık yönetiminde ve sağlık politikası oluşturma sürecinde çok sayıda aktör yer almaktadır. Devlet; planlama, koordinasyon, finansal açıdan destek ve sağlık kurumlarının geliştirilmesi açısından temel sorumluluğunu SB başta olmak üzere, TBMM, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Yükseköğretim Kurulu, yargı mercileri ve diğer kurum ve kuruluşlar aracılığıyla yerine getirmektedir¹. Ek olarak özel sektör, sivil toplum kuruluşları ve diğer ilgili kurum ve kuruluşlar da politika oluşturma sürecinde sınırlı da olsa rol alabilmektedir. Ayrıca, DSÖ, Dünya Bankası (DB), OECD, Uluslararası

Para Fonu (IMF), Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) ve sağlık teknolojisi şirketleri (ilaç ve tıbbi cihaz şirketleri başta olmak üzere) gibi uluslararası kurum ve kuruluşlar ve AB gibi uluslararası organizasyonlar Türkiye’deki sağlık politikalarının şekillenmesinde doğrudan veya dolaylı olarak etkili olabilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım 2013) (Şekil 4).

¹ 31 Temmuz 2016 Tarihli ve 29787 Sayılı sayılı KHK (Karar Sayısı: 669) ile Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının tümü Sağlık Bakanlığına devredilmiştir.

Şekil 4. Ulusal Sağlık Sisteminin Öğeleri, İşlevleri ve Karşılıklı İlişkiler

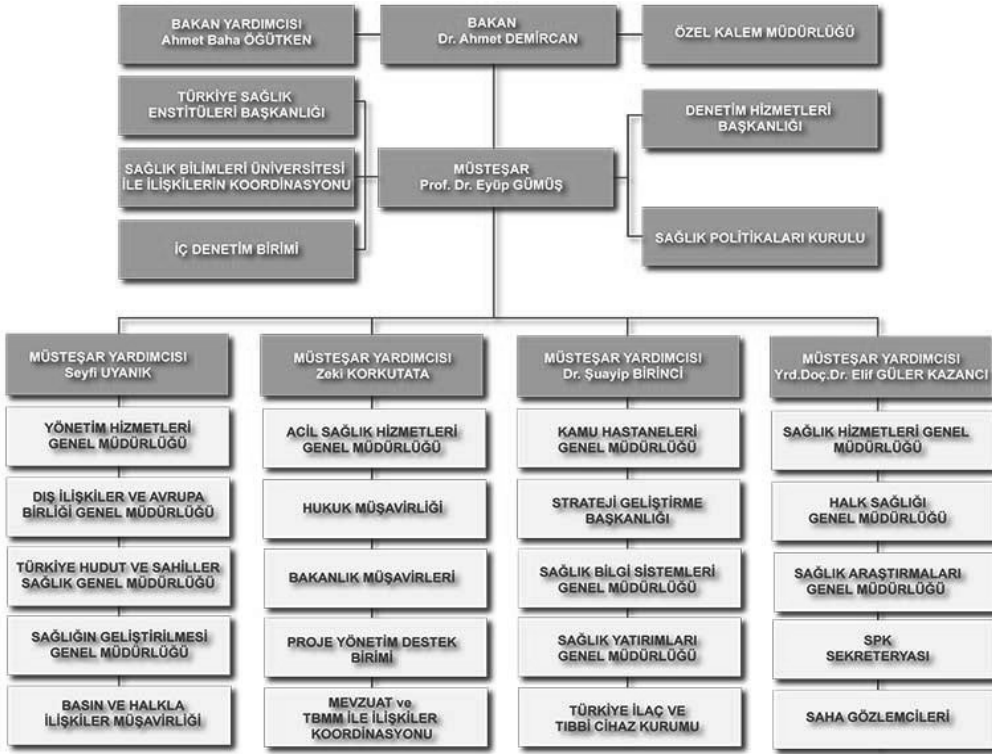


Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım (2010)

Türkiye’de sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanması sürecindeki temel aktör SB’dir. Bu anlamda spesifik olarak belirtmek gerekirse, 2 Kasım 2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’ye (KHK) göre SB’nin görevi; herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır. SB bu amaçla: a) Strateji ve hedefleri belirler; planlama, düzenleme ve koordinasyon yapar. b) Uluslararası ve sektörler arası işbirliği yapar. c) Rehberlik, izleme, değerlendirme, teşvik, yönlendirme ve denetleme yapar, müeyyide uygular. d) Acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlar ve yürütür. e) Bölgesel farklılıkları gidermeye ve herkesin sağlık hizmetine erişimi-

mini sağlamaya yönelik tedbirler alır. f) İlgili kurum ve kuruluşların insan sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörler ve sosyal belirleyicilerle ilgili uygulamalarına ve düzenlemelerine yön verir, bunu teminen gerekli bildirimleri yapar, görüş bildirir ve müeyyide uygular. g) Görevin ve hizmetin gerektirdiği her türlü tedbiri alır. h) İlaç fiyatlarının belirlenmesine ilişkin usûl ve esaslar SB’nin teklifi üzerine Bakanlar Kurulunca belirlenir (Resmi Gazete 2011; Yıldırım 2013).

25 Ağustos 2017 tarihinde yayınlanan 694 Sayılı KHK ile yukarıda bahsedilen 663 Sayılı KHK bazı değişikliklere uğramıştır. Bu değişiklikler sonucunda 1 Şubat 2018 tarihi itibarıyla SB’nin merkez teşkilatı Şekil 5’te yer aldığı şekliyle teşekkül etmiştir.

Şekil 5. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı (1 Şubat 2018)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2018)

663 sayılı KHK’ya göre SB; a) halk sağlığı-nın korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi; b) teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi; c) uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesi; ç) sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi; d) sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbi cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasada bulunması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi; e) insan gücünde ve maddi kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak, sağlık insan gücünün ülke sathında dengeli dağılımını sağlamak ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçekleştirmek suretiyle yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanması; f) kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması

ile ilgili olarak sağlık sistemini yönetir ve politikaları belirler (Resmi Gazete 2011; Yıldırım 2013).

Özel sağlık kurumlarının sağlık yönetimi ve sağlık politikalarının oluşturulmasındaki rolü tali ve sınırlı olarak nitelendirilebilir. Özel sağlık kurumları politika oluşturma sürecine kendilerini temsil eden TOBB Sağlık Kurumları Meclisi, OHSAD, Özel Hastaneler Platformu ve Ankara Sağlık Kuruluşları Derneği gibi sivil toplum kuruluşları aracılığıyla istişari bir aktör olarak dahil olabilmektedir. TOBB’un zaman zaman Ekonomik Koordinasyon Kuruluna davet edilmesi, özel sektörün görüşlerinin en üst düzeyde politika oluşturma sürecine yansıtılması anlamında önem arz etmektedir. Ayrıca son dönemlerde gerek Sağlık Bakanlığı ve gerekse de Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı başta olmak üzere ilgili Bakanlıklar politika oluşturma süreçlerine özel sektörü temsilen belirtilen kurumlara da yer vermeye özen göstermektedirler. Ek olarak son yıllarda sektörü temsil eden

STK'lar tarafından düzenli olarak toplantılar organize edilmekte, araştırma raporları hazırlanmakta ve böylelikle proaktif olarak sağlık politikalarını etkileme şansı bulunabilmektedir.

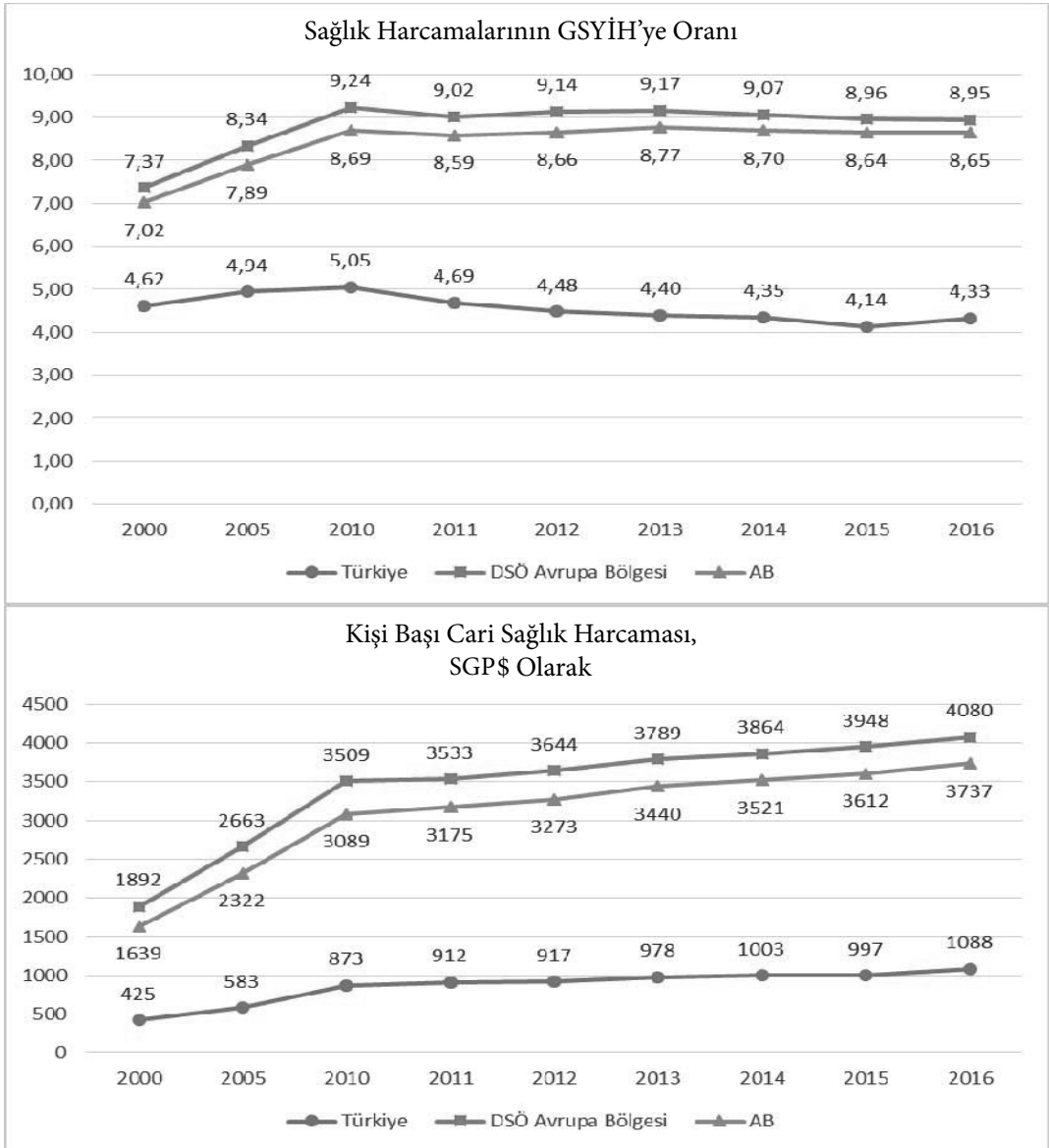
3.3. Sağlık Harcamaları, Sağlık Finansmanı ve Ödeme Yöntemleri

3.3.1. Sağlık Harcamaları

Türkiye'de cari sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla (GSYİH) içindeki payı

2000 yılında %4,62 iken, 2016 yılı için %4,33 olmuştur (Grafik 10). Buradan, Türkiye'deki sağlık harcamalarının azaldığı sonucu çıkarılmamalıdır zira miktar bazında Türkiye'de sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir. Sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payının azalması, GSYİH'nin artış hızının sağlık harcamalarının artış hızından fazla olması ile açıklanabilir.

Grafik 10. Yıllara Göre Cari Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı (%) ve Kişi Başı Toplam Sağlık Harcamaları (\$SGP)



Kaynak: OECD (2018c)

Türkiye’nin toplam sağlık harcaması, 1999 yılında Satınalma Gücü Paritesine (SGP) göre 25.373 Milyon \$ iken 2016 yılında 89.114 Milyon \$ olarak gerçekleşmiştir. Geçen 17 yıllık süre içerisinde toplam sağlık harcamaları %250 artmıştır. 2016 itibarıyla Türkiye’deki kişi başı toplam sağlık harcamalarının %78,5’i kamu tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu oran 1999 yılında %61,1 olarak kaydedilmiştir. Her ne kadar 1999-2016 yılları arasında, özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı azalsa da, bahsi geçen dönemde miktar bazında özel sağlık harcamalarının, 2008 ekonomik krizinin etkili olduğu yıllar dışında arttığı görülmektedir. Güncel

veriler incelendiğinde, \$ bazında satın alma gücü paritesine göre 2016 yılında yapılan özel sağlık harcamalarının 2015 yılına göre %1,8 arttığını görmek mümkündür. Reel TL bazında bu artış %5,4’tür (Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2017).

Alınan sağlık hizmeti karşısında hane halkının ödemesini temsil eden cepten sağlık harcaması/toplam sağlık harcaması oranı 1999 yılında %29,1 iken, 2016 yılında %16,3 olarak gerçekleşmiştir. (Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2017). Genel Sağlık Sigortası (GSS) harcamaları yıllar itibarıyla Tablo 1’de verilmektedir.

Tablo 1. Genel Sağlık Sigortası Harcamaları (2014-2015)

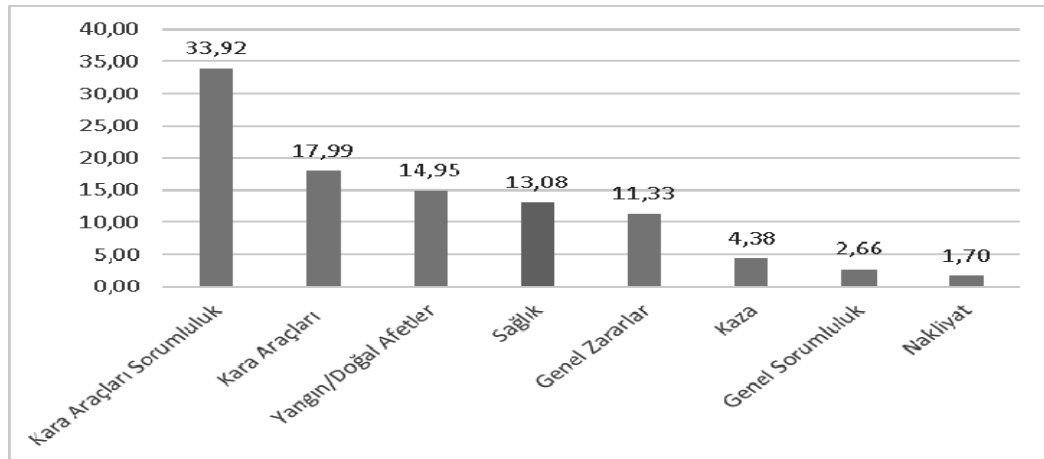
SAĞLIK GİDERİ	2014	2015*	2016 Bütçe
İlaç	17.388	18.895	21.406
Reçete Bedeli	154	146	150
Tedavi	36.295	39.557	43.635
Devlet Hastanesi Ödemesi	21.585	23.858	27.053
Üniversite Hastaneleri	6.516	7.087	7.580
Özel Hastaneler	8.194	8.612	9.002
Diğer Sağlık Giderleri (Yolluk, Optik vb.)	765	814	876
TOPLAM	54.602	59.411	66.067

Kaynak: Süzen (2016).

Özel sağlık harcamalarından biri olan özel sağlık sigortacılığının Türkiye’de gelişimi özellikle 1990 sonrasında gerçekleşmiştir. 2017 yılında sigortacılık sektöründe hayat dışı branşlarda toplam 29 Milyar TL’lik prim

üretimi gerçekleşmiştir. Bu üretimin branşlara göre dağılımı aşağıda Grafik 11’de verilmiştir.

Grafik 11. Hayat Dışı Branşlarda Direkt Primlerinin Branş Bazında Dağılımı, 2017



Kaynak: TSB (2018)

Grafik 11’de görüldüğü gibi 2017 yılında hayat dışı branşlarda üretilen toplam primlerin %13,08’ini özel sağlık sigortaları oluşturmaktadır. 2017 yılına sağlık sigortası tüm branşlar içinde prim üretimi açısından; kara araçları (%33,92), kara araçları (%17,99) ve yangın ve doğal afetler (%14,95) branşlarından sonra dördüncü sırada (%13,08) yer almaktadır.

Türkiye’de sağlık sigorta poliçesi satan şirket sayısı 2017 yılı verilerine göre 61’dir (TSB 2016). Türkiye’de özel sağlık sigortalı sayısı 2000 yılında 690 bin seviyelerindeydi. 1990 yılından 2000 yılına kadar özel sağlık sigortalı sayısı her yıl %50 artarken, 2001 krizi ile bu artış oranı azalmış ve takip eden 10 yılda yıllık büyüme %5-10’larla sınırlı kalmıştır. 2010 yılına gelindiğinde sigortalı sayısı 1 milyon 666 bini bulabilmiştir. Takip eden iki yıllık dönemdeki artan büyüme oranı ile 2012 yılına gelindiğinde Türkiye’deki özel sigortalı sayısı nüfusun yaklaşık %3’üne yani 2.5 milyon kişi seviyelerine ulaşmıştır (Dizdar, 2014). Görüldüğü üzere özel sağlık sigortalı kişi sayısı göreceli olarak oldukça düşük düzeydedir. Özel sağlık sigortacılığında hasar/prim oranları da oldukça yüksek olup, özel sağlık sigortacılığı branşının çok kâr getirmeyen bir alan olduğu söylenebilir. Bunun temel nedenleri arasında; sağlığın doğası gereği sigorta kabulü sürecinin rasyonel bir şekilde işlememesi, ahlaki tehlike, dinamik risk değerlendirememesi gibi nedenler yer almaktadır. Özel sigorta şirketleri bireysel özel sağlık sigortası poliçesine ek olarak grup özel sağlık sigortası poliçesi de satmaktadırlar (Yıldırım T 2012).

Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının bir uygulama biçimi olan tamamlayıcı sağlık sigortası konusu son 10 yıl yoğun bir şekilde olmak üzere, yaklaşık 20 yıldır Türkiye’nin gündeminde yer almaktadır. Nitekim 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren GSS Kanunu’nda tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin iki temel hüküm de yer almaktadır. Bu hükümlere göre; 1) “Bu Kanun gereğince sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle

yükümlü oldukları katılım payları, özel sigorta şirketleri tarafından teminat veya ödeme konusu yapılamaz” ve 2) “yıllık veya daha uzun süreli tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortalarına ilişkin usul ve esaslar SGK’nın uygun görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenir” denilmektedir (Yıldırım T 2012).

3.3.2. Sağlık Finansmanı

Türkiye sağlık sisteminde 2006 yılına kadar parçalı, çok başlı, nimet ve külfette standart olmayan bir finansman sistemi (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Aktif Memurlar ve Yeşil Kart programları gibi) hâkimken Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu (SDSGR) kapsamında 2008 yılında çıkarılan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve GSS Kanunu ile sağlık finansman kurumları tek çatı altında birleştirilmiştir. Mevcut durumda, SGK bünyesindeki GSS programı tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamaktadır (Yıldırım ve Yıldırım 2010; 2013).

Türkiye’nin GSS kapsamında sağlık hizmetleri finansmanında dört temel kaynak mekanizmasına sahip olduğu belirtilebilir: (1) Çalışan ve işverenlerin ödediği primler (2) vergiler (özel sigorta primleri, eğitim giderleri, sermaye yatırımları, GSS katkısı ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi) ve (3) doğrudan cepten ödemeler (katkı payları, enformal ödemeler ve sağlık mal ve hizmetleri alımlarında yapılan doğrudan ödemeler) ve (4) özel sağlık sigortası primleri. Bu dört kaynak mekanizması arasında sosyal primler ağırlıkta olduğu için Türkiye sağlık sisteminin Bismarck tipi bir yapılanmaya sahip olduğu belirtilebilir (Yıldırım ve Yıldırım 2013).

Sigorta katkıları ağırlıklı olarak gelir temelli olup primlerden oluşmaktadır. Bu primler kişinin prime esas kazancının %12,5’ini teşkil etmektedir. Bu oranın %5’ini çalışan, %7,5’ini ise işveren ödemektedir. Vergi gelirleri ise, primleri devlet tarafından karşılanan nüfus kesimlerinin (yoksullar, geçici köy korucuları ve Olimpik ve Avrupa şampiyonu sporcular) primlerinin ödenmesi,

halk sağlığı faaliyetlerinin finansmanı, tıbbi eğitim ve araştırma için yapılan katkılardan oluşmaktadır. Bunların dışında devlet genel bütçeden GSS’ye doğrudan bir katkı da yapmaktadır.

GSS’ye göre sağlık hizmetleri, SGK ile bir-birleriyle rekabet halinde olan ulusal ve uluslararası sağlık hizmeti sunucuları arasında gerçekleştirilen sözleşmeler yoluyla ve/veya GSS Kanunu hükümleri çerçevesinde acil hallerde veya diğer şartlar altında sözleşmesiz kurumlardan alınan sağlık hizmetlerinin kanun hükümlerine uygun olarak ödenmesi suretiyle sağlanmaktadır. Bu kurumlar; 1) SB’ye bağlı sağlık hizmeti sunucuları, 2) üniversitelere bağlı sağlık hizmeti sunucuları, 3) belediyelere bağlı sağlık hizmeti sunucuları, 4) özel sağlık hizmeti sunucularından oluşmaktadır (Yıldırım T 2012).

3.3.3. Ödeme Yöntemleri

Sağlıkta ödeme yöntemleri temelde dört grupta (maaş, kişi başı ödeme, hizmet başına ödeme ve performans dayalı ödeme) ele alınmakta ve genellikle bu yöntemlerin bir karması şeklinde kullanılmaktadır (Yıldırım 2013).

SGK’nın GSS kapsamında sağlık hizmetleri ödemesinde kullandığı belli başlı ödeme yöntemleri arasında; global bütçeleme (götürü bedel üzerinden), paket ödeme ve hizmet başı ödeme yer almaktadır. Bu yöntemler GSS Kanunu çerçevesinde kalmak koşulu ile zaman zaman değişiklik gösterebilmektedir. Bu bağlamda mevcut durumda SGK SB’ye bağlı hastanelere global bütçeleme (götürü bedel) yöntemini kullanarak ödeme yapmaktadır. SGK bu global bütçeyi SB’ye toptan ödemektedir. SB bu global bütçeyi ilgili mevzuat çerçevesinde hastanelerine dağıtmaktadır. Bu da genellikle Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) ve hizmet başı ödeme yöntemleri aracılığıyla olmaktadır. SGK, üniversite hastanelerine ödemedeki ise, kısmi götürü bedel ödeme yöntemini kullanmaktadır. Bazı hizmetleri ise, hizmet başı ödeme ve paket ödeme yöntemleri üzerinden ödemektedir. SGK, GSS

programı kapsamında; özel sağlık kuruluşlarına hizmet başı ödeme ve paket ödeme yöntemlerinden birisini veya ikisini bir arada kullanarak ödeme yapmaktadır (Yıldırım T 2012).

SGK anlaşmalı özel kurum ve kuruluşların ücret tarifesi Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile belirlenmektedir. 2013’te SGK ile sözleşmeli özel hastanelerin alabilecekleri ilave ücret tavan oranları değiştirilmiştir. Böylece, özel hastaneler için ilave ücret tavanı Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu’nca belirlenen sağlık hizmetleri bedelinin en fazla %90’ı kadar iken, Ekim 2013’ten itibaren en fazla iki katına (%200’üne) çıkarılmıştır (Sezgin 2015).

2010 yılında yayımlanan Özel Hastanelerin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge kapsamında SGK özel hastaneleri puanlandırmakta ve bu çerçevede bir sınıflandırmaya tabi tutulmaktadır. İlave ücretler bu sınıflandırmaya göre alınmaktadır. Bu sınıflandırma çerçevesinde hastaneler; hizmet kalite standartları, hizmet endeksleri, kapasite, çalışan hakları ve hukuki sorumluluklar gibi belirli kriterler üzerinden değerlendirilerek 0-1000 arası bir puanlandırılmaya tabi tutulmuştur. Bu puanlandırma neticesinde hastanelere, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu’nca belirlenen sağlık hizmet bedellerine ek olarak, Bakanlar Kurulu’nca belirlenen tavan dahilinde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için, %30 ile %200 arası ilave ücretlendirme imkanı tanınmaktadır.

Kamuda ikinci ve üçüncü basamak sağlık birimlerinde çalışan sağlık personeline maaşla birlikte performans dayalı ödeme sistemi kullanılarak ödeme yapılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları olan aile hekimlerine ise, kişi başı ve performans dayalı ödeme yapılmaktadır (Yıldırım 2013).

3.4. Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Kaynakları

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu ağırlıklı olmak üzere, kamu-özel karı-

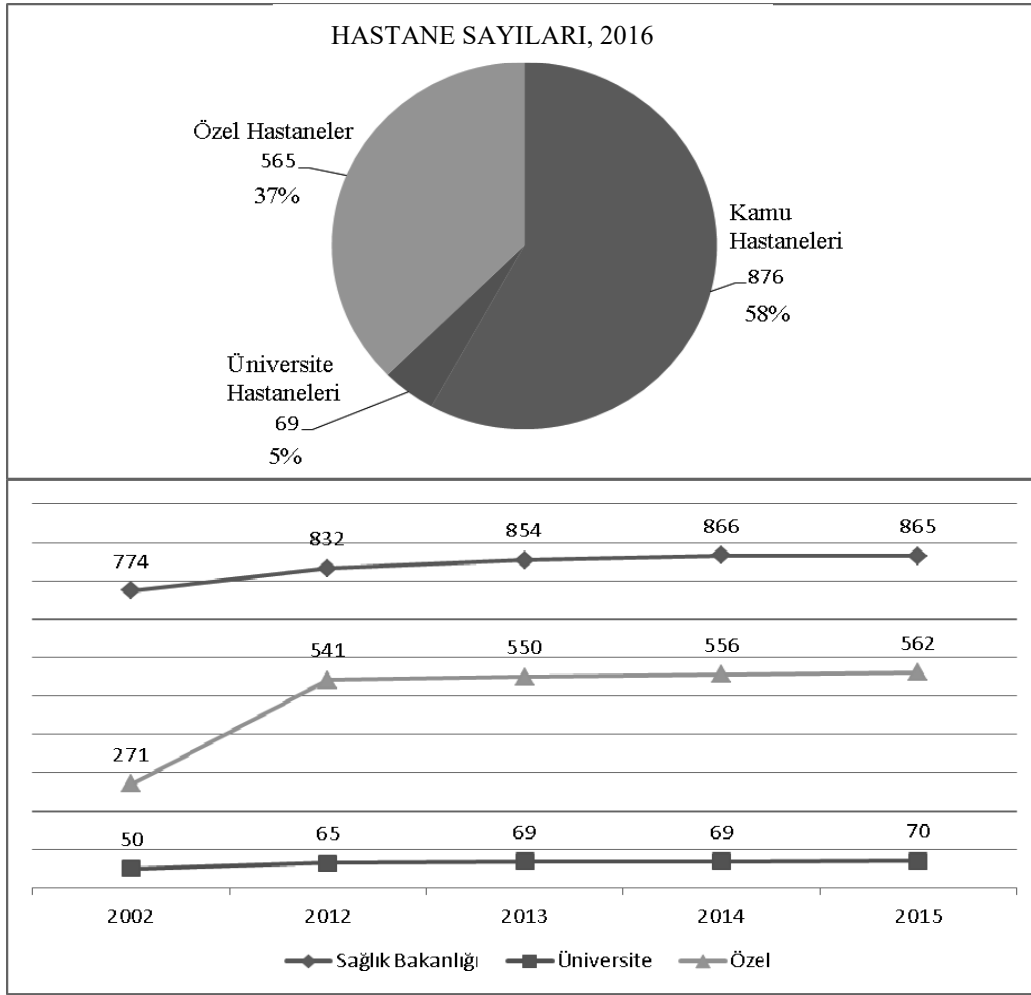
şımı bir yapılanma söz konusudur. Çok sayıda aktör; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve geliştirici sağlık hizmetlerini sunabilmektedir. Ana hizmet sağlayıcıları arasında SB, üniversite hastaneleri ve özel sektör yer almaktadır. SB, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin ana hizmet sağlayıcısı ve aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinin de tek sağlayıcısı konumundadır. SB; hastaneler, klinikler, aile sağlık merkezleri, toplum sağlık merkezleri, dispanserler gibi kapsamlı sağlık hizmetleri tesislerini ve olanaklarını işletmektedir². Üniversite hastaneleri doğaları ve tanımları gereği teorik olarak üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunmaları gerekirken, pratikte tüm basamak sağlık hizmetlerini sunabilmektedir. Özel sektör de; hastaneler, klinikler ve poliklinikler, muayenahaneler, eczaneler, laboratuvarlar, tıbbi cihazlar ve ilaç şirketleri aracılığıyla sağlık hizmetlerini üretmektedir. Ayrıca dini gruplar, azınlıklar ve vakıflar da sağlık hizmetlerini sunabilmektedirler (Yıldırım ve Yıldırım 2013).

Koruyucu ve ayakta birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlanmasından aile hekimlerinin işlettiği ve hizmet verdiği Aile Sağlığı Merkezleri ve toplum sağlığından da Toplum Sağlığı Merkezleri sorumludur. Türkiye’de mevcut durumda hizmet basamakları arasında zorunlu sevk sistemi bulunmamaktadır. Hastalar istediği basamaktaki sağlık hizmet sunucusuna doğrudan başvurabilmektedir. Bu da beraberinde kaynak israfına yol açabilmekte ve sistemin sürdürülebilirliğini zorlayabilmektedir (Yıldırım 2013).

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sağlandığı hastaneler Türkiye’de sayı açısından yıllar itibariyle tüm sektörler bazında artış göstermiştir. En bariz artış ise özel

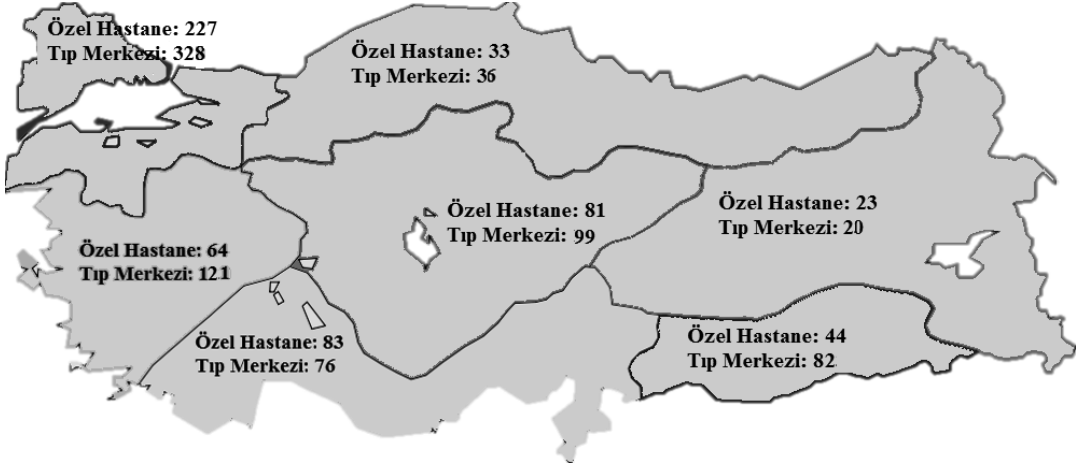
sektörde yaşanmıştır. Şöyle ki; 2002 yılında özel hastane sayısı 271 iken 2016’ya gelindiğinde bu sayı 565’e çıkmıştır. Diğer bir deyişle 2002 yılında dört hastaneden biri özel iken, şimdi üç hastaneden biri özel hastane olarak karşımıza çıkmaktadır. 2016 yılı itibariyle Türkiye’deki toplam 1510 hastanenin; %58’ini (876) kamu hastaneleri, %37’sini (565) özel hastaneler ve %5’ini (69) üniversite hastaneleri oluşturmaktadır (Grafik 12).

² Şubat 2005’e kadar SSK kendi hastanelerine, kliniklerine ve dispanserlerine sahipti. SSK bu tesisleriyle mensuplarına ve gerektiğinde diğer nüfus gruplarına (Bağ-Kur mensupları gibi) hizmet veriyordu. Ancak, üniversite ve askeri hastaneler hariç diğer kamu hastaneleri (SSK hastaneleri dahil) Şubat 2005’de SB’ye devredilmiştir (Yıldırım ve Yıldırım 2010, 2013).

Grafik 12. Sektörlere ve Yıllara Göre Hastane Sayıları ve Yüzdeleri

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

Hem özel hastaneler ve hem de tıp merkezleri açısından bölgeler arasındaki dağılıma (Şekil 6). bakıldığı zaman, Marmara Bölgesi’nde (İs-

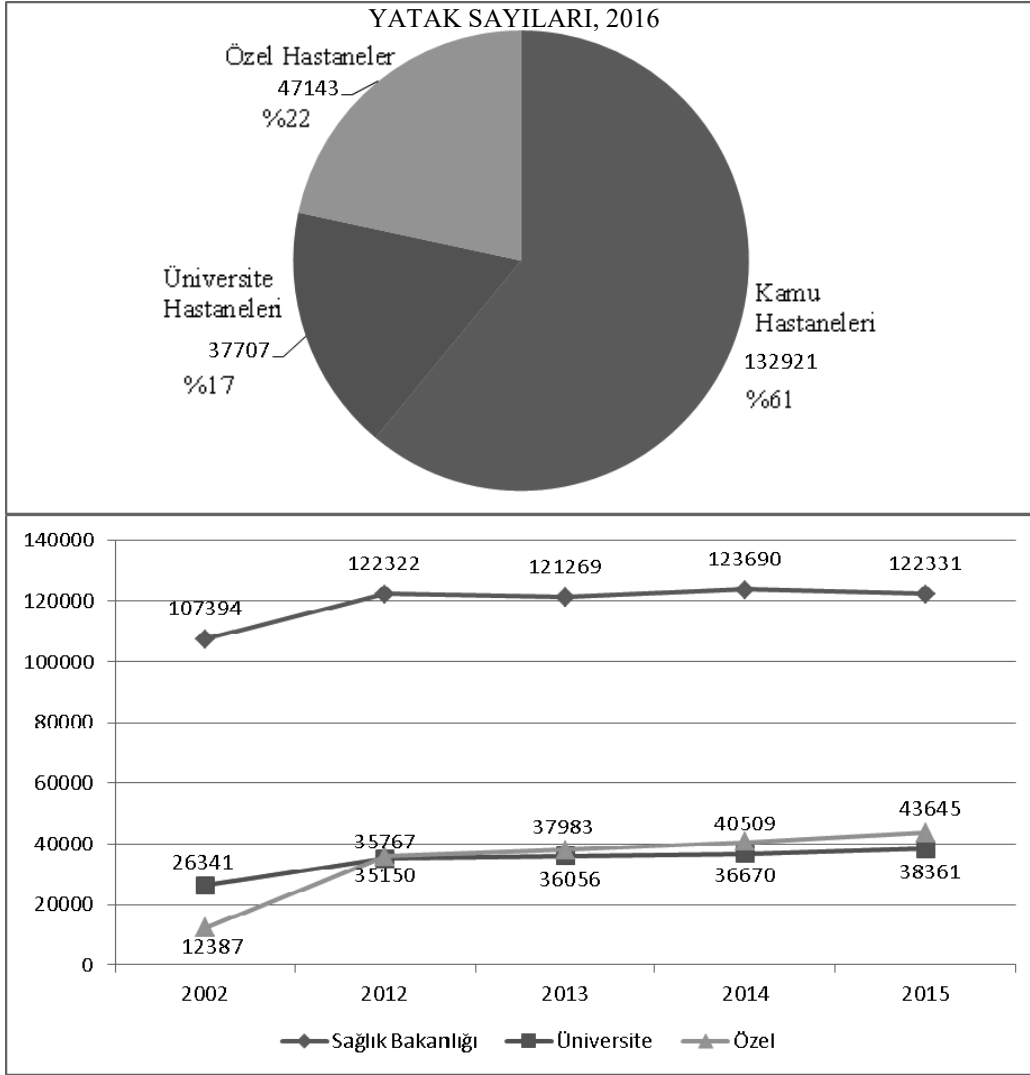
Şekil 6. Özel Hastane ve Tıp Merkezlerinin Bölgelere Göre Dağılımı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2016)

Bireylerin özel hastanelere olan taleplerinin yıllar itibariyle artması bu sektöre yeni yatırımların yapılması için de potansiyel yaratmaktadır. Bu kapsamda İstanbul en fazla yatırım alan il olarak ön plana çıkmaktadır. Daha fazla nüfus ve gelirin olması açısından büyük hastane grupları daha çok büyük şehirleri öncelikli olarak tercih etmektedir (Sezgin 2015).

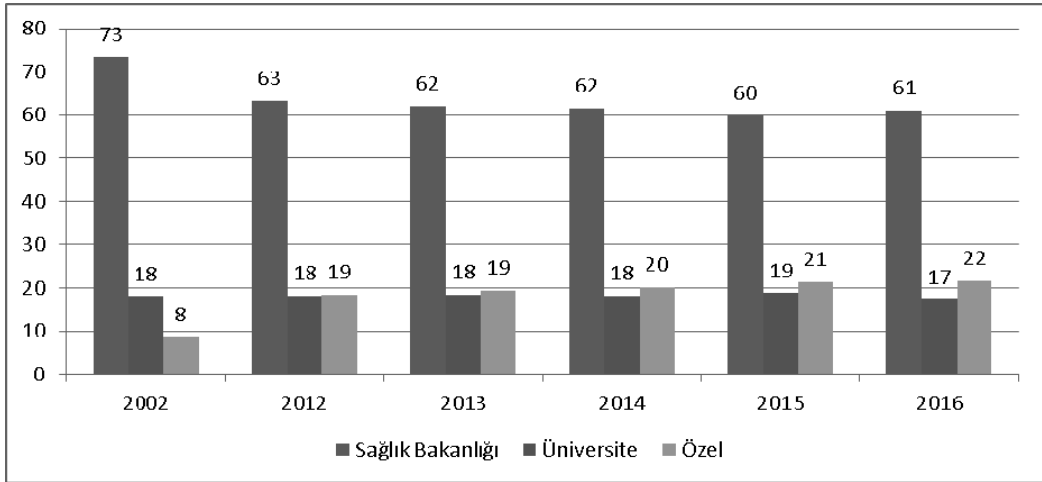
Türkiye’de hastane yatağı açısından yıllara göre tüm sektörlerde artış yaşanmıştır. Şöyle ki 2002 yılında SB, üniversite ve özel sektörün toplam yatak sayısı 146.122 iken 2016 yılında

217.771’e yükselmiştir. 2016 yılı itibariyle en fazla yatağı olan sektör 132.921 yatak ile Sağlık Bakanlığıdır. İkinci sırayı 47.143 ile özel sektör ve üçüncü sırayı da 37.707 ile üniversite hastaneleri almıştır. Yıllara göre sektörler arasındaki yatak sayıları açısından oransal artış incelendiğinde 2002-2016 döneminde en fazla artış özel sektörde görülmektedir. Özel hastanelerin yatak kapasitesi tüm yatakların %22’si olup, 2002’de bu oran %8 olarak rapor edilmiştir. (Grafik 13).

Grafik 13. Sektörlere ve Yıllara Göre Yatak Sayıları ve Yüzdeleri

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

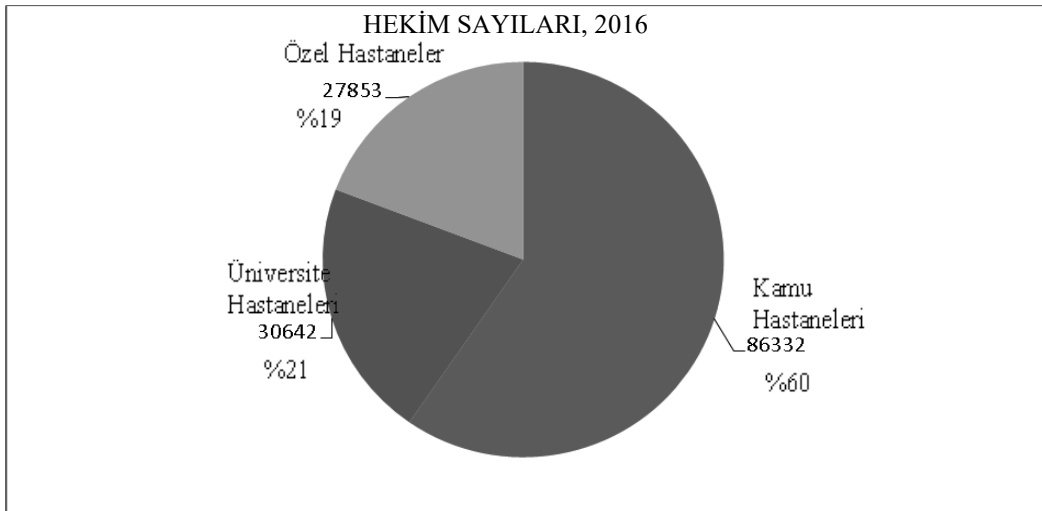
Yıllara göre kamu yatak oranlarında bir azalış görülmesine karşın, özel sektör yatak oranlarında bir artış gözlenmiştir (Grafik 14).

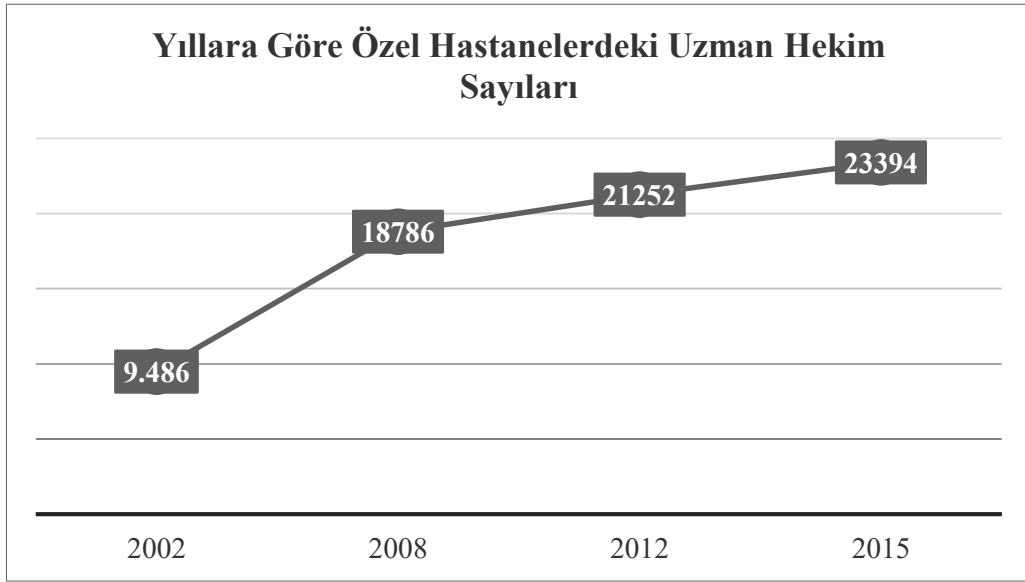
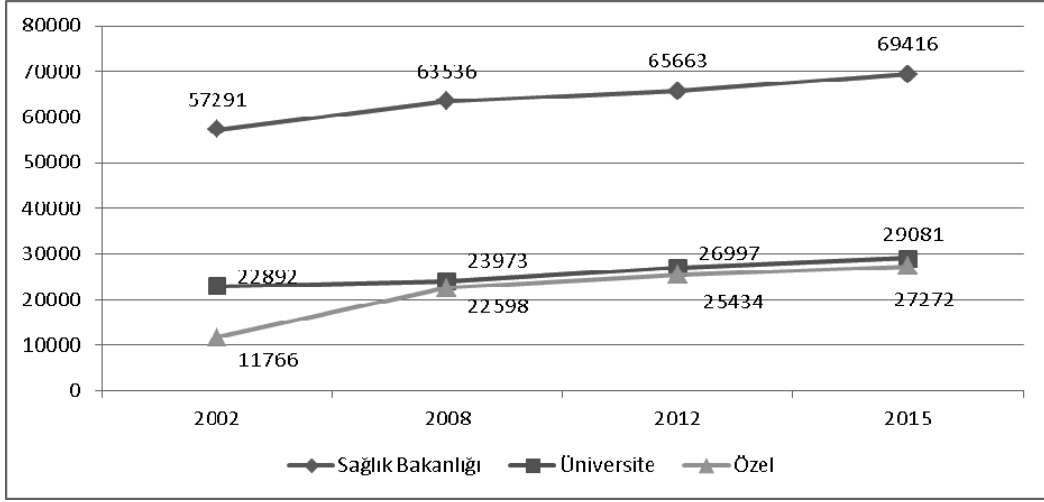
Grafik 14. Yıllara Göre Sektörel Yatak Dağılım Oranları

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

2016 yılı itibariyle, toplam hekim sayısının %19'u özel sağlık kuruluşlarında, %21'i üniversite hastanelerinde ve %60'ı de kamu hastanelerinde istihdam edilmektedir. Hekim istihdam artışı en fazla özel sektörde görül-

müş ve yaklaşık 15 yıllık süreçte özel hastanelerde çalışan hekim sayısı iki katına çıkmıştır (Grafik 15).

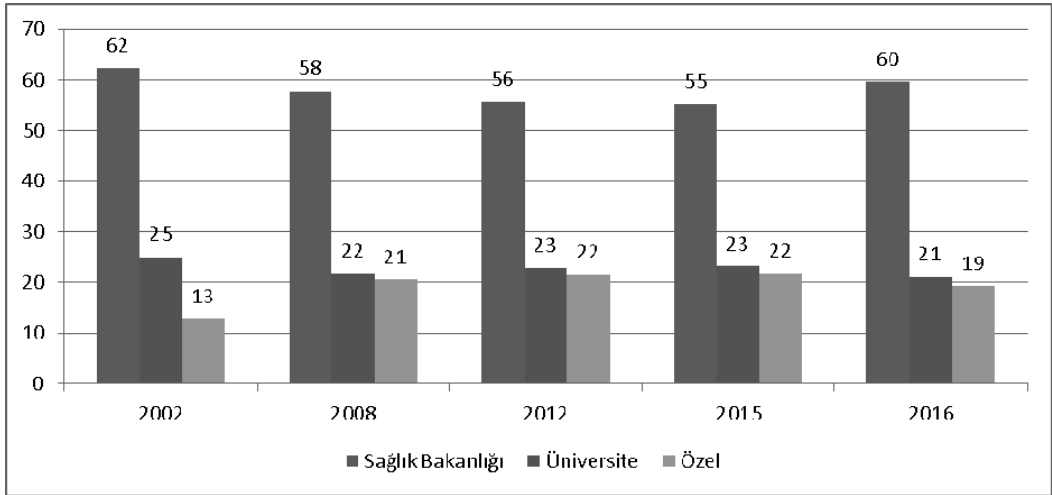
Grafik 15. Sektörlere ve Yıllara Göre Hekim Sayıları ve Yüzdeleri



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

Benzer şekilde, hekim dağılım oranlarında artış, özel sektörde bir düşüş söz konusudur da, 2016 yılına kadar kamuda bir düşüş gözlemlenirken, özel sektörde bir artış gözlemlenmektedir. 2016 yılında ise kamuda bir

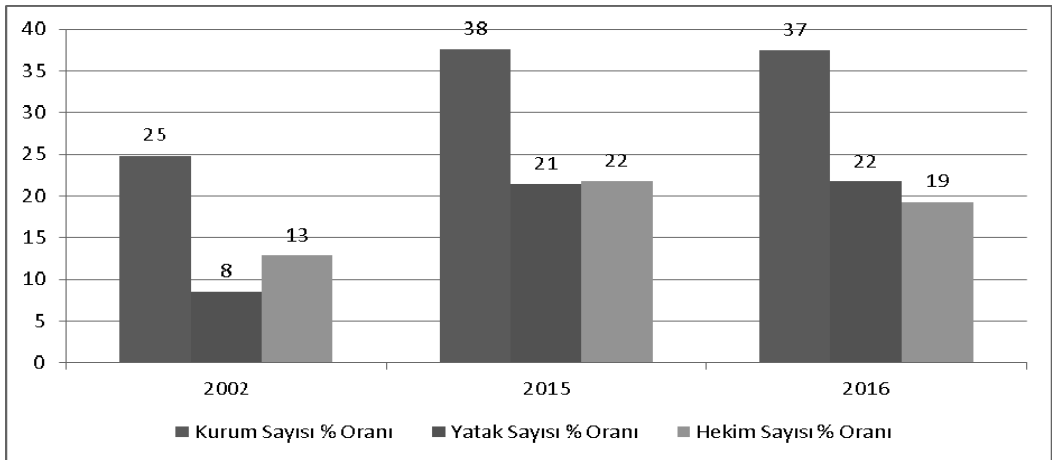
(Grafik 16).

Grafik 16. Yıllara Göre Sektörel Hekim Dağılım Oranları

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

Özel hastanelerin sağlık sektöründeki payı yıllar itibarıyla kurum, yatak ve hekim bazında Grafik 17’de görülmektedir. Özetle belirtmek gerekirse; yıllar itibarıyla hem kurum sayısında, hem hekim sayısında, hem de yatak

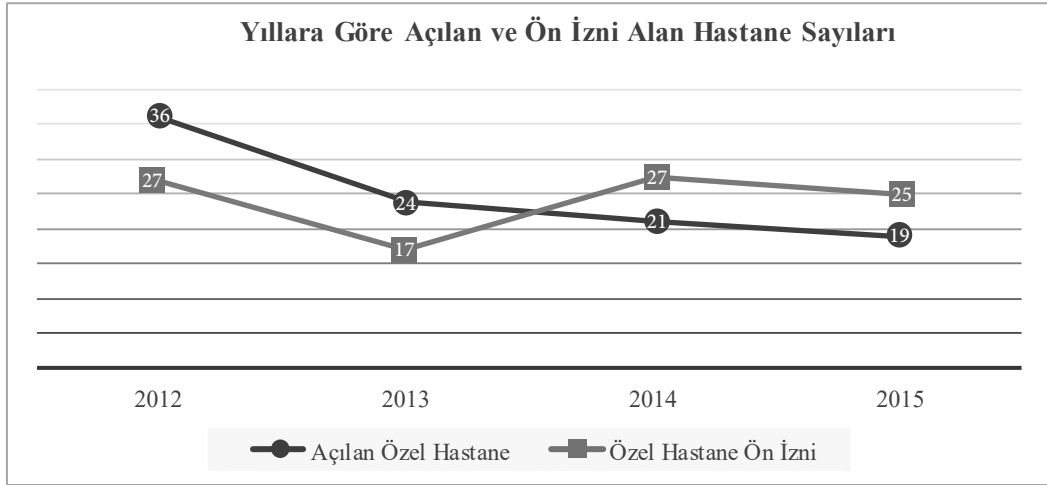
sayısında bir artış eğilimi gözlenmiştir. 2016 yılında kurumların %37’sinin, yatakların %22’sinin ve hekimlerin de %19’unun özel hastane sektörüne ait olduğu görülmektedir.

Grafik 17. Özel Hizmet Sunucularının Sağlık Sektöründeki Payı (Kurum, Yatak ve Hekim %)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

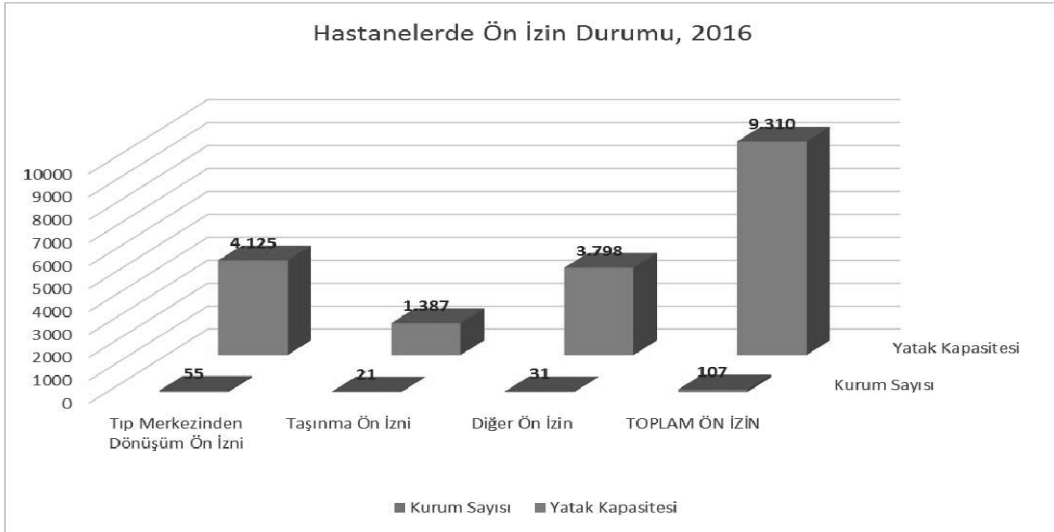
Yıllar itibarıyla hem açılan hastane sayılarında ve hem de ön izin alınan hastane sayılarında

bir düşüş meydana gelmiştir (Grafik 18).

Grafik 18. Yıllara Göre Açılan ve Ön İzin Alan Hastane Sayıları

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2016)

2016 yılının birinci yarısında ön izin durum- hastane sayısı 107 olup toplam yatak kapasite- ları Grafik 18’de görülmektedir. Ön izin alan si ise 9.310’dur (Grafik 19).

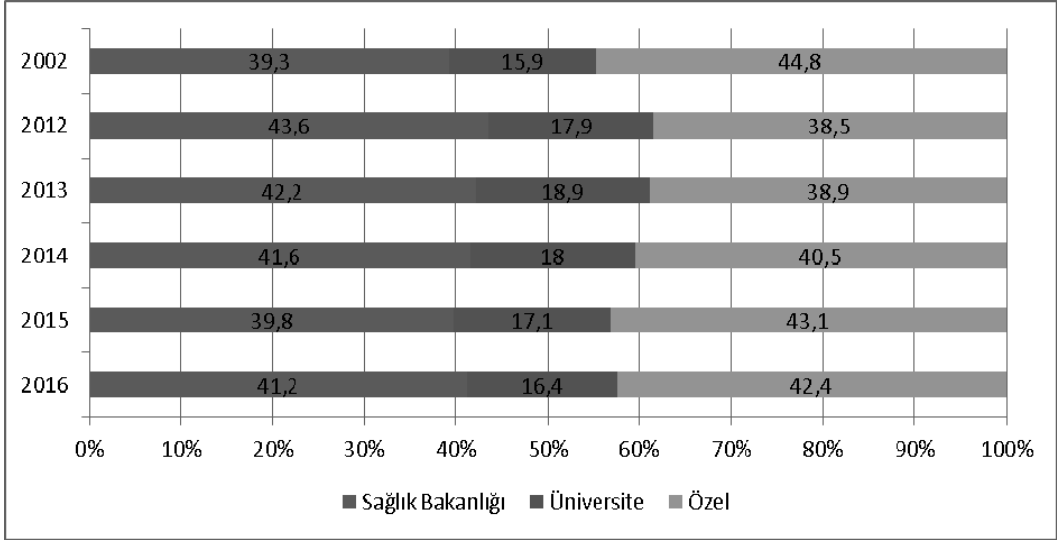
Grafik 19. Özel Hastanelerde Ön İzin Durumu, 2016

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2016)

Yoğun bakım yataklarının dağılımı açısından yıllar itibariyle SB ve özel sektör, yaklaşık olarak birbirine paralel bir seyir izlemektedir. 2002 yılında bakanlık hastaneleri toplam yoğun bakım yataklarının %39,3’üne, özel hastaneler ise %44,8’ine sahiptir. Geriye kalanı ise (%15,9) üniversite hastanelerinde bu-

lunmaktadır. Bu oranlar 2016 yılında bakanlık hastanelerinde %41,2 ve özel hastanelerde %42,4’e ulaşmıştır. 2016 yılında ülkede 10.000 kişiye düşen yoğun bakım yatağı sayısı 4,1’dir (Grafik 20).

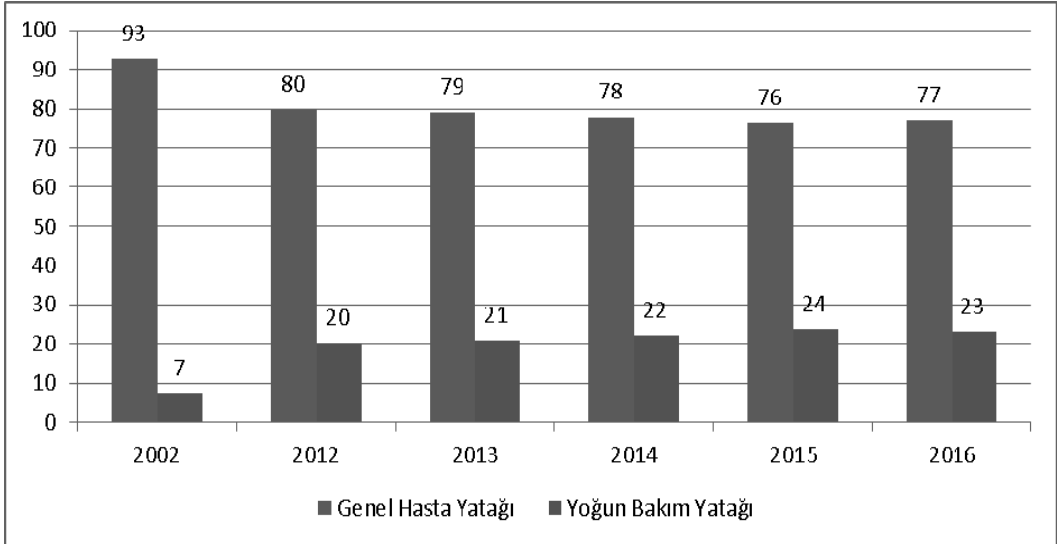
Grafik 20. Yıllara ve Sektörlere Göre Yoğun Bakım Yataklarının Dağılımı (%), Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

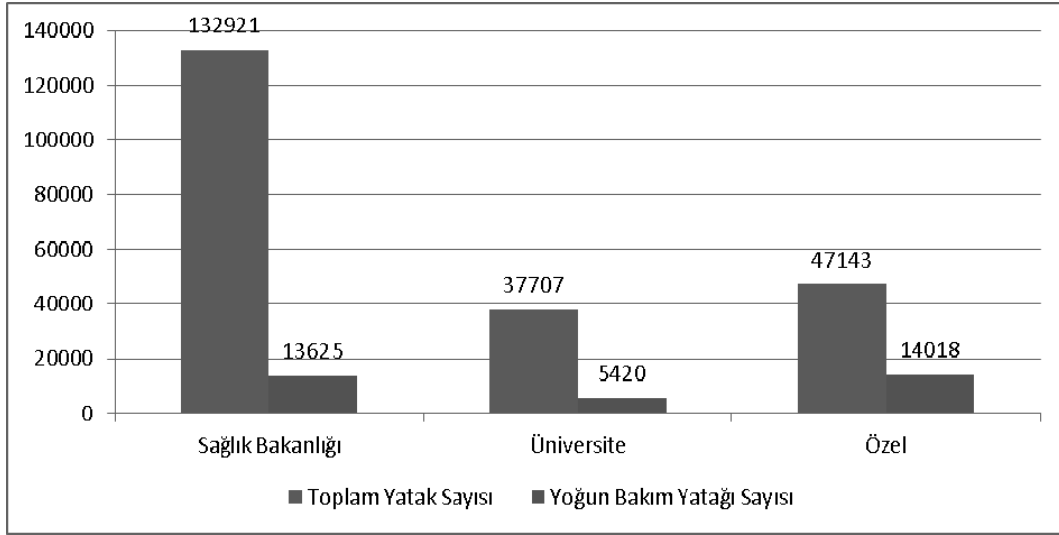
Özel hastanelerde yıllar itibariyle yoğun bakım yatak sayısının toplam yatak sayısına oranında bir artış gözlenmiştir. 2002 yılında toplam özel yatak sayısının %7'si yoğun bakım yatağı iken, 2016 yılında bu oranı %23'e çıkmıştır (Grafik 21).

Grafik 21. Özel Hastanelerde Yıllara Göre Yoğun Bakım Yatak Sayısının Toplam yatak Sayısına Oranı, %



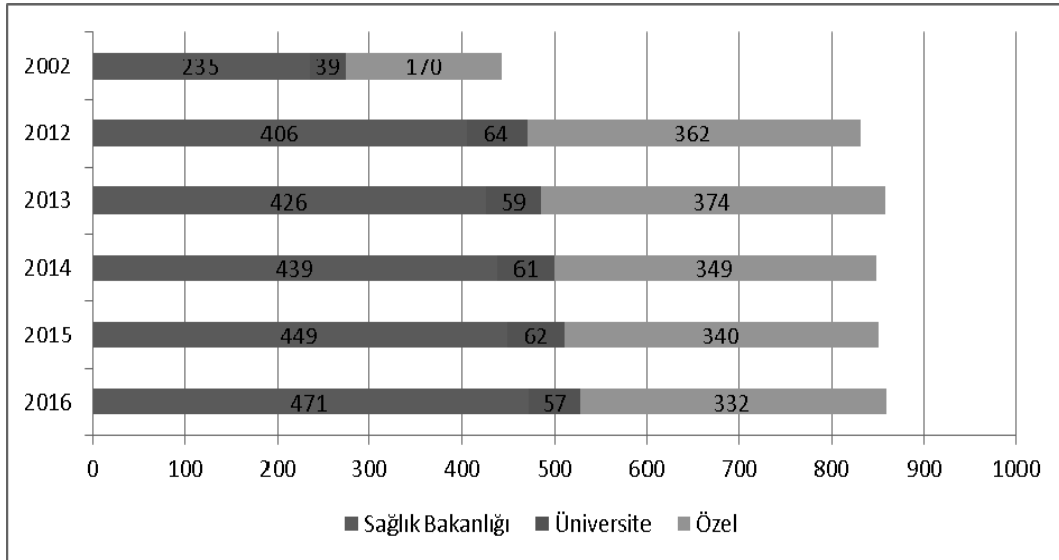
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

2016 yılı itibariyle Türkiye geneli yoğun bakım yatak dağılımı özel sektör (14.018), SB (13.625) ve üniversite (5.420) olarak gerçekleşmiştir (Grafik 22).

Grafik 22. Türkiye Geneli Yoğun Bakım Yatak Dağılımı ve Toplam Tescilli Yatak Sayısı, 2016

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

Türkiye’de toplam hemodiyaliz merkezi hastanelerinde 39’dan 57’ye, özel sektörde ise sayısı sektörlere göre yıllar itibariyle artan bir 170’ten 332’ye çıkmıştır. Ülkedeki toplam seyir izlemiştir. 2002 yılında SB hastanelerinde hemodiyaliz merkezlerinin sayısı 235’ten alındığında 444’ten 860’a yükselmiştir (Grafik 23). 2016 yılında 471’e yükselirken, üniversite 23).

Grafik 23. Yıllara ve Sektörlere Göre Hemodiyaliz Merkez Sayısı, Türkiye

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

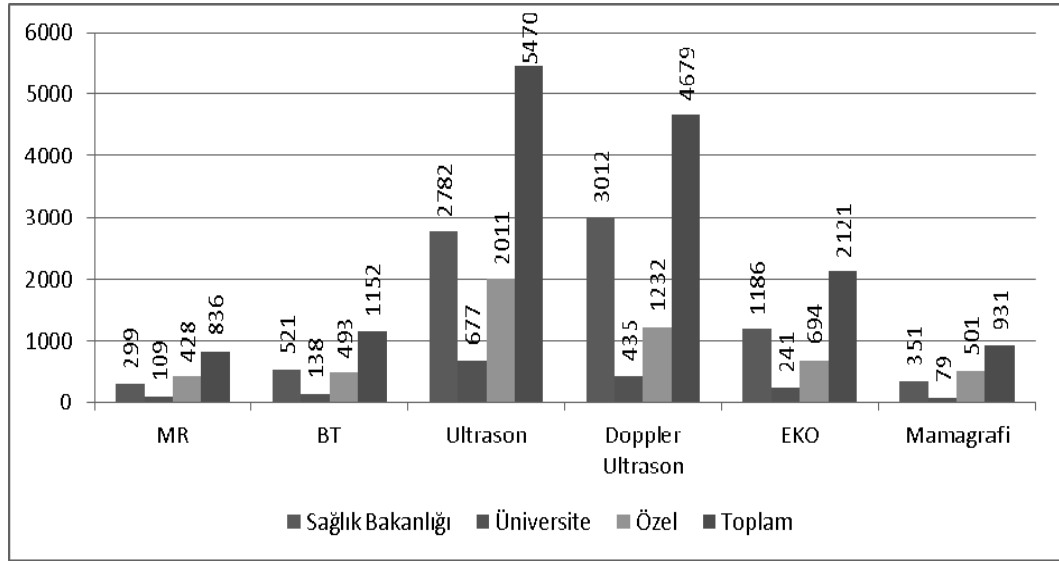
Hemodiyaliz tedavisi, hem cihaz hem de hasta sayısı bakımından ağırlıklı olarak özel sektörde sunulmaktadır. 2005 ile 2009 yılları arasında toplam hemodiyaliz hastaları içinde 2005’de %28,8’den 2009 yılında %22,2’ye düşmüş; özel sektörde tedavi edilen hastaların oranı ise 2005’de %61,5’ten 2009’da %71,5’e yükselmiştir. Üniversite hastanelerinde tedavi gören hastalarda da aynı

dönem için %9,7'den %5,8'e bir düşüş gerçekleşmiştir. Özel sektörün ağırlığının bu şekilde artması, hemodiyaliz hastalarının tedavisinde kritik bir aktör olarak rol almasının da en temel nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemodiyaliz tedavisinin ağırlıklı olarak kamu kaynaklarından finanse edildiği göz önüne alındığında, bu tedavide hizmeti sunanla hizmeti verenin sektörel bazda ayrımının diğer tedavi yöntemlerine göre daha keskin olduğunu söylemek mümkündür. Tedavi edilen hasta sayısında ve hemodiyaliz cihazlarının sayısındaki artış doğal olarak bu tedavi için yapılan harcamaların da artması ile so-

nuçlanmıştır. Aynı zamanda hemodiyaliz merkezi hasta oranı da kamu ve özel sektör açısından özel sektör lehine bir durum göstermektedir. Şöyle ki hastaların %70'si özel sektör hastasıdır (Tatar 2011).

Sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları incelendiğinde MR ve mamografi cihazlarının, özel sektörde fazla olduğu görülmektedir. BT, doppler ultrason ve ekokardiyografi cihazları da en çok SB'ye ait hastanelerde bulunmaktadır (Grafik 24).

Grafik 24. Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında Cihaz Sayıları, 2016



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

Yukarıda Türkiye'nin kamu ve özel sağlık sektörüne ilişkin ele alınan kurumların sayıları ve altyapıları bakımından yıllar itibarıyla önemli bir kapasite artışı olduğu görülmektedir. Özellikle bu artış 2000'li yıllardan bu yana uygulanan hükümet girişimleriyle hız kazanmıştır. Örneğin, 2002-2016 döneminde SB hastanelerinin sayısındaki artış %13 iken, özel sektördeki artış %108 olarak gerçekleşmiştir.

Yoğun bakım yatağı sayısı ve hemodiyaliz merkezi sayısındaki büyüme bakımından ise SB, özel sektörün önündedir. Hemodiyaliz merkezi sayısındaki büyüme oranında özel sektörü geçen kamu sektörü, 100.000 kişiye düşen hemodiyaliz cihazı sayısındaki artış bakımından özel sektörün gerisinde kalmıştır (Tablo 2).

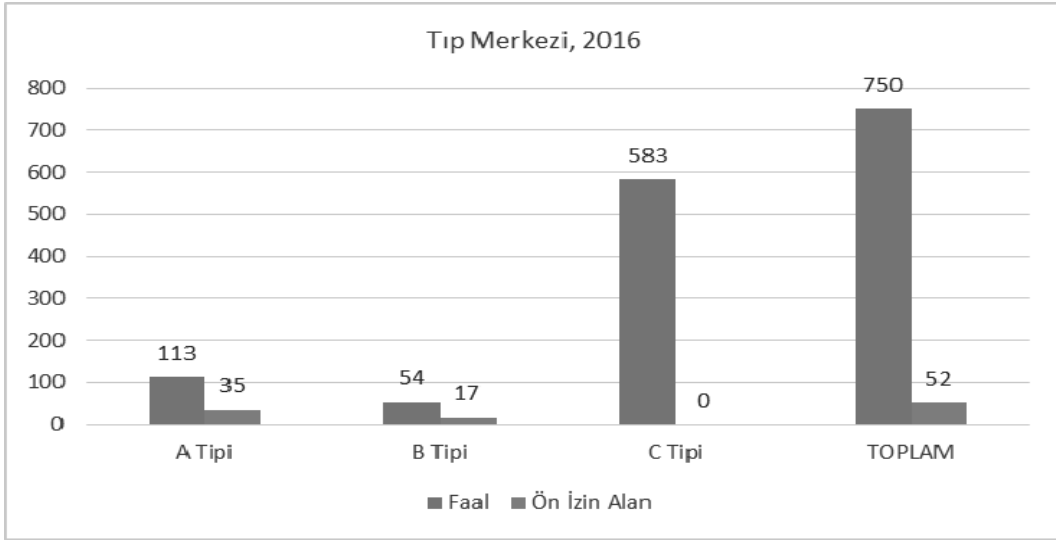
Tablo 2. Türkiye’de Kamu ve Özel Hastane Sektöründeki Büyüme

	Kamu (SB) Sektörü		Özel Sektör	
	Sayı 2016	Büyüme 2002-2016 (%)	Sayı 2016	Büyüme 2002-2016 (%)
Hastane Sayısı	876	%13	565	%108
Yoğun Bakım Yatağı Sayısı	13625	%1468	14018	%1313
Hemodiyaliz Merkezi Sayısı	471	%100	332	%95
Hemodiyaliz Cihazı Sayısı	5426	%259	10043	%300

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

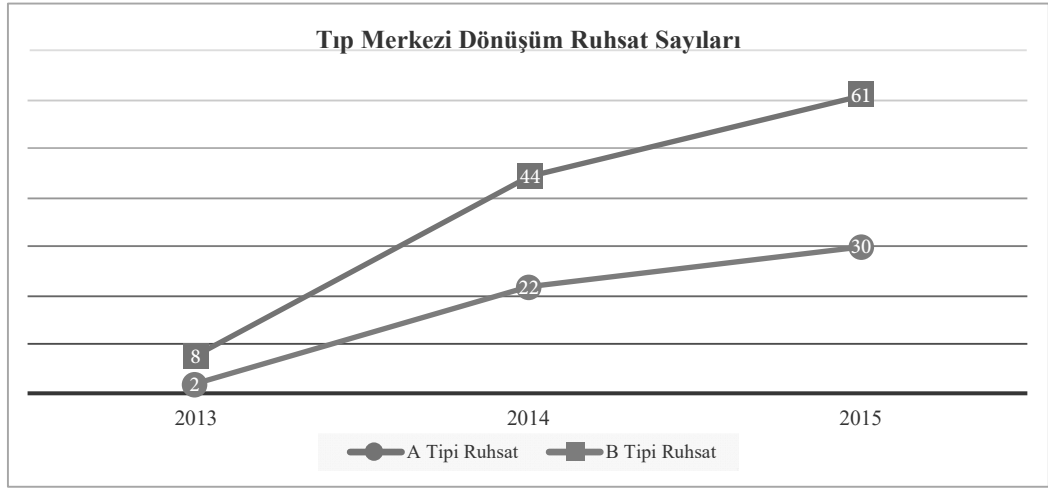
Türkiye’de hastane sektöründeki büyüme Kamu-Özel Ortaklığı modeli ile hayata geçirilen şehir hastaneleri projesi ile daha da artacaktır. Mevcut durumda bu proje kapsamında yapılması hedeflenen ve toplam 43 bin yatak kapasitesine sahip olması beklenen 33 sağlık kuruluşunun 2018 yılı sonuna kadar tamamlanması planlanmaktadır. Bu hastanelerin sektörde rekabeti artırması beklenmektedir (Sezgin 2015).

11.07.2013 tarih ve 28704 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik’te yapılan değişiklikte tıp merkezleri A, B ve C tipi olarak sınıflandırılmıştır. 2016 yılı itibariyle faal olan ve ön izin alan tıp merkezleri sayıları Grafik 25’de görülmektedir. En fazla C Tipi tıp merkezi mevcuttur (Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2015).

Grafik 25. Faal Olan ve Ön İzin Alan Tıp Merkezi Sayıları, 2016

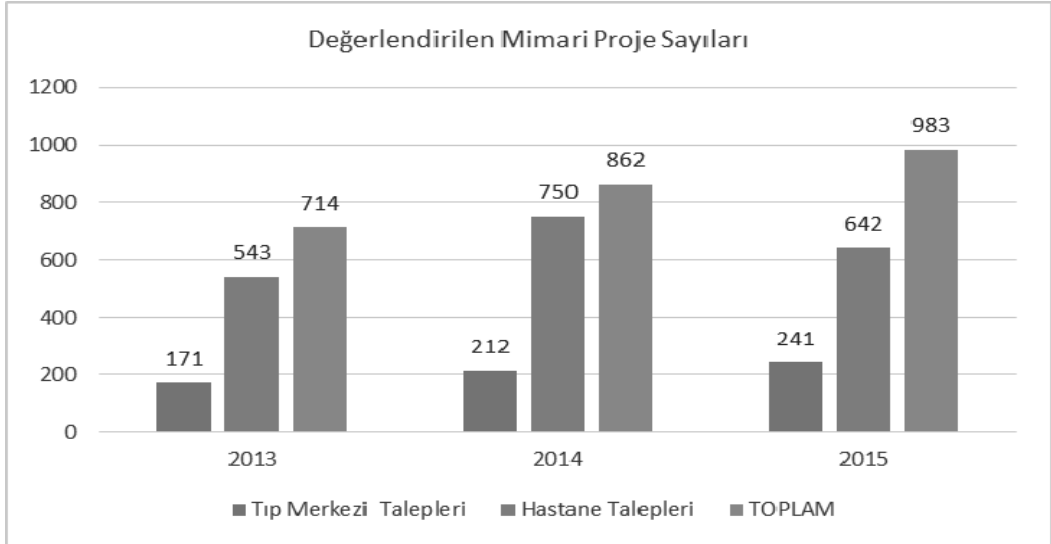
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2016)

Tıp merkezi dönüşüm ruhsatı sayıları yıllar itibariyle artış eğilimi göstermektedir (Grafik 26).

Grafik 26. Tıp Merkezi Dönüşüm Ruhsat Sayıları

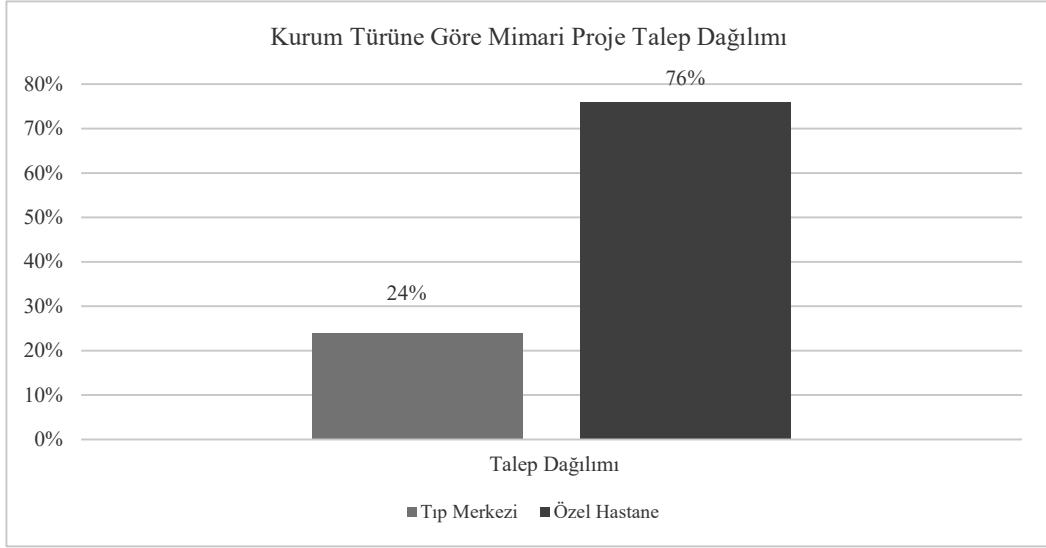
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2016)

Yıllar itibariyle mimari proje sayılarında olmuştur, ancak tıp merkezi değerlendirme-
len fazla hastaneler bazında değerlendirme rinde de artış eğilimi olmuştur (Grafik 27).

Grafik 27. Değerlendirilen Mimari Proje Sayıları

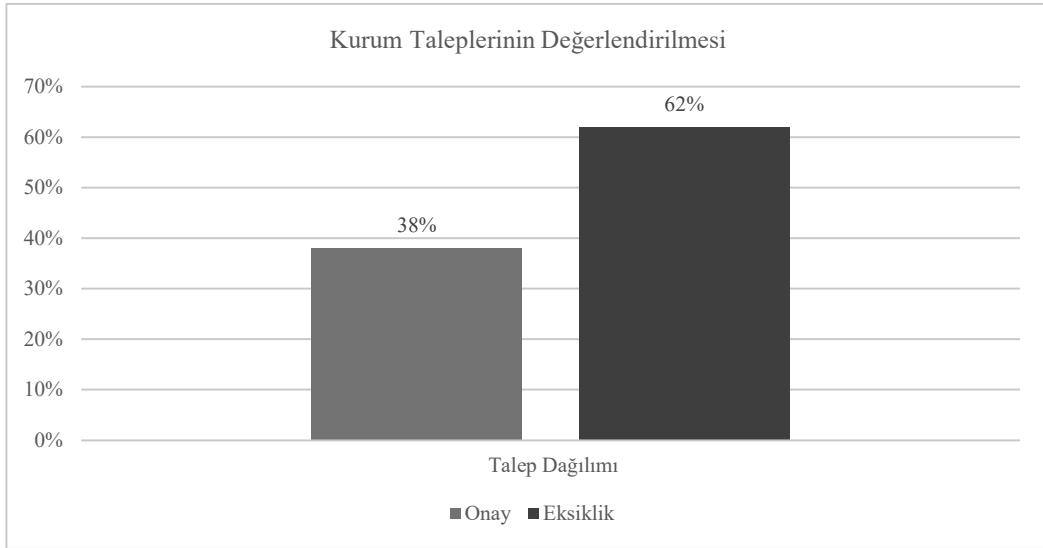
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2016)

Proje taleplerinin %24'ü tıp merkezlerin-
den ve %76'sı da hastanelerden gelmiştir
(Grafik 28).

Grafik 28. Kurum Türüne Göre Mimari Proje Talep Dağılımı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2016)

Kurum taleplerinin %38’i onaylanmış, %62’sinde ise eksiklikler tespit edilmiştir (Grafik 29).

Grafik 29. Kurum Taleplerinin Değerlendirilmesi

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2016)

Mimari proje inceleme sürecinde karşılaşılan temel problemler; 1) ruhsata esas proje ve proje inceleme raporunun düzenlendiği eksiklik bildirilen projenin Bakanlığa gönderilmemesi, 2) Özel Hastaneler Yönetmeliği 10.

Maddenin son fıkrasının İl Sağlık Müdürlüklerince projeler üzerinde uygulanamaması, 3) Hastane talebi ve projeler arasında uyumsuzlukların bulunması, ve 4) Bakanlıkla görüşmeye gelen hastane temsilcilerinin mevzuata

hâkim olmamaları olarak belirtilebilir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2016).

Faaliyet sürecinde karşılaşılan temel problemler; 1) Yönetmelikler, Dağıtım Yazılar ve Planlama ve İstihdam Komisyonunun kararlarında belirtilen hususların Bakanlığa tekrar sorulması, 2) Branş ve becayiş taleplerine riayet edilmemesi, 3) Özel sağlık kuruluşlarının İl Sağlık Müdürlüklerini atlayarak Bakanlığa başvuru yapmaları ve 4) verilen kadroların aktif kullanılmaması olarak belirtilebilir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2016).

Özel Hastaneler Yönetmeliği Ek 5. Madde'nin 1. fıkrasının (r) bendi (yatak sayısının 75'e çıkarılıp 1/6 oranında kadro alınması) 23.01.2015 tarihinde yürürlüğe giren bu Yönetmelik hükmünden 52 hastane yararlanmış olup, 46'sı yatak sayısını 75'e çıkarmıştır. Özel

Hastaneler Yönetmeliği Geçici 2. Madde kapsamına alınan özel hastane sayısı 31, işlemleri devam eden özel hastane sayısı 52'dir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2016).

2016 yılı itibarıyla faal olan ve olmayan özel hastane sayıları hekim sayıları ve kadroları, tıp merkezi sayıları ve kadroları, poliklinik sayıları ve kadroları ve ÜYTE merkezi sayıları Tablo 3'de görülmektedir. Özel hastanelere tanımlanan 17.899 uzman hekim kadrosuna karşılık, kuruluşlarda aktif çalışan uzman hekim sayısı 13.413 olarak saptanmıştır. Benzer şekilde tıp merkezlerine 4.649 uzman hekim kadrosu tanımlanmasına karşılık, bu kuruluşlarda aktif olarak çalışan uzman hekim sayısı 3.507 olarak tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2016).

Tablo 3. Özel Sağlık Kurumları ve Personel Durumları, 2016

Kurumlar ve Personel	Sayı
Faal Özel Hastane Sayısı	556
Faal Olmayan Özel Hastane Sayısı	66
Toplam Pratisyen Hekim kadro Sayısı (Faal Kuruluş)	2.737
Toplam Uzman Hekim Kadro Sayısı (Faal Kuruluş)	17.899
Kadrolu Çalışan Pratisyen Hekim Sayısı	1.914
Kadrolu Çalışan Uzman Hekim Sayısı	13.413
Çalışan Yabancı Sağlık Mensubu (Özel Hastane)	346
Faal Tıp Merkezi Sayısı	752
A TİPİ= 107, B TİPİ= 51, C TİPİ= 594	
Toplam Pratisyen Hekim Kadro Sayısı	642
Toplam Uzman Hekim Kadro Sayısı	4.649
Kadrolu Çalışan Pratisyen Hekim Sayısı	455
Kadrolu Çalışan Uzman Hekim Sayısı	3.509
Çalışan Yabancı Sağlık Mensubu (Tıp Merkezi)	114
Poliklinik Sayısı	353
Poliklinikte Çalışan Uzman Sayısı	166
Poliklinikte Çalışan Pratisyen Sayısı	250
ÜYTE Merkezi Sayısı	111
Tıp Merkezi ÜYTE	5
Özel ÜYTE	75
Müstakil ÜYTE	31

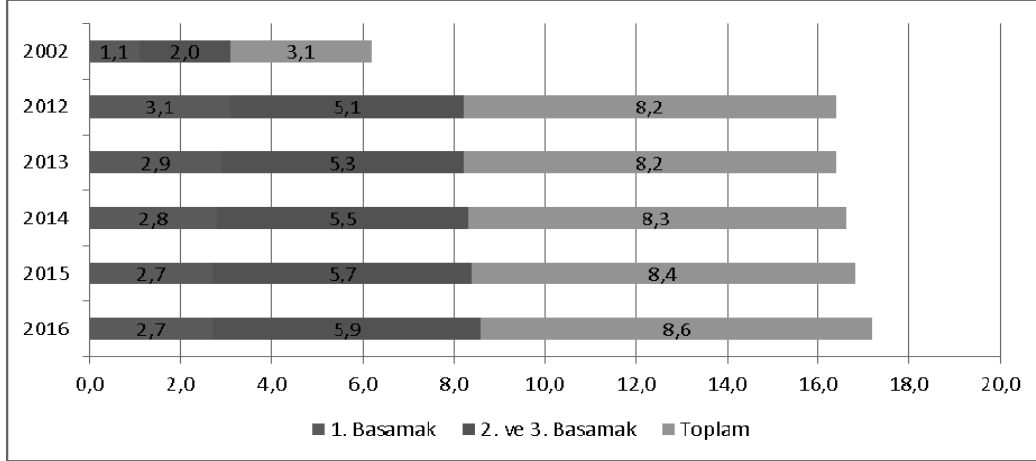
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2016)

3.5. Sağlık Hizmetleri Kullanımı

Grafik 30 incelendiğinde 2002’de 3,1 olan kişi başı hekime müracaat sayısı 2016’da 8,6’ya çıkmıştır. Birinci basamakta 2002 yılında 1,1

olan müracaat sayısı, aile hekimliği uygulamasıyla birlikte 2016 yılında 2,7’ye, 2 olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına müracaat sayısı da 5,9’a yükselmiştir.

Grafik 30. Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Hekime Müracaat Sayısının Oranı, %

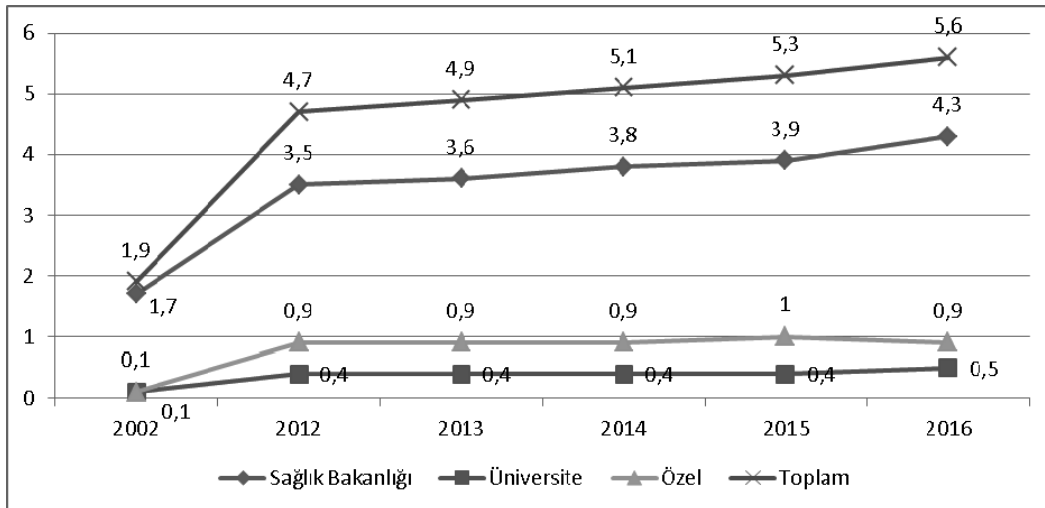


Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

Yıllar itibariyle hastanelere başvuru sayıları sektörlere göre artış göstermiştir. Ancak en büyük artış özel hastanelerde görülmüştür. 2002-2016 yılları arasında tüm hastanelere başvuru sayısı 2,9 katına çıkarken, özel hastanelere başvuru sayısı 9 katına çıkmıştır. SB hastanelerine 2002 yılında kişi başı müracaat sayısı 1,7 iken, 2016 yılında 2,5 katına çıkarak 4,3 olmuştur. Özel hastanelerde ise 2002 yılında 0,1 olan başvuru sayısı 2016 yılında 8

kat artarak 0,9 olmuştur (Şekil 31). Özel hastanelere başvuruların artmasında etkili olan en önemli unsurlar arasında, SGK anlaşması kapsamında vatandaşların özel hastanelere erişiminin artırılması sayılabilir. Bu anlaşma kapsamında verilen sağlık hizmetinin belirli bir bölümü SGK tarafından ödenmektedir. SGK’nın belirlediği oranı geçmemek şartıyla özel hastaneler hastalardan ilave ücret talep edebilmektedir.

Grafik 31. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Kişi Başı Müracaat Sayısı

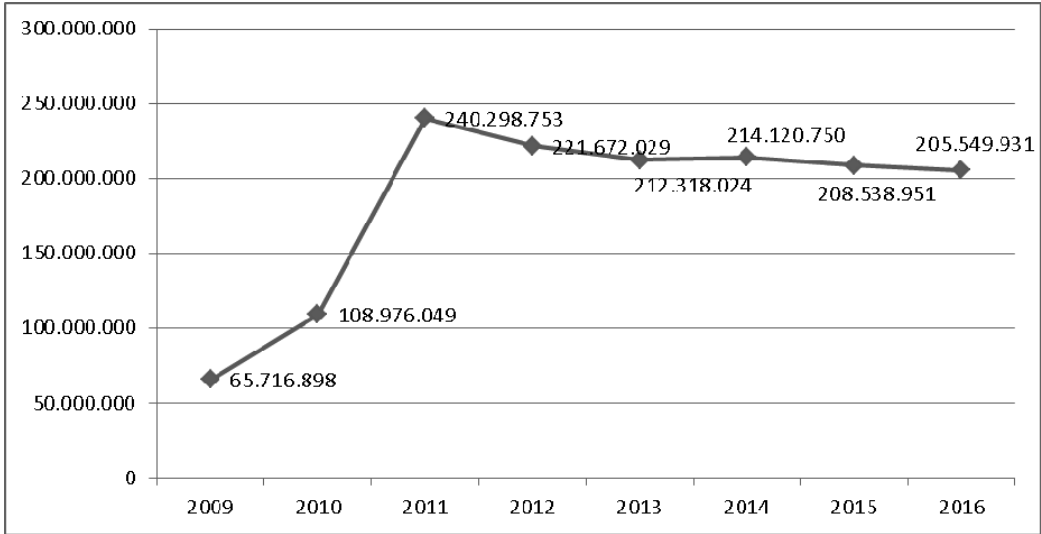


Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

Yıllara göre aile hekimine müracaat sayısı Grafik 32’de görülmektedir. Aile hekimine müracaat sayısı 2009 yılında 65 milyon iken, 2016 yılında 205 milyona çıkmıştır. Aile hekimine müracaat sayısında yaklaşık 2,1 katlık bir artış gerçekleşmiştir. Bu artışın bir kısmının aile sağlığı merkezindeki oda sayısındaki artıştan kaynaklandığı belirtilebilir. Buna paralel olarak 2010 yılı sonunda tüm Türki-

ye’de aile hekimliği sistemine geçilmesi de bu artışta önemli bir rol oynamıştır. Ancak kaydedilen tüm bu artışların gerekli olup olmadığı tartışmalıdır. Bu artışların nedenlerinin kullanım incelemesi araştırmaları ile ortaya koyulmasında yarar görülmektedir (Yıldırım 2013). 2016 yılı itibariyle aktif çalışan bir aile hekimi başına düşen nüfus 3267 kişi olmuştur.

Grafik 32. Yıllara Göre Aile Hekimine Müracaat Sayısı

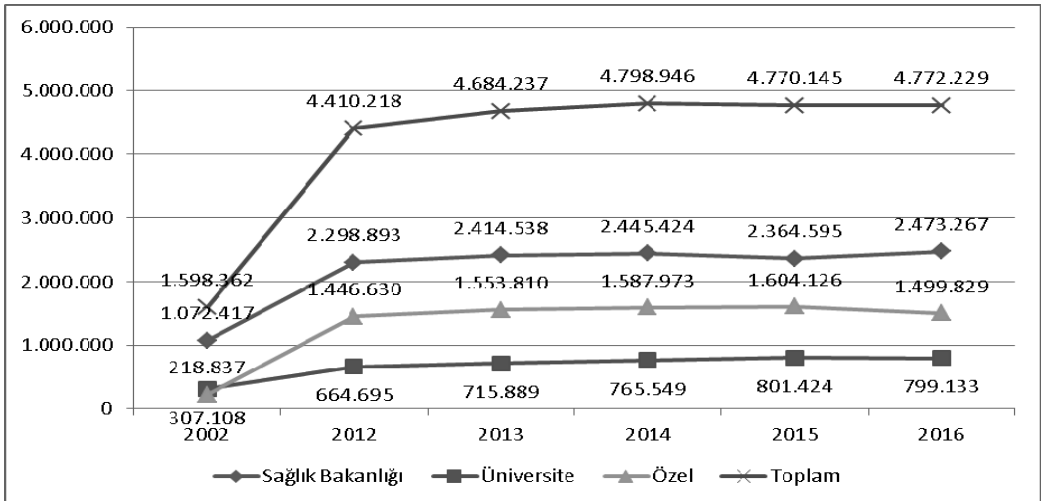


Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

Son on yılı aşkın süredir Türkiye’de ameliyat sayılarında da ciddi artışlar söz konusudur. SB verilerine göre (2016), 2002 yılında toplam ameliyat sayısı yaklaşık 1,6 milyon

iken, 2016’da 1,9 kat artarak yaklaşık 4,8 milyona, özel hastanelerdeki ameliyat sayısı ise 218 bin iken, 5,8 kat artarak yaklaşık 1,5 milyona ulaşmıştır (Grafik 33).

Grafik 33. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları



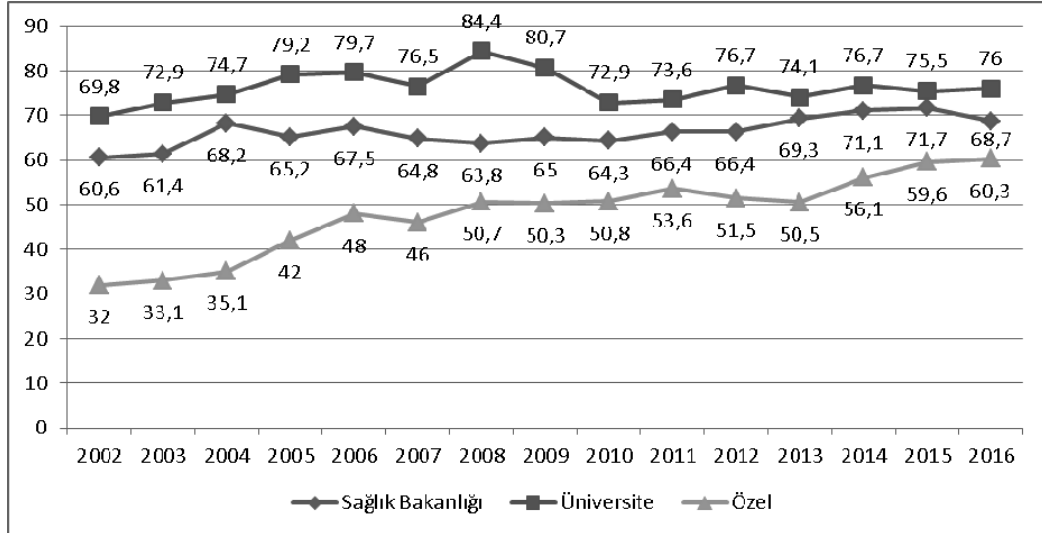
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

Yıllar itibariyle Türkiye’de hastanelerde yatak doluluk oranı tüm sektörler bazında 2002 yılında %59,4’ten 2016’da %68,1’e çıkmıştır. Bu artışın sektörler göre dağılımı incelendiğinde (Grafik 34) en fazla artışın özel hastanelerde olduğu görülmektedir. Şöyle ki üniversite hastanelerinde yatak doluluk oranı 2002 yılında %69,8 iken %8,8 artarak %76’ya, SB hastanelerinde 2002 yılında %60,6 iken %13,3 artarak %68,7’ye ulaşırken; aynı yıllara arasında özel hastanelerdeki yatak doluluk oranı %47 artarak %32’den %60,3’e yükselmiştir. SGK’lı vatandaşların özel hastanelere erişiminin artırılması ile birlikte özel hastanelerdeki doluluk oranı da artma eğilimi göstermektedir. Tabii ki bu artışta etkili olan faktörler arasında özel hastanelerde verilen hizmet kalitesinin ve hizmet sunan sağlık personelinin yüksek niteliği de göz ardı edilemez.

Kjekhus (2005) tarafından aktarıldığına göre hasta yatış süresi hastane verimliliğinin

ölçümünde ve hasta sayısını maksimize etmede kullanılan önemli bir göstergedir. Hasta yatış süresini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Örneğin, Grafik 34’te görüldüğü üzere hastane mülkiyet durumu hasta yatış süresi üzerinde önemli etkisi olan faktörlerden biridir. Grafik 35’te, yıllara ve sektörler göre hastanelerde yatan hasta ortalama kalış günü görülmektedir. Yıllar itibariyle SB hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde yatan hasta ortalama kalış günü giderek azalmaktadır. Özel sektör hastanelerinde de 2007’ye kadar bir düşüş gözlenmiş, ancak daha sonra artış saptanmıştır. Hastanelerde yatan hasta ortalama kalış gününde yıllar itibariyle bir azalma görülmesi temelde tıbbi teknolojideki gelişmelere ve buna paralel olarak evde bakım hizmetlerinin gelişmesine ve yaygınlaşmasına bağlanabilir (Yıldırım 2013). Ancak grafikten de görülebildiği gibi ortalama kalış gün sayısı, SB ve üniversite hastanelerinde özel hastanelere göre daha fazla olmaktadır.

Grafik 34. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı (%)

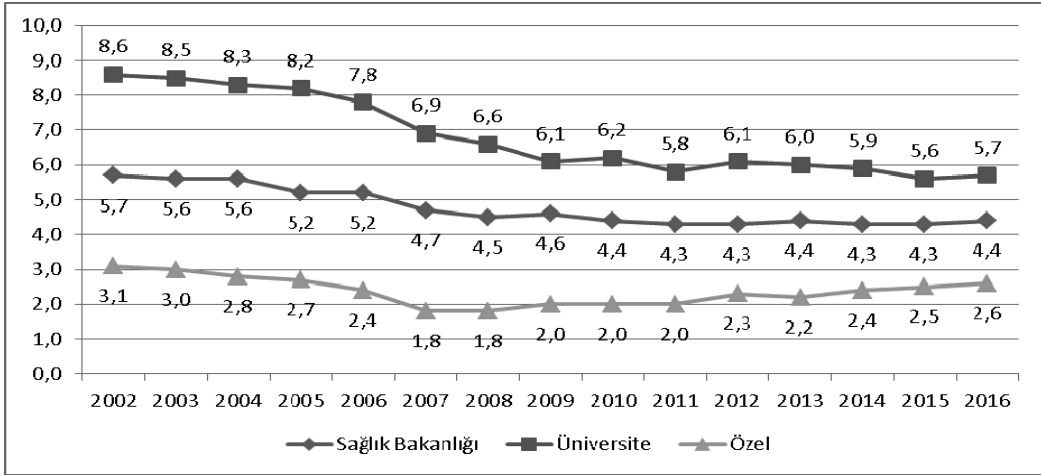


Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

Mawajdeh ve diğerleri (1997) tarafından bir özel ve kamu hastanesinde 520 hasta üzerinde yapılan çalışmada da, özel hastanelere oranla kamu hastanelerinde ortalama yatış süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır.

Grafik 35’ten göze çarpan başka bir husus ise, üniversite hastanelerinde ortalama kalış

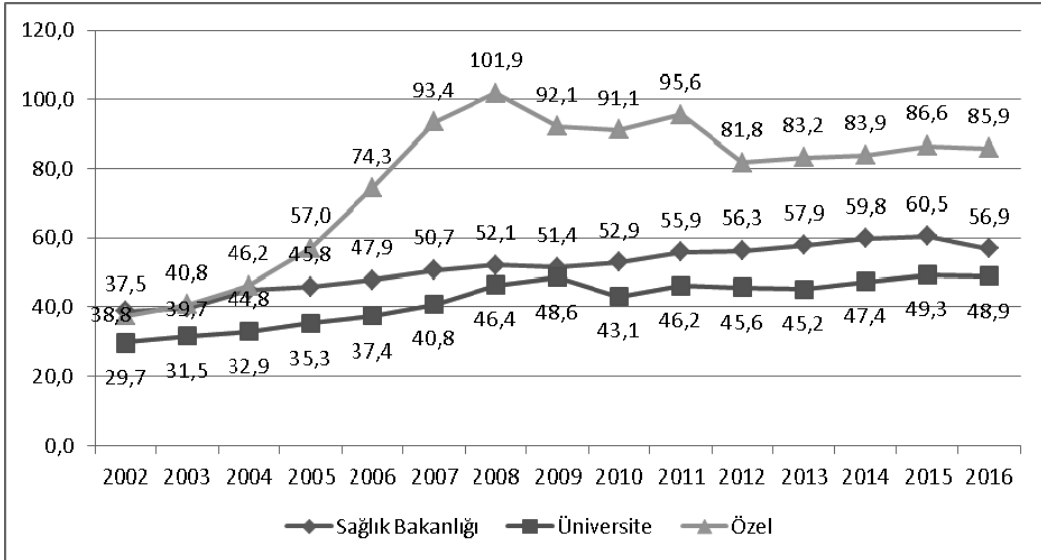
gün sayısının hem SB hastanelerinden hem de özel hastanelerden fazla olmasıdır. Bu beklenen bir durumdur. Çünkü üniversite hastaneleri teorik olarak misyonları gereği üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği ve bu bağlamda ağırlıklı olarak ağır ve karmaşık vakaların yatırıldığı tesislerdir.

Grafik 35. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

Yatan hasta sayısının yatak sayısına oranıyla hesaplanan ve hastaneler için önemli göstergelerden birisi olan yatak devir hızına, Türkiye’de yıllar itibariyle sektörler arasında büyük bir değişim gerçekleşmiştir. 2002-2016 döneminde özel hastaneler büyük gelişme

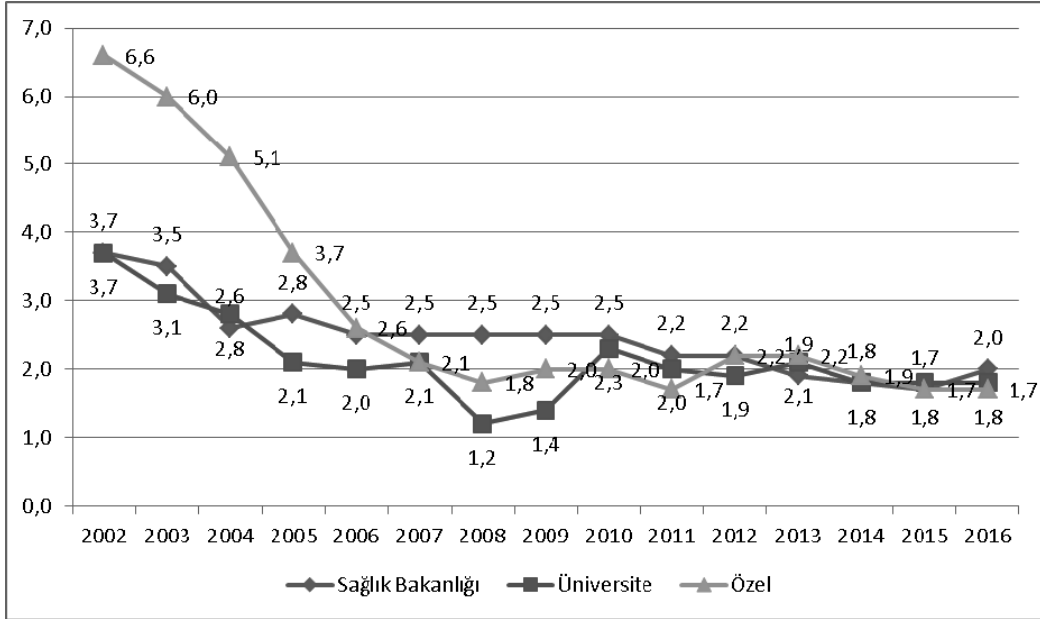
göstermiştir. Bu hastaneler 2002 yılında %38,8 olan devir hızlarını, 2016 yılında yaklaşık %86’ya yükseltmiştir. SB hastanelerinde ise devir hızı 2016 yılı sonu itibariyle yaklaşık %57 seviyesinde gerçekleşmektedir (Grafik 36).

Grafik 36. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Devir Hızı (Hasta)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

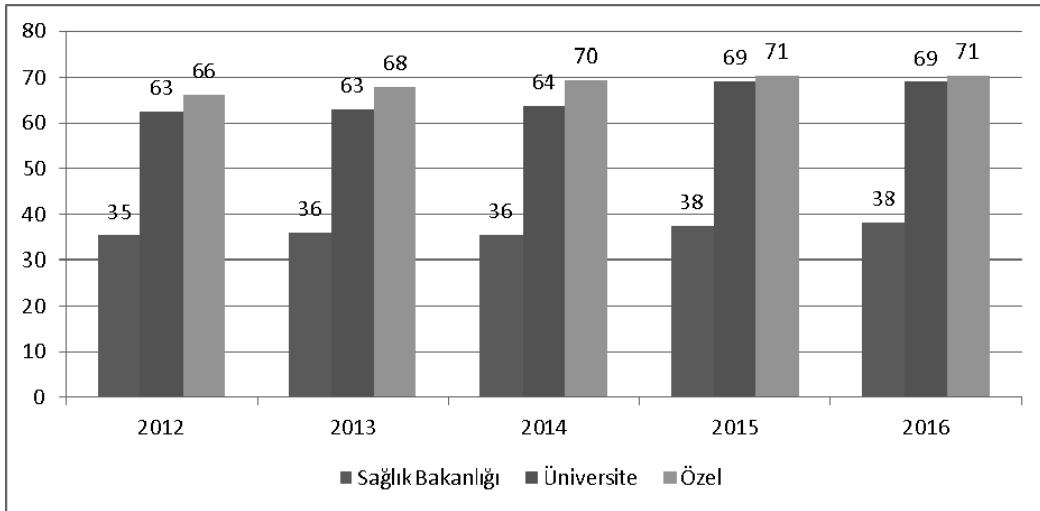
Bir hasta yatağının kaç gün boş kaldığını gösteren yatak devir aralığı açısından sektörler arasında 2002 yılında büyük bir farklılık varken şimdilerde bu farklılık kapanmıştır. Örneğin, 2002 yılında özel hastanelerde yatak devir aralığı 6,6 gün iken, 2016 yılında 1,8

güne düşmüştür. SB hastanelerinde aynı dönemde 3,7 günden 2 güne ve üniversite hastanelerinde ise aynı dönemde 3,7 günden 1,7 güne düşmüştür. Ancak en büyük iyileşmeyi 4,8 günlük gelişmeyle özel hastaneler göstermektedir (Grafik 37).

Grafik 37. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Devir Aralığı (Gün)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

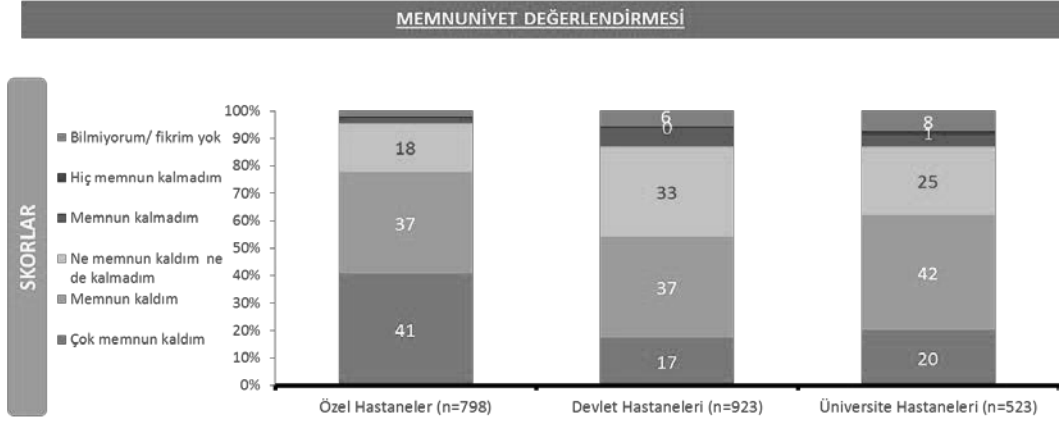
Yıllara ve sektörler göre sezaryen doğum- lendiğinde tüm sektörlerde bir artıştan söz ların hastane doğumları içindeki payı ince- edilebilir (Grafik 38).

Grafik 38. Yıllara ve Sektörlere Göre Sezaryen Doğumlarının Hastane Doğumları İçindeki Payı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2017)

OHSAD’ın gerçekleştirdiği bir araştırmaya memnuniyet oranıyla üniversite ve %54’lük göre en son hizmet alınan hastaneler açısın- memnuniyet oranıyla devlet hastaneleri izle- dan en yüksek memnuniyet oranı %78 ile özel miştir (Grafik 39). hastanelerde iken, özel hastaneleri %62’lik

Grafik 39. En Son Hizmet Alınan Hastanelerden Memnuniyet Durumu (Özel, Devlet, Üniversite, %)

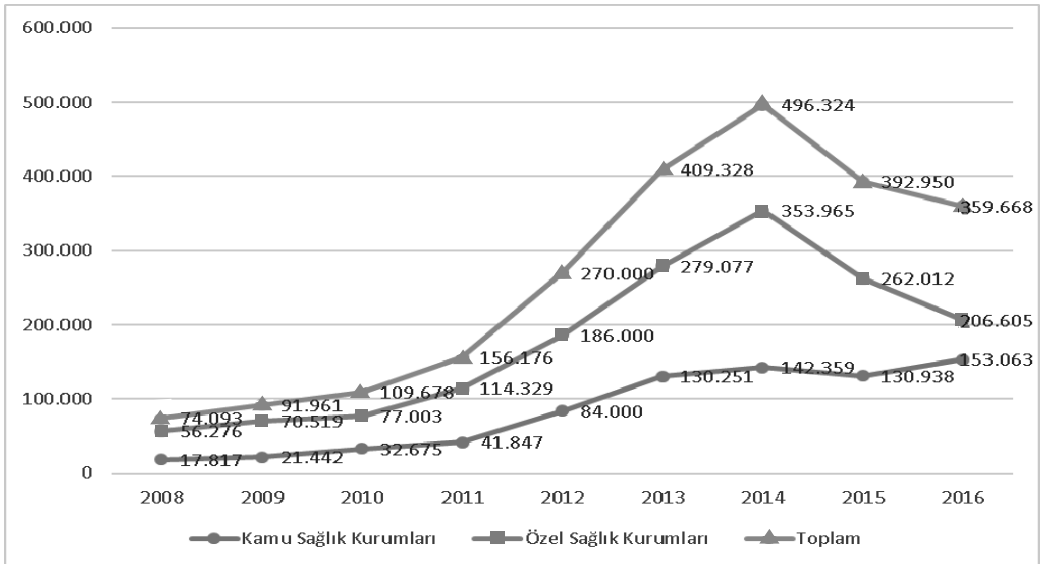


Kaynak: OHSAD (2015)

Genel olarak belirtmek gerekirse dünya-
daki eğilim uluslararası hastaların kamu sağ-
lık olanaklarına nazaran, ağırlıklı olarak özel
sağlık kurumlarını tercih ettikleri yönündedir.
Bu eğilim Türkiye için de geçerlidir. Grafik
40'tan da görülebildiği üzere, yıllara göre
Türkiye'de sağlık hizmeti alan uluslararası
hasta sayısı, 2014 yılına kadar sürekli olarak
artış göstermiştir; 2015 ve 2016 yıllarında ise
azalış göstermiştir. Grafik 40 incelendiğinde,
özellikle 2010-2014 arası dönemde ciddi bir
artış olduğu görülmektedir. Bu eğilim Türki-

ye'nin medikal turizm potansiyelini ortaya
koymaktadır. Ancak Türkiye'nin 2015 yılından
itibaren terör kaynaklı olarak içine girdiği
istikrarsızlık ortamı nedeniyle bu eğilimin
tersine döndüğü düşünülmektedir. Bunun
sonucunda Türkiye'de sağlık hizmeti alan
uluslararası hasta sayısında 2015 ve 2016
yıllarında azalışlar görülmüştür. Grafikten
okunması gereken diğer bir eğilim ise özel
sektörün uluslararası hasta sayısının her yılda
kamu sektöründen oldukça fazla olduğudur
(Grafik 40).

Grafik 40. Yıllar İtibariyle Türkiye'de Sağlık Hizmeti Alan Yabancıların Dağılımı, 2008-2016



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (2015)

Grafik 40’tan da görülebildiği üzere, 2008-2016 yılları arası uluslararası hastaların yaklaşık %70’i özel sağlık kurum ve kuruluşlarını tercih ederken, kamu kurumlarını tercih eden uluslararası hastaların oranı ise %30 olmuştur. Dolayısıyla özel hastaneler önemli destinasyon merkezleri arasında ön sırada yer almaktadır. Uluslararası hastaların özel sektörü tercih etmesinin birçok sebebi belirtilebilir. Bunlar arasında; daha kaliteli sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerine erişimin kolay olması, özel sağlık kurum ve kuruluşların medikal turizmde daha fazla tanıtım faaliyetlerine sahip olmaları gibi nedenler belirtilebilir.

3.6. Sağlıkta İnsan Kaynakları

Sağlık insan gücü bir sağlık sisteminin merkezinde yer alır. Yeterli sayı ve nitelikte sağlık insan gücü kapasitesine sahip olmak, sağlık sistemlerinin amaçlarına erişmesinde temel

araçlardan biridir. Ancak ülkelerin çoğu, sağlık insan gücünün eksikliği ve dengesiz dağılımı ile ilgili problemlerle karşı karşıyadır. Mevcut durumda Türkiye sağlık sistemi, sağlık insan gücü eksikliğini ve sağlık çalışanlarının dengesiz dağılımını da (hem coğrafi hem de mesleki karışımı bağlamında) içeren çeşitli problemlerle karşı karşıyadır (Yıldırım 2014).

Türkiye, sağlık insan gücü açısından son 10 yılda önemli bir iyileşme göstermiştir. Sağlık sektöründe 2016 yılında faaliyet gösteren personel sayısı 871.334’tür. Toplam personelin yaklaşık %20’sini (dış hekimleri dahil) hekimler, %17,5’ini hemşireler, %6’sını ebeler, %16,5’ini diğer sağlık personeli, %3’ünü eczacılar ve kalanını da diğer personel oluşturmaktadır. Sağlık sektöründe çalışan toplam personelin yaklaşık beşte biri özel sağlık sektöründe çalışmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2016

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman Hekim	40.544	15.905	22.171	78.620
Pratisyen Hekim	37.173	203	5.682	43.058
Asistan Hekim	8.615	14.534	0	23.149
Toplam Hekim	86.332	30.642	27.853	144.827
Dış Hekimi	9.125	2.403	15.146	26.674
Eczacı	2.318	308	25.238	27.864
Hemşire	103.507	22.650	26.795	152.952
Ebe	47.766	748	3.942	52.456
Diğer Sağlık Personeli	104.446	11.043	29.120	144.609
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	204.778	67.605	49.569	321.952
TOPLAM PESONEL	558.272	135.399	177.663	871.334

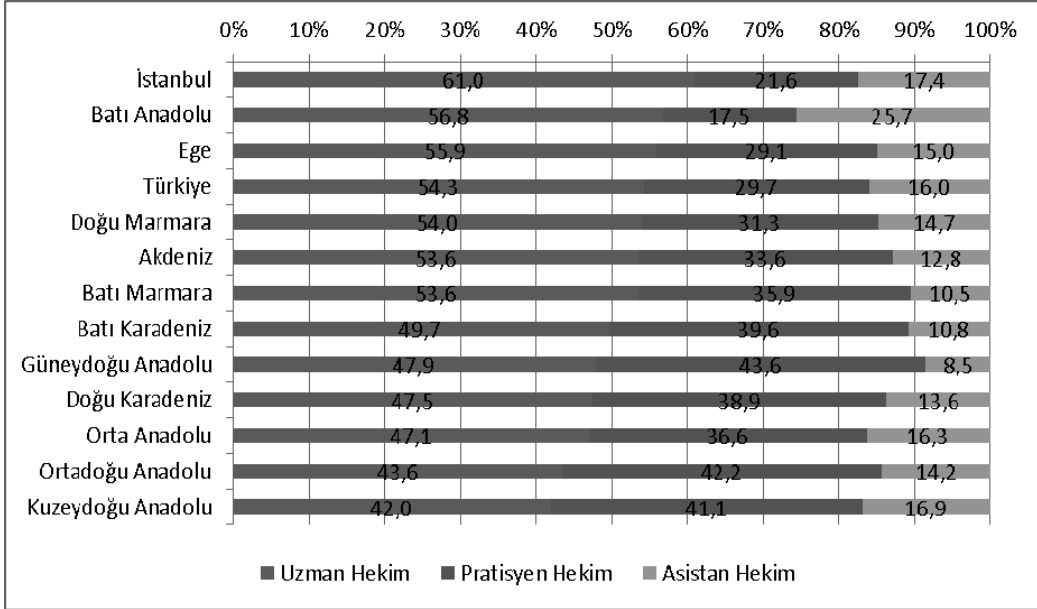
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

Türkiye’de 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 2016 yılında 181’dir. Bu sayı dünya ortalaması olan 139’un üzerindedir. Ancak, Türkiye bu rakam açısından üst gelir grubu ülkelerin (287) ve DSÖ Avrupa Bölge ortalamasının (321) altındadır. Türkiye’de hekim ve diğer sağlık personeli sayısal açıdan yıllar itibarıyla gelişme göstermiştir. Örneğin, 2002 yılında 100.000 kişiye düşen hekim sayısı 138 iken, 2016’da 181’e çıkmıştır. Bu artışın temelinde, tabii ki son yıllarda açılan yeni tıp fa-

külteleri ve kontenjanlardaki artış yatmaktadır (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2017).

Grafik 41’den görüldüğü üzere Türkiye’de uzman hekimler çoğunlukla batı bölgelerde, pratisyen hekimler de Güneydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve Kuzeydoğu Anadolu bölgelerinde istihdam edilmektedir. Bu dağılımda çoğunlukla hekimlerin eğitimi, bölgenin kalkınmışlık düzeyi ve ücret düzeyi etkili olmaktadır (Yeşilaydın vd 2015).

Grafik 41. İBBS-1'e Göre Uzman Hekim, Pratisyen Hekim ve Asistan Hekim Dağılımı, Tüm Sektörler, (%), 2016

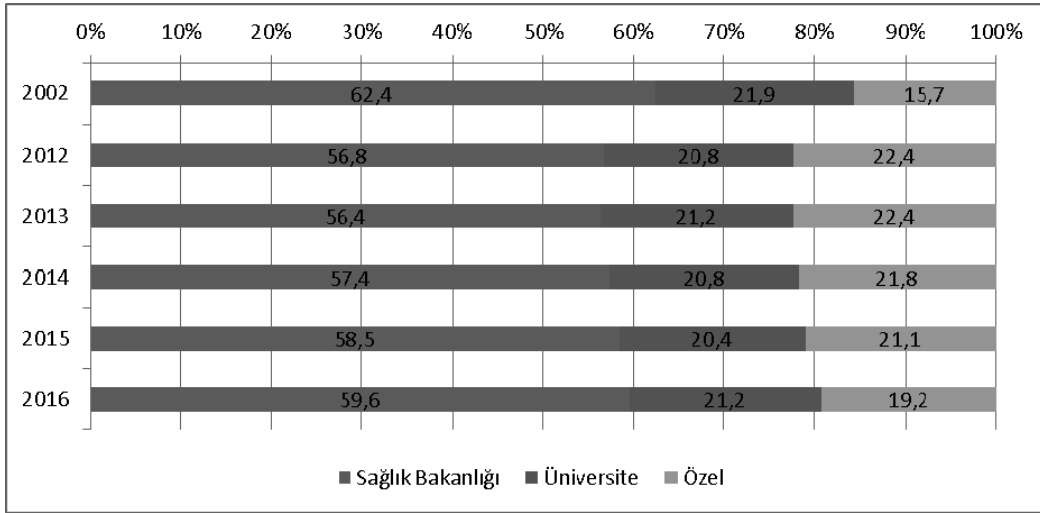


Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

Türkiye’de sağlık personelinin coğrafi dağılımındaki dengesizlik sorunun giderilmesi için 2003 yılından bu yana sürdürülen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında önemli adımlar atılmıştır. Bu kapsamda yeni tıp fakültelerinin açılması (2016 Sağlık İstatistik Yıllığı verilerine göre 2002’de 44 olan tıp fakültesi sayısı 2016’de 99’a çıkarak mezun sayısı da aynı dönem içinde yaklaşık 4500’den 7500’e yükselmiştir), mevcut olanların kontenjanlarının artırılması, personelin istihdam edilmesinin güç olduğu bölgelerde sözleşmeli personel alımı modeli (10.7.2003 tarihli ve 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun) ve hekimleri kapsayan mecburi hizmet uygulaması, ek ödeme ve nakillerde adil yaklaşım politikaları uygulanmıştır (Ak-

dur 2008; Sağlık Bakanlığı 2011a). Hekimlerde olduğu gibi diğer sağlık personeli açısından nicelik sorunun çözümü için yeni okulların açılmasıyla birlikte mezun sayılarında yıllar itibariyle artış sağlanmıştır. Örneğin, 2002 yılında ebe okullarının sayısı 27 iken, 2013’e gelindiğinde 34’e yükselmiş ve aynı dönemde mezun olan öğrenci sayısı 847’den 1800’lere ulaşmıştır. Benzer şekilde, hemşirelik okulları aynı dönem içinde 76’dan 109’a, hemşirelik okullarından mezun olanların sayısı da iki kat artarak yaklaşık 3000’den 6000’lere çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015).

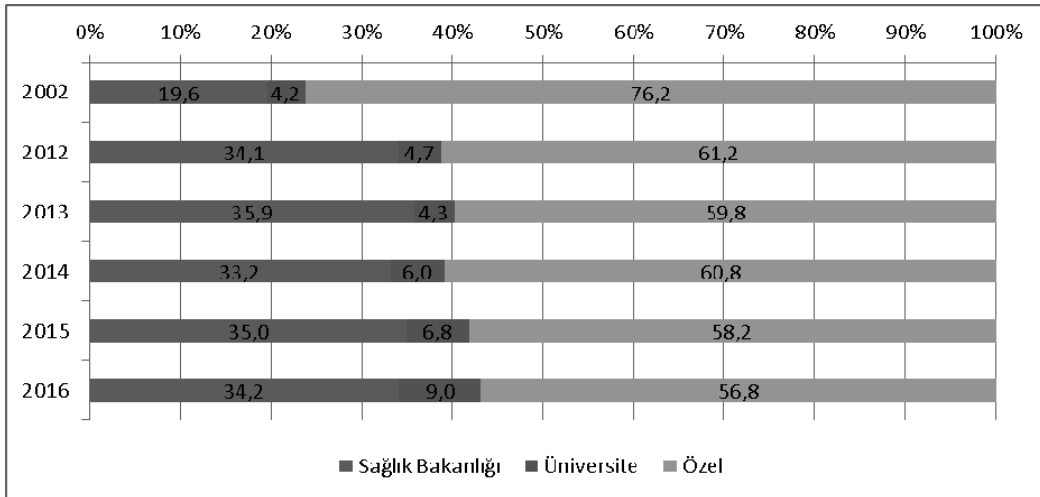
Hekimlerin dağılımındaki dengesizlik kurumlar arasında da kendini göstermektedir. Türkiye’de hekimlerin yarısından fazlası (%59,6) SB’de, %19,2’si özel hastanelerde ve %21,2’si de üniversite hastanelerinde istihdam edilmektedirler (Grafik 42).

Grafik 42. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hekim Dağılımı (%), Türkiye

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

Türkiye’de dış hekimlerin pek çoğu özel sektörde istihdam edilmektedir. Şöyle ki; 2016 yılı itibariyle özel sektörde çalışan dış hekimleri toplam dış hekimlerinin %56,8’ini oluşturmaktadır. Ancak bu oran yıllar itibariyle özel sektörde azalırken, SB ve üniversite hastanelerinde artarak devam etmiştir. Örneğin,

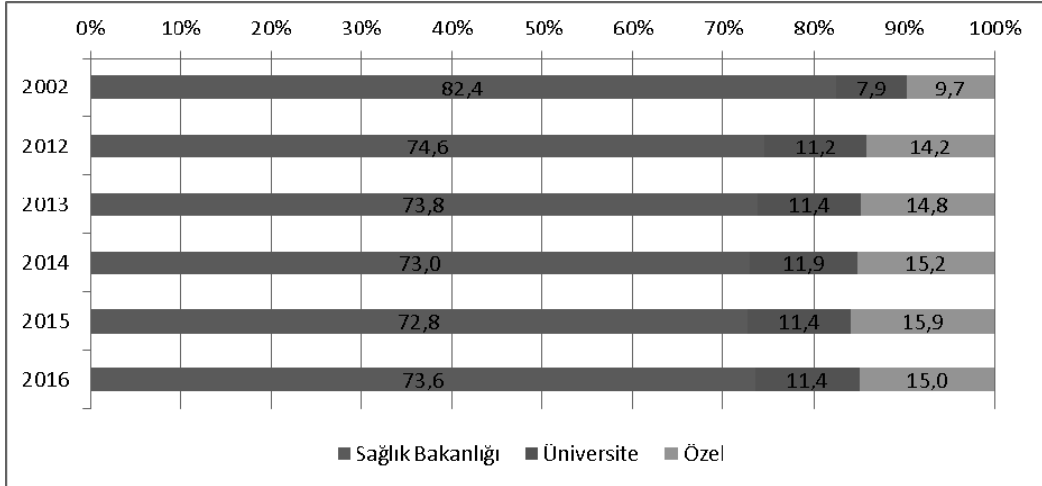
2002 yılında SB hastanelerindeki dış hekimlerinin oranı %19,6 iken 2016’da %34,2’ye çıkmıştır (Grafik 43). 100.000 kişiye düşen dış hekimi sayısı da 2002-2016 döneminde artış göstererek 25’ten 33’e çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı 2017).

Grafik 43. Yıllara ve Sektörlere Göre Dış Hekimlerinin Dağılımı (%), Türkiye

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

Eczacıların ülkedeki dağılımları da dış hekimlerinde olduğu gibidir. Şöyle ki; eczacıların %90,6’sı özel sektörde çalışmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2017).

Özel sektörde ve üniversitelerde çalışan ebe ve hemşire sayılarında yıllar itibariyle artışlar yaşanırken, SB’de ise ebe ve hemşire çalışan oranında bir azalma meydana gelmiştir (Grafik 44).

Grafik 44. Yıllara ve Sektörlere Göre Hemşire ve Ebe Dağılımı (%), Türkiye

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017)

Yukarıdaki tablo ve grafiklerden görüldüğü üzere özel sektörün dış hekimleri ve eczacılar dışında hekim, hemşire ve ebeye ihtiyacı olduğu anlaşılmaktadır. Özel hastaneler ihtiyaçlarını karşılama konusunda çeşitli sıkıntılar yaşayabilmektedir. İhtiyacı karşılamak amacıyla 2008’de başlayan hastaneler arası kadro transferleri uygulaması 2014’te durdurulmuştur. Ayrıca 2011 yılında yürürlüğe giren Tam Gün Yasası düzenlemesi ile kamuda çalışan hekimlerin ve öğretim üyelerinin özel muayenehane işletmesi ve özel sektörde çalışmasının önü kapanmıştır. Ancak 2014’te yapılan bazı değişikliklerle birlikte ilgili personelin mesai saatleri dışında özel hastanelerde çalışmasına izin verilmiştir. Özel hastanelerdeki sağlık personeli ihtiyacının bir nebze de olsa giderilebilmesinde bir alternatif sunan uygulamalardan biri de Özel Hastaneler Yönetmeliği’nde yapılan değişikliktir. Bu değişikliklerle birlikte kadro olmadığı için emekli olan, 60 yaşını dolduran veya belirli koşulları sağlayan hekimlerin kadro dışı geçici olarak çalıştırılmasına olanak tanınmıştır (Sezgin 2015).

3.7. Sağlık Reformları

Daha iyi sağlık düzeyi, artan beklentiler, demografik değişimler, teknolojik gelişmeler ve finansal baskılar gibi çeşitli faktörlerin kaynaklık ettiği sağlık reformları, hemen hemen tüm ülkelerde ya tartışılmakta ya da gerçek-

leştirilmektedir. Türkiye sağlık reformları da bu global sağlık reformu eğiliminden izole kalmamıştır. Türkiye’de sağlık reformları 50 yılı aşkın bir süredir, özellikle de son 20 yılda, gündemde olan bir durum arz etmektedir (Yıldırım ve Yıldırım 2010, 2013; Yıldırım 2013).

Bu anlamda bakıldığında, 1960’ların başlarındaki sağlık reform girişimleri entegre bir yapıyı ön plana çıkarırken, Türkiye sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ile ilgili tartışmaların yoğunlaşması ise, ağırlıklı olarak temelde küreselleşme süreci ve liberal politikalarca şekillenen dünya çapındaki sağlık reform rüzgarlarının etkisiyle 1990’lı yılların başlarında olmuştur. Dört dönemdir iktidarda olan mevcut hükümet sağlık reformlarına 2003 yılından bu yana SDP adı altında devam etmektedir (Yıldırım ve Yıldırım 2010, 2013; Yıldırım 2013).

2000’li yılların başlarına kadar bu dönemde öngörülen hemen hemen hiçbir reform girişimi uygulanamamıştır. Girişimler, temelde politik istikrarsızlık (örneğin koalisyon hükümetleri), ekonomik istikrarsızlık (örneğin ekonomik krizler), demokratik kültürün eksikliği, çıkar gruplarının muhalefeti, toplumsal destek yetersizliği ve entelektüel kapasitedeki eksiklikler gibi yapısal problemlerle sekteye uğratılmıştır. Bu durumlar bu dönemde sağlık reformlarının yasalaşmasında ve

uygulanmasında başarısızlığa yol açmıştır (Yıldırım ve Yıldırım 2010, 2013).

Kasım 2002 Genel Seçimlerinden tek parti hükümeti olarak çıkan ve Avrupa Birliği (AB) katılım süreci dinamiğini ve DB gücünü arkasına alan Adalet ve Kalkınma Partisi (AK PARTİ) hükümeti, genel anlamdaki reform çerçevesini Acil Eylem Programında (AEP) sağlığa ilişkin reform çerçevesini ise AEP’nin sektörel bir ürünü olan SDP ile ortaya koymuştur. AEP ve SDP, sağlık sektöründeki ana konuları ve sağlık sistemindeki tüm unsurları (finansman, hizmet sunumu, yönetim ve organizasyon gibi) içermiştir. Türkiye’deki sağlık reformlarının nedenleri çok genel olarak; maliyetlerin artışı, toplumun sağlık sistemine yönelik memnuniyetsizlikleri, sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetsizlik, nüfusun önemli bir kesiminin sağlık güvencesinden yoksun olması, kaynakların verimsiz kullanımı, uluslararası çevrelerin (özellikle de DB ve IMF olmak üzere) etkisi ve yönlendirmesi ve dünya genelinde görülen global sağlık reformlarının yansıması şeklinde belirtilebilir (Yıldırım ve Yıldırım 2013).

SDP; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasını amaçlamıştır. SDP’nin temel ilkeleri ise; insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak belirlenmiştir. Bu ilkeler çerçevesinde SDP’nin temel bileşenleri ise; planlayıcı ve denetleyici bir SB, herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası, yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, etkili, kademeli sevk zinciri, idari ve mali açıdan daha verimli yönetilen sağlık kurumları, bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma ve karar sürecinde etkili bilgiye erişim (sağlık

bilgi sistemi) (Sağlık Bakanlığı 2003) olarak ortaya konulmuştur.

Bu bağlamda Hükümet, SDP’nin yukarıda belirtilen temel bileşenlerinden “etkili, kademeli sevk zinciri” hariç diğer bileşenlerinde uygulamalara girişmiş ve sonuçlarını almaya başlamıştır. Ek olarak bu dönemde, alkolle mücadele, tütünle mücadele, diyabetle mücadele ve obezite ile mücadele gibi halk sağlığı programları da başlatılmıştır.

Türkiye sağlık sisteminin SDP kapsamında önemli ölçüde bir değişim sürecine girdiği belirtilebilir. Tarihsel süreçte değerlendirildiğinde Türkiye sağlık sisteminde üçüncü dalga sağlık reformları olarak nitelendirilebilecek SDP kapsamındaki reformların yasama aşamasına ulaşması, yasalaşması ve peyderpey uygulanmaya başlanması bakımından, yukarıda adı geçen birinci dalga sağlık reformları ve ikinci dalga sağlık reformlarından farklılaştığı belirtilebilir. Başka bir ifade ile Türkiye sağlık reformları üçüncü dalga sağlık reform girişimleri ile birlikte yasama aşamasının da ötesine geçerek uygulanma sürecine girmiştir. Üçüncü dalga sağlık reform girişimlerinin hazırlık ve yasalaşma aşamalarını tamamlayıp büyük ölçüde uygulamaya geçilmesinde temelde beş ana unsurun etkili olduğu belirtilebilir: 1) Siyasi ve ekonomik istikrarın varlığı, 2) AB dinamiği, 3) reform dinamiğinin kendisi, 4) uluslararası kuruluşların etkisi ve 5) siyasi istek, destek ve kararlılık (Yıldırım ve Yıldırım 2010, 2013; Yıldırım 2013, 2016).

Türkiye sağlık politikalarının ve reformlarının dördüncü dönemi, 2014-2023 yılları arasında kapsayan ve “Yeni Türkiye’nin Sağlık Vizyonu” olarak nitelendirilebilen dönem olarak ele alınabilir. Yukarıda da ele alındığı üzere Türkiye SDP kapsamında son yıllarda sağlık alanında çok önemli ve köklü bir değişim ve dönüşüm süreci yaşamıştır. Özellikle son 10-15 yılda sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında önemli başarılar sağlanmış; Türkiye yaygın, kolay erişilebilen ve nitelikli bir sağlık altyapısına kavuşmuştur. Bu anlamda, Cumhuriyet döneminin en önemli ve zor konularından biri olan sağlık

altyapısının güçlendirilmesi, büyük ölçüde başarılmıştır (Yıldırım 2016).

Yeni Türkiye'nin bir başarı hikâyesi olan SDP ile elde edilen kazanımların ve kapasitenin sürdürülebilir kılınabilmesi ve sağlık politikalarının 2023 hedefleri doğrultusunda sürekli olarak gözden geçirilmesi, adapte edilmesi ve uygulanması için sağlık reformlarının dinamik bir yapıda süreklilik arz etmesi gerekmektedir. Çünkü artan beklentiler, nüfusun yaşlanması, gelişen tıbbi teknoloji, artan hastalık yükleri, küreselleşme gibi faktörler sağlık sistemlerini zorlamaktadır. Bu bağlamda bundan sonraki süreçte gündemde olacak Yeni Türkiye'nin sağlık reformu konuları; Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (2013-2017), Sağlıkta 2023 Vizyonu, Yeni Türkiye Sağlık Vizyonu Projeleri ve Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) Öncelikli Dönüşüm Programları Eylem Planları ve Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı kapsamında ortaya konulmuştur (Yıldırım 2016).

“Sağlıklı hayat tarzının benimsendiği ve herkesin sağlık hakkına kolayca eriştiği Türkiye” vizyonu ile şekillenen SB Stratejik Planında (2013-2017) hakkaniyetli şekilde toplumun sağlığını korumak ve iyileştirmek amacıyla stratejik amaçlar; 1) sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, 2) birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak, 3) insan merkezli ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek ve 4) Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek olarak ortaya konulmuştur (Yıldırım 2016).

21 Haziran 2014 tarihinde “Sağlıkta 2023 Vizyonu”nu açıklayan Sağlık Bakanı sayın Dr. Mehmet Müezzinoğlu, Türkiye'nin sağlık alanında hizmet sunumu, teknoloji, ilaç sanayi ve yetişmiş insan gücü açısından dünyanın en gelişmiş ülkeleri arasında yer almasını hedeflediklerini belirtmiştir. 30-31 Ekim 2014 tarihlerinde İstanbul'da SB'nin ev sahipliğinde gerçekleştirilen Türk Tıp Dünyası Kurul-

tayı'nda SB Müsteşarı sayın Prof. Dr. Eyüp Gümüş ise “Yeni Türkiye Sağlık Vizyonu Projeleri”ni 16 başlıkta ortaya koymuştur (Yıldırım 2016):

1. İnsan Kaynakları
2. Halk Sağlığı
3. Acil Sağlık
4. Sağlıkta Klinik Kalite
5. Şehir Hastaneleri
6. E-Sağlık
7. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
8. Sağlık Bilimleri Üniversitesi
9. Sağlık Endüstrisinin Teşviki
10. Sağlık Turizmi ve Sağlık Serbest Bölgeleri
11. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp
12. Üniversite ve Özel Sektör
13. Finansman
14. Sağlık Diploması
15. Sağlık Mevzuatının Yenilenmesi
16. Sağlık İletişimi

Diğer taraftan Kasım 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında Başbakan Sayın Prof. Dr. Ahmet Davutoğlu tarafından bizzat kamuoyuna açıklanan Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) Öncelikli Dönüşüm Programları Eylem Planları içinde sağlıkla doğrudan ilişkili dört başlık ortaya konulmuştur: 1) Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programı Eylem Planı, 2) Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı, 3) Kamu Harcamalarının Rasyonelleştirilmesi Programı Eylem Planı ve 4) Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı Eylem Planı. Ayrıca Başbakanlığın “Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı” Genelgesi kapsamında SB ve Kalkınma Bakanlığının koordinasyonuyla, ilk aşamada koruyucu sağlık ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerine, ikinci aşamada ise tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine çok paydaşlı yaklaşıma yönelik Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı hazırlanmıştır (Yıldırım 2016).

4. Özel Sağlık Kurumları Sektörünün Yapısal Sorunları ve Çözüm Önerileri

Bu bölümde özel sağlık kurumları sektörünün; planlama ve ruhsatlandırma, SUT fiyatları, istihdam, denetimler ve katkı payı tahsilatı olmak üzere karşı karşıya olduğu yapısal sorunları ve çözüm önerileri ortaya koyulmaktadır.

4.1. Planlama, Ruhsatlandırma ve Denetim

Nevi şahsına münhasır özellikleri hasebiyle sağlık hizmetlerinin planlanması, düzenlemesi ve denetlenmesi kamu otoritesinin görev alanı içerisinde yer almaktadır. Bu bağlamda Türkiye’de sağlık alanında özel sektörün planlanması 1960’ların başında uygulanmaya başlanan Beş Yıllık Kalkınma Planlarına kadar gitmektedir. Daha sonraları 1982 Anayasası, 27 Mart 2002 tarihli ve 24708 sayılı Özel Hastaneler Yönetmeliği [Ek Madde 4 – (Ek: RG-15/2/2008-26788) (Değişik: RG-11/7/2013-28704)] (Resmi Gazete 2002), 15 Şubat 2008 tarihli ve 26788 sayılı “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” (Resmi Gazete 2008) kapsamında planlama düzenlemeleri söz konusu olmuştur.

Hem Özel Hastaneler Yönetmeliği (Resmi Gazete 2002) ve hem de Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete 2008) kapsamında Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Planlanması başlığında SB’nin aşağıdaki amaçlar doğrultusunda, faaliyetine ihtiyaç duyulan sağlık kurum ve kuruluşları ile bunlara ait sağlık insan gücü, tıbbi hizmet birimleri ve nitelikleri ile teknoloji yoğunluklu tıbbi cihaz dağılımı alanlarında kamu ve özel sektörü kapsayacak şekilde planlama yapılır denilmektedir (Resmi Gazete 2002, 2008):

- a) Sağlık hizmetlerinin, demografik yapı ve epidemiyolojik özellikler de göz

önünde bulundurulmak suretiyle kaliteli, hakkaniyete uygun ve verimli şekilde sunulması,

- b) Sağlık kurum ve kuruluşlarının hizmet kapasiteleri, sağlık insan gücü ile çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojinin ülke düzeyinde dengeli dağılımının sağlanması,
- c) Koruyucu sağlık ve acil sağlık hizmetleri gibi işbirliği halinde hizmet sunumunun gerekli olduğu alanlarda uygun kapasitenin oluşturulması,
- d) Kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaması.

Özel hastane/sağlık kuruluşu açmak isteyenler, Bakanlıkça yapılan planlamada ihtiyaç gösterilen yerleşim bölgelerinde faaliyette bulunmak üzere başvurabilir (Resmi Gazete 2002, 2008).

Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Yatırım Planlama Rehberi (Sağlık Bakanlığı 2011) ve Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri (2011-2023) Planlama Kitabı (Sağlık Bakanlığı 2011) ile sağlık planlaması (Sağlık Bakanlığı 2016) farklı bir boyut kazanmıştır. Bu çerçevede; nüfus yoğunluğu, ulaşım imkanları, sosyo-ekonomik ve kültürel yapısı, bölgelere göre hastalık insidansları, sağlık insangücü mevcudu ve niteliği, sağlık tesislerinin fiziki ve altyapı şartları, hizmet sunum kapasitesi ve sahip olduğu benzeri sağlık kaynakları kriterleri dikkate alınarak sağlık hizmet sunumunda “bölge sağlık planlaması” anlayışını benimsemiş ve Türkiye 30 Sağlık Hizmet Bölgesine ayrılmıştır (Grafik 45). Amaç; başta sağlık insan gücü olmak üzere bina, tıbbi teknoloji ve finansman gibi sağlığa ayrılan kaynakların dengeli dağılımını sağlamak, bunları etkin ve verimli bir şekilde kullanmaktır (Sağlık Bakanlığı 2016).

Grafik 45. Türkiye Sağlık Hizmet Bölgeleri Haritası



Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2016)

Yukarıda da ifade edildiği üzere tekrar belirtmek gerekirse, sağlık hizmetlerinin planlanması, düzenlemesi ve denetlenmesi bir devletin asli görevleri arasındadır. Ancak Devletin bu görevlerini yerine getirirken, katılımcı ve çok paydaşlı bir anlayış ile hareket etmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Özel sektörün önünü görebileceği; standart, şeffaf, öngörülebilir, hakkaniyetli ve ölçülebilir planlama ve ruhsatlandırma kriterleri olmalıdır.

Her ne kadar 5-6 ay öncesine kadar SB kanadında çok paydaşlı ve katılımcı bir anlayış ile planlamada ve ruhsatlandırmada mülkiyet farklılığını ortadan kaldıracak ve bütün sağlık kurum ve kuruluşlarını standart bir planlama ve ruhsatlandırma çerçevesine kavuşturacak mevzuat çalışmaları yürütülmüş ise de, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin planlanması ve ruhsatlandırılması halen parçalı bir şekilde ve mülkiyete dayalı bir çerçevede gerçekleştirilmektedir. Zaman kaybetmeden bir an önce bütüncül ve yeknesak bir anlayış ile Planlama Yönetmeliği ve Ruhsatlandırma Yönetmeliği çıkarılmalıdır.

Çok yaygın olmasa da özel sağlık kurumları açısından problem teşkil eden temel alanlardan biri de denetimlerdir. SB denetmenle-

rince, İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde kurulan ekiplerce yapılan ruhsata esas ve hizmete esas denetimler, Maliye Bakanlığı tarafından mali denetimler ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı müfettişlerince özel sağlık kuruluşlarında denetimler yapılmaktadır.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sağlıklı ve etkili bir biçimde denetlenebilmesi için iki temel önerimiz bulunmaktadır. Birincisi, kamusal denetim süreçlerinin standardize edilmesidir. Bu aynı zamanda yukarıda da değinildiği üzere planlama ve ruhsatlandırma standardizasyonu ile de yakından ilişkilidir. İkincisi ise sektörün kendi kendisini denetlemesidir ki bu da öz denetim olacaktır. Bunun için şemsiye bir kurumun (TOBB veya OH-SAD) yetkilendirilmesi yerinde olacaktır. Öz denetim için de etik kodların tespit edilmesi gerekmektedir.

Burada bir hususun altını çizmekte fayda bulunmaktadır. Ruhsatlı hastanelerin %60’ı 5.000 m²’nin altında ve çoğu da 15 yaşından büyüktür. Yani depreme dayanıksız yapılarıdır. Devlet bu kurumların taşınmasını istemektedir. Ancak taşınabilmek veya büyümek için bir motivasyonun olması gerekmektedir.

Eldeki sınırlı personelle nasıl olacak? Devletin özendirici şartlar sunması gerekir.

Ayrıca fiziki şartlar açısından Yönetmeliğin yeni hükümlerine uyum içinde bir geçiş süreci tanınması ve bazı kurumlar için de istisnalar tanınması gerekmektedir. Aksi takdirde çok sayıda mağduriyet ortaya çıkabilecektir.

4.2. SUT Fiyatları

Özel hastanelerin yaşadığı temel zorluklardan biri de son 11 yıldır değişmeyen ve güncel olmayan SUT fiyatlarıdır. Bilindiği üzere SGK GSS mensupları adına; SB, üniversite hastaneleri ve özel sağlık kuruluşları başta olmak üzere çeşitli hizmet sunucularından sözleşmeler karşılığı sağlık hizmetlerini satın almakta ve bu hizmetleri Sağlık Hizmeti Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen bedeller ve SUT üzerinden yapılan düzenlemeler üzerinden yürütmekte ve ödemektedir. Tekelci bir yapıda olan SGK, sağlık hizmetleri finansmanını SUT fiyatları üzerinden gerçekleştirmektedir. Ancak bilindiği üzere SUT fiyatları gerçek maliyetler üzerinden belirlenmediği gibi, 11 yıldır da güncellenmemektedir (Örneğin Acil servislerde ikinci uzman konsültasyonu için SUT fiyatı 11 yıldır 6 TL’dir). Buna karşılık enflasyona göre sabit maliyetlerde ise %100’ü aşan artışlar meydana gelmiştir. Her yıl personel maaşlarında en az enflasyon oranında artışlar yapılmaktadır. Sağlık kuruluşlarının en büyük gider kalemini başta doktorlar olmak üzere personel giderleri (%60-70) oluşturmakta ve bu giderlerin yaklaşık %40’ı devlete vergi ve prim olarak ödenmektedir.

Mülkiyeti farklı da olsa hem devlet hastaneleri, hem üniversite hastaneleri ve hem de özel sağlık kuruluşları toplumu daha sağlıklı kılma ortak hedefi ile kamusal bir görev yerine getirmektedir. Sağlık hizmetleri üretimi ve sunumunda esas olan “iş”tir. Mülkiyete göre değil, yapılan işe göre ücret ödenmesi gerekir. Ancak, yapılan aynı “iş” için Sağlık Bakanlığı hastanelerine farklı, Üniversite hastanelerine farklı ve de özel sağlık kurumlarına farklı ödemeler yapılmaktadır. SUT fiyatları gerçek

maliyetlere dayalı olarak belirlenmediğinden SB ve üniversite hastanelerinde oluşan açıklar Devlet tarafından sübvans edilmektedir. Ancak özel sağlık kurumlarının böyle bir şansı bulunmamaktadır. Global bütçe uygulamasına geçilmesiyle birlikte SB hastanelerine yapılan bütçe ödemelerinde, sağlık harcamalarındaki artış oranından daha fazla bir oranda artışa gidilirken, uzun bir süredir SUT fiyatlarında güncelleme yapılmaması, maliyetleri yıllar itibarıyla zaten artan özel hastaneleri zorlamaktadır. SUT fiyatları, geri ödemede SUT’un kullanılmaya başlandığı 2007 yılından bu yana büyük ölçüde aynı kalırken; döviz kuru 2,7 kat, asgari ücret 3 kat ve Tüketici Fiyat Endeksi ise 2,2 kat artmıştır (TOBB 2017). Özel hastanelerin maliyetleri artarken SUT fiyatlarında artış yapılmaması, özel hastanelerin finansal sürdürülebilirliğine bir tehdit olarak görülmektedir.

SUT fiyatlarının gerçek maliyetlere dayalı olarak belirlemeye ve güncellemeye gerek yok; nasıl olsa SB ve üniversite hastanelerinde oluşan açıkları devlet sübvans ediyor, özel sektör de başının çaresine baksın bakış açısı rasyonel ve sürdürülebilir bir davranış değildir. İki açıdan rasyonel değildir. Birincisi, Devlet sübvansiyonla zaten fazladan para harcamaktadır. Kaldı ki, kamu hastanesi dahi olsa bir hastanenin temel amaçlarından birisi de en azından başabaş noktasını tutturabilmektir. Aksi takdirde kamu hastanesinin maliyet duyarlı bir mentaliteye sahip olmasını sağlayamazsınız. İkincisi, çoğunun yaşam mevcudiyeti ve sürdürülebilirliği SGK sözleşmelerine bağlı olan özel sağlık kurumları zorlanmakta ve çeşitli arayışlara girmektedirler.

Anlaşıldığı kadarıyla ve de görünen o ki kamu otoritesi gerçek maliyetlere dayalı güncellenmiş SUT fiyatlarını uygulamaya koymak yerine, ortaya çıkan finansal açığı katkı payları ve ilave ücretler ile bir derece telafi etmeyi düşünüyor. Yasal kullanıcı katkıları geçici de olsa bir çözümmüş gibi durmaktadır. Bilindiği üzere yasal kullanıcı katkıları gereksiz sağlık hizmetleri kullanımını önlemek ve ek gelir

elde etmek için hemen hemen bütün ülkeler tarafından kullanılan bir doğrudan finansman mekanizmasıdır. Ancak doğrudan cepten harcamaların bir biçimi olan yasal kullanıcı katkılarının progresif olmayan bir yapısı vardır. Bu ise orta ve uzun vadede bir toplumda sağlık finansmanı kaynaklı hakkaniyetsizliklerin derinleşmesine yol açabilmektedir (Yıldırım 2016).

Kamusal bir işlev yerine getiren özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sürdürülebilir bir finansman kaynağına sahip olabilmesi için;

1. SUT fiyatları konusunda kamu otoritesinin yapması gereken ise, başta fark alınmayan hizmetler olmak üzere, son 11 yıldır güncellenmeyen SUT fiyatlarını gerçek maliyetlere dayalı olarak güncelleme yapmak ve yıllık TEFE veya TÜFE ortalamasına dayalı olarak da yıllık artışları gerçekleştirmek.
2. SGK'nın son 11 yıldır SUT fiyatlarında güncellemeler yapmamasının temel gerekçesi olarak kaynakların kıtlığı/sınırlılığı gösterilmektedir. Doğrudur, kaynakların kıtlığı ekonomi biliminin temelidir. Ancak ekonomi biliminde bir kavram daha vardır ki o da "mali alan yaratma"dır. Devlet sağlık için çeşitli mali alanlar yaratarak bu yaratılan mali alanları da SUT fiyatlarının güncellemesinde kullanılmak üzere kanallı edebilir.
3. Sağlıklı ve güçlü bir Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yapısının tesis edilmesi gerekmektedir. Hem doğrudan cepten ödemeler hem de kullanıcı katkıları Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortasına konu olmalıdır. Doğrudan cepten yapılan harcamaların bir uygulama biçimi olan kullanıcı katkısına nazaran, özel sağlık sigortası bir derece daha progresif bir yapıya sahip olduğu için hem vatandaşlar açısından ve hem de özel hastaneler açısından daha sürdürülebilir bir mekanizma olabilir (Yıldırım 2016).

Kısacası, özel hizmet sağlayıcı paydaşların içinde bulunduğu sıkıntılar düşünüldüğünde, geri ödeme politikasında bir revizyona ihtiyaç duyulduğu ortadadır (TOBB, 2017: 5).

4.3. İstihdam

Özel sağlık kurumlarının karşılaştığı temel sorunlardan birisi de istihdam alanı olmaktır. Bunun temel nedeni ise Hükümetin/Sağlık Bakanlığının planlama çerçevesinde getirdiği sınırlandırmalardır. Bilindiği üzere 15 Şubat 2008 tarihli yönetmelik ile özel sağlık kurumları açısından getirilen yatırım sınırlamaları personel istihdamına da olumsuz yansıyabilmektedir.

Mevcut durumdaki mevzuat, kamu kurumları ile özel kurumlar arasındaki esnek istihdama izin vermemektedir. Sınırlı olan ve dengesiz dağılan sağlık insan kaynaklarından maksimum bir şekilde yararlanabilmek için kurumlararası istihdam esneklikleri getirilmelidir.

25.08.2016 tarihinde 29812 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinde yapılan değişiklik ile ek 5. Madenin e bendinin (1) numaralı alt bendi ile (i) bendinde yer alan kadro dışı geçici çalışma uygulamasına son verilmiştir. Sonuç olarak bir özel sağlık kuruluşunda kadrolu çalışan bir hekimin başka bir özel sağlık kuruluşunda kadro dışı çalışması uygulaması kaldırılmıştır. Sadece ve sadece boş kadrosu bulunan özel sağlık kuruluşları başka bir özel sağlık kuruluşundan kadrolu hekim alıp çalıştırabilecektir (Resmi Gazete 2016).

4.4. Katkı Payı Tahsilatı

Bilindiği üzere özel sağlık kurum ve kuruluşları çeşitli kalemlerde devlet adına katkı payı tahsilatı yapmaktadırlar. Bu tahsilatın özel sağlık kurumları açısından iki zorluğu bulunmaktadır. Birincisi, özel sektör bu tahsilat karşılığı SGK'dan hiçbir pay almamaktadır. İkincisi de bu katkı payı tahsilatı sırasında sağlık kurumu hasta ve/veya yakını ile karşı karşıya gelmekte ve tatsız olaylar yaşanabilmektedir.

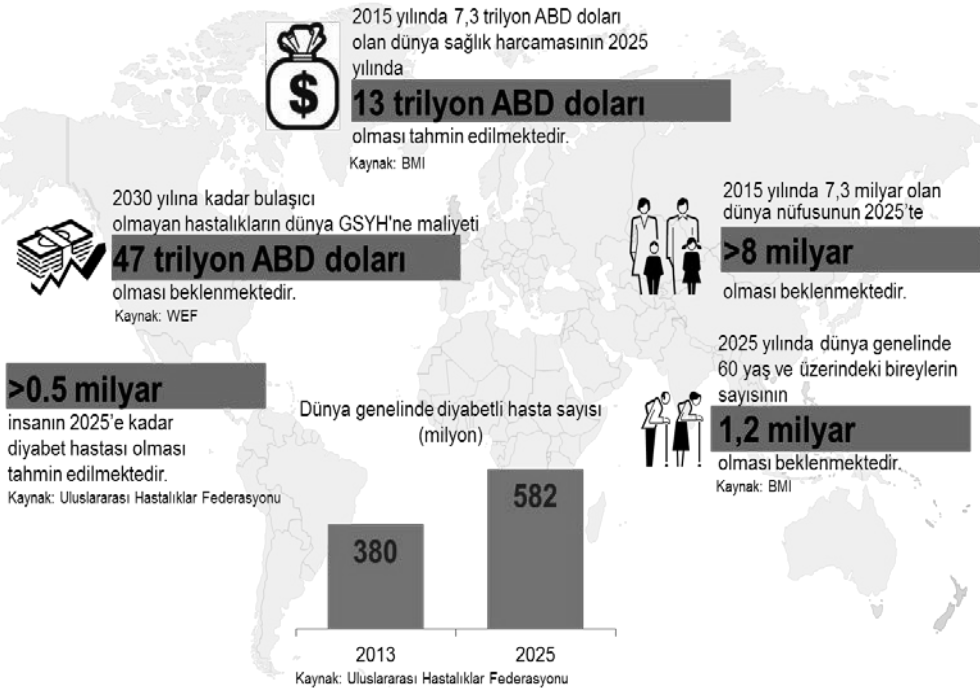
Bu sorunun çözümü için iki önerimiz bulunmaktadır. Birincisi, katkı payı tahsilatı için özel sağlık kurum ve kuruluşlarına bu tahsillattan belli bir pay verilmelidir. İkincisi ise, yukarıda da değindiğimiz katkı paylarını da poliçeye konu edebilecek bir özel tamamlayıcı sağlık sigortacılığının tesisidir ki bu durumda katkı payı tahsilatı sorunu kökten çözülmüş olacaktır.

5. Özel Sağlık Kurumları Sektöründe Gelecekte Önem Kazanacak Konular ve Trendler

Bu başlıkta gerek global ölçekte ve gerekse de Türkiye ölçeğinde gelecekte ön plana çıkacak, önem kazanacak ve özel sağlık kurumlarını da yakından ilgilendirecek konular ve bu bağlamda özel sağlık kurumları sektörünün geleceği ve sektörün alması gereken pozisyonlar ele alınmaktadır. Bu bağlamda değerlendirildiğinde global ölçekte (Şekil 7) ve dozajı ve derinliği farklı olmakla birlikte paralelinde Türkiye’de de; nüfusun artacağı ve giderek yaşlanacağı, yaşlanan nüfus, kentleşme ve

yaşam tarzına bağlı olarak bulaşıcı olmayan kronik rahatsızlıkların artacağı ve hastalıkların yaygınlaşacağı ve buna paralel olarak da uzun süreli bakım, evde bakım ve integratif tıp ihtiyacının ortaya çıkacağı belirtilebilir. Ek olarak yeni sağlık teknolojilerinin ortaya çıkması ve tüketici kanadında artan beklentiler ve bilinçlenme de sağlık kurumları açısından yeni iş modellerini gerekli kılacak belli başlı unsurlar olarak belirtmek mümkündür. Diğer taraftan yükselen bir değer olan sağlık turizmi ve şehir hastaneleri de gelecekte özel sağlık kuruluşlarının strateji tasarımında etkili olacak temel faktörler arasında belirtmek gerekir. Bunlara ek olarak sayılanların yanı sıra, özel sağlık kurum ve kuruluşlarının içinde yaşam alanı bulduğu ekonomik ve politik istikrar durumunu da göz ardı etmemek gerekir. Bahsi geçen ekonomik ve politik istikrarın, ülkedeki üst orta ve yüksek gelirli hanelerin daha hızlı büyümesini sağlayarak sağlığa özel hizmet sunucularına olan talebi artıracığı düşünülmektedir (TOBB 2017).

Şekil 7. Global Trendler ve Sağlık



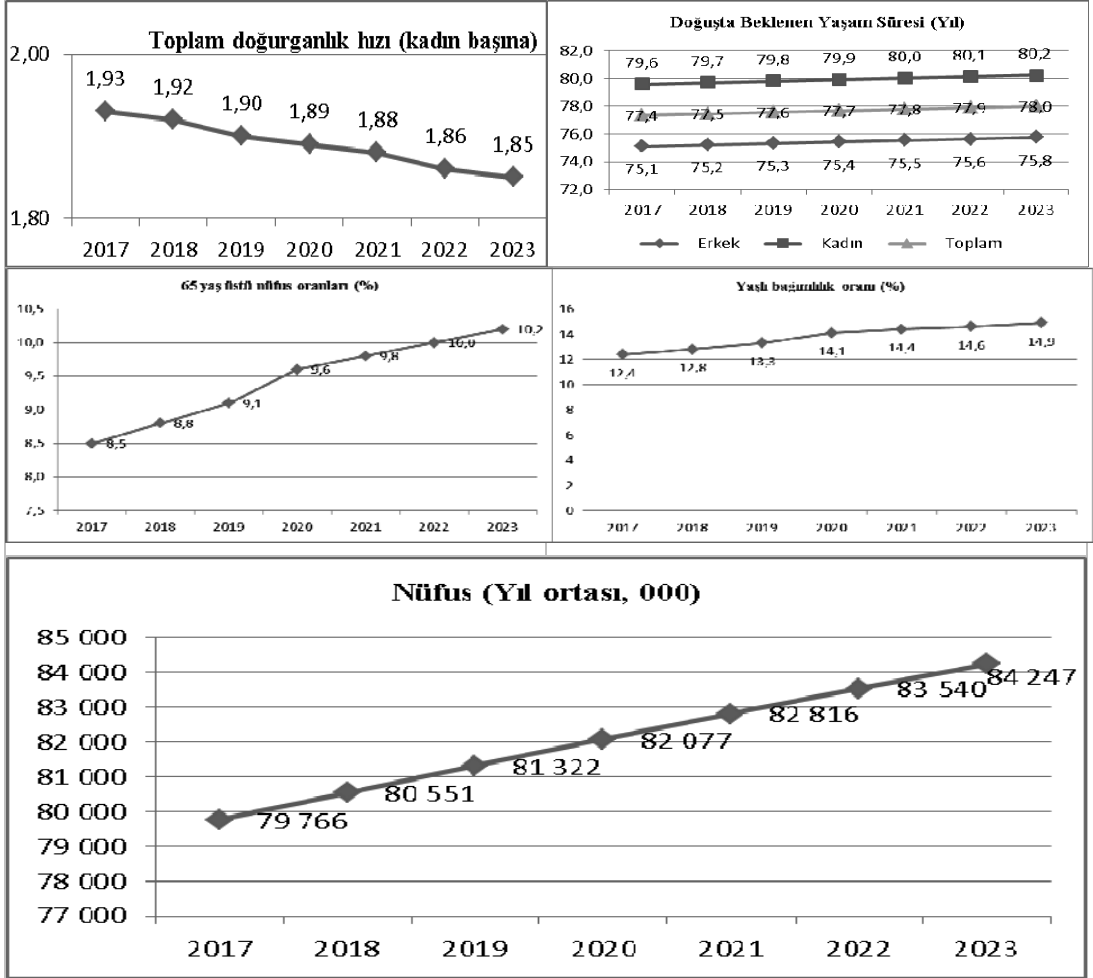
Kaynak: Eren (2016)

5.1. Nüfusun Yaşlanması

İkinci bölümde de ele alındığı üzere doğurganlık hızının düşmesi ve doğuşta beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle Türkiye nüfusu giderek yaşlanmaktadır. 1990 yılında Türkiye’de 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %4,34 iken, bu oran 2017 yılında %8,5’e yükselmiştir. TÜİK’in projeksiyon-

larına göre Türkiye’nin 2023 yılında; yaklaşık 84 milyon nüfuslu, 65 yaş üstü nüfusun %10,2’ye ulaştığı, yaşlılık bağımlılık oranının %14,9’a çıktığı, doğurganlık hızının 1,85’e gerilediği ve doğuşta beklenen yaşam süresinin 78 olduğu bir ülke olması öngörülmektedir (Grafik 46).

Grafik 46. Nüfus Projeksiyonları: Demografik Göstergeler



Kaynak: TÜİK (2018b)

Toplam nüfus içinde yaşlanan nüfusun artması beraberinde kronik hastalıklara sahip olan bireylerin sayısını artıracaktır. Kronik hastalıklardaki artış, sağlık hizmetlerine olan talebi artıracak ve uzun süreli bakımı, evde bakım hizmetlerini ve integratif tıp hizmetlerini daha da fazla gerektirecektir.

Nüfusun yaşlanmasının sağlık kurumları açısından iki bağlamda bir yansıması olabile-

cektir. Birincisi yaşlanan nüfus ile birlikte toplumun sağlık hizmeti ihtiyacında; evde bakım ve uzun süreli kronik sağlık hizmetleri odaklı ciddi değişimler yaşanacak ve sağlık kurumları da bu ihtiyaçları göz önünde bulundurarak hizmet sunum biçimlerini yeniden tasarlamak durumunda kalacaklardır.

İkinci yansıma ise genel olarak nüfusun yaşlanması demek aynı zamanda doğal olarak

sağlık çalışanlarının da yaşlanması demektir. Sağlık çalışanlarının yaşlanması beraberinde sağlık insangücü üzerinde bir baskı da getirebilmektedir. Zaten sınırlı olan sağlık insangücü kaynakları daha da zorlanabilmektedir.

Nüfusun yaşlanmasına karşılık iki ana kulvarda mücadele edilebilir. Birincisi nüfusun yaşlanma eğilimine dönük çalışmalar yapılabilir. Başka bir ifade ile toplam nüfus içinde genç nüfus oranını artırabilecek ve yaşlı nüfus oranını azaltabilecek önlemlerin alınmasıdır ki bu doğurganlık hızını artırma ya dönük önlemler ile mümkün olabilecektir.

İkincisi ise nüfusun yaşlanmasının sonuçlarına yönelik önlemlerdir. Bu önlemler sağlıklı ve aktif yaşlanmayı içerecek şekilde olmalıdır. Bu anlamda özel sağlık kurum ve kuruluşlarının iş yapma biçimlerini yeniden tasarlamaları gerekmektedir. Bu da; sağlık okuryazarlığına, sağlığın korunması ve geliştirilmesine, integratif tıbbı, mobil sağlık hizmetlerine, evde bakım hizmetlerine ve uzun süreli bakıma daha fazla yatırım yapılması anlamına gelecektir.

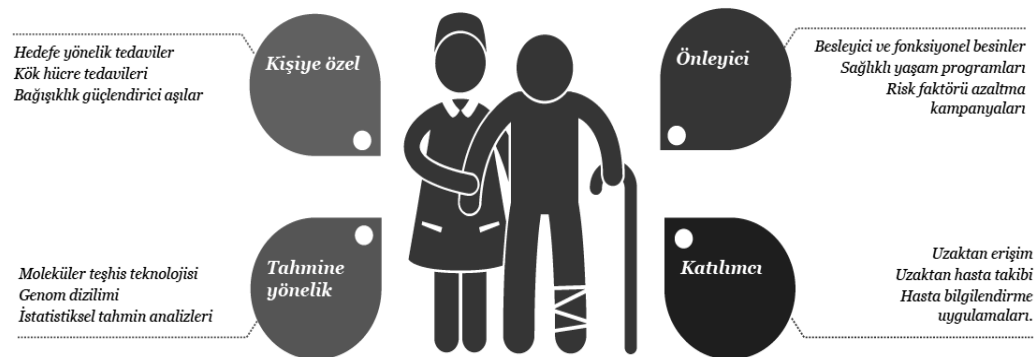
5.2. Sağlık Teknolojisi

Geleneksel olarak emek yoğun bir sektör olarak kabul edilen sağlık kurumları sektörü hatırı sayılır düzeyde de teknoloji yoğun bir

sektör konumundadır. Sağlık hizmetlerinin yeterli, kaliteli, verimli, etkili (hem ekonomik ve hem de tıbbi etkililik anlamında) ve kullanıcı beklentilerine duyarlı bir şekilde üretilmesi ve nihayetinde de toplumun sağlık statüsünün yükselebilmesi, kullanılan teknolojiye oldukça bağımlı/bağlı olmaktadır (Yıldırım 2016). Genel olarak belirtmek gerekirse sağlık kurumlarının muhatap olduğu üç temel grup teknoloji bulunmaktadır. Bunlar; ilaçlar, tıbbi cihazlar ve bilgi ve iletişim teknolojisi (telefon, bilgisayar ve internet teknolojisi) olmak üzere üç ana grupta belirtilebilir. Bu üç teknoloji alanında da gittikçe hızlı bir şekilde baş döndürücü bir gelişme yaşanmakta ve her gün yüzlerce teknoloji piyasaya sürülmektedir. Sağlık teknolojilerinde ağırlıklı olarak kişiye özel, önleyici, tahmine yönelik ve katılımcı teknolojiler yönünde bir eğilim söz konusudur. Bu anlamda; hedefe yönelik tedaviler, kök hücre tedavileri, bağışıklık güçlendirici aşılar, kök hücre tedavileri, bağışıklık güçlendirici aşılar, moleküler teşhis teknolojisi, genom dizilimi, istatistiksel tahmin analizleri, besleyici ve fonksiyonel besinler, sağlıklı yaşam programları, risk faktörü azaltma kampanyaları, uzaktan erişim, uzaktan hasta takibi, hasta bilgilendirme uygulamaları, üç boyutlu yazıcılar ön plana çıkmaktadır (Şekil 8).

Şekil 8. Sağlık Teknolojisinde Eğilimler

Yeni dinamikler, sektörü kişiye özel tedavilere ve önleyici hizmetlere yöneltiyor



Teknoloji sağlık kurumları açısından hem önemli bir maliyet unsuru ve hem de sağlık hizmetlerinin üretimi için kullanımı zorunlu bir araçtır. Dolayısıyla piyasada etkili ve sürdürülebilir bir aktör olabilmek için sağlık kurumlarının bu teknolojileri hızlı bir şekilde adapte edebilme esnekliğine ve yeteneğine sahip olması ve iş modellerini bu yeniliklere göre tasarlayabilme kapasitesine sahip olması gerekmektedir. Bu ise etkili ve verimli bir sağlık teknolojisi yönetimi kapasitesine sahip olmak ile mümkün olabilecektir.

5.3. Şehir Hastaneleri

Bilindiği üzere Türkiye’de Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO/PPP) modeli ile yüksek yatak kapasiteli şehir hastaneleri inşa edilmektedir. KÖO sözleşme temelli bir modeldir. Devletin ağırlıklı olarak sadece tıbbi hizmet (çekirdek hizmet) üretiminde yer aldığı bu modelde, sağlık tesislerinin yapımı, tıbbi destek ve tıbbi olmayan hizmetlerin sunumu ve ticari alanların

işletilmesi özel sektöre devredilmektedir. Bu şekilde ölçeğin de büyütüldüğü modelin kilit özelliği, finansman biçimidir. Devlet, uzun süreli sözleşmelerle ortak girişimden temin ettiği mal, hizmet ve yapım işinin karşılığını yıllık kira şeklinde ödemektedir (Karasu 2011; Yıldırım 2016).

KÖO kapsamında Şubat 2018 itibariyle 20 hastanenin ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu & Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kampüsünün inşaatları devam etmektedir. İnşaatları devam eden 20 hastanenin toplam yatak sayısı yaklaşık olarak 31.000’dir (Tablo 5). Bunlardan; Mersin, Yozgat, Adana ve Isparta hastaneleri açıldı. Ankara Bilkent ve Ankara Etlik hastaneleri de bitmek üzeredir ve yakın zamanda da faaliyete başlaması beklenmektedir. KÖO ile yapılması öngörülen tesis sayısı toplam 33’tür.

Tablo 5. Kamu-Özel Ortaklığı Modeli İle Yapımı Devam Eden Şehir Hastaneleri

1	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3.660
2	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	3.566
3	Kayseri Şehir Hastanesi	1.584
4	İstanbul İkitelli (Başakşehir) Şehir Hastanesi	2.682
5	Yozgat Şehir Hastanesi	475
6	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu & Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kampüsü	0
7	Adana Şehir Hastanesi	1.550
8	Elazığ Şehir Hastanesi	1.040
9	Gaziantep Şehir Hastanesi	1.875
10	Manisa Şehir Hastanesi	560
11	Mersin Şehir Hastanesi	1.250
12	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2.060
13	Isparta Şehir Hastanesi	755
14	Kocaeli Şehir Hastanesi	1.180
15	Konya Şehir Hastanesi	1.250
16	FTR & YGAP & PH Paketi	2.400
17	Bursa Şehir Hastanesi	1.355
18	Eskişehir Şehir Hastanesi	1.081
19	Tekirdağ Şehir Hastanesi	480
20	Şanlıurfa Şehir Hastanesi	1.700
21	Kütahya Şehir Hastanesi	600
TOPLAM		31.103

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü (2018)

Türkiye sağlık ortamı açısından yakın bir gelecekte ön plana çıkacak ve özel hastaneler açısından zorluk teşkil edebilecek konulardan birisinin de şehir hastaneleri olacağı belirtilebilir. Yukarıda da ifade edildiği üzere KÖO modeli ile yapımı devam eden şehir hastaneleri ile SB toplamda 40 bin yatağın üzerine çıkmayı hedefliyor. Her ne kadar yapımı devam eden Şehir Hastaneleri ile birlikte çok fazla ek yatak kapasitesi ortaya çıkmayacaksa da, bunlar sıfır kilometre binalar, teknolojiler, mekânlar vs. olacağı için, kamu hastaneleri özel hastaneler karşısında ciddi bir rekabet avantajı sağlama potansiyeline sahip olacaktır.

Bu zorluğa ek olarak SB’nin Şehir Hastaneleri üzerinden sağlık turizmi hizmetlerini vermeyi planlaması da özel hastaneler açısından başka bir zorluk olarak değerlendirilebilir. Burada bir hususun altını çizmekte fayda vardır. Her ne kadar bu durum özel hastaneler açısından bir zorluk olarak kabul edilse de, global ölçekteki sağlık turizmi destinasyonu tercihi bakıldığında %80’lerin üzerinde bir özel sektör tercihi söz konusudur ve istisnalar hariç bu durumun yakın bir gelecekte değişmesi de pek olası görünmemektedir.

Şehir hastanelerinin faaliyete geçmesi ile birlikte özel sağlık kurum ve kuruluşları açısından ortaya çıkabilecek zorlukların üstesinden gelebilmek için alınması gereken önlemler aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

1. Şehir Hastaneleri aynı zamanda bünyesinde özel sağlık kuruluşları ile ciddi düzeyde bir işbirliği potansiyeli de taşımaktadır/barındırmaktadır. Bu işbirliği potansiyeli daha ziyade şehir hastanelerinin işletilmesi sürecinde ortaya çıkabilecek hususlardır ki bunların başında da özel sektörün 20 yılı aşan yönetsel tecrübe ve know-how birikimi gelmektedir. Çünkü şehir hastanelerine başlangıçta birer inşaat projesi olarak ele alındı, ancak bu projeler tamamlama aşamasına gelindiğinde anlaşıldı ki yönetim işi çok kompleks bir iş ve bu konu inşaat firmasının yetkinliğinin ötesini gerektiriyor ve bu ikinci

aşama olan şehir hastanelerinin işletilmesi sürecinin çok iyi analiz edilip çalışılması ve bu çerçevede özel sektörün birikimli deneyiminden faydalanılması gerektiği belirtilebilir.

2. Şehir hastaneleri özelinde değerlendirildiğinde, özel hastanelerin kısmen butik hizmet anlayışına yönelmesi bir çıkış yolu olarak görülmektedir. Dolayısıyla entegre ve bütüncül hizmetlerin sunulduğu kurumsal ve tam kapasiteli yapılar yanında özel sektörün hastane yatırımlarında butik hastane yatırımlarına yönelmesi rasyonel bir davranış olarak değerlendirilmektedir. Hizmetin vatandaşın ayağına gittiği, pratik, kaliteli, güler yüzlü ve hasta ve hasta yakınları memnuniyeti yüksek bir hizmet anlayışı ve yüksek hasta sadakatinin sağlanması ile hareket etmekte fayda vardır.
3. Sektör yatırımcılarının sadece metropol ve büyük şehirlerde yatırım yanında küçük şehirlere de yatırım yapması bir çıkış yolu olarak görülebilir.
4. Şehir hastaneleri yatak kapasitesi açısından çok büyük ve kompleks kurumlar olduğu için muhakkak niş pazar olarak değerlendirilebilecek alanlar dışarıda kalabilecektir. İşte özel sektörün bu niş alanları tespit edip bu alanlara yatırım yapması rasyonel görünmektedir.
5. Özellikle küçük ve orta ölçekli sağlık kurumları açısından sektörün kendi içerisinde konsolidasyona yönelmesi bir çıkış yolu olabilir.

5.4. Sağlık Turizmi

Sağlık hizmetlerinin uluslararası düzeyde üretimi, tüketimi ve bu bağlamda tüketicilerin uluslararası düzeyde dolaşımı tarih boyunca her zaman var olan bir olgu olmuştur. Ancak özellikle son yıllarda ağırlıklı olarak bilgi ve iletişim teknolojisinin kaynaklık ettiği küreselleşme süreci ile birlikte bu dolaşım daha da artmış ve sağlık turizmi etiketi odaklı olarak

ciddi bir endüstri yaratılmıştır (Kaya, Yıldırım, Karsavuran ve Özer 2013).

Türkiye 2003-2013 yılları arasında gerçekleştirmiş olduğu SDP ile sağlık hizmetlerinin bileşenlerinde göreceli olarak gelişmeler ve iyileştirmeler kaydetmiş ve geline nokta da sadece ulusal sağlık tüketicilerine değil, aynı zamanda uluslararası sağlık tüketicilerine de kaliteli ve maliyet-etkili hizmet verecek kurumsal kapasiteye erişme yolunda ilerlemektedir (Kaya, Yıldırım, Karsavuran ve Özer 2013). Diğer ülkelere nazaran sunduğu fiyat avantajları, özellikle de bulunduğu coğrafi konumu itibarıyla sahip olduğu eşsiz doğal ve tarihi zenginlikleri ve uygun iklim koşulları ile birleşen kaliteli turizm işletmeciliği ve dünyaca bilinen Türk konukseverliği (Yıldırım ve Altunkaya 2006) sayesinde Türkiye, sağlık turizmi alanında önemli bir potansiyel ortaya koymaktadır.

Ancak bu potansiyeli efektif bir şekilde ortaya koyma noktasında gerek yapısal ve gerekse de konjonktürel olmak üzere çok çeşitli zorluklar bulunmaktadır. Bunlar; sağlık turizmine ilişkin olarak yeknesak/bütüncül bir strateji eksikliği ve terör kaynaklı ekonomik ve siyasi istikrarsızlık olarak belirtilebilir.

Özel hastanelerin sağlık turizmi ile zorluğu çok boyutlu olmakla birlikte burada ağırlıklı olarak sürdürülebilirlik bağlamında bir değerlendirme yapılacaktır. Sağlık turizminde sürdürülebilirlik çok genel olarak bir sağlık turizmi sisteminin normal faaliyetlerini gelecekte de başarılı bir şekilde sürdürebilme kapasitesidir. Başka bir ifade ile sağlık turizmi sisteminde sürdürülebilirlik, herhangi bir sağlık turizmi sisteminin amaçlarına etkili ve verimli bir şekilde erişebilmesi için fonksiyonlarını ahenkli bir şekilde yerine getirebilecek kurumsal kapasiteye sahip olabilmesi olarak ifade edilebilir (Özer, Yıldırım ve Yıldırım 2015). Bu kurumsal kapasite; uzun vadeli, çok paydaşlı, eşgüdümlü, bütünsel, profesyonel, rekabetçi üstünlüğe haiz, markalaşmış, global ölçekli, standart odaklı, dinamik, adaptasyon kabiliyeti yüksek, vizyoner

ve stratejik plan odaklı bir yapı olmalıdır. Özel hastanelerin sağlık turizmi ile olan imtihanında başarılı olabilmeleri için; gerek bireysel hastaneler bazında ve gerekse de içinde faaliyet gösterdikleri ulusal sağlık turizmi sistemi bağlamında yukarıda belirtilen niteliklere haiz bir kurumsal kapasite gereklidir (Yıldırım 2016).

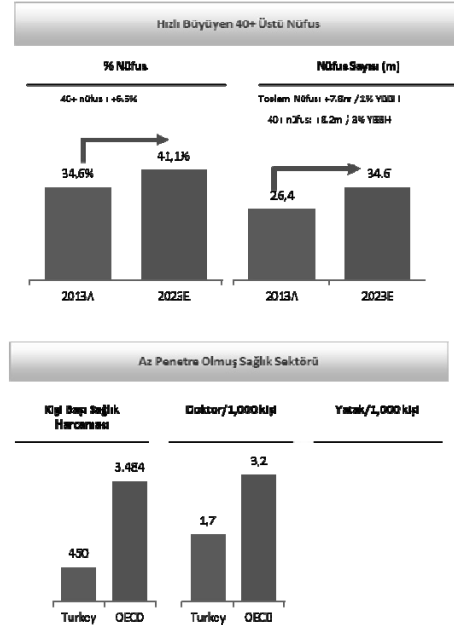
Sağlık turizminde başarılı bir oyuncu olabilmek için Türkiye markasının ve alt markalarının yaratılması gerekmektedir. Rekabet üstünlüğü de sağlamaları gerekmektedir. Bunun için de farklılaşmak gerekmektedir. Farklılaşmak ise ancak ve ancak markalaşmak ile mümkündür. Markalaşmak ise stratejik bir bakış açısı ve vizyon gerektirir. Markalaşma süreci ise süreklilik arz etmesi ve yönetilmesi gereken bir süreçtir (Yıldırım 2016). Sağlık turizminde bizi başarılı kılacak unsur, kaliteli ve özellikli hizmetlerdir.

5.5. Yatırım, Satın Alma ve Konsolidasyon

Türkiye sağlık sektörü; büyük bir nüfusun varlığı ve bu nüfusun artış eğilimi göstermesi, nüfusun giderek yaşlanması, gelişen teknoloji, artan beklentiler, yaşam tarzına bağlı olarak ortaya çıkan kronik rahatsızlıklar ve sağlık turizmi potansiyeli gibi nedenlerden dolayı hızlı bir büyüme potansiyeline sahiptir (Şekil 9). Ancak özel sektörün ne kadar büyüyeceğini, diğerlerine ek olarak ağırlıklı olarak devletin sektörün önünü ne kadar açacağı, sektörün ne kadar konsolide olacağı belirleyecektir. Özel sektörün yurtdışında büyümesi öngörüldüğünden yurt içinde büyümemesi bizim için beyin göçü anlamına gelir. Türkiye’de özele giden hekimler tartışması yapılırken şimdi bir de yurtdışına giden hekimler olacaktır. Öte yandan yurtdışı yatırım demek, hizmet ihracatı dolayısıyla döviz girişi demektir. Cari açığın konuşulduğu, işsizliğin konuşulduğu bir ülkede özel hastanelerin büyümelerinin ve belirli oranda yurtdışına açılıyor olmasının önemli olduğu değerlendirilmektedir (Genç 2016).

Şekil 9. Türkiye Sağlık Sektörünün Büyüme Potansiyelinin Nedenleri

- Şu an 79 milyon olan nüfusun artıyor olması
- Daha da hızlı artan 40+ üstü nüfus ve onun getireceği ek sağlık harcamaları
- Kişi başına düşen sağlık harcamamızın kıyasla düşük olması ve artacak GSMH ile birim sağlık harcamalarını da artıracak olması beklentisi
- Harcanabilir Gelir’deki (Disposable Income) artış eğilimi
- Sektördeki göreceli az yatırım oranı
- Çok hızlı büyümese de artan özel sağlık sigortalı sayısı ve tamamlayıcı sigortaya bağlanan umutlar
- Kaliteli hizmet ve coğrafik avantajların getirdiği artan sağlık turizmi potansiyeli
- Gelişen teknoloji ile daha erken yapılan teşhisler ve daha iyi tedavi imkanları
- Yeme alışkanlıkları ve hareketsiz yaşam tarzı



Kaynak: Genç (2016)

Türkiye’de sağlık sektöründeki yatırımların en önemli sorununun sermaye olmadığı belirtilebilir. Sermaye konusu doğru kontak ve projelerin kapsamlı anlatımıyla çözülebilir. Yabancı yatırımcı yerel ortağın güvenilir, işi bilen ve nakit olarak gerektiğinde elini cebine atabilecek kapasitede olmasını beklemektedir. Çünkü bu karşılıklı kazan-kazan sürecidir. Yatırımcıyı parası olan ve planlanan her şeye para aktaran taraf olarak görmek yanlıştır. Yabancı yatırımcı konulara çok derin bakmakta ve kapsamlı analizler yapmaktadır. Yerel ortağın lokal bilgisi ile uluslararası ortağın kapasitesi birleşince ideal ortaklık doğmaktadır. Yatırımcı profili de değişmeye başlamıştır, illa ki şirketin kontrolünü üzerinize almanız gerekmemektedir. Azınlık yatırımcısı da olunabilmektedir. Daha az risk alarak ama taşın altına yine de elinizi koyarak bu yatırımlara imza atabilirsiniz. Türkiye’de görülen sıkıntılardan bir tanesi sağlık sektöründeki büyük oyuncuların hep küçük ölçeklerde başlaması ve parça parça finansman modelleri ile size gelmesidir. Mesela hastanelerin içerisinde değişik finansman modellerine açık nakit akışı bazlı finansmana taban olabilecek altyapılar vardır. Artık CFO’ların standart

krediler yerine biraz daha stratejik bakması ve alternatif finansman modellerine yönelmesi gerekir. İslami finansman bunlardan biridir. Finansal tarafta bir diğer konu da yabancı para riskinin yönetimi ve şirketin temettü ödeme kapasitesinin sürdürülebilir hale getirilmesidir. Yüksek kur riskinin yönetimi ve TTK’da yapılan değişikliklerle daha da önemi artan şirket karlılığının sürdürülebilir olması temettü dağıtımı için önem arz etmektedir. (Sönmez 2013).

Finansal konuların yanında operasyon sağlık sektöründeki en temel noktalardan biridir. Marka değeri çok önemlidir. Oturmuş bir iş planı ve strateji olmalıdır. Bir diğer önemli konu da, şirketlerde bağımsız yönetim kurullarının kurulması, işlevselliğin artması ve yönetici profiline geliştirilmesidir. Bunlar şirketlerin işlevselliği açısından çok önemlidir. Yöneticilerin yurt dışına gidip bu olayların yurt dışında nasıl olduğunu yakından izlemesi gerekmektedir. Sağlık sektörünün, doktordan hastane üst düzey yöneticisi olmayacağını öğrendiği belirtilebilir. Bunun yanında finansal kökenli profillerden de hastane CEO’su olmayabiliyor. Hibrit bir yapı oluşturmak ve karşılıklı iki kültürü iyi oturtmak

gerekmektedir. Bu da zaman alan bir konudur. (Sönmez 2015).

Aslında sağlık sektöründe yatırım yaparken düşündürülen en önemli konulardan biri regülasyon ve genel sağlık politikasındaki sürdürülebilirlik. Kurumsal yatırımcılar uzun dönemli varsayımlar yaparak yola çıkılıyor, fakat çıkılan yoldaki kurallar sürekli değişime uğrayınca daha tedirgin davranılmaktadır. Sistemin sürdürülebilirliğini korumak için tedbirler alınması, özel sektörün gereken hizmeti verebilmesi için kuralların uygun şekilde belirlenmesi ve kuralların herkes için eşit şekilde uygulanması gerekir (Türkmen 2015).

Satın almalar konusundaki düşünce ise, Türkiye’de satın alarak büyümenin büyük bir potansiyel olduğu, fakat henüz çoğu oyuncunun bu potansiyeli gerçekleştirememiş olduğu yönündedir. Bu saptama sadece sağlık sektörü için değil çoğu sektörler için geçerlidir (Türkmen 2015).

Türkiye’de satın alımlarla büyümek daha zor oluyor ve büyümeler daha çok organik şekilde oluyor. Bunun çeşitli nedenleri var. Şirketlerin kurumsallık düzeyinin daha düşük olması ve karlılık rakamlarına kolay ulaşamamak bir nedendir. Sunulan karlılık oranlarının gerçeğe uygun olmadığı analizlerde ortaya çıkıyor. Veya ortaya konulan bir karlılık var, fakat kurumsal bir şekilde işletme sergileyip hizmetimizin kalitesini artırmak zorunda kaldığımızda tablo değişecek. Bu tür nedenler satın alımların ve birleşmelerin yavaşlamasına sebep oluyor (Türkmen 2015).

Özel sağlık hizmet sunucuları; kendi stratejileri, vizyon, misyon ve şirket politikaları doğrultusunda yatırım yapmaktadır. Yeterince kapasite planlaması yapılmadan gerçekleştirilen yatırımlar, güvenli bir yatırım geri dönüşü sağlayamamakta ve nihayetinde fiyat artışı gereksinimi doğurmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından projeksiyonların belirlenerek; hedef ve veri paylaşımı ile yatırım planlamasının yönlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir (Deloitte 2012).

Bu doğrultuda; kamu nezdinde şeffaf sağlık politikalarının etkin bir diyalog ortamında tüm paydaşlar ile paylaşılması, sektörün öngörülebilirlik sorununu ortadan kaldırıp sektör paydaşlarının daha sağlıklı planlama yapmalarına imkan yaratarak, Türkiye’de yapacakları yatırımları artırmalarını da sağlayacaktır. Sağlıkta ülkelerin gelişmişliklerinin bir göstergesi olan yüksek hizmet kalitesinin sağlanması ve buna paralel finansmanının sürdürülebilir olması için yenilikçi uygulamaların ülkeye çekilmesi kritik önem taşımaktadır. Bu uygulamaların etkin bir şekilde sisteme entegre edilmesi, ancak yatırım için uygun bir ortamın oluşturulması ve sektöre uygun teşvik paketleri ile desteklenmesi sayesinde mümkün olabilmektedir. Aksi takdirde, sadece kamu maliyeti baskısı ile yatırımlar için çekici bir pazar yaratmaktan uzaklaşılması, toplum sağlığı adına önemli bir tehdit oluşturmaktadır (Deloitte 2012).

5.6. Ekonomik ve Politik İstikrar

Herhangi bir ülkede diğer alanlarda olduğu gibi sağlık ile ilgili işlerin ve sağlık reformlarının da istendik bir biçimde, verimli ve etkili bir şekilde ve sürdürülebilir bir tarzda gerçekleşmesi için birbiriyle yakından ilişkili olan iki istikrar olan ekonomik ve politik istikrarın olması şarttır.

1990 ile 2002 yılları arasında Koalisyon hükümetleri ile yönetilen Türkiye, koalisyon hükümetleri kaynaklı siyasi istikrarsızlıklar nedeniyle diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de ihtiyaç duyulan sağlık yatırımlarını ve sağlık reformlarını gerçekleştirememiştir. Ancak 2002 yılına gelindiğinde gerçekleştirilen genel seçimler neticesinde ilk defa AK PARTİ’nin tek parti olarak iktidara gelmesi ve bu iktidarını uzun yıllar sürdürmesi ile beraber, koalisyon kaynaklı hükümet ve siyasi istikrarsızlıklar ortadan kalkmış ve bu nedenledir ki 2003 yılında başlatılan ve 10 yıl süren SDP önemli ölçüde gerçekleştirilebilmiştir.

6. Kaynaklar

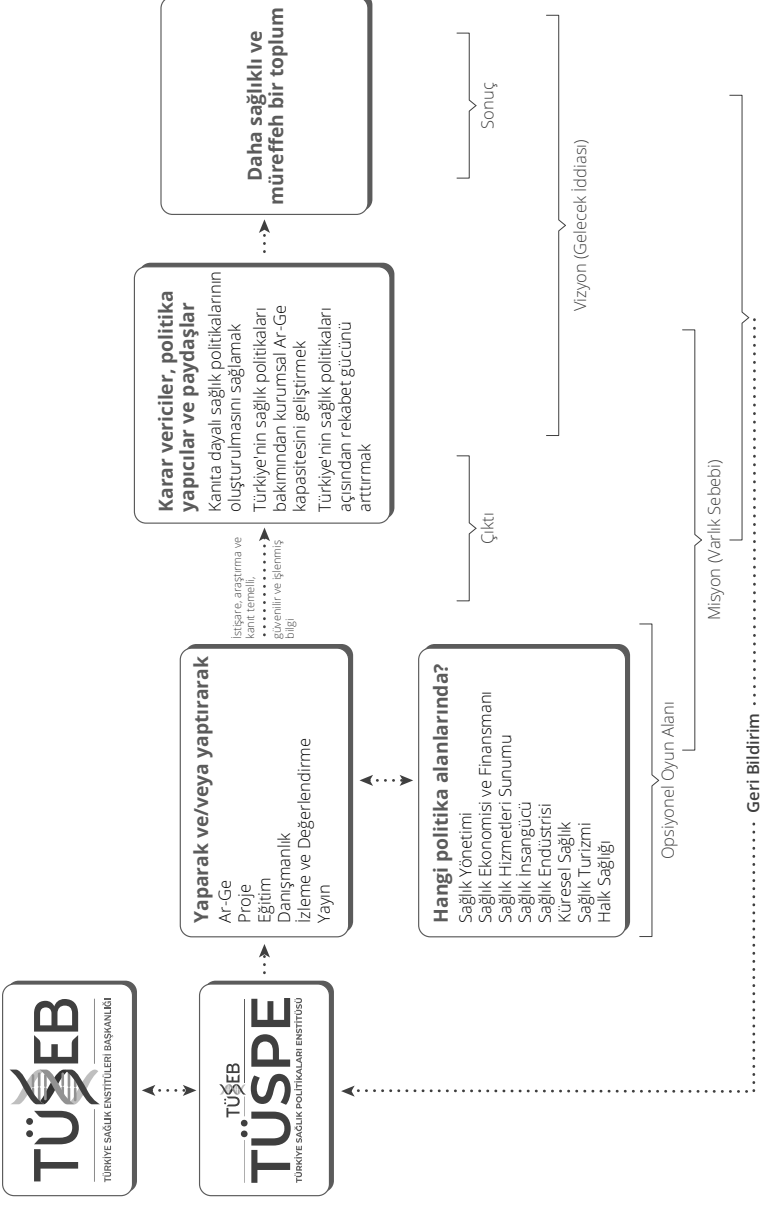
- Akar Ç ve Özalp H. (2002). Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Songür Yayıncılık, Ankara.
- Akdur R. (2008). *21. Yüzyılda Türkiye’de Sağlık ve Sağlık Sorunları*, 21.Yüzyılın Başında II. Kırıkkale Sempozyumu (13-14 Mart 2008 Kırıkkale) Kırıkkale Kent Konseyi Yayınları, Kırıkkale.
- Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, Nazlıoğlu S, Özgülcü S, Aydoğan U, Ayar B, Dilmen U and Akdağ R. (2013). Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity. *The Lancet*. 382: 65-99.
- Deloitte. (2012). *Türkiye Sağlık Sektörü Raporu: Sürdürülebilir ve Kaliteli Bir Sağlık Sektörü İçin Genel Bakış ve Potansiyel İyileştirme Alanları*. YASED, İstanbul.
- Dizdar T. (2014). *Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*. OHSAD. (http://www.sasder.org/sunumlar/ulusal-kongre3/Tamamlayici-Saglik-Sigortasi_TDizdar.pdf, erişim: 04.04.2016).
- Eren U. (2016). *Global Rekabet ve Yatırımlar*. OHSAD Kurultayı 2016 Sunumlar, 13-17 Nisan 2016, Antalya.
- Esatoğlu EA ve Yıldırım T. (2010). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları No: 64, Ankara.
- Genç U. (2016). *Global Sağlık Yatırımları ve Rekabet*. OHSAD Kurultayı 2016 Sunumlar, 13-17 Nisan 2016, Antalya.
- Karasu K. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı, AÜ SBF Dergisi, 66(3): 217-262.
- Kavuncubaşı Ş ve Yıldırım S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kjekshus LE. (2005). Primary Health Care and Hospital Interactions: Effects for Hospital Length of Stay. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33: 114-122.
- Kwankam Y et al. (2001). *Healthcare Technology Policy Framework*. WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series 24: Healthcare Technology Management, No: 1.
- Lenel A et al. (2008). *How to Organize a System of Healthcare Technology Management*. “How to Manage” Series for Healthcare Technology. Guide 1 (http://www.sti.ch/fileadmin/user_upload/Pdfs/howto1.pdf, erişim:12.03.2008).
- Mawajdeh S, Hayajneh Y and Al-Qutob R. (1997). The Effect of Type of Hospital and Health Insurance on Hospital Length of Stay in Irbid, North Jordan. *Health Policy and Planning*, 12(2): 166-172.
- OECD. (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. (http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)
- OECD. (2018a). *Gross Domestic Product (GDP) (Indicator)*. doi: 10.1787/dc2f7aec-en (Accessed on 12 February 2018).
- OECD. (2018b). *Unemployment Rate (Indicator)*. doi: 10.1787/997c8750-en (Accessed on 12 February 2018).
- OECD. (2018c). *Health Data, Health Spending*.
- OHSAD. (2015). *Sağlık Sektörü Araştırma Raporu: Sağlıkın Geleceği 2015-2023*, OHSAD Kurultayı 2016
- Özer Ö, Yıldırım HH ve Yıldırım T. (2015). *Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik: Kuram ve Uygulama*. 1. Baskı, ABSAM, Ankara.
- Özsoy H. (2016). *OHSAD Konferansı*, OHSAD Kurultayı 2016, 13-17 Nisan 2016, Antalya.
- PwC Türkiye. (2016). *Sağlıkta Dönüşüm: Küresel Dinamikler*. OHSAD Kurultayı

- 2016 Sunumları, 14-17 Nisan 2016, Antalya.
- Resmi Gazete. (1982). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Resmi Gazete, Ankara.
- Resmi Gazete (2000). Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, Tarih: 09 Mart 2000, Sayı: 23988, Resmi Gazete, Ankara.
- Resmi Gazete. (2002). 27 Mart 2002 tarihli ve 24708 sayılı Özel Hastaneler Yönetmeliği, Resmi Gazete, Ankara.
- Resmi Gazete. (2008). Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, Tarih: 15 Şubat 2008, Sayı: 26788, Resmi Gazete, Ankara.
- Resmi Gazete. (2011). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Tarih: 02 Kasım 2011, Sayı: 28103, Resmi Gazete, Ankara.
- Resmi Gazete. (2017). Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Tarih: 25 Ağustos 2017, Sayı: 30165, Resmi Gazete, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2018). (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html>, erişim: 01.02.2018).
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2015). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2017). *2016 Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü. (2018). (<http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TabId/347/PID/1034/CategoryID/15/Default.aspx?CategoryName=T%C3%BCM-Projeler-31>, Erişim: 01.02.2018).
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2006). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2007). *Türkiye’de Sağlıkla Bakış 2007*. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, (2003-2010). Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2016). *Sağlık Hizmet Bölgeleri Organizasyon Şemasının Güncellenmesi*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Planlama Daire Başkanlığı, Ankara.
- Sargutan E. (1993). Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Sağlık-İş Yayınları, Ankara.
- Sezgin AŞ. (2015). *Özel Hastaneler Sektörü*. Türkiye İş Bankası. (https://ekonomi.isbank.com.tr/UserFiles/pdf/sr04_ozelrastanelersektoru.pdf, erişim: 12.10.2017).
- Shortell SM and Kaluzny AD. (1983). *Health Care Management: A Text in Organization Theory and Behavior*, John Wiley and Sons. New York.
- SNHTA. (2008). *Swiss Network for Health Technology Assessment* (<http://www.snhta.ch/home/portal.ph>, erişim: 12.3.2008).
- Sönmez Z. (2015). İçinde: PwC Türkiye. *Türkiye Sağlık Sektörü: Trend ve Öngörüler Yuvarlak Masa Toplantısı*, Nisan 2014, PwC Türkiye, İstanbul.
- Süzen A. (2016). *Sağlık Hizmetleri Sunumu*, OHSAD Kurultayı 2016, 13-17 Nisan 2016, Antalya.
- Tatar M. (2011). *Özel Hemodiyaliz Merkezleri Maliyet Analizi Çalışması*. Hacettepe Üniversitesi (<http://www.diader.org.tr/dosya/HacettepeMaliyetAnalizi.pdf>, erişim: 11.12.2017).
- Temel, T. (2003). *Özel Hastaneler Sektör Profili*, İstanbul Ticaret Odası (<http://docplayer.biz.tr/1440871-Istanbul-ticaret-odasi-ozel-hastaneler-sektor-profil.html>, erişim: 15.06.2003).

- Temple-Bird C et al. (2008). *How to Plan and Budget for Your Healthcare Technology*. “How to Manage” Series for Healthcare Technology. Guide 2 (http://www.sti.ch/fileadmin/user_upload/Pdfs/howto2.pdf, erişim: 12.03.2008).
- Tengilimoğlu D, Işık O ve Akbolat M. (2012). *Sağlık İşletmelerinde Yönetim*. Geliştirilmiş 4. Basım, Nobel Yayınları, Ankara.
- TOBB. (2017). *Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış*, TOBB, Ankara.
- TSB. (2016). Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortaları – Türkiye (www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/TSS_Rapor_16.05.14.docx erişim: 10.11.2017).
- TSB. (2018). Satış Şekli Bazında Primler. (<https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909> (erişim: 13.02.2018)).
- TÜİK. (2018a). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2017*. (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBulutenleri.do?id=27587> (erişim: 12.02.2018)).
- TÜİK. (2018b). *Nüfus Projeksiyonları: Demografik Göstergeler* (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1027).
- Türkmen K. (2015). İçinde: PwC Türkiye. *Türkiye Sağlık Sektörü: Trend ve Öngörüler Yuvarlak Masa Toplantısı*, Nisan 2014, PwC Türkiye, İstanbul.
- Velasco-Garrido M and Busse R. (2005). *Health Technology Assessment: An Introduction to Objectives, Roles of Evidence, and Structure in Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO.
- Yeşilaydın G, Yıldırım T, Arslan DT, Camuz İ ve Esatoğlu AE. (2015). *Türkiye ve Almanya’da Hekim İşgücüsü*. Ankara Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Yıldırım HH and Yıldırım T. (2011). Health Care Financing Reform in Turkey: Context and Salient Features. *Journal of European Social Policy*, 21 (2): 178-193.
- Yıldırım T. (2012). Türkiye’de Sosyal ve Özel Sağlık Sigortacılığı. İçinde: Yıldırım HH. (ed.) *Sağlık Sigortacılığı*. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Yıldırım HH. (2013). Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları 21, Ankara.
- Yıldırım T. (2014). *Avrupa Birliği, Sağlık Çalışanları ve Türkiye: Serbest Dolaşım ve Potansiyel Göç*. Birinci Baskı, ABSAM Yayınları, Ankara.
- Yıldırım HH. (2016). Özel Hastanelerin “5’i 1 Yerde” İle İmtihanı. *Sağlık ve Siyaset* Yazıları. (www.saglikvesiyaset.com, 06.05.2016).
- Yıldırım HH. (2016). *Sağlık ve Siyaset Yazıları*, ABSAM Yayınları, Ankara.
- WHO. (1946). Constitution. Geneva, WHO.
- WHO. (2016). Health for All Database, WHO.
- World Bank. (2013). Health Data, data.worldbank.org/country/TR?locale=tr
- World Bank. (2018). Dünya Bankası Nüfus İstatistikleri Açık Veritabanı (<https://data.worldbank.org/>, Erişim: 10.01.2018).

TÜSPE STRATEJİK TASARIM ÇERÇEVESİ

TÜSPE Stratejik Tasarım Çerçevesi, TÜSPE'yi bir üretim sistemi olarak tasavvur eden, bu anlamda amaç, misyon, vizyon, girdi, süreç, çıktı, sonuç ve geri bildirim unsurlarını içeren ve böylece bir bakışta TÜSPE'yi açıklayan bir yapıdır.



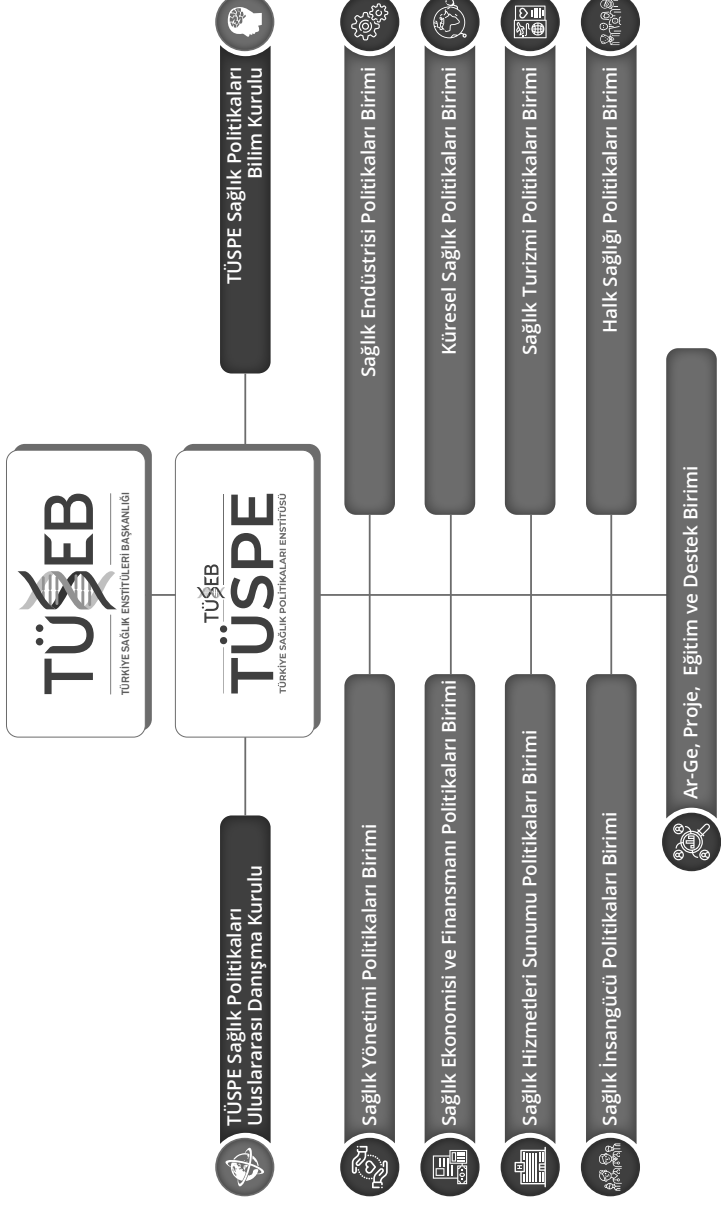
Misyon

İstisare, araştırma ve kanıt temelli, güvenilir ve işlenmiş bilgi üretmek ve yaymak suretiyle Türkiye'nin sağlık politikaları açısından rekabet gücünü arttırmak ve kanıta dayalı sağlık politikalarının oluşturulmasını sağlamak.

Vizyon

Daha sağlıklı ve müreffeh bir Türkiye toplumu ve insanlık için, sağlık politikaları konusunda araştırmaya, istisareye ve kanıta dayalı karar alma sürecini besleyen lider kuruluş olmak.

TÜSPE ORGANİZASYON ŞEMASI



[illegible]

[illegible]

TÜSEB
TÜSPE
TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARI ENSTİTÜSÜ
İstişare, kanıt, araştırma ve bilgi temelli sağlık politikaları



TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü

TÜSPE; sağlık politikaları konusunda istişare, kanıt ve araştırma temelli, güvenilir ve işlenmiş bilgi üretmek ve de yayarak daha sağlıklı ve müreffeh bir Türkiye toplumuna ve insanlığa katkı sağlamak amacıyla; sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi ve finansmanı, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık insan gücü, halk sağlığı, sağlık endüstrisi, küresel sağlık politikaları ve sağlık turizmi ile ilgili politikalara yönelik Ar-Ge, izleme ve değerlendirme, eğitim, yayım, toplantı ve danışmanlık faaliyetlerini yürütür.

www.tuspe.gov.tr

[f](https://www.facebook.com/TusebTuspe) [i](https://www.instagram.com/TusebTuspe) [y](https://www.youtube.com/TusebTuspe) [in](https://www.linkedin.com/company/TusebTuspe) /TusebTuspe

ISBN: 978-605-67412-7-2



9 786056 741272