

COVID-19 pandemisi sürecinde kamu hastaneleri

Osman Öztürk* Özgür Karcıoğlu**

“Sağlık Bakanlığı'nın bütün hazırlıksızlığına karşın hızla organize olarak daha fazla ölümlerin gerçekleşmesinin önüne geçen “her şeye rağmen ayakta kalmayı başarabilen” köklü, büyük kamu hastaneleri ve kamucu/toplumcu hekimlik geleneği Türkiye'nin salgını daha ağır geçirmemesini sağladı.”

COVID-19 pandemisine karşı mücadele altı aydır devam ediyor. Aslında COVID-19'un hastane kaynaklı bir enfeksiyon değil, küresel bir salgın olduğu, SARS COV-2'nin hastane koridorlarında, polikliniklerde, ameliyathanelerde değil sokaklarda, AVM'lerde, fabrikalarda, işyerlerinde, insanlar arasında dolaştığı göz önüne alındığında mücadelenin “sahada” ve birinci basamakta karşılanması gerekirdi. Üstelik Türkiye uzun yıllar boyunca sıtma, trahom, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklara karşı sahada mücadele deneyimine sahipti. Ama öyle olmadı.

Türkiye'de birinci basamak sağlık örgütlenmesinin Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak isimlendirilen sağlık “reformu” sürecinde geçirdiği dönüşüm düşünüldüğünde bu durumun bir tercih olmanın yanı sıra bir zorunluluk olduğu anlaşılıyor. Hatırlanacağı gibi SDP sürecinde bölge tabanlı olarak koruyucu ve tedavi edici hizmeti birlikte veren sağlık ocakları tasfiye edilmiş; topluma ve bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetler ayrılıp Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)/İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM) ile Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) arasında paylaştırılmıştı. Birinci basamak sağlık örgütlenmesinin hakim

yapısı ASM'ler esas olarak bir aile hekimi ve bir aile sağlığı çalışanından ibaret “Aile Hekimliği Birimi (AH-B)”nden oluşuyor ve ev ziyaretleri dışında hizmetlerini sahadan tamamen kopuk olarak yürütüyor. Dahası, aile hekimleri coğrafi bölge/nüfus temelli değil, liste tabanlı olarak çalıştığı için aynı ailenin farklı bireylerinin farklı aile hekimlerine bağlanması, şehrin bir ucunda ikamet eden bir yurttaşın şehrin diğer ucundaki aile hekimine kayıt yaptırmayı mümkün. Böyle bir ASM yapılanmasıyla herhangi bir salgın hastalığa karşı mücadele etmek doğal olarak mümkün değil. Nitekim, Sağlık Bakanlığı'nın 24 bin aile hekimi ve 23 bin aile sağlığı çalışanına pandemi mücadelesinde verdiği tek görev telefonla izlem oldu.

Birinci basamağın “üvey evladı” TSM/İSM'ler ise ekip ve donanım olarak saha çalışmasında yetersiz kaldı; eksikler birinci basamak deneyimi olmayan, ikinci basamakta görevli diğer sağlık çalışanlarından takviyeyle tamamlanmaya çalışıldı.

Neticede, Türkiye altı aydır devam eden COVID-19 pandemisini esas olarak ikinci, üçüncü basamak sağlık kurumları olan hastanelerde karşıladı.

Salgının başlangıcında belirli kamu hastaneleri pandemi hastanesi olarak belirlenirken hasta sayısının hızla artması karşısında ise bünyesinde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları uzmanlarından en az ikisinin bulunduğu ve üçüncü seviye erişkin yoğun bakım yatağı bulunan Sağlık Bakanlığı hastaneleri, devlet ve vakıf üniversitesi hastaneleri ile tüm özel sağlık kuruluşları pandemi hastanesi olarak ilan edildi.

Ancak, yıllardır hastaların hem sağlık sigortalarından hem de ceplerinden para almaya alışkın olan özel hastaneler salgın koşullarında “ilave ücret” almakta zorlanınca daha baştan pandemi mücadelesinden kaçmaya çalıştı. Özel hastane patronlarının örgütü Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği Başkanı henüz salgının ikinci haftasında “Özel hastaneler pandemi hastanesi ilan edildi, ciromuz yüzde 80 azaldı. Devlet, özel hastanelere salgın bitene kadar, 3-4 ay el koysun.” diyerek salgının bütün yükünü devlete yıkmaya çalıştı. Daha sonra Sosyal Güvenlik Kurumu ayrı bir “COVID-19 paketi” belirleyince hastaları kabul ettilerse de özel hastanelerin hasta seçtikleri, yoğun bakım da dahil olmak üzere hastalardan para aldıkları, para ödeyemeyen hastaları endikasyonu olsa bile servise yatırmadıkları şikayetleri kamuoyunda sürekli yer aldı.

* Dr., İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu üyesi

** Prof. Dr., İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Sonuçta Türkiye’de COVID-19 pandemisine karşı mücadele ağırlıklı olarak başta tıp fakülteleri ve eğitim araştırma hastaneleri olmak üzere kamu hastanelerinde yürütülmeye devam edildi.

Dünya Sağlık Örgütü’nün pandemi ilan etmesiyle aynı gün, 11 Mart 2020’de Türkiye’de ilk vakanın resmi olarak açıklanmasıyla birlikte hastaneler yoğun bir hasta akınına uğradı ve büyük kaos yaşandı.

Sonuç olarak, Sağlık Bakanlığı’nın SARS COV-2’nin Çin’de ortaya çıkmasıyla Türkiye’de ilk vakanın tespit edilmesine kadar geçen yaklaşık iki buçuk ay boyunca gerekli hazırlıkları yapmamış olmasının getirdiği organizasyon eksikliği pandeminin hastanelerimizi bir tsunami gibi vurduğu ilk günlerde büyük karmaşa ve paniğe yol açtı, karşılaşılan sorunların çözümü ise büyük ölçüde hekimlerin, sağlık çalışanlarının yoğun gayretiyle mümkün oldu.

COVID-19 pandemisinde ülke en büyük şansımız İran ve bazı Avrupa ülkelerinin Mart-Nisan aylarında yaşadığı aşırı olgu sayıları ve hastanelerin buna yanıt verememe durumunun yaşanmaması oldu.

Zaten pandemi öncesindeki dönemde de hastanelerimiz “olağan dışı durumlarda” çalışmaya oldukça antrenmanlıydı. Örneğin acil servislerine günde 1.000’den fazla hasta başvurusu olan onlarca üçüncü basamak hastanemiz olması bunun sayısallaştırılmış halini gösterir. Bu halyle bakıldığında ülkemiz sağlıkçıları ve kurumlarının “zaten hep afet ve pandemi koşullarının içinde olduğunu” söylemek abartılı olmayacaktır. Yine yoğun bakımlar hızlı hasta sirkülasyonuna alışık. Diğer bir etken, ülkemizde onlarca yıllık tıp eğitiminin teorik gelişmelerle tıp pratiğini harmanlamış olarak yüksek nitelikli denebilecek bir eğitim verdiği, hekim ve hemşirelerin yeni koşullara adapte olmakta becerikli olduğu gerçeğidir. Pandemi döneminde buna somut örnek verecek olursak, hekimlerimiz hasta kliniği-PCR ikileminde kalan batılı meslektaşları gibi tutuk davranmamış, kliniği öncelikli görerek agresif tedavileri öngörü ve cesaretle başlamışlardır. PCR testinin çok yüksek bir yanlış negatiflik oranına sahip olduğunun bilinmesi de bu kararda etkili



olmuştur. Tomografi ve diğer yardımcı hizmetlerin çok rahatlıkla kullanılması da bunda etkindir. Bu faktörlerin hastaların kötüleşmesini ve yoğun bakımları doldurmasını azalttığını söylemek mümkün görünüyor. Yine sivil toplum kuruluşları, meslek odalarımız ve bakanlık tarafından sık sık bilgilendirmelerin ve kılavuz güncellemelerinin yapılması ile hekimlerin gelişmeleri yakından izlediğini söyleyebiliriz.

Nitekim Sağlık Bakanlığı’nın bu süreçte gerek yurt içinde gerekse yurt dışında “başarı hikayesi” için öne çıkardığı sağlık kurumları tıp fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu hastaneleri oldu.

Bu noktada biraz geriye dönüp son yıllarda kamu hastaneleriyle ilgili tartışmaları hatırlamak gerekiyor.

Bundan on yedi yıl önce iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi’nin 16 Kasım 2003’te açıkladığı “Acil Eylem Planı”nda kamu hastaneleriyle ilgili olarak “Bir yıl içinde devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımını kaldırmaya dönük çalışmalar ve hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğinin sağlanması çalışmalarını başlatılacak(tır).” denilmektedir.

Haziran 2003’te açıklanan SDP’nin temel ilkeleri arasında ise “Desantralizasyon” sayılmakta ve “Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesi



TTB COVID-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporunda yer alan “COVID-19 Pandemisi Sürecinde Kamu Hastaneleri” başlıklı makaleden, yazarları tarafından Hekim Sözü için kısaltılmıştır. Raporun tamamına www.ttb.org.tr sitesinin yayımlar bölümünden ulaşabilirsiniz.



Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde kamu hastaneleriyle ilgili yapılan bütün bu değişikliklerle hastanelerin kamusal niteliği ortadan kaldırılıp birer piyasa aktörüne dönüştürülmesi hedeflenmişti.



hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.” olarak açıklanmaktaydı.

Programda SDP'nin sekiz bileşeninin en başında “Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı”na yer verilmekte ve öngörülen yapılanma şöyle tarif edilmektedir:

“SDP vizyonundaki Sağlık Bakanlığı politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda olup ülkemizin kamu veya özel kurum ve kuruluşlarının sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapacaktır. ... Sağlık Bakanlığı'nın başlıca görev ve sorumluluğu politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olacaktır. ... Sağlık Bakanlığı bundan böyle, sağlık sektörü için önceliklerin belirlenmesi, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi, kurumların akreditasyonu ve uzmanlara lisans verilmesi, sigortanın düzenlenmesi ve denetimi, halk sağlığı işlevlerinin yönetimi ve salgın hastalıkların gözetimi üzerinde odaklanmalıdır.”

Görüldüğü gibi “SDP vizyonu” çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasında sağlık hizmeti sunumu, daha özel olarak hastanecilik yer almamakta; dönemin Sağlık Bakanı Dr. Recep Akdağ da sürekli tekrarladığı “Kürek çeken değil dümen tutan Bakanlık olacağız.” sözleriyle bu vizyonu anlatmaktaydı.

Nitekim, AKP'nin 2005 yılında Meclis'ten geçirdiği, Kamu Yönetimi Temel Kanununda Sağlık Bakanlığı hastanelerinin, ilk elde, yerel yönetimlere devri düzenlemesi yer almış ve fakat dönemin Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer'in vetosu nedeniyle yasalaştırılamamıştı.

Keza kamu hastaneleriyle ilgili olarak daha sonra hazırlanan tasarlarda da hastanelere aralarında Sanayi ve Ticaret Odaları temsilcilerinin de bulunduğu “mütevelli heyet”ler atanması öngörülmüştü.

Sonrasında, 2 Kasım 2011'de çıkarılan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile illerdeki Sağlık Bakanlığı hastaneleri Kamu Hastane Birlikleri çatısı altında toplanmış, hastane

yönetimlerinde de değişikliğe gidilerek başhekimlerin üzerine “Hastane Yöneticisi” atanmış, Birliklerde ve hastanelerde yönetici olabilmek için hekim ya da bir başka sağlık meslek mensubu olma şartı kaldırılarak “en az dört yıllık eğitim veren yükseköğretim kurumlarından veya bunlara denkliği Yükseköğretim Kurulunca kabul edilmiş yurt dışındaki yükseköğretim kurumlarından mezun olmak ve kamu veya özel sektörde, genel sekreter için 8 yıl, idari ve mali hizmetler başkanları, hastane yöneticisi ve müdürler için en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmak” şartı getirilmiştir.

SDP çerçevesinde kamu hastaneleriyle ilgili yapılan bütün bu değişikliklerle hastanelerin kamusal niteliği ortadan kaldırılıp birer piyasa aktörüne dönüştürülmesi hedeflenmişti.

Koronavirüs pandemisi dünyada ve Türkiye'de hız kesmeden devam ediyor. Bu süreçte hükümetlerin yürüttüğü pandemi mücadelelerinin başarısını değerlendirmek için doğal olarak ülkeler arasında karşılaştırmalar yapılıyor. Aslında coğrafi, siyasi, demografik yapıları, salgın politikaları, test sayıları, vaka bildirim kriterleri gibi bir dizi değişken standardize edilemediği bu karşılaştırma oldukça zor. Ancak Türkiye'nin altı aylık süreçte salgını bırakın kontrol altına almayı hâlâ baskılamayı bile başaramadığı, erken dönemde başlatılan “normalleşme”nin ardından vaka ve ölüm sayılarındaki artış göz önüne alındığında başarılı ülkeler arasında saymak mümkün görünmüyor.

Gene de Türkiye'nin salgını daha ağır geçirmemesinin sahip olduğu birkaç avantajdan kaynaklandığı söylenebilir. Bunlardan biri yaşlı nüfus oranının gelişmiş ülkelere göre düşük olması, bir diğeri fedakâr sağlık çalışanları oldu. Üçüncüsü ise özellikle salgının bir tsunami gibi vurduğu ilk günlerde Sağlık Bakanlığı'nın bütün hazırlıksızlığına karşın hızla organize olarak daha fazla ölümlerin gerçekleşmesinin önüne geçen “her şeye rağmen ayakta kalmayı başarabilen” köklü, büyük kamu hastaneleri ve kamucu/toplumcu hekimlik geleneği oldu.

Kıymetlerini bilmek ve korumak, geliştirmek gerek.