

GÖZLEM VE GÖRÜŞLER**ÜNİVERSİTE HASTANELERİ AÇISINDAN SON UYGULAMALAR NASIL GÖZÜKÜYOR?**

Faruk ERDEN*

"Kimseye etmem şikayet ağlarım ben halime, titrerim mücrim (suçlu) gibi baktıkça istikbalime" sözleriyle başlayan, Kemani Serkis Efendi'nin nihavend makamında bestelediği ünlü şarkısında olduğu gibi olanlar hem ağlatıyor, hem de suçluluk hissettiriyor. Bu yazıda, ülkemizdeki 52 üniversite hastanesi yönünden, sağlıkta son aylarda olanları, gözlemsel olarak kısaca değerlendirmeyi amaçladık.

"Hasta acil renal stent takılması gereken biridir. Ocak 2008 başında bir üniversite hastanesine başvurmuştur. Hekim hastane idaresine gerekli stentin alınmasını talep etmiştir. Hastane idaresi medikal firmaya alım için talepte bulunmuştur. Medikal firma bu stenti hastaneye 1.200 YTL'ye fatura edebileceğini bildirmiştir. Hastane idaresi bu malzemeyi satın aldığı anda geri-ödeme olarak en fazla 500 YTL alabileceğini öngörmektedir. Hasta yakını durumu analiz edip, malzemeyi kendi cebinden alabileceğini, kurumundan da talep etmeyeceğini yazılı olarak beyan etmiştir. İşlem yapıp, hasta taburcu olduktan sonra hasta yakını, söz verdiği halde, geri-ödeme kurumuna malzeme faturasını verip, parasını almıştır. Kurum hastane alacaklarından 1.200 YTL kesecektir. Eğer hastane idaresi, ihale ile bu stenti alamadığını yazılı ispatlayabilirse, malzemenin protokol fiyatı olan 500 YTL hastaneye iade edilebilecektir?" Bu vb. senaryolar sebebiyle Ocak 2008 de teknik işlemlerin fazla yapılması gereken, özellikle üniversite hastanelerinde ciddi bir kaos yaşanmaktadır. Tansiyonu düşürebilmek ve özellikle üniversite hastanelerinde, yatan hastaların ilaç ve malzemelerinin teminiyle ilgili uygulamadan kaynaklanan sorunlarını çözmek için 22 Ocak 2008'de, Maliye Bakanı Kemal

Unakıtan, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Faruk Çelik, Sağlık Bakanı Recep Akdağ ve bu 3 bakanlığın yetkilileriyle 7 üniversite rektörü bir araya geldi. Basın açıklamasında, bu konuda başlatılacak çalışmanın 2 hafta içerisinde tamamlanması kararı alındığı bildirildi. Muhtemelen ilgili düzenlemelerin Şubat ayı içinde hayata geçirilmesi öngörülmüyor. Son günlerde öğrenci ve asistan eğitimi yapılan, halkımızın bilimsel olarak halen güvendiği, üçüncü basamak sağlık hizmeti ürettiği iddia edilen kurumlarda gerçekte neler yaşanıyor?

1. Sevk Zinciri Kalktı. Halkımızın lehine gibi gözükən bu karar, hem üçüncü basamak sağlık kurumu olarak değerlendirilen üniversite hastanelerinin polikliniklerini tıkadı, hem de Sağlık Bakanlığı'nın hedeflediği aile hekimliği sistemi için tanımladıkları ilkelerden en önemlilerinden bir tanesini uygulama başlamadan fiilen bitirdi. Basit bir tonsillo-farenjit ya da komplike olmayan sistit için dahi, hastalar gelip hastanelerin polikliniklerinde, sınırlı sayıda olan sıraları kapatabilmektedir. Gerçekten detaylı incelenmesi gereken komplike vakalar bu kargaşada gözden kaçabilmektedir. Eğitim ve araştırma gözlüğü ile bakışın unutulma tehlikesi söz konusudur. Bu konu hakkında niçin demeçler verilmemektedir? Kanımızca, devlet tarafından sağlanan yatırım bütçelerinin kaldırılması, sadece döner sermaye gelirlerine bağlı yapılabilen ödemeler (taşeron temizlik, güvenlik, yemek şirket giderleri, elektrik, su ve ısınma giderleri, öğretim üyelerine ve diğer personele maaşları dışında verilebilen ek ödemeler vs.) üniversite hastanelerini kar amacı güden işletmeler haline çevirmektedir. Ayaktan hastalarda, vaka başına sabit ödeme nedeniyle, basit vakalara (tetkik gerekmeyen) verilen geri-ödemeler, komplike vakalara verilen geri-ödemelerle aynıdır. Hangi hastane yönetimi, komplike vaka almak ister? Komplike vakalara hangi kamu sağlık kurumu hizmet verecek?

*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Farmakoloji AD Öğretim Üyesi

2. Performans Ücretlendirmesine Geçildi. Türk Tabipleri Birliği ve İstanbul Tabip Odası'nın 9 Ocak-2008'de basına ve kamuoyuna yaptığı açıklamada; "Sağlık hizmetinin niteliği bütüncül bir yaklaşımı zorunlu kılar. Bu nedenle sağlık hizmetini sunan ekibin bütünlüğünün korunması, hizmet verirken yarışma ve rekabet duygularını körükleyen "performans" ücretlendirmesi gibi uygulamalar yerine, dayanışma ve uyumu sağlayan bir çalışma ortamının yaratılması önemlidir." ifadesi yer almaktadır. Sadece hekim ve sadece düz maaşlar açısından bakıldığında, muayenehanesini kapatarak ikinci basamakta tam gün hasta bakan uzmanlar, 2006'da ortalama aylık 3 bin 828 YTL döner sermaye payı alırken, 2007'nin ilk 8 ayında ortalama döner sermaye payı 4 bin 80 YTL'ye çıktığını Sağlık Bakanlığı yetkilileri açıklamıştır. 2008 yılında kamuda çalışan bir uzman hekimin ortalama maaşı (¼, 1.612-1.746 YTL), kamuda çalışan bir profesörün ortalama maaşı (¼, 2.894-3.038 YTL) gözükmektedir. Sonuçta, üniversite hastanesinde çalışan bir profesör hekimin eline geçen aylık ortalama ücret, devlet hastanesindeki bir uzmana göre düşük kalırsa, aynı şekilde hekim-dışı sağlık personelinde de bu tip eşitsizlikler olursa, çözüm için üniversite hastanesi yönetimleri işletmecilik mantığını abartabilirler? Üniversite hastaneleri, zarar ettirecek işlemler kavramının yaşandığı birer işletmeye dönüşebilir. Buna en güzel örnek, 15-09-2006 / 37 sayılı basın bülteni aracılığı ile Gaziantep Üniversitesi Rektörü sayın Prof. Dr. Erhan Ekinci'nin üniversite hastanesindeki mali kriz nedeniyle "öğretim üyeleri ve diğer çalışanların döner sermaye katkı paylarının ödenmesini geçici olarak durdurma" kararına ait kamuoyu açıklamasıdır.

Üniversitesi Hastanesinde 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4/B maddesine göre istihdam edilen sözleşmeli sağlık personellerinin, döner sermaye ek ödemesinden faydalandırılmaması sebebiyle, üniversite hastanelerinden yetişmiş personel kaybı devam etmektedir. Üniversite hastanelerinde 4/B maddesine göre istihdam edilenlere, döner sermaye verilme kararı çksa dahi, Bakanlığa bağlı hastanelerin ek ödeme oranları üniversiteye bağlı hastanelerin ek ödeme oranlarından fazla olacağı için ek ödeme farkı yine kapanmayacaktır. Özetle, iyi işletemeyenin maaş ya da maaş-dışı ek ödemesi olamaz.

Sağlık personelinin tam gün çalışmasını teminen ilgili kanunlarda değişiklik yapılmasına dair kanun tasarısı taslağı olarak belirtilen ileriye yönelik çalışmada, üniversite hastanelerinde görev yapan personelin döner sermayeye dayalı mali haklarında iyileştirmeler planlanmaktadır. "Sağlık Bakanlığı üniversitelerle ilgili YÖK Kanununda bazı düzenlemeleri değiştirmeyi düşünüyor. Tıp fakültelerinde görev yapan, öğretim üyeleri, özel kanunlarla belirlenen görevler ile araştırma-geliştirme faaliyetleri ve telif hakları hariç olmak üzere, yükseköğretim kurumlarından başka yerlerde ücretli veya ücretsiz hiçbir suretle mesleklerini icra edemezler. Görevli öğretim elemanlarına döner sermayeden bir ayda ayrılacak payın tutarı, bunların bir ayda alacakları aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme,

ödenek (geliştirme ödeneği hariç) ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı hariç) toplamının iki katını, diğer öğretim elemanları ile 657 sayılı Kanun'a tabi personel ve aynı Kanunun 4/B maddesine göre sözleşmeli olarak çalışanlar için ise yüzde 150'sini geçemez. Öğretim üyelerine, mesai içi ve dışı ayırımı gözetilmeksizin döner sermayeye yaptıkları doğrudan gelir getirici katkılarında dolayı ilave olarak, almakta oldukları aylık (ek gösterge dahil), ödenek (geliştirme ödeneği hariç) ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatları hariç) toplamının on katına kadar pay verilebilir. Öğretim üyelerinin sundukları sağlık hizmetleri için kişilerden ayrıca ücret farkı tahsil edilemez." ifadeleri yer almaktadır. Bu tasarının yasalaşması halinde üniversite hastanelerinde, hastanın rızasıyla alınan öğretim üyesi farkı kalkmış olacak. Üniversite Döner Sermaye İşletmelerinin şu andaki en önemli kaynaklarından birisi daha ortadan kalkınca, ayakta kalabilmek için yeni gelir kaynağı bulmaya itilecektir? Taslakta ayrıca, öğretim üyelerine, saat 16.00'dan önce olmamak kaydıyla mesai saati dışında döner sermayeye yaptıkları doğrudan gelir getirici katkılarında dolayı ilave olarak ödenecek ek bir paydan da bahsedilmektedir. Tam gün kararının, özellikle bu tip parasal sorunlar net değerlendirilmeden üniversite hastanelerinde 2008 içinde uygulanması kanımızca zor gözükmektedir. Sonuçta hiçbir klinisyen öğretim üyesi, diğer kamu kurumundaki eşdeğer konumdaki bir uzmandan daha az toplam maaşa rıza göstermez.

3. Yatarak tedavi görme ihtiyacı olan hastaların ilaç ve tıbbi malzemelerinin yattıkları kurumca karşılanma zorunluluğu geldi. Halkımızın lehine gibi gözükken bu karar, ekonomideki gerçeklerle uyuşmuyor. Üniversite hastanelerinde bulunan eczaneler, önceki dönemde dahi, özellikle yatan hastanın tüm ilaçlarını karşılayamaz durumdaydı. Çünkü piyasadaki yaklaşık 5000 çeşit ilacın stoklanması ve karlı şekilde yönetilmesi çok zordur. Genellikle zarar edilmeyen 500-600 kalem civarındaki ilaç, hastane eczanelerinde bulundurulabiliyordu. Ocak 2008 itibarıyla hastanede kullanılacak tüm ilaç çeşitleri ve ek olarak sayısı binleri bulan malzeme nasıl temin edilip, stoklanabilecektir? Bu, hastane idarelerinin kurum-dışından ilaç depoları ve tıbbi malzeme marketleri (?) ile anlaşması dışında mümkün gözüküyor.

T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan 04.01.2008 tarih, 00118 sayılı genelgede;

"Bilindiği üzere, 25/5/2007 tarih ve 26532 mükerrer sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak, 15/6/2007 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren (8) sıra numaralı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'nin 12.1.2'nci maddesinde, yatarak tedavilerde hastanede kullanılacak ilaçların hastane tarafından temininin zorunlu olduğu, bu uygulamaya resmî sağlık kurumları için 1/1/2008 tarihinden itibaren başlanacağı belirtilmiş olup; konuyla ilgili olarak, hasta mağduriyetine meydan verilmemesi ve uygulamada ortaya çıkabilecek tereddütlerin giderilmesi

amacıyla aşağıdaki açıklamaların yapılmasının gerekli görüldüğü bildirilmektedir.

a) 1 Ocak 2008 tarihinden itibaren yatan hasta tarafından kullanılması gereken ilacın hastane tarafından temin edilemeyerek hastaya dışarıdan aldırılması durumunda; hastanın kurumu tarafından, reçete muhteviyatı ilaca ait faturada yer alan tutar hastaya veya eczaneye ödenecek ve sağlık kurumunun faturasından ilaç için ödenen tutar kadar kesinti yapılacaktır.

b) Sağlık kurumunun başhekimliği tarafından; hastaya aldırılan ilacın ihale yöntemi ile temin edilemediğinin, eksik ödemenin yapıldığı faturanın bir örneğinin/ fotokopisinin ekli olduğu bir yazı ile hastanın kurumuna bildirilmesi halinde, eksik ödenen tutar sağlık kurumuna ödenecektir." ifadesi yakın gelecekte kurumlar arası ciddi çatışmalara (belki de davalara) açık gözükmektedir.

Zaten bu konuda kargaşa artınca alınan karar da "özellikle hayati önemi haiz olan ve acil müdahale gerektiren kalp ve ortopedi ameliyatlarında kullanılan ilaç ve malzemelerin özellikleri, boyutları ve nitelikleri, kullanılacak hastaya göre değiştiğinden ya da belli bir kullanım süresi bulunmasından dolayı bu süre içinde kullanılmaları zorunlu olduğundan; hem idare yararı hem de hastaların mağdur edilmemesi açısından bu gibi ilaç ve malzemelerin ihale yoluyla önceden temin edilerek stoklanması yerine, ihtiyaç duyulduğunda doğrudan temin edilmesi öngörülmektedir" ifadesine işaret edilmiştir. Tıbbi malzeme marketleri işaret ediliyor?

Hastane idareleri geri-ödeme kurumlarından ilaç ve malzeme paralarını nasıl tahsil edebilecekler? İlaçlarda fiyat Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş olduğundan sorun çıkmayabilir. Kurumlar, hekimlerini özellikle paket ameliyatlarda kullanılan ilaçlarda, kar getirisi yüksek (eczacı jargonunda, mal fazlası verilebilen) endikasyon muadili ilaçlara zorlayacaktır. Hekim eskiden olduğu gibi özel bir markayı işaret edemeyecek, orijinal isim yerine jenerik hatta endikasyona uygun ilaçların hastane eczanesine alınmasına rıza göstermek zorunda kalacaktır.

Asıl sorun malzemedir. Özellikle beyin cerrahisi, ortopedi ve kardiyolojide olmak üzere ameliyatlarda kullanılan malzemelerin, piyasada en az 2-3 farklı fiyatlı muadili (orijinal ürün, uzak-doğu yapımı muadil ürünler gibi) bulunmaktadır. Örnek olarak, kardiyoloji hastalarında kullanılan ilaçlı stentleri geri-ödeme kurumu ödemiyor. Bu durumda hastaya ilaçsız stent önerilebilir. İlaçlı stent önerilip, tamamını cebinden karşılaması önerilebilir. Ya da ilaçsız stent takılmış gibi gösterilip (fatura ve barkod uygulamasıyla yeni bir suç alanı) aradaki fiyat farkı hastadan talep edilmeye çalışılır?

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) yetkilileri, uygulamanın, doktor-tıbbi malzemeci ilişkisini bitirerek önemli yolsuzluk kaynağını kurutacağını savunuyor. Direncin önemli bir sebebinin mevcut sistemden beslenenler olduğunu anlatıyor. Yeni uygulamanın

amacının, hasta sahibini ilaç ve malzeme bulabilmek için kapı kapı dolaşmaktan, ameliyathane kapılarında çantayla bekleyen pazarlamacılardan kurtaracağını söylüyor. Ancak; SGK Sağlık Uygulama Tebliğinde, Tıbbi malzeme ödeme esasları başlığı altında da ilaçtakine benzer hükümler yer almaktadır. Bazı önemli detaylar:

"...resmi sağlık kurum ve kuruluşlarınca temin edilen tıbbi malzeme bedelleri ise tıbbi malzemenin KDV dahil alış fiyatı üzerine; %15 işletme gideri ilave edildikten sonra bulunan tutar üzerinden hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek fatura edilir ve bedelleri Kurumca ödenir."

"...reçete düzenlenerek hastaya aldırılması durumunda; fatura tutarı hastaya ödenerek ilgili sağlık kurumunun alacağından mahsup edilir. Ancak, mahsup edilen malzemenin sağlık kurumunca ihale yöntemi ile temin edilemediğinin başhekimlik onayı ile belgelendirilmesi halinde;"

"...Tebliğ ve eki listelerinde yer almayan tıbbi malzeme bedelleri ise; Kurum (devredilen T.C.Emekli Sandığı) ile protokollü firmaların protokol dahili malzemeleri protokol fiyatları, Protokol dahilinde olmayan tıbbi malzemeler ile Kurumla (devredilen T.C.Emekli Sandığı) protokolü olmayan firmalardan temin edilen malzemeler, piyasa araştırması yapılarak bulunan en düşük fiyatlar, esas alınarak fatura tutarını aşmamak şartıyla ödenir."

"Piyasa araştırmasında, yerli ürünlerin bedelinin tespitinde, Ankara, İstanbul veya İzmir Ticaret Odalarından fiyat tespiti de istenilebilir. Piyasa araştırması ile fiyat tespiti yapılamayan ithal ürünlerin bedeli, FOB fiyatları üzerine %40 ilave edilerek tespit edilecek tutar üzerinden ödenir."

İfadeleri yer almaktadır. Yazımızın başında sunulan hastamızla ilgili belirsizlik kaynağı, yukarıdaki ifadelerin geri ödeme açısından yoruma açık olmasıdır. Tıbbi malzeme ithal eden şirketlerin FOB (Free On Board, tedarikçinin malzemeyi nakliye yapılacak geminin güvertesine teslim fiyatı, bu andan itibaren mallara ilişkin herhangi bir kayıp ya da hasarın bütün masraf ve riskleri alıcıya aittir.) fiyatına %100'den eksik ilave ederek, malzeme satmasının zor olduğu söyleniyor. Çünkü üniversite hastaneleri kasalarında nakit paraları olmadığı için peşin alım yapamıyor. Bu kuralı aşabilmek için, FOB fiyatının yüksek gösterilmesi amacıyla yabancı şirketlerden Türk şirketlerine Özgü özel FOB fiyatı talebinde bulunma yoluna gidebilirler? Piyasaya kaçak girmiş malzemelerle nasıl mücadele edileceği konusu ayrı bir sorundur. Özetle, hastane yönetimleri piyasadaki diğer profesyonel şirket yönetimleri tarzına geçmek zorunda bırakılmaktadır.

4. Sağlık Harcamalarında Artış Devam Edecek.

Toplam kamu sağlık giderlerimiz 2005 yılında 18.2 milyar YTL iken, 2006 yılında 23.3 milyar YTL idi. 2007 yılında beklenen sağlık harcama artışı %7 civarındadır. Üretici fiyatları ile ilaç tüketimimizin (2006 – 9.9 milyar YTL),

ulusal gelirimize oranı 1.75 civarındadır. Bu oransal olarak bir dünya rekorudur. ABD'de bile bu oran 1.50'dir. Bu kamu sağlık harcama tutarı, sadece faturalı harcamalardır. Yani maaşlar, yatırımlar ve koruyucu sağlık hizmetleri dahil değildir. Sağlık harcamaları, MEDULA (elektronik veri alt yapısı) sonrası daha net izlenebilecektir. Gelmesi muhtemel ek yükler; tüp bebek tedavisi sebepli harcamalar, PET ve genetik tetkiklerde patlama tarzındaki artışlar vb yeni ve pahalı harcama kalemleri gözüküyor. Ayrıca, ABD'de dahi yapılabilen, diyaliz hastalarında kullanılan, pahalı dializör tekrar-kullanımı gibi (reuse), ülke çıkarımıza olan bazı uygulamaların nasıl fiyatlandırılacağı halen saptanmamıştır. Çünkü, tıbbi malzeme temin esaslarında, "Kurum ile sözleşmeli resmi sağlık kurumları, temin ettikleri tıbbi malzemeler için 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 19'uncu, 20'nci, 21'inci ve 22'nci maddesinde belirtilen ihale usulleri ve doğrudan temin alımları da dahil olmak üzere yaptıkları alımların; ihale kayıt numarası (İKN), onaylanmış ürünün numarası (tıbbi malzemenin barkodu), KDV hariç alış fiyatı, adet, tarih, hastane kodu ve firma bilgisi vb. bilgileri Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranına eksiksiz girmek zorundadırlar. MEDULA sisteminde; Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranı ile bağlantı kurularak verilerin doğruluğu teyit edilecektir." ifadesi hastanelerdeki tüm tekrar-kullanımlara engel gözükmektedir. Ya da sahte barkod tartışmaları yaşayacağız?

Özellikle son aylarda sağlık kurulu raporu almak için başvuranlarda, fizik tedavi almak isteyenler, çocuklarına özürlü raporu almak isteyenler vb suni artışlar tarafımızdan dikkat çekici bulunmaktadır. Yine fatura incelemelerinde ICD-10 tanı kodları kullanımında, Z-00 ile başlayan tanılarının "sağlıklılarda tarama amaçlı olduğu" ileri sürülerek, muayene ve tetkiklerinin geri-ödeme kurumunca ödenmediği anlaşılınca, ülke çapında tüm hastanelerin kısa sürede sağlıklı gebe muayenesi dahil, tüm kontrolleri iptal etmeleri onlarca refleks kayıptan kaçınma örneğinden birisidir. Yakın gelecekte sağlık istatistiklerimizde "anemik olmayan ya da ek sorun görülmeyen gebe muayenesi, kontrole gelmiş sağlam tanısı almış çocuk" sıfır çıkabilir?

5. Bıçak Parası Kalktı? Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde, 2007'de tam gün çalışan bir uzman hekimin ortalama 1500 YTL maaşı ve ortalama 4000 YTL döner sermayeden ücret aldığı belirtilmektedir. Buna rağmen devlet hastanelerinden, özel sektöre uzman hekim transferleri devam etmektedir. Demek ki özel sektör, hastadan aldığı fark ücretle, hekime daha fazla maaş verebilmektedir. Hasta memnuniyeti göreceli bir kavramdır. Ama, hastaların özel hastaneleri seçmelerinde en önemli faktörün, otelcilik hizmetleri olduğu da

bilinmektedir. Üniversite hastanelerindeki kıdemli bir profesörün maaşının maksimum 3000 YTL olduğu göz önüne alındığında, dışarıdaki uzman hekimin eline geçen toplam aylık tutara ulaşabilme hevesiyle, özel muayene ve ameliyatların gittikçe artacağı çok barizdir? Üniversite hastanesinde MR çektirebilmek için 3 ay randevu verilmesi, hocaya özel muayene olan hastanın daha hızlı işlemler yaptırabilmesi gibi örnekler yakın geleceğin önemli sorunları olacaktır. Bunun çözümü için üniversitelerin döner sermaye kanunları ile ilgili mevzuatında düzenlemeler yapılması acildir. Bu konuda, 22 Ocak 2008'deki toplantı sonrası girişimde bulunma sözü hükümet tarafından verildi ve 25-01-2008 tarihinde Maliye Bakanı Sayın Unakıtan, üniversitelerin döner sermayelerinden alınan yüzde 15 Hazine payını yüzde 5'e düşürmeye ve araştırma görevlilerine de performans dayalı destek verilmesine karar verdiklerini açıkladı. Hazine payı oranı 2007 yılı içinde üniversite hastaneleri için %15, devlet hastaneleri için %1 idi. Yani 600 yataklı iki farklı kurumun, devlete ödedeği vergi farkı, üniversite hastanesi aleyhine yıllık kabaca 9 milyon YTL civarında olmuştur.

Toplam kamu sağlık giderimizin, son 5 yıl içinde 10 milyar YTL civarından, 2008'de kabaca 30 milyar YTL'ye çıkması muhtemeldir. Dinamik bir yapıya sahip uygulamalar ve değişiklikler nede4niyle önümüzü net göremiyoruz. Sağlık hizmetlerinin maliyetleri giderek yükselmeye devam etmektedir. Maliyet hesabı yapılmaksızın sağlık hizmeti vermeye devam edilmesi imkansız gibidir. Çözüm önerisi olarak, yatan hastalardan %1 katkı payı alınacağı bildirilmiştir. Bu oran ileriki günlerde daha da artacak gözüküyor.

Son günlerde basında yoğun reklamı yapılan elektronik sigara olayında olduğu gibi, "Sağlık Bakanlığı'nca 20 uzmandan oluşturulan bilim kurulu elektronik sigaranın normalinden farklı olmadığını ifade ederek" son noktayı koymuştur. Ama bu kararsızlık döneminde tüketici madur olmuş, atı alan Üsküdar'ı geçmiştir. Şu anda uygulanan sağlık politikaları da sürdürülebilir gözüküyor. Bir güvenilir bilimsel kurulun gelinen durumu değerlendirmesi şarttır. Ayrıca, daha da önemlisi hastalarımız, hekimlerini "gündelik yaşamını tıplaştıran, her olaya performans açısından yaklaşan" bir çeşit hizmet pazarlayıcısı olarak görüp, güven bunalımı yaşamaya başlamışlardır. Tıbbın ticarileşmesini, sağlığın piyasalaşmasını ve hastanın müşteri konumuna indirgenmesini hep birlikte izliyoruz. Özel sağlık kurumlarının göz alıcı otelcilik hizmetlerine rağmen, halkımızın üniversite hastanelerine kaos ortamında güveni devam edecek midir? Kanımızca, üniversite hastaneleri "güvenilir kamu kurumları mı, acemi birer işletme mi" yol ayrımındadır.