

SUÇU MAĞDURA YÜKLEMELİK: VAKIF ÖZEL İDARESİ'NİN GÜNEYDOĞU LONDRA PLANI*

Allyson Pollock**, Elias Kondilis***, David Price****, Graham Kirkwood****, Louisa Harding-Edgar***

Özet: Birleşik Krallık'ta kamu özel ortaklığı (KÖO) Ulusal Sağlık Sistemi için finansman sorunları nedeniyle bir krize dönüşmüştür. Bu rapor Güney Londra Vakıf İdaresi verileri üzerinden bu krizi analiz etmektedir. Hizmet değişiminin ardındaki neden, Güney Londra Sağlık Hizmetleri Vakfı'nın (GLSHV) uzun süredir devam eden özel finansman girişimlerinin (Kamu-özel ortaklığı, KÖO) aşırı, üstelik giderek artan, ancak net olmayan maliyetleridir: Bakanlığın Temmuz 2012'deki açıklamasına göre bu maliyet 89 milyon İngiliz Sterlini (£) olup Vakıf cirosunun %18'ini oluşturmaktadır; Ocak 2013 tarihli VÖİ raporuna göre de rakam 69 milyon £ ya da Vakıf gelirinin %16'sıdır. Yıllık ücret enflasyona endekslendiğinden KÖO'nun Vakfa maliyeti giderek karşılanamaz hale gelmektedir. Giderek büyüyen KÖO krizi, ulusal tarife aracılığıyla KÖO'na yeterli kaynaklar ayrılamaması sonucunda daha da ağırlaşmıştır. Hükümetin politikası da, yetkililerin hastane refakati ve kabulü için yaptıkları ödemeleri azaltarak (Ulusal tarife) ve QIPP (Kalite, yenileme, verimlilik ve önleme) olarak bilinen etkinlik programı sonucunda Vakıf gelirlerini olumsuz etkilemiştir. Hükümetin Vakıfların (Örneğin Guy's ve King's gibi) fazlalıkları ellerinde tutmalarına izin veren ve görevlilerin fazlalıkları Hazine'ye iade etmelerini öngören politikası, aslında Güneydoğu Londra'da USH kullanan tüm hastalar ve halk için ayırmış olduğu fonlara GLSHV'nin erişimini engellemiştir.

Anahtar kelimeler: Kamu sağlık hizmetleri, Kamu özel ortaklığı, Hastane

Blaming The Victims: The Trust Special Administrator's Plans For South East London

Abstract: In United Kingdom, public private initiatives (PFI) has been a crisis for National Health System (NHS) by underfunding. This report analyzed this crisis through South London Healthcare NHS Trust (SLHT) data. Service change has been driven by the exorbitant, increasing, yet unclear, cost of the SLHT's long-standing PFI deals - £89 million and 18% of Trust turnover according to the SoS in July 2012, £69 million or 16% of Trust income according to the TSA report in January 2013. The PFI cost to the Trust is increasingly unaffordable because the annual charge is indexed to inflation. The growing PFI funding crisis has been exacerbated by underfunding of PFI charges through the national tariff. Government policy has also undermined Trust income by reducing the prices paid by commissioners for hospital attendances and admissions (the national tariff) and as a result of an efficiency programme known as the QIPP. Its policy of allowing Foundation Trusts (such as Guy's and King's) to retain surpluses, and requiring commissioners to return surpluses to the Treasury, has denied SLHT access to funds that were originally ear-marked for all patients and residents using the NHS in South East London.

Key words: Public health services, Public private partnership, Hospital

Yönetici Özeti

Bakanlığın, Temmuz 2012'de atadığı Güney Londra Sağlık Hizmetleri Vakfı Özel İdaresi (VÖİ) tarafından hazırlanan rapor ışığında Ocak 2013'te aldığı karar sonucunda Güneydoğu Londra'da ve buradaki hastanelerde kimi önemli hizmetler kesilecek, personel işten çıkarılacak ve ulusal sağlık hizmeti (USH-NHS) satışları gündeme gelecektir. Raporumuzda, bütün bunların, hükümetin VÖİ rejimi getirilirken öngörülen tersine, sağlık hizmetlerini

gözeterek hareket etmemesinin sonuçları olacağını gösteriyoruz. VÖİ, hizmetleri azaltırken bunun halk sağlığı açısından yararlarını ortaya koyamamış, izlenen politikanın geçerliliği konusunda sağlam bir kanıt sunamamıştır.

Tersine, Güney Londra Sağlık Hizmetleri Vakfı (GLSHV) için öngörülen VÖİ rejimine ilişkin analizimizin gösterdiği gibi, gündemde olan,

*Birleşik Krallık'ta sağlık alanında uygulanan kamu özel ortaklığı projelerinin Güneydoğu Londra'ya ilişkin değerlendirmeleri içeren raporun TTB web sayfasında yer alan çevirisidir.

**Prof., Temel Sağlık Hizmetleri ve Halk Sağlığı Merkezi, Queen Mary, Londra Üniversitesi

***Dr. Temel Sağlık Hizmetleri ve Halk Sağlığı Merkezi, Queen Mary, Londra Üniversitesi

**** Temel Sağlık Hizmetleri ve Halk Sağlığı Merkezi, Queen Mary, Londra Üniversitesi

hükümet tarafından geliştirilen yeni bir finansal itikili hizmet değişimidir ve üstelik bu değişim Mid-Staffordshire'daki durumla ilgili olarak Francis araştırmasının eleştirdiği türdendir.

Suçun mağdurlara yüklenmesi: Vakıf Özel İdaresi'nin güneydoğu Londra'ya ilişkin planları

Hizmet değişiminin ardındaki neden, Güney Londra Sağlık Hizmetleri Vakfı'nın (GLSHV) uzun süredir devam eden özel finansman girişimlerinin (kamu-özel ortaklığı, KÖO) aşırı, üstelik giderek artan, ancak net olmayan maliyetleridir: Bakanlığın Temmuz 2012'deki açıklamasına göre bu maliyet 89 milyon İngiliz Sterlini (£) olup Vakıf cirosunun %18'ini oluşturmaktadır; Ocak 2013 tarihli VÖİ raporuna göre de rakam 69 milyon £ ya da Vakıf gelirin %16'sıdır.

- Yıllık ücret enflasyona endekli olduğundan KÖO'nun Vakfa maliyeti giderek karşılanamaz hale gelmektedir. Giderek büyüyen KÖO krizi, ulusal tarife aracılığıyla KÖO'na yeterli kaynak ayrılması sonucunda daha da ağırlaşmıştır.

- Hükümetin politikası da, yetkililerin hastane refakati ve kabulü için yaptıkları ödemeleri azaltarak (ulusal tarife) ve QIPP (kalite, yenileme, verimlilik ve önleme) olarak bilinen etkinlik programı sonucunda Vakıf gelirlerini olumsuz etkilemiştir.

- Hükümetin Vakıfların (örneğin Guy's ve King's gibi) fazlalıkları ellerinde tutmalarına izin veren ve görevlilerin fazlalıkları Hazine'ye iade etmelerini öngören politikası, aslında Güneydoğu Londra'da USH kullanan tüm hastalar ve halk için ayırmış olduğu fonlara GLSHV'nin erişimini engellemiştir.

Ulusal hükümetin bu politikaları hep birlikte bir finansal açığın – GLSHV'de ve başka yerlerde – ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu durum, kaynak tahsisinde çarpıklıklara ve VÖİ rejiminin yerel olarak öngörüldüğü çözümde tıkanmaya neden olmuştur.

Bu etkenlerden kimileri VÖİ raporunda da kabul edilmektedir. Ancak rapor bunun ötesinde performans yetersizliğinin kısmen yönetim zaafalarına bağlı olduğunu ileri sürmektedir. Bu yönetim zaafaları arasında mekân ve kurum personeli için yapılan aşırı harcamalar da sayılmaktadır. Ne var ki, bu iddia için gösterilen kanıtlar net değildir; GLSHV'nin personel harcamalarında ve personel sayısında 2009-2010'dan 2011-2012'ye sırasıyla %1,7 ve %2,3 azalma olmuştur.

Finansal performans yetersizliği, operasyonel ve yönetsel açıdan verimsizlik gibi konulardaki VÖİ

raporları verimlilikle ilgili bir dizi eleştiri içermektedir. Bunların arasında entegrasyonun sağlanamamasının getirdiği maliyetle birlikte danışman ve diğer personel başı gelirin düşüklüğü de yer almaktadır. Ne var ki, bu iddiaların gerisindeki verilerin ve yöntemlerin temel olarak içeriden derlendiğini, yeterince analiz edilmediğini ve doğrulanamayacağını göstereceğiz.

VÖİ'nin Güneydoğu Londra'da yaşayanların sağlık ihtiyaçlarını boşlaması

VÖİ'nin merkezi hükümet tarafından yaratılan krize bulunduğu çözüm, hizmetlerde önemli kesintilere gidilmesini öngörmektedir. Bu kesintiler de, yerel nüfusun söz konusu hizmetlere yönelik makul ihtiyaçlarının değerlendirilmesine dayanmamaktadır.

- Standart ihtiyaç değerlendirmesinde hasta akışları, sevk örüntü ve işlemlerindeki değişiklikler, yatak kapasitesi, personel durumu ve ihtiyaçlara göre yatak normları analiz edilir. Ne var ki Bakanlık böyle bir analiz ortada olmadan VÖİ tavsiyelerini kabul etmiştir.

- Bununla birlikte VÖİ tavsiyeleri hizmetlerde önemli değişiklikler öngörmektedir. Öngörülenler arasında şunlar da yer almaktadır: 2013-4'ten 2015-16'ya GLSHV bütçesinde £74,9 milyonluk kesinti; gene aynı dönemde tıbbi personel ve hemşire giderlerinde sırasıyla %16,4 ve %17,2'lik azalma ve Güney Londra'daki yatak kapasitesinin beş yıllık dönem içinde toplam %14,3 azaltılması. VÖİ'ye göre bu, mevcut yatakların 579'unun iptali anlamına gelmektedir (131'i tamamen 448'i daha sonra kullanılabilir şekilde).

- Gelecekte hastaların ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağına ya da kalite ve güvenliğin nasıl sağlanacağına ilişkin açıklama ve kanıt getirmeksizin hizmetlerde ve personelde kesinti tavsiye edilmesi ciddi bir ihmaldir.

- Güneydoğu Londra'da akut faaliyetler ve hastane kabullerinin yıl bazında tüm Vakıflarda artmaya devam ettiği düşünüldüğünde bu politikanın riskleri büyüktür. 2005-06 ile 2011-12 arasında akut randevulu ve acil durum hastane kabullerinde %21 artış olmuştur. Gene aynı dönemde genel ve akut gecelik yatak sayısı %17 azalmıştır. Sonuç olarak yatak işgali son üç yıl boyunca güvenilir olmayan düzeylerde seyretmiştir.

- Güneydoğu Londra'daki durum, ülke genelindeki durumu yansıtmaktadır. İngiltere'nin tamamında personel, yatak ve hizmetlerde yapılan kesintiler yılarca birikmiştir ve bugün İngiltere'deki USH

OECD ülkeleri arasında nüfus başına yatak ve personel sayısı açısından en geride yer alanlardan biridir. Örneğin 2010 yılında İngiltere’de 1000 kişiye 3,0 hastane yatağı düşerken OECD ortalaması 1000 kişiye 4,9 yataktır.

- VÖİ raporu, Guy’s ve King’s gibi vakıfların gelirlerinin yarısına kadarını özel hastalardan sağlama serbestliğini dikkate almamaktadır. USH’nin elinde kalan yatakların, personelin ve hizmetlerin yarısı özel hastalara tahsis edilebilir ve bunlar artık USH tarafından kullanılamaz. VÖİ bunun hasta bakımı açısından ne anlama geleceğine ya da yataklarla personelin hâlihazırda nasıl kullanıldığına ilişkin herhangi bir analiz yapmamıştır.

- VÖİ raporu “toplumca hizmet sağlanmasını” tavsiye ederken bu yeni hizmete ilişkin hiçbir kanıt, nasıl ve hangi kaynaklarla sağlanacağına ilişkin herhangi bir açıklamaya ulaşamadık. Bu, özellikle kaygı verici bir noktadır; çünkü son yirmi yıl içindeki KÖO kaynaklı kapatma deneyimi, vaat edilen ‘toplumca sağlanmanın’ gerçekleşmediğini göstermektedir. Toplumca sağlanan hizmetlerin güçlenmesi sonucunda hastane kabullerinin azaldığını gösteren herhangi bir kanıt da yoktur.

- VÖİ, planlama ve erişimin yerine verimlilik ölçümlerini ve hedeflerini kullanmıştır. Ancak burada şu noktalara dikkat edilmesi gerekmektedir: (a) yolda geçen süreler halkın hizmet kullanımı ve ihtiyacı açısından bir ölçüm aracı değildir; (b) Deloitte tarafından yapılmış benzer MORI kamuoyu yoklamaları kamusal sağlık planlamasının yerini tutmaz; (c) verimlilik ölçüleri de erişimin ya da ihtiyacın ölçüsü değildir: bunlar da Vakıfların yanlılığına tabidir.

Verimlilik ve etkinlikle ilgili tahminlerinde VÖİ tarafından kullanılan veriler ve yöntemler konusunda ciddi kuşkularımız vardır. Kullanılan verilerin çoğu dışa açık değildir ve doğrulanabilirlik taşımamaktadır.

Sonuç ve tavsiyeler

GLSHV için VÖİ tarafından uygulanan rejimi izleyecek kapatmalar, işten çıkarmalar, satışlar ve hizmet yeniden düzenlemeleri, ihtiyaçları en iyisinden azımsanacak en kötüsünden ise boşlanacak olan hastaların yararına değildir. KÖO belirli hizmetlere son verilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Lewisham hastanesi söz konusu olduğunda, hükümetin, bankerlerin, hissedarların ve şirket paydaşlarının çıkarlarını korumak adına gelişen

bir yerel hastaneyi feda ettiğinden pek az kuşku duyulabilir. GLSHV açısından ise, KÖO’yi yaygınlaştırma, ulusal tarifeyi düşürme ve etkinlik tasarruflarını öngörme yönündeki hükümet politikalarının yol açtığı sonuçların faturası aslında mağdur olanlara çıkarılmaktadır. Az önce sözü edilenlerin hepsinde, aslında yöredeki USH için ayrılan fonların yanlış tahsisi söz konusudur. Burada gerçek mağdurlar, Güneydoğu Londra halkı, burada çalışan ve sağlık hizmetlerinden yararlanan insanlardır. Bakanlığın VÖİ tavsiyelerine uyması halinde, halk sağlığı açısından ortaya çıkacak sonuçlar yıkıcı olacaktır.

Bizim tavsiyelerimiz ise şunlardır:

1. Hükümet politikalarının Vakfın finansal performansı üzerindeki etkileri dışarıda bırakılarak VÖİ rejiminin GLSHV’ye uygulanması iptal edilmeli ve durum yeniden ele alınmalıdır;

2. Gelecekte VÖİ rejimi, finansal performans yeterlilikleri hükümet politikalarından kaynaklanan Vakıflara uygulanmamalıdır;

3. Sağlık Bakanlığı’nın VÖİ rejimine ilişkin yönetmelikleri aşağıdaki hususları sağlayacak şekilde değiştirilmelidir (a) Güneydoğu Londra’da olsun başka yerlerde olsun geleceğe yönelik tavsiyelerde uygun ve makul halk sağlığı ihtiyaç değerlendirmelerinin esas alınması, (b) tüm verilerin ve yöntemlerin kamusal alanda açıklanması ve (c) VÖİ’nin hizmet planlama standartlarına uygun olması ve aşağıdaki noktaların gözetilmesi:

- Verimlilik ölçü ve hedeflerinin planlama ve erişimin yerine kullanılmaması

- Yolda geçen sürelerin halkın hizmet kullanımı ve ihtiyacında ölçü alınmaması

- MORI kamuoyu yoklamalarının halk sağlığı planlaması yerine kullanılmaması

Standart dışı veri, yöntem ve tanımlamalara başvurulmaması

4. Sağlık Bakanlığı ve Hazine, kamu denetimine açık olması ve gerektiğinde sözleşmelerin yeniden görüşülmesi için KÖO sözleşmelerindeki koşulları incelemeli, bunun yapılamaması durumunda Parlamento aynı işi üstlenmelidir;

5. Sayıştay, Hizmet Kalite Komisyonu ve Avam Kamarası, dış danışmanların VÖİ için hazırladıkları raporların maliyetini ve kalitesini araştırma hususunu acilen dikkate almalıdır.

Giriş

Vakıf Özel İdaresi (VÖİ) 16 Temmuz 2012 tarihinde bir kararnameyle atanmıştır. Atama gerekçesinde düzeltilmesi gereken durum şöyle anlatılmaktadır: "Özellikle finansal yönetim ve erişim standartları açısından uzun süredir görülen yetersiz performans ve bir yanda gelire harcamaları dengelerken diğer yanda kaliteli hizmetler vermede uzun süredir görülen yetersizlikler."¹

Güney Londra Sağlık Hizmetleri Vakfı (GLSHV) ile ilgili karar, 2006 tarihli Ulusal Sağlık Hizmetleri Yasası'nın 5A Bölümü uyarınca alınmıştır. Bu bölümde VÖİ'ye "Güney Londra Ulusal Sağlık Hizmetleri Vakfının başkanının ve direktörlerinin işlevlerini yerine getirme izni" vermektedir¹.

Buna karşılık, GLSHV'nin parçası olmayan USH kuruluşlarının başkanları ve direktörlerinin işlevleri ile ilgili herhangi bir yetki ve görev tanımlaması yapılmamaktadır.

Açığın kapatılmasına yönelik olarak VÖİ tarafından dile getirilen tavsiyelerde GLSHV'den şunlar beklenmektedir: Hâlihazırdaki toplam yatak sayısında 90-100 yatak azaltma yapılması, tıbbi ve hemşirelik hizmetlilerinin ise sırasıyla %16,4 ve %17,2 azaltılması.²

Bu tür köklü yeniden yapılandırmalara, net planlama varsayımlarını temel alan ayrıntılı hizmet planlarının eşlik etmesi gerekir. Bunun için de ihtiyaçların nasıl karşılanacağı ve hastaların gelecekte nerelere yönlendirilecekleri titizlikle düşünülmalıdır.

Ne var ki, ilgili yönetmeliğin Temmuz 2012'de yayınlanmasına karşın Avam Kamarası Kamu Hesapları Komitesi Ekim 2012'de Sağlık Bakanlığı'nın "başarısız bir işleyişe bir vakfın sokulmasının gerekçelerini ve finansal güçlük içindeki bir vakfın geleceğine ilişkin kararların nasıl alınacağına açıklık getiremediği" sonucuna varmıştır. Ayrıca bakanlık, o sırada zaten özel idare altında olan Güney Londra USH Vakfı için başlatılan süreci de açıklayamamıştır.³

Komite bunların yanı sıra KÖO ile özel idare arasındaki bağlantıya da ışık tutmuştur:

"Finansal güçlük içindeki birçok vakfın yıllık sabit ödeme temelinde KÖO sözleşmeleri bulunmaktadır ve bu ödemeler o kadar yüksektir ki vakıflar denklik noktasına gelememektedir. Bu ödemeler USH bütçesindeki önceliklerden biridir ve Bakanlık da tüm KÖO ödemelerini güvence altına almaktan

sorumludur. Çünkü yüklenicilere verilen güvence taahhüdünde Bakanlığın imzası vardır. Daha şimdiden, sözleşmelerin geri kalan sürelerine ilişkin taahhütler çerçevesinde KÖO'lere yapılacak ödemelerde güçlük çeken yedi vakıf için 1,5 milyar sterlin bulunması gerekmektedir ve bu da yılda ortalama 60 milyon sterlin demektir."⁴

Bakanlığın bu sorumluluğu, VÖİ'nin nihai raporunda belirgin biçimde ön plana çıkmıştır: "Eğer Hükümet faaliyetlerini sürdürmesi için halen Vakfa sağladığı önemli miktardaki nakit desteği kesmek istiyorsa, önerilen değişiklikler gereklidir."

Bu beyan hizmetlerdeki değişimin ardında finansal mülahazaların olduğunu düşündürmektedir. Ancak, Mid Staffordshire Hastanesindeki standart altı hizmetlerle ilgili Francis araştırma raporu finansal mülahazalara öncelik tanınmasına karşı uyarıda bulunmuş ve değişimin "ikna edici" gerekçeleriyle birlikte "her hizmet dalının personel ihtiyaçlarının belirlenmesinde kanıtlara dayalı yaklaşımların benimsenmesini" tavsiye etmiştir.⁵

Francis raporu yönetmelikte yansıma bulmuştur. Yönetmelik, özel idareci sisteminde "hastaların yararının her zaman en önde gelmesi gerektiği" belirtilmiştir.⁶ Dahası, Parlamento tarafından Bakana tanınan VÖİ rejimini yaygınlaştırma yetkisi "yalnızca bunun sağlık hizmetlerinin yararı açısından uygun olduğu durumlarda" kullanılacaktır.⁷

Bu durumda, Bakanlık bu konuda katıksız nesnel bir standarda tabi tutulamaz; ancak bütünüyle serbest bir alana sahip de değildir. Bakan, konuları adil ve akılcı biçimde ele almak, yerel nüfusun söz konusu hizmetlere yönelik makul ihtiyaçlarını değerlendirmek durumundadır. Bu ihtiyaçlar hiç kuşku yok ki "sağlık hizmetleri yararının" ayrılmaz bir parçasıdır.

Burada VÖİ'nin, yerel nüfusun sağlık hizmetleri alanındaki makul ihtiyaçlarını değerlendirmeyerek Bakanı işlevlerini yerine getirememesi durumunda bıraktığını gösteriyoruz.

VÖİ tavsiyelerini 7 Ocak 2013 tarihinde Sağlık Bakanlığı'na iletti. 30 Ocak 2013'te Sir Bruce Keogh Bakanlığa 'tavsiyelerin sağlık hizmetlerinde iyileşmeye yol açabileceği' görüşünü bildirdi.⁸ 31 Ocak 2013'te ise Bakanlık tavsiyeleri onayladı.

VÖİ tavsiyelerinde GLSHV bütçesinde 2013-2016 dönemi için £74,9 tutarında kısıntı öngörülmektedir. Bu kısıntının %61,8'i ödenen ücretlerden sağlanacaktır.² Hizmetlerdeki kapatma ve azaltmalar arasında şunlar yer almaktadır:

Tablo 1. GLSHV kronolojisi ve başlıca belgeler

Temmuz 2012	Yönetmelik 2012 No. 1806. Güney Londra Ulusal Sağlık Hizmetleri Vakfı Kararı (Özel Vakıf İdarecisi Atanması Hakkında) 2012, Temmuz 11, 2012 Yönetmelik 2012 No. 1824. Güney Londra Ulusal Sağlık Hizmetleri (Vakıf Özel İdarecisine taslak rapor hazırlaması için verilen sürenin uzatılması hakkında) 2012, Temmuz 11, 2012 1806 ve 1824 2012 sayılı kararlara ek açıklama Sağlık Bakanlığı'nın yazılı açıklaması. Güney Londra USH Vakfı. Temmuz 12, 2012 Güney Londra USH Vakfı. Sürdürülemez nitelikte USH sağlayanlar için rejimin uygulanmasının gerekçesi. Temmuz, 2012 Sağlık Bakanlığı. USH Vakıfları için Görevlendirilen özel İdareler için yönetmelik. Temmuz 2012
Kasım 2012	Güney Londra USH Vakfı, Özel İdare Başkanlığı. Taslak rapor – Sürdürülebilir USH sağlanması. Kasım, 2012
Ocak 2013	Güney Londra USH Vakfı, Vakıf Özel İdare Başkanlığı. Sürdürülebilir USH sağlanması: Vakıf Özel İdaresinin Güney Londra USH Vakfı ve güneydoğu Londra'da USH ile ilgili raporu. Cilt 1. Ocak 7, 2013 USH Tıbbi Direktörünün Bakanlığa gönderdiği 30 Ocak tarihli mektup için bakınız: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/156291/south-london-healthcare-nhs-trust-bruce-keogh-letter.pdf . Sağlık Bakanlığı. Güney Londra USH Vakfı: Bakanlıkça alınan kararın bildirim. Ocak 31, 2013

1. GLSHV elindeki varlıkların satışı: QM Sidcup ve Orpington hastanelerindeki üç alan elden çıkarılacaktır.

2. Beş yıllık dönem içinde toplam 579 yatağın iptal edilmesi. Bu toplama Güney Londra Sağlık Hizmetleri Vakfı'ndaki 90-100 akut yatak da dâhildir.

3. 2013-14 ile 2015-16 arasında Güney Londra Sağlık Hizmetleri Vakfı bünyesindeki tıbbi personel ve hemşire sayısında sırasıyla %16,4 ve %17,2 oranında azaltılma gidilmesi.

4. Lewisham Hastanesindeki kaza ve acil durum bölümünün, 24/7 hizmet veren yetişkin ameliyat ve acil tıbbi müdahale bölümlerinin, kadın-doğum biriminin, kritik bakım biriminin ve iki bağımsız birimin (pediatri ve kompleks ameliyat) kapatılması.

5. GLSHV'nin dağıtılması; a) QMS'nin Oxleas USH Vakfıyla birleştirilmesi b) QEH ile LEW'in birlikte yeni bir USH Vakfı oluşturması (c) PRUH'un King's College USH Vakfı ile birleşmesi.

6. GLSHV dağıtıldıktan sonra Bakanlık bu kuruluşun borcunu tasfiye edecek ve QEH ile PRUH'un aşırı maliyetli KÖO sözleşmelerini karşılamak üzere KÖO operatörlerine doğrudan destek sağlayacaktır.

Şimdi, VÖİ tavsiyelerine temel, Bakanlığın ise onayına gerekçe oluşturan analizi inceleyeceğiz.

GD Londra'daki yeniden yapılanmanın planlanmasından ya da onaylanmasından sorumlu olan kuruluşlar

VÖİ'ye göre, klinik görevlendirme grupları (KGG) temel halk sağlığı hizmetlerinin planlanmasından sorumluyken akut hizmetlere ilişkin planlama idarecinin sorumluluğundadır:

"Temel halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, KGG'lerin ve faaliyet projeksiyonlarının temel amacını oluşturmaktadır ve VÖİ'nin hastane temelli hizmetleri değerlendirmesi açısından sağlam bir platformdur. Ancak, VÖİ'nin görevi klinik ve finansal açıdan sürdürülebilir hizmetler sağlayacak tavsiyelerde bulunmak olduğundan, burada tam olarak değerlendirilmesi gereken akut hizmetlerin mahiyeti ve verilmiş biçimidir."

Altı KGG⁹ sürecin bir parçası olarak hizmetlere yönelik bir strateji geliştirmişti:

"VÖİ ekibi, eldeki mevcut finansal kaynaklarla USH'nin güneydoğu Londra'daki hizmet sunumunun kalite açısından nasıl geliştirilebileceği konusunda özel görevlilerle, klinik hekimleriyle ve diğer paydaşlarla çalışmalar yürütmüştür. KGG'lerin topluluk temelli hizmetler için bir strateji geliştirmeleri de bu kapsamda yer almaktadır. Bu strateji kendilerinin halka yönelik temel sağlık hizmetleri, entegre hizmetler ve planlı bakım hizmetleri gibi konulardaki özelemlerini yansıtmaktadır."

"Güneydoğu Londra'da topluluk temelli hizmetler stratejisi" VÖİ nihai raporuna Ek 0 olarak eklenmiştir. Bununla birlikte, planlama ve yatırım verileri yetersizdir.

KGG web sayfalarında topluluk planlama verilerini bulamadık. Gerçekten de, altı web sayfasından üçünün ¹⁰ URL aracılığıyla girildiğinde faal durumda olmadığı görüldü. USH İngiltere KGG rehberi bunlar yerine bizi Britanya Kütüphanesi arşivlerine yönlendirdi. Hiçbir belge bulunamadı.

İngiliz Tıp Dergisinde (BMJ) yakınlarda yayınlanan bir editör yazısı, özellikle yaşlılar söz konusu olduğunda topluluk temelli iyi bir bakımın ya da artan harcamaların hastane kabullerinde azalmaya yol açtığına ilişkin hiçbir kanıt olmadığını belirtiyordu¹¹.

Bölüm 1: GD Londra'da hükümet politikaları ve finansal durum

Maliyetlerde artış

Sağlık Bakanlığı'na göre GLSHV'nin yeniden yapılandırılmasının başlıca gerekçesi şudur: "uzun süredir devam eden performans yetersizliği (...) son yedi yıl içinde görüldüğü gibi, bir yandan gelirlerle harcamaları dengelerken diğer yandan kaliteli hizmet vermede başarısızlık."¹²

Bakanlığa göre bunun sonucunda ortaya çıkar durum da şöyledir: "(GLSHV) 2011-12 döneminde İngiltere'deki 248 USH sunucusu kuruluştan herhangi birine göre en büyük finansal açıkları karşılamıştır ve bu açık £65 milyonun üzerindedir" ve Vakıf "her hafta gelirinden 1 milyon sterlin daha fazla harcamaktadır"¹³

KÖO'nin verileri ve rakamları farklı olmakla birlikte, Bakanlığa ve VÖİ'ye göre KÖO'nin yıllık giderleri GLSHV'deki açıkların başlıca nedenidir.

Bakanlık, parlamentoya sunduğu açıklamada şöyle demektedir:

"GLSHV'nin finansal durumundaki sıkıntının başlıca nedeni beş (böyle denilmiş) KÖO'ye olan borcun yıllık 89 milyon sterlinlik maliyetidir; Vakfın yıllık cirosunun %18'i sözleşmelere gitmektedir."¹⁴

Ne var ki, VÖİ'ye göre yıllık KÖO gideri £69 milyondur ve bu da gelirin %16'sına tekabül etmektedir. Ancak burada yıl belirtilmemiştir¹⁵.

GLSHV'de, Queen Elizabeth Hastanesi (QEH) ve Princess Royal Üniversite Hastanesi (PRUH) gibi iki geniş sistem de dâhil olmak üzere altı KÖO sistemi bulunmaktadır¹⁶.

VÖİ gelirin yüzdesi olarak toplam sermaye giderlerinin hesabını vermemektedir. Vermiş olsaydı, o zaman toplama yaklaşık £8,5 milyon tutarındaki 'kamu hissesi sermayesini' de eklemek gerekirdi (sermaye ücretlendirme rejimi gereği her yıl Hazine'ye ödenmesi gereken faiz).

VÖİ maliyet açısından katlanılabilirlikle ilgili baskıların KÖO sözleşmelerinin imzalanmasından bu yana

sürdüğünü kabul etmekle birlikte, ne KÖO giderlerinin yıl be yıl artmasını ne de bu artışın nedenini açıklamaktadır. Aslında KÖO giderlerinin her yıl gelirden daha büyük bir pay koparmasının nedeni bunun enflasyona endeksli olması (bu nedenle mutlak anlamda artması) ve genel gelirin düşmesidir.

Bu eğilim daha işin en başında KÖO anlaşmalarına yerleşik kılınmıştır. KÖO ve sermaye ücretlendirmeleri ile ilgili daha önceki çalışmamızda göstermiştik: 1998-9 döneminde, KÖO'ndan önce Greenwich Sağlık Hizmetleri gelirlerinin %2,1'ini sermaye geri ödemesine ayırırken KÖO'nun ilk yılında bu oran %16,2'ye çıkmıştır.¹⁷ Bromley'de ise KÖO öncesi sermayeye ayrılan pay gelirin %7'si iken KÖO'nun ilk yılında %10,7'ye çıkmıştır.

Başta zaten yüksek olan maliyet, KÖO ödemelerinin perakende fiyat endeksine bağlanmasıyla daha da ağırlaşmıştır (Tablo 2). Burada da görülmektedir ki Bromley KÖO dönemsel maliyeti 2000-01'den 2012-13'e altı kattan daha fazla artmıştır ve 2031-2'ye gelindiğinde bu artış neredeyse yirmi kata ulaşacaktır.

Hükümet politikasının zorunlu kıldığı ve Hazine tarafından da onaylanan bu ödemeler hasta bakım bütçesinden bir sapma içermektedir ve sürdürülemez niteliktedir.

Giderek büyüyen KÖO finansman krizi, uygulanan ulusal tarife aracılığıyla KÖO ücretlerinin karşılamaındaki yetersizlik nedeniyle daha da ağırlaşmaktadır.¹⁸

KÖO'nun mali açıdan katlanılabilirlik sorunları ancak USH varlıklarının satılmasıyla, gelirlerin KÖO'na yönlendirilmesiyle ya da sözleşme koşullarının yeniden pazarlık konusu edilmesiyle çözülebilecektir.

KÖO aynı zamanda aşağıda VÖİ tarafından bildirilen finansman giderlerinin bir parçasıdır; ancak VÖİ, KÖO ve diğer giderleri bunların bileşenlerini ve varsayımlarını ortaya koyacak şekilde tanımlamamış ya da ayırtmamıştır.

Tablo 3, 2009-10'dan 2012-13'e kadar olan dönemde GLSHV işletme gelirlerinin ve giderlerinin sırasıyla %6,9 ve %13,3 oranlarında azaldığını göstermektedir. GLSHV finansman giderleri (PRUH ve QEH'deki iki önemli OFG projesiyle ilgili giderler) ise yıllık ortalama artış oranı %9,1 olmak üzere gene aynı dönemde %29,5 artmıştır.

Tablo 2. Endekslemenin Princess Royal Üniversite Hastanesi Bromley ve Queen Elizabeth Hastanesi Woolwich'te KÖO'nun belirlediği dönemsel ödemeler üzerindeki etkisi, 2000-01'den sözleşme bitimine kadar olan sürede

KÖO Sistemi	Dönemsel ödeme 2000-2001 (milyon sterlin)	Dönemsel ödeme 2012-2013 (milyon sterlin)	Sözleşme bitiminde birimsel ödeme (milyon sterlin)
Princess Royal Üniversite Hastanesi (PRUH)-Bromley	5,8	39,0	94,1 *
Queen Elizabeth Hastanesi (QEH) –Woolwich	18,2	27,9	61,3 **

Not: (*) 2031-32 için dönemsel ödeme; (**) 2029-30 için dönemsel ödeme

Kaynak: HM Hazine 2011, KÖO imzalı projeler listesi

Tablo 3. Güney Londra Sağlık Hizmetleri Vakfı'nın finansal performansı, 2009-10 – 2012-13 (milyon £ olarak)

	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2009-10 /2012-13 % değişim	2009-10 /2012-13 Yıllık ortalama artış hızı
Toplam işletme geliri	462,6	437,8	438,9	430,5	-% 6,9	-% 2,3
Toplam işletme gideri	523	453,3	490,8	453,6	-% 13,3	-% 4,2
Finansman giderleri *	21,0	23,3	26,3	27,2	% 29,5	% 9,1
Toplam finansal açık	-81,4	-38,8	-78,2	-50,3	-% 38,2	% 4,5
Net açık **	-43,7	-43,8	-65,0	-54,2	% 24,0	% 10,7

Notlar: (*) Finansman giderleri asıl olarak PRUH ve QEH'deki iki tam teşkilatlı hastane KÖO ilişkilidir

(**) Net açık, eldeki varlıkların piyasa fiyatına göre düzeltilmiştir.

Kaynak: Vakıf Özel İdaresi. Sürdürülebilir UHS sağlanması: Vakıf Özel İdaresi'nin Güney Londra USH Vakfı güneydoğu Londra'da USH ile ilgili raporu. Cilt 1. Ocak 7, 2013

Gelirde azalmalar

USH gelirleri, harcanmadan elde kalanların Hazine'ye iadesi sonucunda azalmıştır.

2011-2012 döneminde USH'nin elinde £1,7 milyon kalmış, bunun 0,3 milyonu dışında geri kalanı Hazine'ye iade edilmiştir. Oysa USH İngiltere baş yöneticisi David Nicholson 2010 yılında bu tür fonların tamamının yeniden sağlık hizmetlerine tahsis edileceği sözü vermişti¹⁹. Avam Kamarası Sağlık Komitesi'ne göre harcanmamış kaynaklar ortalaması 2007-08 ile 2009-10 arasındaki dönemde yıllık 2 milyon sterlindi; ancak bu fazlanın ne kadarının Hazine tarafından tutulduğu bilinmemektedir²⁰.

Tekil vakıflardaki açıklar, yüksek sermaye giderleri, azalan gelir ve geri ödemelerdeki değişiklikler nedeniyle artmaktadır. Giderler bir havuzda toplanmadığı (USH'nin tümünce paylaşılmadığı) sürece tekil vakıf düzeyindeki bir başa baş noktası bile kapanma ve USH varlıklarının satışıyla sonuçlanacaktır.

Vakıf düzeyindeki açıklar, merkezi hükümetin beş politikasının sonucudur:

I. Fazlaların vakıf hastanelerinin elinde tutulmasına izin veren vakıf politikası. Güneydoğu Londra'da Guy's vakfı üç yıllık bir dönemde (2008-09-2010-2011) 39 milyon sterlin tutarında bir fazla sağlamış ve bunu elinde tutmuştur²¹.

II. KGG'lerin fazlaları Sağlık Bakanlığı'na iade etmelerinin zorunlu tutulması. 2011-12 döneminde, Güneydoğu Londra'da Guy's, King's, Lewisham ve GLSHV olmak üzere dört akut vakıftan hizmet satın alan altı Güneydoğu Londra KGG'si Hazine'ye 31 milyon sterlin iade etmiştir.

III. KÖO'nün aşırı giderleri. USH kaynakları söz konusu olduğunda birinci öncelik KÖO'nindir. Bu politikanın sürdürülebilmesi için USH'nin başka bölümlerinden alınan milyonlarca pound ile sübvansiyon ve destek sağlanmaktadır. KÖO pasifleri gelirlerdeki azalmanın ve açıkların başlıca nedenidir. Ne var ki, KÖO pasifleri KÖO varlıklarının satışıyla çözülemez; çünkü kamu kesimi 30 yıl ya da daha uzun bir süreyle özel sektöre ödeme yapmak üzere sözleşme imzalamıştır ve eldeki varlıkların satılması bu yükümlülüğü ortadan kaldırmamaktadır. Böylece, KÖO dışı hastaneler kapatılmakta, alanları da satılmaktadır. Durum, USH'de ilk OFG anlaşmalarının imzalanmasından bu yana böyledir. Sayıştayın ısrarına rağmen sözleşmelerin yeniden pazarlık konusu yapılması alternatifi üzerinde ciddi biçimde düşünülmesi gerekmektedir²². Bu seçenek VÖİ tarafından dikkate alınmamıştır.

IV. Ulusal Tarifedeki deflasyonun etkisi. Vakıf gelirindeki azalmanın nedeni tarifedeki deflasyondur. Bundan kastedilen, kaza, acil durum ve doğum bakımı için yapılan ödemelerde azalmaya yol

Tablo 4. 2013-14/2015-16 döneminde Güneydoğu Londra KGG'lerinin gerçekleştirmesi gereken Kalite, Yenilik, Verimlilik ve Önleme (QIPP) tasarrufları

		Milyon £
Akut bakım QIPP tasarrufları	Kaza ve acil durum	3,6
	Ayakta tedavi	14,4
	Randevulu hizmetler	25,2
	Diğer hizmetler	28,8
	Toplam akut	72,0
Akut bakım dışı QIPP tasarrufları		39,0
Toplam QIPP tasarrufu		111,0
Akut QIPP için yatırım		30,0
Net QIPP tasarrufu		81,0

Kaynak: Vakıf Özel İdaresi. Ek M Finansman, Sermaye ve Varlık Değerlendirmesi. Ocak, 2013

Tablo 5. Güney Londra Sağlık Hizmetleri Vakfı, çalışan sayısı, geçici ve kalıcı yönetici kadrolar itibarıyla yönetici giderleri

		2009-10	2010-11	2011-12	2009-12 % değişim
Banka/yedek/kuruluş personeli dışında toplam	n sayıda çalışan	5.771	5.431	5.367	-% 7,0
	milyon £	268,2	259,5	262,2	-%2,2
Banka/yedek/kuruluş personeli	n sayıda çalışan	742	1.067	995	% 34,1
	milyon £	38,7	34,3	39,5	% 2,1
Toplam	n sayıda çalışan	6.513	6.498	6.363	-%2,3
	milyon £	306,9	293,8	301,7	-%1,7

Kaynak: Güney Londra Sağlık Hizmetleri Vakfı. Rejimin sürdürülemez hizmet sağlayıcılarına uygulanma gerekçesi - Güney Londra USH Vakfı. Temmuz 2012

açmak üzere, yeni tarife ve politikalar uyarınca yapılan ödemelerin kısılmasıdır.

V. 2015 yılına kadar 20 milyon sterline ulaşacak Kalite, Yenilik, Verimlilik ve Önleme (QIPP) tasarrufları merkezden dayatılan tasarruflardır ve bu tasarruf tarife yoluyla, yerel düzeyde ve KGG ödeneklerinde yapılan ayarlamalarla sağlanacaktır.

Tablo 4, GD Londra'daki KGG'lerin 2015-16 dönemine kadar olan üç yıl içinde sağlamakta oldukları QIPP (Kalite, Yenilik, Verimlilik ve Önleme) tasarruflarını göstermektedir. Bu verilere göre Güneydoğu Londra KGG'lerinin sağlaması gereken toplam tasarruf 110 milyon £'dir ve bunun 30 milyonluk bir bölümü akut bakım hizmetlerindeki kalite iyileştirmeleri için yeniden yatırılacaktır. Dolayısıyla Güneydoğu Londra KGG'lerinin 2016 yılına kadar sağlamaları gereken net tasarruf 81 milyon £'dir.

Üç yıllık dönem için planlanan bu tasarrufların, GD Londra'daki akut USH vakıflarının zaten sıkışık olan bütçelerine ek baskı getirmesi beklenmektedir.

Operasyonel etkinlikle ilgili VÖİ değerlendirmesi VÖİ raporu, GLSHV'nin yıllık açıklarının başlıca nedeninin operasyonel ve yönetsel etkinliğin

sağlanamaması olduğunu, bunun da kısmen aşırı mekân ve personel kullanımından kaynaklandığını ileri sürmektedir.

Tablo 5 ise VÖİ'nin genel durumu yanlış sunduğunu göstermektedir. VÖİ'nin kendi verileri, toplam personelin (geçici ve daimi) ve genel ücret ödemelerinin 2009'dan 2012'ye sırasıyla %2,3 ve % 1,7% azaldığını göstermektedir.

Bölüm 2: VÖİ'nin Güneydoğu Londra'da yaşayanların sağlık ihtiyaçlarını boşlaması

Güneydoğu Londra (GDL) sağlık ekonomisi şunlardan oluşmaktadır: a) yaklaşık 1,8 milyon kişiye hizmet veren altı küçük PCT (temel hizmetler kurumu) b) iki büyük eğitim ve araştırma hastanesi vakfı (Guy's ve St Thomas' ve King's College Hastaneleri) c) Lewisham USH Vakfı ve d) Güney Londra USH Vakfı (GLSHV).²³ GLSHV üç hastane vakfının birleşmesi üzerine 1 Nisan 2009 tarihinde ortaya çıkmıştır: Queen Mary's Hastanesi Sidcup USH Vakfı (QMS), Queen Elizabeth Hastanesi USH Vakfı (QEH) ve Bromley Hastaneleri USH Vakfı.² Bugün GLSHV büyük ölçüde üç ana mekândan hizmet vermektedir: Orpington yakınlarındaki Farnborough'ta bulunan Princess Royal Üniversite Hastanesi (PRUH); Woolwich'teki QEH ve Sidcup'taki QMS.

Tablo 6. Güneydoğu Londra Akut USH Vakıflarındaki Hastane Yatakları (VÖİ taslak raporunda yer alan veriler – Ek K)

	Hâlihazırdaki yatak kapasitesi, 2012			2017-18 için VÖİ tavsiyeleri			
	Eldeki toplam	Yedekte tutulan	Operasyonel	2017-18'de mevcut olması gereken	Operasyonel (hazır) yatak sayısındaki değişim	Operasyonel yatak sayısındaki % değişim	Mevcut yatak sayısındaki % değişim
Lewisham	419	129	290	246	-44 (-173)	-% 15,2	-% 41,3
PRUH	587	7	580	626	46 (39)	% 7,9	%6,6
QEH	532	1	531	532	1 (0)	%0,2	%0,0
ST Thomas	968	54	914	849	-65 (-119)	-% 7,1	-%12,3
Guy's	379	70	309	274	-35 (-105)	-% 11,3	-%27,7
KCH	928	0	928	928	0 (0)	%0,0	% 0,0
QMS	240	187	53	19	-34 (-221)	-% 64,2	-%92,1
Toplam	4053	448	3605	3474	-131 (-579)	-% 3,6	-% 14,3

Kaynak: Vakıf Özel İdaresi. Ek K, Finans, sermaye ve varlıklar eki. Kasım 2012

Tablo 7. 2013-16 döneminde gider kategorisi ve mekâna göre Güney Londra Sağlık Hizmetleri Vakfı bütçelerinde önerilen azaltmalar

Gider kategorisine göre	Milyon £	Bugünkü maliyete göre % değişim
Tıbbi personel	14,8	-%16,4
Hemşireler	16,9	-% 17,2
Bilim, Teknoloji, Araştırma	4,5	-%12,2
Klinik dışı personel	10,1	-2% 20,
Malzeme	14,9	-%20,7
Diğer	13,7	-% 91,3
Toplam	74,9	-% 14,2
Yere göre	Milyon £	Bugünkü maliyete göre % değişim
Queen Elizabeth Hastanesi	32,3	-%15,9
Princess Royal Üniversite Hastanesi	30,9	-%15,1
Queen Mary's Hastanesi	11,7	-%14,1

Kaynak: Güney Londra USH Vakfı, Vakıf Özel İdaresi Başkanlığı. Sürdürülebilir USH sağlanması: Vakıf Özel İdaresinin Güney Londra USH Vakfı ve güneydoğu Londra'da USH ile ilgili raporu. Cilt 1. Ocak 7, 2013

VÖİ tavsiyeleri önemli hastane ve hizmet iptallerini gerektirmektedir

i) VÖİ Yatak İptalleri

VÖİ önerilen yatak iptallerinin ölçeğini yanlış yansıtmıştır. VÖİ taslak raporunun (Kasım 2012) K ekinde yayınlanan yatak planlaması Güneydoğu Londra Akut USH Vakıflarında 2017-2018 dönemine kadar 131'i operasyonel olmak üzere toplam 579 hastane yatağının (operasyonel ve ihtiyat) iptalini öngörmektedir¹⁵. Gelgelelim öngörülen bu yatak iptalleri VÖİ'nin nihai raporunda (Ocak 2013) açıklanmamaktadır. VÖİ bunun yerine 2015-16 dönemine kadar GLSHV'de 90-100 akut yatağın iptaline atıfta bulunmaktadır. Gerçekte, hastane mekânlarının satışı ve başka türlü tasarrufu sonucunda toplam 579 mevcut yatak iptal edilmiş olacaktır.

VÖİ yatak modellemesi, önerilerini destekleyecek ihtiyaçlar ya da etkinlikler konusunda herhangi bir

kanıt sunmamıştır. Yatak tanımlamaları ulusal verilere uymamaktadır.

Tablo 6 (VÖİ taslak raporunda Ek K'da yayınlanan verileri temel almaktadır), VÖİ planlarına göre, GDL Akut USH Vakıflarının 2017-18 dönemine kadar operasyonel hastane yataklarının %3,6'sını, toplam yatak kapasitesinin ise % 14,3'ünü kaybedeceğini göstermektedir. Lewisham'daki yatakların neredeyse yarısı (%41), Guy'sdakilerin de dörtte birinden fazlası (%27,7) 2017-18'e kadar iptal edilecektir.

ii) VÖİ personel azaltımı

VÖİ, GLSHV bütçesinde 2013-14 dönemi için 74,9 milyon £ azaltım öngörmektedir (Vakfın hâlihazırdaki toplam işletme giderlerinde %14,2 azalma). Bu toplam kısıntının %61,8'i tıp personelden, hemşirelerden, bilimsel ve klinik dışı personelden sağlanacak tasarrufla gerçekleşecektir (Tablo 7).

Tablo 9. GLSHV'nin değerlendirilmesinde kullanılan performans göstergeleri

VÖİ raporunda kullanılan göstergeler	Kullanılan veri kaynakları
2010-11 ve 2011-12 Hizmet Kalite Komisyonu (CQC) değerlendirmesi	Referans yok
Genel Ortalama Kalış Süresi	İçerden (VÖİ, GLSHV) veriler
HRG Ortalama Kalış Süresi	İçerden (VÖİ, GLSHV) veriler
Tedaviye Sevk Süresi (RTT) ve Kaza/Acil Durumlarda Bekleme Süresi	İçerden (VÖİ, GLSHV) veriler
Kaza/Acil Durum Bekleme Süresi	İçerden (VÖİ, GLSHV) veriler
Akran grup ortalamasıyla karşılaştırmalı olarak yeniden kabul oranı	Dr Foster sağlık ve tıp kılavuzları
Venöz tromboembolizm önlemesi ve tedavisi	Referans yok
Enfeksiyon önleme	Referans yok
Kalite Puanı (ulusal ölçekte toplanan 20 klinik göstergeden bileşik ölçü)	İçerden (VÖİ, GLSHV) veriler
Tıbbi personel başına gelir	İçerden (VÖİ, GLSHV) veriler
Bilimsel personel başına gelir	İçerden (VÖİ, GLSHV) veriler

iv) VÖİ verimliliği planlamayla kaynaştırmaktadır

VÖİ, nüfusun hâlihazırdaki ve gelecekteki sağlık hizmeti ihtiyaçlarını, sunucu performansı, kalite ve kamuoyu sorularına, erişim kavramını da yolculuk sürelerine (tablo 9) ve hasta deneyimine indirgemektedir. Bu yaklaşım, kapsamlı sağlık hizmetleri sağlama ya da bunu güvence altına alma göreviyle tutarlılık taşımamaktadır.

Deloitte'nin hizmetlere ilişkin hasta görüşleri üzerinde yapmış olduğu türden kamuoyu yoklamaları, halk sağlığı planlamasının yerini tutamaz.

Hastane verimlilik ölçüleri de planlamanın yerini alamaz ve bunlar nüfusun erişiminin ya da ihtiyaçlarının ölçüsü olarak kullanılamaz. Bunlar, Vakıfların manevralarına ve yanlılıklarına açık hususlardır. Yolculuk süreleri de kendi başına alındığında ihtiyacın ya da erişimin ölçüsü değildir.

Verimlilik ve etkinlik tahminlerinde VÖİ tarafından kullanılan veriler ve yöntemlere ilişkin ciddi kaygılarımız var. Kullanılan verilerin ve yöntemlerin çoğunun içerde kaldığı, yayınlanmamış olduğu ve kamusal alana çıkmadığı görülmektedir. Bunların altının doldurulması ya da doğrulanması mümkün değildir. Veri tanımlamaları ve yatak, personel, faaliyet ve verimlilik tahminlerinde kullanılan yöntemler, bu sektör için geçerli ulusal tanımlamalarla bağdaşmamaktadır.

v) Güneydoğu Londra Akut Vakıfları söz konusu olduğunda VÖİ'nin hesaba katmadığı

VÖİ tavsiyeleri, daha önceki hizmet yeniden yapılandırmasından kaynaklanan, yatak iptali, artan hastane kabulleri ve uzayan yatak işgalleri gibi

durumları dikkate almamıştır. 2005-06 ile 2011-12 arasında GD Londra'daki kuruluşlarda bulunan genel ve akut yatakların %17'si iptal edilmiştir. Buna karşılık aynı dönemde hastanelere genel ve acil durum kabullerinde %21 artış olmuştur. Sonuçta, yatak işgali kritik düzeydedir ve birçok tesiste doluluk oranı %90'ın üzerine çıkmıştır (tablo 10). Bu durum, hastaların buldukları yerlerden çıkarılmaları ve uygunsuz koşullara yerleştirilmeleri gibi hizmet güvenliği ve kalitesini tehlikeye düşüren ciddi sorunlar olduğunu göstermektedir.

Sonuç ve tavsiyeler

VÖİ'nin GLSHV için öngördüğü rejimin ardından gelecek olan kapatmalar, personel çıkarmalar, satışlar ve hizmet yeniden yapılandırılmaları, ihtiyaçları en iyisinden azımsanan en kötüsünden ise büsbütün boşlanan hastaların yararına değildir.

VÖİ'nin dayandığı kanıtlara ilişkin değerlendirmemiz, yeniden yapılanmanın ardında klinik değil finansal mülahazaların yattığını teyit etmektedir. Gene aynı değerlendirme, açıkların, yerel etkinin değil ulusal politikanın sonucu olduğunu göstermektedir.

Mid Staffordshire Hastanesindeki standart altı hizmetle ilgili Francis araştırması, personel giderlerinden tasarruf sağlanırken "sistemin herhangi bir parçasında (...) hasta güvenliği ve kalitesi üzerindeki potansiyel etkilerin hiç dikkate alınmadığı" tespiti ne yer vermişti.²⁴

Yukarıdaki aynı VÖİ raporu için de söylenebilir. Raporu kaleme alanlar, ulusal politikaların yarattığı bir finansal krizin hastalara zarar vermeden yerel ölçekte çözülebileceğini ortaya koyamamışlardır.

Tablo 10. Genel ve akut yatak işgal oranları, Güneydoğu Londra USH Vakıfları, 1 Nisan 2001'den 31 Mart 2013'e

USH Vakfı	Mali yıl											
	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Guy's & St Thomas Hastanesi	%80	%80	%79	%78	%79	%77	%77	%80	%81	%81	%80	%83
King's College Hastanesi	%90	%91	%91	%87	%89	%90	%92	%92	%84	%90	%91	%94
Queen Elizabeth Hastanesi	%95	%84	%87	%87	%87	%82	%95	98%				
Queen Mary's Sidcup	%84	%83	%86	%86	%85	%95	96%	96%				
Bromley Hastaneleri	%82	%90	%91	%94	%91	%95	%92	%85				
GLSHV									%92	%90	%90	%90
Lewisham Sağlık Hizmetleri	%95	%89	%90	%88	%87	%86	%89	%86	%85	%89	%91	%90

Kaynak: Yatak bulunabilirliği ve işgali verileri USH İngiltere

Dolayısıyla, VÖİ ve öneriye taraf olan diğer görevliler, Mid-Staffordshire örneğinde Francis araştırmasının eleştirdiği türde finansal itkili hizmet değişimi sürecinin suçlularıdır.

Francis araştırması Mid-Staffs'ta "sistemin herhangi bir parçasında, (malyeti düşürmenin) hasta güvenliği ve kalitesi üzerindeki potansiyel etkilerinin hiç dikkate alınmadığı"²⁵ tespitini yaparken, Güneydoğu Londra'da hastalar, doktorlar, hemşireler ve klinik direktörleri dâhil olmak üzere idareciler birbiri ardına planları düşüncesizce ve tehlikeli bulup kınanmaktadır. Lewisham Vakıf Heyeti de akut ve doğumevi hizmetlerinin kapatılması önerilerine karşı çıkmıştır.²⁶

Hastaları en başa koyamayan ve hizmet değişimini yerel halkın sağlık hizmetlerine olan makul ihtiyaçları temelinde planlayamayan VÖİ bu önemli hususları bir kenara bırakıp halk sağlığı verilerini boşlama yolunu seçmiştir.

GLSHV söz konusu olduğunda sürdürülemez nitelikteki sunucu rejimi ve Özel Vakıf İdaresi müdahalesi kendi türünde bir ilktir. Süreç, rutin hizmet değişiklikleriyle karşılaştırıldığında daha az istişare öngörmekte ve USH tesislerinin kapanmasını hızlandırmaktadır. Bakanlık, halk sağlığı planlamasını ve Francis Raporundaki tavsiyeleri dikkate alan yeni ve daha iyi usuller geliştirmelidir.

KÖO hizmet iptallerinde önemli bir rol oynamaktadır. Lewisham Hastanesi örneği söz konusu olduğunda hükümetin; bankerlerin, hissedarların ve şirket paydaşlarının çıkarlarını koruma adına çok ihtiyaç duyulan ve gelişim halindeki yerel bir USH hastanesini feda ettiğine kuşku yoktur. GLSHV'de ise, KÖO'yi yaygınlaştırma, ulusal tarifeyi düşürme ve etkinlik tasarrufları isteme yönündeki

hükümet politikalarının yol açtığı sonuçların faturası mağdurlara çıkarılmaktadır. Az önce sıralanan politika hedeflerinin tamamı aslında yöredeki USH için ayrılan fonların yanlış tahsisi anlamına gelmektedir. Burada gerçek mağdurlar Güneydoğu Londra halkı, o yöredeki sağlık hizmetlerinde çalışanlar ve bu hizmetlerden yararlananlardır. Bu yolda devam edilmesi halinde halk sağlığı açısından çok ağır sonuçlar ortaya çıkabilecektir.

Tavsiyelerimiz şunlardır:

1. VÖİ rejiminin GLSHV'ye uygulanmasına son verilmeli, hükümet politikalarının Vakfın finansal politikaları üzerindeki etkisinden arındırılmış olarak ortadaki durum yeniden ele alınıp düşünülmelidir;

2. VÖİ rejimi gelecekte, yetersiz finansal performansı hükümet politikalarından kaynaklanan Vakıflara uygulanmamalıdır;

3. Sağlık Bakanlığı'nın VÖİ rejimine ilişkin yönetmeliği, şu hususları gözeterek şekilde değiştirilmelidir: (a) halk sağlığı alanındaki uygun ve makul ihtiyaç değerlendirmelerinin, Güneydoğu Londra'da olsun başka yerlerde olsun gelecekteki tavsiyelerde temel alınması, (b) ilgili tüm verilerin ve yöntemlerin kamuya açık edilmesi ve (c) VÖİ'nin aşağıda belirtilen açılardan hizmet planlama standartlarına uygun hareket etmesi:

- Verimlilik ölçü ve hedeflerinin planlama ve erişim yerine kullanılmaması,

- Yolda geçen sürelerin halkın hizmet ihtiyacının ve kullanımının ölçüsü olarak kullanılmaması,

- MORI kamuoyu yoklamalarının halk sağlığı planlaması yerine kullanılmaması ,

- Standart dışı verilerin, yöntemlerin ve tanımların kullanılmaması;

4. Sağlık Bakanlığı ve Hazine KÖO sözleşmelerindeki finansal koşulları araştırarak bu koşulları kamu denetimi altına çekmeli ve gerektiğinde sözleşmelerin yeniden görüşülmesini sağlamalı; bu olmazsa da Parlamento bu yönde talepte bulunmalıdır;

5. Sayıştay, Hizmet Kalite Komisyonu ve Avam Kamarası Sağlık Komitesi, dış danışmanların VÖL için hazırladıkları raporların maliyetini ve kalitesini ivedilikle araştırmalıdır.

Dipnotlar

1. Güney Londra Ulusal Sağlık Hizmeti Vakfının Atanmasına ilişkin 2012 1806 sayılı karara ek olarak verilen açıklama.
2. Güney Londra USH Vakfı, Özel İdare Başkanlığı. USH'de sürdürülebilirliğin sağlanması: Vakıf Özel İdaresi başkanlığının Güney Londra USH Vakfı ve güneydoğu Londra'da USH ile ilgili raporu.
3. Avam Kamarası Kamu Hesapları Komitesi. Sağlık Bakanlığı. USH'nin gelecekteki finansal sürdürülebilirliğinin sağlanması. 2012-13 Oturumu On Altıncı Raporu 22 Ekim 2012, 3.
4. Ibid.
5. Ibid: 69.
6. Sağlık Bakanlığı, 2012. USH Vakıflarına Atanan Özel İdareler için Yönetmelik, 7. Bakınız: <https://www.wp.dh.gov.uk/publications/files/2012/07/statutory-guidance-trust-special-administrators.pdf>.
7. USH Yasası 2006, s. 65B(2).
8. USH Tıbbi Direktörü. Sağlık Bakanlığına mektup. Ocak 30, 2013, bakınız: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/156291/south-london-healthcare-nhs-trust-bruce-keogh-letter.pdf.
9. Bexley, Bromley, Greenwich, Lambeth, Lewisham ve Southwark.
10. Bexley, Greenwich ve Lewisham.
11. D'Souza S. Preventing admission of older people to hospital. BMJ 2013; 346: f3186.

12. Sağlık Bakanlığı, yazılı Bakanlık açıklaması. Güney Londra USH Vakfı. Temmuz 12, 2012.

13. Lansley A. Güney Londra Sağlık Hizmetleri Vakfı yöneticilerine mektup. Temmuz 2, 2012.

14. Bakanlık açıklaması, yönetici özeti, paragraf 6; ayrıca bakınız paragraf 53 ve 54.

15. Güney Londra USH Vakfı, Vakıf Özel İdaresi – sürdürülebilir USH sağlanması, Kasım 2012.

16. GLSHV'nin, üç ana hastane yerleşkesinde (Queen Elizabeth Hastanesi – QEH, Princess Royal Üniversite Hastanesi – PRUH, Queen Mary's Sidcup Hastanesi – QMS) toplam altı KÖO sözleşmesi bulunmaktadır. Bu sözleşmelerden ikisi, Greenwich'teki Bromley ve QEH'de PRUH'un geliştirilmesi için kullanılmaktadır. Diğer dördü ise daha küçük çaplı sözleşmelerdir ve hastane binalarındaki donanımın ve diğer hizmetlerin yürütülmesine yöneliktir.

17. Allyson M Pollock, Jean Shaoul, Neil Vickers. Private finance and "value for money" in USH hospitals: a policy in search of a rationale? BMJ 2002; 324:1205-9.

18. Allyson M Pollock, David Price, Moritz Liebe. Private finance initiatives during USH austerity. BMJ 2011;342:d324.

19. Nigel Hawkes, 'Only a fifth of £1.7bn USH underspend will be carried into next year's budget', British Medical Journal, 10 Temmuz 2012.

20. Avam Kamarası Sağlık Komitesi. Sağlık ve bakım hizmetlerine yönelik kamu harcamaları, 12 Mart 2013.

21. Güney Londra USH Vakfı. Rejimin sürdürülemez USH sunucularına uygulanma gerekçesi. Temmuz, 2012.

22. Avam Kamarası Kamu Hesapları Komitesi. Sağlık Bakanlığı, USH'nin gelecekteki sürdürülebilirliğinin sağlanması, Oturumun on altıncı raporu 2012-13, 22 Ekim 2012.

23. Palmer K. Hastane hizmetlerinin yeniden yapılandırılması. Güneydoğu Londra dersleri. BK: King's Fund 2011.

24. Mid Staffordshire USH Vakfı Kamu Araştırması Raporu. Yönetici özeti. Stationery Office, 2013: 42.

25. Ibid.

26. Lewisham USH Vakfı Heyeti. Güney Londra Sağlık Hizmetleri Vakfı Özel İdaresi'nin "sürdürülebilir USH sağlanması" raporuna yanıt. Aralık 12, 2012.