



SOSYAL SİGORTALAR KURUMU HASTANELERİ

Dr. Şükrü GÜNER*

SSK ülke nüfusunun üçte birinden fazlasına sağlık hizmeti götürmeyi amaçlayan ikinci büyük sağlık hizmeti veren kuruluşumuzdur. Bu hizmeti, yurt çapında örgütlenmiş yaygın hizmet kurumlarıyla gerçekleştirmeye çalışmaktadır. En uçta sağlık istasyonları, daha sonra dispanserler, hizmet, eğitim ve özel dal hastaneleri, hizmeti yürüten kuruluşlardır.

I. FİZİKİ YAPI

SSK; 26830 yatak kapasiteli 111 hastaneye sahiptir.

Tablo 1: SSK Hastaneleri ve Yatak Kapasiteleri 1994 (1)

Hastane Türü	Sayısı	Yatak Kapasitesi
Genel Amaçlı	95	21.659
Doğumevi	8	2.118
Sanatoryum	3	2.419
Meslek Hastalıkları	2	82
Ruh Hastalıkları	2	452
Fizik Tedavi	1	100
Toplam	111	26.830

SSK Hastanelerinin yatak kullanım kapasiteleri Sağlık Bakanlığı ve Tıp Fakültelerine oranla daha yüksektir. (%67).

1994 yılı içinde SSK Hastanelerinde 947.666 hasta yatarak tedavi görmüştür. Yatan hastaların % 30 undan fazlası üç büyük İl'dedir.

Ülke yatak sayısı ile karşılaştırıldığında SSK'nın yatak başına düşen nüfusu, ülke ortalamasının hemen hemen yarısı kadardır.

Tablo 2 : Hasta Yatak Sayılarının Karşılaştırılması

	Yatak Sayısı	Bir Yatağa Düşen Nüfus
SSK	26.830	812 (1)
Türkiye	147.774	405 (2)

SSK bu fiziki kapasite ile nüfusumuzun % 35'e yakınına hizmet vermeyi amaçlamıştır.

Tablo 3 : SSK Sağlık Güvencesindeki Nüfus 1994 (1)

Sigortalı Sayısı	5.187.517
Aile Ferdi	17.449.800
Aylık Alanlar	2.175.149
Toplam	24.812.466

II. SSK HASTANELERİNDE SAĞLIK İNSANGÜCÜ

1992 rakamlarına göre SSK Hastanelerinde çalışan uzman hekim sayısı 3320, pratisyen hekim sayısı 981 dir (2). Toplam 4301 hekim tüm SSK Hastanelerinde çalışan hekimlerin % 77'sini teşkil etmektedir. Dolayısı ile SSK da sağlık insan gücünün hastanelerde toplandığını söylemek yanlış olmaz. Çünkü, diğer sağlık personeli sayılarında da bu rakamlara benzer sonuçlar almaktayız.

Tablo 4 : SSK Sağlık Personeli - Nüfus İlişkisinin Ülke Ortalamaları İle Karşılaştırılması 1993 (2,3)

	Türkiye	Bir Personele Düşen Nüfus	SSK	Bir Personele Düşen Nüfus
Hekim	61.050	992	6.809	3.157
Dişhekim	11.069	5471	424	50.707
Eczacı	17.696	3422	827	24.515
Hemşire/Ebe	90.531	663	6.389	3.365

Yukarıdaki tablodan SSK sağlık insangücünün

* SSK Eyüp Hastanesi, Ortopedi Uzmanı.

hizmet vermeyi planladığı nüfus oranıyla olması gerekenden çok aşağılarda kaldığı açıkça anlaşılmaktadır.

Tablo 5 : SSK Sağlık Personeli Durumu 1994 (1)

	Kadro Adedi	Fiili Çalışan	Boş Kadro %si
Uzman Tabip	4.709	3.990	% 17
Tabip	2.048	1.635	% 20
Asistan	1.360	1.191	% 12,5
Dişhekimisi	528	455	% 14
Eczacı	1.242	912	% 26,5
Hemşire/Ebe	9.502	8.002	% 11

Tablo 6 : SSK - Sağlık Bakanlığı Ameliyat Sayılarının Karşılaştırılması 1993 (2,5)

	Operatör Sayısı	Yapılan Total Ameliyat Sayısı	Bir Operatöre Düşen Ameliyat Sayısı
Sağlık Bakanlığı	3680	523.568	142
SSK	1678	298.625	178

SSK bu dar olanakları ile Ülkedeki diğer sağlık kuruluşlarına göre daha verimli çalışmaktadır.

Tablo 7 : Kurumun Bazı Göstergelerinin Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Hastaneleri İle Karşılaştırılması [(+) 1993, (++) 1995 verileridir.]

	Sağlık Bakanlığı (+)	SSK (++)	Üniversiteler (+)
Fiili Yatak Sayısı	60.746	26.950	18.235
Uzman Hekim	9.697	4.006	4.690
Pratisyen Hekim	23.463	2.827	4.863
Diş Hekimi	2.038	459	647
Sağlık Memuru	22.056	1.149	2.146
Hemşire	35.684	6.813	8.092
Ebe	34.442	1.220	69
Bir Uzman Hekime Düşen Yatak	6.3	6.7	3.9
Bir Pratisyen Hekime Düşen Yatak	2.6	9.5	3.7
Bir Sağlık Memuruna Düşen Yatak	2.7	23.4	8.5
Bir Hemşireye Düşen Yatak	1.7	3.9	2.3

SSK Hastaneleri fizik ve insangücü kaynakları bakımından ülke ortalamasından geri kalmasının yanında, kaynakların kullanılması açısından ise, oldukça geniş olanaklara sahiptir. Ayaktan tedavilerde

muayene olan hasta, sigortalı işçi dışında, 25 bin lira ödemekte, ilaç alırsa, iş kazası dışında, %10 - 20 gibi bir katkı alınmaktadır. Yatan hasta ise, herhangi bir ödemede bulunmamaktadır. Sigorta kapsamındaki bir hasta yatarak aylarca tedavi olabilmekte, değeri son derece pahalı malzemeler kullanılarak ameliyat olabilmektedir. Bu konum, başta hasta olmak üzere, hekim ve sağlık personeline hizmette çok büyük kolaylıklar ve olanaklar sağlamaktadır. Bu noktada söylenecek bir cümle, bu tüketimin denetiminin olmamasıdır. Çünkü uygulamalarda bir standardizasyon olmadığı gibi, etkin bir bilimsel denetimden de bahsetmek mümkün değildir.

III. SSK HASTANELERİNİN YÖNETİMİ

Özetle, katı bir merkezi idare hakimdir. Yerel inisiyatif, hemen hemen tamamıyla yok gibidir. Herşey Ankara'da bitmektedir. SSK'nın Kuruluş Yasasında "...mali ve idari bakımından özerk ve tüzel kişilikte bir devlet kuruluşudur" denilmekte ise de, Yönetim siyasi iktidarla iç içedir ve siyasi iktidar tarafından şekillendirilmektedir. Yıllık yönetim giderleri, bütçesi, kadroların tespiti, hazırlanan yönetmelikler Çalışma Bakanlığının onayına sunma zorunluluğundadır.(4)

Kurumun en yüksek yönetim, karar, yetki ve sorumluluğunu Yönetim Kurulu taşımaktadır. Bu Kurul'un 7 üyesinden 4 ü siyasi iktidar tarafından atanmaktadır. Yönetimin başı, önemli yetkileri elinde bulunduran ve kararları uygulayıcı durumda olan Genel Müdür de siyasi iktidar tarafından atanmaktadır. 3 yılda bir toplanan Genel Kurul'un ise hiç bir yaptırımcı gücü yoktur. Tavsiye kararları almaktan öteye gitmeyen, göstermelik bir kurul niteliğindedir.

Tablo 8 : SSK Yönetimi

1. Genel Müdür
2. Yönetim Kurulu (7 kişi)
 - 4 Hükümet Temsilcisi
 - 1 İşçi Emeklisi Temsilcisi
 - 1 İşçi Temsilcisi
 - 1 İşveren Temsilcisi
3. Genel Kurul (123 kişi)
 - Çalışma Bakanı
 - 7 Bakanlıklar Temsilcisi
 - 50 İşveren Temsilcisi
 - 50 İşçi Temsilcisi
 - 10 Emekli İşçi Temsilcisi

Tablo 9 : SSK Yataklı Sağlık Tesisleri Yönetim Şeması (1)



Tablo 9 dan da görüleceği üzere her ne kadar SSK, 24 hastanesinin bağlı olduğu 4 Sağlık İşleri Müdürlüğü tesis etmiş ise de, bu müdürlüklerin yetkileri son derece kısıtlıdır. Ankara'ya bağımlıdır. Geri kalan yurt çapındaki 85 hastane ise, doğrudan Ankara'ya bağlıdır.

Siyasi yelpazeden etkilenen SSK Yönetimi ve idareci kadroları, hükümet değişiklikleri ile, Bakan değişiklikleri ile, hatta aynı Bakan'ın tasarrufları ile sık denecek ölçüde değişimlere uğramaktadır. Bu durum diğer hastane yöneticileri olan başeczacı, baş-hemşire ve hastane müdürü için de aynıdır.

Hastaneye alınacak en küçük bir demirbaş Genel Müdürlüğün iznine bağlıdır. Bu demirbaşların tamerinde bile onay istenmektedir. Personel ihtiyaçları hastaneler tarafından yapılmamakta, tayinlerde değişik faktörler rol oynamaktadır. 3 personel ihtiyacı olan bir yere 13 personelin tayin edildiği Kurum'da herkesin tanık olduğu olaylardır.

IV. SSK SAĞLIK HİZMETLERİ ZİNCİRİ

Kurum Hastanelerine isteyen istediği şekilde başvurabilmektedir. Sigortalı işçi için bile bağlı bulunduğu bölgesine başvurma zorunluluğu çoğu zaman uygulanmamaktadır. Rize'den emekli bir sigortalı, sevk olmadan, İstanbul'da, Erzurum'da oturan bir emekli eşi sevk olmadan, Ankara'da tedavi olabilmektedir. Aynı İl içinde de hastalar bölgeleri dışında hastanelere başvurabilmektedir. Bu düzensizlik hastane hizmetlerini ağırlaştırmakta ve verimsizleştirmektedir.

SSK Hastaneleri sağlık hizmetlerinin % 90 ını kendisi sunmaktadır. % 10 kadarını da dışarıdan satın almaktadır. Satın aldığı hizmet Kurum'a oldukça pahalıya malolmaktadır (Yaklaşık sağlık harcamalarının % 30 u).

SSK hastane hizmetleri Temel Sağlık Hizmetleri

ile entegre olamadığı gibi, ilk basamak sağlık hizmetleri ile de beslenememektedir. Mevcut SSK Sağlık İstasyonlarının ve Dispanserlerinin verimsiz çalışmaları, SSK'nın işyeri hekimliğini kendi sorumluluğunda görmemesi hastane hizmetlerini ağırlaştırmaktadır.

SSK Hastanelerinin önemli bir bölümü de, tıpta uzmanlık eğitimi gibi bir işlevi üstlenmişlerdir. Herhangi bir karşılığı olmayan bu hizmet SSK'ya büyük yük getirmektedir. Ayrıca bu uzmanlık eğitiminin kalitesi de tartışılmalıdır.

SSK bazı uzmanları Kurum dışına "üst ihtisas" veya "yan dal uzmanlığı"na göndermektedir. Bu elemanlardan da çoğu zaman yararlanamamaktadır.

Uzmanlık eğitimi verdiği doktor, kurum dışı eğitime gönderdiği yan dal uzmanı istediği zaman Kurum'dan ayrılabilen ve Kurum milyarlarca para harcadığı bu elemanlardan faydalanamamaktadır.

Bu alanda söylenecek son söz ise SSK Hastaneleri arasında varolan diyalog eksikliğidir. SSK Hastane hizmetlerinde hizmet hastanesi - eğitim hastanesi - özel dal hastanesi arasında olması gereken diyalog kurulamamıştır. Bu konu verilen hizmet, hasta hakları, hizmet içi eğitim gibi pek çok nokta da değerli özellikler taşımaktadır.

V. SSK HASTANELERİNDE TIKANIKLAR NASIL ÇÖZÜLÜR?

Bugün SSK Hastaneleri, verimlilikten uzak, hantal bir yapının var olduğu, ne hizmet verenlerin, ne de alanların memnun olduğu, merkezi bir idarenin hüküm sürdüğü kuruluşlardır. Köklü bir değişimle yeni yönetim anlayışı getirilmedikçe bu kuruluşlar daha da verimsiz çalışan tüketim merkezleri haline geleceklerdir.

SSK Hastaneleri için alınacak bazı önlemler kısa zamanda yapılabilinecek kolay düzenlemelerdir. Bir kısmı için ise, yasal düzenlemeler zorunludur.

Bu değişimleri şöyle sıralayabilirim:

A) SSK Hastane hizmetleri Temel Sağlık Hizmetleri ile entegre edilmelidir. SSK'da ilk basamak sağlık hizmetleri mutlaka tesis edilmelidir. Hastanelere başvurular bir hizmet zinciri dahilinde yapılmalıdır. Bu alanda;

a) Mevcut sağlık istasyonları ve Dispanserler ilk basamak sağlık hizmeti verecek şekilde yeniden düzenlenmelidir.

b) SSK, İşyeri hekimliğini sorumluluğu altında görmeli, bu konuda tabip odaları ile sıkı bir işbirliğine gitmelidir.

c) Ülke genelinde verilen ilk basamak sağlık hizmetlerinden faydalanılmalıdır.

B) Katı merkezîyetçi yönetim anlayışı terk edilmeli yerini katılımcı demokratik yönetim anlayışlarına bırakılmalıdır. Bu alanda;

a) Hastaneler atama ile değil, seçimle işbaşına gelmiş yöneticiler tarafından idare edilmelidir. Hiç olmazsa geçiş döneminde yönetimde seçilmişlerin ağırlığı olmalıdır. Hekimler kendi başhekimlerini, hemşireler kendi başhemşirelerini seçebilmelidir.

b) Yönetim yerel inisiyatifte bırakılmalı, Genel Müdürlük ancak denetleyici fonksiyonunu yerine getirmelidir.

c) İhtiyaç olan elemanların tespiti, işe alınmaları yine hastane yönetimlerince yapılmalıdır.

d) Genel Müdürlük standartların tespiti, hizmet politikalarının belirlenmesi ve denetim fonksiyonlarından öte, hiçte akılcı olmayan alet alımı, alet tamiri, personel tayini v.s. gibi işlerle uğraşmamalıdır.

C) Her hastane kendisine bağlı sigortalıların primini kendisi toplamalı, bu primin bir kısmını Genel Müdürlüğe gönderdikten sonra, kendi bütçesini kendi yapmalıdır. Bu şekilde prim tahsilatı da kolaylaşacaktır.

D) SSK Uzmanlık Eğitimi fonksiyonunu bırakmalıdır. Aslında bu görev tıp fakültelerinin olmalıdır. Ancak tıp fakülteleri ile yapılacak bir protokolle uzmanlık eğitimlerinin bir kısmının SSK Hastanelerinde yapılması sağlanabilir.

E) Kurum üst ihtisas yaptırdığı uzmanları ile mutlaka bir hizmet anlaşması yapılmalıdır.

F) "Eşdeğer ilaçların en ucuzunu almak gibi" uygulama ile önemli bir adım atan Kurum, diğer hizmet alanlarına da bu uygulamayı yaygınlaştırmalıdır.

G) Yapılan işlerin bilimsel denetimi yapılmalıdır.

H) Hastaneler arası diyalog geliştirilmelidir.

I) Hastane olanakları iyi değerlendirilmeli, özellikle hastane poliklinik sayıları artırılmalıdır.

Son zamanlarda SSK Hastanelerinde "Sürtime" uygulaması, başhekim ve servis şeflerinin tam süre çalıştırılmaları ve bu uygulamaların giderek yaygınlaştırılması gibi girişimlere başvurulduğunu görmekteyiz.

Sürtime uygulaması SSK Hastane hizmetlerini temelinden bozacak niteliktedir. Resmen hastane çalışması ücretli ve ücretsiz hasta diye ikiye bölünecek ve bu bölünmeden sürtime'a başvurmayan sigortalı hastalar zararlı çıkacaklardır. Ayrıca bu uygulama başlangıçtaki popülaritesini de giderek kaybedecektir. SSK Okmeydanı hastanesinde uygulamanın başlatıldığı ve hekimlerin rağbet etmedikleri, buna en güzel örnektir.

Tam süre çalışma ise, yalnız başına başarılı olmaz. Mutlaka ekonomik önlemlerle birlikte ele alınmalıdır. Bugünkü uygulama ile tam süre çalışma zorunluluğu, bir avuç idealist hekim dışında, gerçek anlamda hizmet verecek hekimleri Kurum'dan uzaklaştıracaktır.

"Bugünkü ekonomik koşullarda hangi şef, şef muavini tam süre çalışır?" sorusuna cevabımız, bu uygulamanın ne kadar yanlış olduğunu ortaya çıkaracaktır.

SSK Hastanelerinde çalışma biçimi, emeğin karşılığı toplu pazarlıkla elde edildiği, verimliliğin ölçülerek değerlendirildiği bir ortamda "tam süre" çalışmadır. Buna ulaşmak için atılacak adımlar yerine palyatif çözümler aramak kaos yaratmaktan başka bir sonuca yaramıyacaktır.

KAYNAKLAR

1. SSK İstatistik Yıllığı ve Faaliyet Raporu 1994, SSK Genel Müdürlüğü Yayınları 572-573.
2. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1993, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 1994.
3. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri (1980-1995) Dr. Ata Soyer, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Mayıs 1995.
4. Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Hizmetlerinde Kriz ve Çözüm, Türk Tabipleri Birliği Raporu 1994-1995.
5. SSK İstatistik Yıllığı ve Faaliyet Raporu 1993 SSK Genel Müdürlüğü Yayınları 553-554.