

ŞEHİR HASTANELERİ RAPORU



**SAADET
PARTİSİ**
saadet.org.tr

**[Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi,
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi.]**

ŞEHİR HASTANELERİ



SAADET
PARTİSİ
saadet.org.tr

İmtiyaz Sahibi
SAADET PARTİSİ

Rapor Sorumlusu
Fatih AYDIN

Danışman
Dr. Sevilay KARAMAN

Raportör
Musab Mazlum AR

Editör
Yusuf YALANIZ

Yayın Ekibi
Abdullah ÖZ
Burak ÜNAL
Ebubekir BAYIR
Hasan BASRİ
Serdar TANAS

Sayfa Tasarımı
ESAM Designer

Kapak Tasarımı
Harun ARSLAN

Saadet Partisi
Ziyabey Caddesi 1421. Sokak No:15
Balgat/Çankaya - Ankara/Türkiye
www.saadet.org.tr

Ağustos 2017

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	4
GİRİŞ	7
1. TANIM	9
a. Kamu Özel Ortaklığı Modeli (KÖO)	9
b. Şehir Hastaneleri	10
2. TARİHİ SÜREÇ	10
BULGULAR	13
1. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİNİN SAĞLIK ALANINDA UYGULANMASI	14
2. ŞEHİR HASTANELERİ PROJELERİ	15
a. Sözleşmesi İmzalanmış Projeler	16
b. Karar Aşamasında Olan Projeler	17
c. İhale Sürecinde Olan Projeler	17
d. Yüksek Planlama Kurulunun Onayını Bekleyen Projeler	17
e. Ön Fizibilite Çalışmaları Devam Eden Projeler	17
3. BEKLENTİLER	18
4. TEMEL SORUNLAR	18
a. Sağlık Bakanlığı'nın Rolü ve Yönetim	18
b. Sözleşmeler	20
c. Müşteri Garantisi	21
d. Maliyet	23
e. İstihdam	26
f. Ölçek Büyümesinden Kaynaklanan Sorunlar	28
g. Ulaşım	29
h. İsrar	30
i. Dış Borçlanma	33
KORUYUCU SAĞLIK	35
ÖNERİLER VE ÇÖZÜM YOLLARI	39
SONUÇ	45

ÖNSÖZ

Sosyal İşler Başkanlığı olarak ülkemizde meydana gelen sosyal hadiseleri değerlendirmek ve çözüm yollarını bulmak üzere muhtelif çalışmalar yapmaktayız. Bu çerçevede insanımızın sağlığını, milletimizin geleceğini etkileme gücü bakımından önemli gördüğümüz “**Şehir Hastaneleri**” konusunu çeşitli yönleri ile ele aldık.

Sağlık alanı deneme yanılma yönteminin uygulanamayacağı ve sonuçların asla tesadüfe bırakılmayacağı bir alandır. Çünkü söz konusu olan insan hayatıdır ve yapılan hataların telafisi mümkün değildir.

Sağlık alanının önemli ayaklarından birisi de sağlık tesisleridir. Tüm dünyada Kamu Özel Ortaklığı olarak yürütülen modelin uygulamaları ülkemizde Kamu Özel İşbirliği adı altında yürütülmekte ve sağlık alanında Şehir Hastaneleri projeleriyle karşımıza çıkmaktadır.

Sağlıkta dönüşüm programının yeni bir safhası olarak gösterilen Şehir Hastaneleri, sağlık hizmetlerinin organizasyon ve sunumunda doğrudan ve dolaylı yönleri ile önemli değişiklikler oluşturacaktır. Bütün bu değişiklikleri çeşitli yönleri ile irdelemek maksadı ile bu çalışmayı yapmış bulunmaktayız.

Raporun hazırlık sürecinde; çeşitli ilim adamları, siyasi temsilciler ve sivil toplum kuruluşu yöneticilerinin iştirakiyle çalıştay yapılmış, konu ile ilgili yayınlanmış olan raporlar incelenmiş, istatistiki veriler toplanmış, hükümet uygulamaları incelenmiş ve neticede Şehir Hastaneleri ile ilgili olarak bütün veriler birleştirilerek doğru bir teşhis ve çözüm yolları ortaya konmaya çalışılmıştır.

Yapmış olduğumuz çalışmayı kamuoyuna arz eder, sonuçlarının yöneticilere yol göstermesine vesile olmasını temenni ederim.

Fatih AYDIN

Sosyal İşler Başkanı
Genel Başkan Yardımcısı



GİRİŞ

Yetmişli yıllardan sonra izlenen liberal ekonomik politikalar “sosyal devlet” anlayışını zayıflatarak rantı tüm kurumların merkezine yerleştirmiştir. Bu süreçte devletin kamusal alandaki etkinliği azaltılarak başta eğitim ve sağlık alanları olmak üzere birçok alan piyasaya arz edilmiştir.

Sağlık alanında yapılan girişimlerle tekrar gündeme gelen **Kamu Özel Ortaklığı (KÖO)**, kamu proje finansmanının vergilerden karşılandığı ve kamu görevlileri ile hizmetlerin gerçekleştirildiği geleneksel kamu hizmeti üretim modellerinin tasfiye edilerek bunun yerine büyük çaplı, entegre projeleri kapsayan kamu planlama yetilerini bağlayarak uzun süreli sözleşmeler ve tekelleşme nedeniyle birçok eleştiriye maruz kalan bir özelleştirme modelidir.

KÖO Modeli klasik anlamda özelleştirme modellerinden bazı yönleriyle farklılık göstermektedir. Örneğin, klasik özelleştirme sisteminde kamusal üretim materyalleri, menkul ve gayrimenkul varlıklar özel sermayeye kısmen ya da tamamen aktarılabilmektedir. Ayrıca şeffaflık ve sınırlılık bakımından belli özelliklere sahiptir. Her ne kadar KÖO Modeli’nde de sermayeye yeni bir kâr alanı açılıyor olsa da satış işleminin daha tesisler ortada yokken sözleşmeye bağlanması ve kamu ile özel sermaye arasındaki ticari ilişkinin tesislerin yapım aşamasından başlayarak işletilmesine ve nihayetinde kamuya devredilmesine kadar uzunca bir süreye yayılması bakımından klasik özelleştirme modellerinden farklılık göstermektedir. Bununla birlikte yatırım ve işletme aşamalarını kap-

sayan ve maliyet, ulaşım, personel politikası, gereklilik vb. konularda birçok soru işareti barındıran KÖO Modeli uzun bir süredir tartışılmaktadır.

Risk, maliyet ve verimlilik hesapları temelinde uzun dönemli sözleşme ilişkisine dayanan esnek bir örgütlenme ve finansman modeli olan KÖO ülkemizde sağlık alanında Şehir Hastaneleri projeleri kapsamında uygulanmaktadır. Raporda özellikle 2000'lerden sonra yasal çerçevesi tamamlanan ve KÖO Modeli kapsamında yapımına başlanan Şehir Hastaneleri ile ilgili detaylı analiz ve değerlendirmeler yer almaktadır.

I. TANIM

a. Kamu Özel Ortaklığı Modeli (KÖO)

Üzerinde mutabık kalınan bir tanım olmasa da genel anlamda KÖO, kamu ile özel sektör arasında uzun süreli (49 yıla kadar) sözleşme ilişkisi kurması esasına dayanarak alt yapı tesislerinin finansmanı, yapımı, yenilenmesi, işletilmesi ve bakımı ile hizmetlerin sunulmasına ilişkin olarak gerçekleştirilen bir yatırım, hizmet ve ortaklık sistemidir.

Bu sözleşmenin konusunu, kamu hizmeti verilecek tesisin (hastane, okul, hapisane, otoyol vb.) özel şirketler tarafından inşa edilerek devlete kiraya verilmesi, devletin de hem şirketlere kira ödemesi hem de bu tesiste verilecek “çekirdek hizmet” dışındaki hizmetleri bu şirketlere devretmesi oluşturmaktadır.

b. Şehir Hastaneleri

Devlet tarafından yürütölen sağlık hizmetlerinin hizmet karşılığında belirlenmiş bir süreye kadar özel sektör tarafından uygulanması amacıyla işletmeye açılan bütünleşmiş hastane modelidir.

2. TARİHİ SÜREÇ

Ölkemizde Kamu Özel Ortaklığı projeleri arasında Yap-İşlet-Devret, Yap-İşlet, Kamu Hizmeti İmtiyaz, Yap-Kirala, İşletme-Bakım, İşletme-Hakkı Devri sözleşmeleri vb. projeler bulunmaktadır. Bu projelere tarihsel olarak 1910 ve 1924'teki kanunlarla başlamak mümkündür. Ancak günümüzde yaşanan sürecin ilk temelleri denebilecek uygulamalar 1983 ve 1984 yıllarına dayanmaktadır. 1984'den bu yana; elektrik, su, karayolları, havayolları, iletişim sektörlerini kapsayan yap-işlet-devret, yap-işlet, yap-kirala ve işletme hakkı devriyle oluşan KÖO modelleri uygulanmaktadır.

KÖO projelerinin yasal zemininin netleşmesi ise 2000'li yıllardan sonra ortaya çıkmıştır. 2006 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda değişiklikler yapılmış, 2007 yılında da sağlıkta KÖO kapsamı içinde değerlendirilecek son yasal uygulama çıkarılan 5683 sayılı yasanın birinci maddesiyle gerçekleşmiştir. Değişikliğe göre Sağlık Bakanlığının Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ya da Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü gibi bakanlığın temel hizmet ve görev alanına giren faaliyetlerini yürüten ana hizmet birimlerine "Kamu

Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı” adıyla yeni bir ana hizmet birimi eklenmiştir.

Nüfusun hızla yaşlanması, mevcut olan sosyal güvenlik sisteminin yapısından kaynaklı sorunlar, sosyal güvenlik kurumlarının sağladığı olanaklar arasındaki derin farklılıklar, sağlığın finansman açıklarını kapatmak için kamu kaynaklarının kullanımının artması sonucu sosyal güvenlik reformu gerekli olmuş ve 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” devreye sokulmuştur. Bu kapsamda; Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya girdiği 2003 yılından itibaren yapılan köklü değişimler ana hatlarıyla şunlardır:

❖ Nisan 2003’te Performansa Dayalı Ücret Sistemi uygulanmaya başlandı.

❖ Eylül 2003’te devlet memurlarının sevsiz özel hastanelere başvuru imkânı sağlandı.

❖ Ocak 2004’te Sağlık Bakanlığı-SSK sağlık tesisleri ortak kullanıma açıldı.

❖ Mart 2004’te reçeteli ilaçlarda KDV, %18’den %8’e indirildi.

❖ “Referans Fiyat Sistemi”ne geçildi. (Bir ilacın, belirlenen AB üyesi ülkelerdeki referansının iskonto hariç en düşük resmi depocuya satış fiyatı, “referans fiyat” olarak nitelendirilmektedir. Ülkemizin referans aldığı ülkeler: Yunanistan, Fransa, İtalya, İspanya ve Portekiz)

❖ Şubat 2005’te SSK sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığına devredildi.

❖ Mayıs 2005'te aile hekimliği pilot uygulamasına başlandı.

❖ Mayıs 2006'da SGK kuruldu ve SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı SGK çatısı altında toplandı.

❖ Haziran 2007'de "Sağlık Uygulama Tebliği" yayımlandı. (Devletin sağlık ile ilgili sosyal politikalarını uygulamasına imkân veren, kılavuzluk eden, fiyatlandıran, düzenleyen ve diğer tüm uygulama detaylarını içeren mevzuat tebliğidir. Sağlık merkezlerinde yapılan tüm işlemlerde ödeme esasları bunlara göre düzenlenmektedir.)

❖ Ekim 2007'de "Genel Sağlık Sigortası" sistemine geçildi.

❖ Ocak 2009'da Sağlık Bakanlığı hastanelerinde global bütçe uygulamasına başlandı.

❖ Ocak 2010'da kamu personeli de "Genel Sağlık Sigortası" kapsamına alındı.

❖ Ekim2012'de "Kamu Hastane Birlikleri Yasası" çıktı. (Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının bakanlığın ilgili kuruluş statüsüne göre birliğe dönüştürülmesidir.)

❖ Tüm bu gelişmelerin yanında Temmuz 2006'da sağlık hizmetlerinde "Yap-Kirala-Devret" olarak adlandırılabilen "**Kamu Özel Ortaklığı Modeli**" ile ilgili uygulama yönetmeliği devreye girmiş ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 3. fazı olarak nitelendirilen **Şehir Hastaneleri** süreci başlatılmıştır.



BULGULAR

1. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ'NİN SAĞLIK ALANINDA UYGULANMASI

Kamu Özel Ortaklığı Modeli, Hazine adına kayıtlı ve sağlık tesisi yatırımı için elverişli taşınmazın Sağlık Bakanlığı adına tahsisi gerçekleştirilmesiyle finansmanı tamamen özel ortak tarafından karşılanacak bir sağlık tesisi yapılması ve bu tesisin belli bir yıla kadar Sağlık Bakanlığı tarafından çeşitli imtiyazlarla kiralanmasıdır. Bu model, Şehir Hastaneleri ile birlikte uygulamaya konulmuştur.

Bu uygulama ile kira bedeli karşılığında sağlık tesisi yapımının başlaması, sağlık tesislerinin ve ek binalarının bakımı, onarımı ve tamiri işlerinin yapılması, tıbbi destek hizmetlerinin sağlanması, tıbbi hizmetler dışında da hizmet sunumlarının gerçekleştirilmesi (temizlik, güvenlik, yemekhane gibi), sağlık tesislerindeki tüm tıbbi gereçlerin hazır edilmesi gibi hizmetlerin sunulması öngörülmektedir.

KÖO Modeli kapsamında 900 Yataklı bir sağlık yerleşkesinin 15 Ocak 2015 tarih ve 29237 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan ön yeterlilik ihalesi ilanının 1. Maddesi’nde şöyle belirtilmiştir:

“... Yüklenici; projenin finansmanını, uygulama projesini, tasarımını, inşaatını, medikal cihazlar ile diğer donanımlarını ve tesis için gerekli mefruşatı sağlayacaktır. Yüklenici; ayrıca tesislerin bakım ve onarımını, görüntüleme, laboratuvar ve diğer tıbbi

destek hizmetleri ile bilgi işlem, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, güvenlik ve yemek gibi destek hizmetlerinin sunumunu ve sağlık hizmetleriyle uyumlu olarak Bakanlık onayı alacak ticari alanların yapım ve işletilmesini üstlenecektir. Kamu-özel işbirliği ile gerçekleştirilecek olan projenin yapım dönemi 2,5 yıl; çeşitli nedenlerden yapım için uzatma verilirse en çok 3,5 yıl; işletme dönemi de 25 yıl olmak üzere sözleşme süresi toplam 27,5 yıl; yapım süresinde uzatma verilmişse en çok 28,5 yıldır.”

Bu madde ile özel ortağın 900 yataklı tesisi Hazine'den tahsis edilmiş taşınmaz üzerine tıbbi cihaz ve diğer donanımlar içinde olmak koşuluyla kendi finansmanı ile inşa edip işler hale getirmesi; 25 yıl süreyle dışarıdan sağlanan hizmetler (bilgi işlem, temizlik, güvenlik gibi) ile tıbbi tetkik ve görüntüleme hizmetlerini bedeli karşılığında sunması, ticari alanları işletmesi ifade edilmektedir. Hastanenin tıbbi bölümünün işletilmesi ve yönetilmesi yine Sağlık Bakanlığına ait olmakta ve Bakanlık kendi sağlık personelini çalıştırmaya devam etmektedir. Özetle taşeron olarak uygulanan hizmetler ile ticari alanların işletilmesi özel ortağın tekelinde olmaktadır.

2. ŞEHİR HASTANELERİ PROJELERİ

Hastaların tüm sağlık sorunlarının kendi sağlık hizmet bölgelerinde çözülmesi ilkesi gereğince toplam 22 ilde farklı fiziki boyutlarda ve farklı yatak kapasitelerinde toplam 30 sağlık kampüsü planlanmış-

tır. Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığının 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesine eklenmesi ve faaliyete başlamasıyla birlikte KÖO Modeli doğrultusunda 2012 yılı itibariyle farklı illerde gerçekleştirilmek üzere toplam 18 proje ortaya konulmuştur.

a. Sözleşmesi İmzalanan Projeler

Adana Şehir Hastanesi (1550 yatak)

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (3660 yatak)

Ankara Etlik Şehir Hastanesi (3566 yatak)

Bursa Şehir Hastanesi (1355 yatak)

Elazığ Şehir Hastanesi (1040 yatak)

Eskişehir Şehir Hastanesi (1081 yatak)

FTR & YGAP & PH Paketi (2400 yatak)

Gaziantep Şehir Hastanesi (1875 yatak)

Isparta Şehir Hastanesi (755 yatak)

İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi (2682 yatak)

İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi (2060 yatak)

Kayseri Şehir Hastanesi (1584 yatak)

Kocaeli Şehir Hastanesi (1180 yatak)

Konya Şehir Hastanesi (838 yatak)

Manisa Şehir Hastanesi (560 yatak)

Mersin Şehir Hastanesi (1250 yatak)

Yozgat Şehir Hastanesi (475 yatak)

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu & Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kampüsü

b. Karar Aşamasında Olan Projeler

Şanlıurfa Şehir Hastanesi (1700 yatak)

Tekirdağ Şehir Hastanesi (480 yatak)

c. İhale Sürecinde Olan Projeler

Denizli Şehir Hastanesi (1000 yatak)

Kütahya Şehir Hastanesi (600 yatak)

Samsun Şehir Hastanesi (900 yatak)

d. Yüksek Planlama Kurulunun Onayını Bekleyen Projeler

Antalya Şehir Hastanesi (1000 yatak)

Aydın Şehir Hastanesi (800 yatak)

Bartın Şehir Hastanesi (400 yatak)

Diyarbakır Kayapınar Hastanesi (750 yatak)

Diyarbakır Yenişehir Şehir Hastanesi (705 yatak)

İstanbul Sancaktepe Şehir Hastanesi (3800 yatak)

Kahramanmaraş Şehir Hastanesi (500 yatak)

Ordu Şehir Hastanesi (600 yatak)

e. Ön Fizibilite Çalışmaları Devam Eden Projeler

Trabzon Şehir Hastanesi (600 yatak)

3. BEKLENTİLER

Sağlık alanında KÖO Projesi ile birlikte;

❖ Teşhis ve tedavilerde yeni teknolojilerin kullanılması,

❖ Aynı kampüs içinde entegre bir şekilde ihtiyaç duyulan bütün hizmetlerin verilmesi ve hasta sevk sayılarının düşürülmesi,

❖ Hizmet kalitesinin artırılması,

❖ Artan kalite ve yeni teknolojilerin kullanımı ile sağlık turizminin gelişmesine olanak sağlanması beklenmektedir.

4. TEMEL SORUNLAR

a. Sağlık Bakanlığı'nın Rolü ve Yönetim

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda Sağlık Bakanlığına biçilen rol, sağlık politikasını ve sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını belirleme ve denetimlerini gerçekleştirme ile sınırlanan bir tür planlama, düzenleme ve denetleme görevidir. Öngörülen diğer bir görev de, herhangi bir olumsuzluk durumunda Bakanlığın bir tür emniyet tedbiri olarak hizmetlerin örgütlenmesinde "gerektiğinde" aktif olarak müdahil olmasıdır. İşleyen süreçler bakımından henüz Bakanlığın düzenleyici ve denetleyici fonksiyon ile ilgili bir durumu oluşmamıştır.

Devlet, sağlık alanında planlama, finanse etme, tıbbi hizmeti sunma ve denetleme fonksiyonunu belirli oranlarda sürdürmektedir. Fakat KÖO Modeli ile tıbbi hizmet dışındaki yönetim, hizmet ve ticari alanlar sözleşmeciyeye bırakıldığı söylenebilir. Bu bakımdan devletin, sağlık sektöründe bu alanlardan bütünüyle çekilmesi kabul edilebilir bir durum değildir.

Şehir Hastanelerinin beraberinde getirdiği önemli kaygılardan biri de ölçek büyüklüğüne bağlı olarak ortaya çıkabilecek yönetim karmaşıklığıdır. Şehir Hastanesini inşa eden yüklenici firma ya da firmalar hastane içi ve çevresinde yapacakları tüm ticari işlemleri kendileri yönetecektir. Bunların yanı sıra görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerini yürütecek, radyasyon onkolojisi gibi ileri teknoloji ve yüksek maliyetli çalışmaları üstlenecektir. Daha sonra ise bu hizmetlerin faturasının devlete nasıl yansıyacağı ortaya çıkacaktır.

Bütün bu yönleri ile hem hizmet veren şirketlerin hem de hizmet sunan kişilerin suiistimaline sebebiyet verecek açıklıklar yasal tedbirler muhakkak kapatılmalıdır.

Yüklenici firmaların aynı zamanda hastanenin bilgi yönetim sistemini de işletebilecek olması beraberinde hasta kayıtlarının güvenlik ve mahremiyetine ilişkin endişelere yol açmaktadır.

b. Sözleşmeler

Mevcut hizmet alım sözleşmeleri ile karşılaştırıldığında KÖO sözleşmeleri çok daha karmaşık, kapsamlı ve uzun sürelidir.

KÖO uygulamalarında farklı roller üstlenen çok fazla örgüt söz konusudur. Bunlar; Bakanlık, hastaneler, ortak girişim, ortak girişimi oluşturan şirketler ve alt yüklenicilerdir. Bir de bunlara henüz belirsizlik taşıyan entegre sağlık kampüsü yönetimi ve kurulması girişimleri olan hastane birliği de katılabilir. KÖO'da sözleşme ilişkisi sadece Bakanlık ve özel amaçlı şirket arasında söz konusu değildir. Eğer ihaleyi alan bir ortak girişim ise, ortak girişimi oluşturan şirketler arasında da bir sözleşme ilişkisi söz konusudur. Aynı şekilde özel amaçlı şirket/ortak girişim, alt yükleniciler ile de sözleşme ilişkisi içindedir. Hukuksal, örgütsel ve yönetsel açıdan doğrudan doğruya idare ile ilgili olmadığı düşünülen yüklenici-alt yüklenici (taşeron) ilişkisi de genel olarak hizmetlerin örgütlenmesine olan etkileri, özel olarak da hizmet üzerinde aksaması gibi ortaya çıkan sonuçlar açısından sözleşme yönetiminin bir parçası olarak görülmelidir.

KÖO sözleşmeleri karmaşıklığından dolayı bu uygulama kapsamında oluşturulacak sözleşmelerin kurgusunun ve yönetiminin uzmanlar tarafından profesyonelce yapılması gerekmektedir. Aksi takdirde sözleşme metninde yapılabilecek risklerin yanlış dağılımı, yetersiz ve eksik yaptırımlar gibi önemli hatalar, uzun vadede ciddi sorunlara yol açabilir.

c. Müşteri Garantisi

Sağlık Bakanlığının hastane kampüsleri ihalelerini alan şirketlere ve konsorsiyumlara temel görevi tanı ve tedavi hizmeti sunmak olan hastanelerde sürekli olarak tüm yatakların ve cihazların kullanılmasının %70 oranında garanti edilmesi yani %70 oranında hastanın var olacağını garanti edilmesidir. Hastanedeki bu oran tutturulamaz ise Sağlık Bakanlığı ihaleyi alan şirketlere aradaki farkı ödemeyi de taahhüt etmektedir. Dolayısıyla doluluk oranını tutturmak için vatandaşların “**daha çok hastalanması**” ve hastanelere başvurması gerekmektedir. Bu durumda ise yöneticilerin sağlık personeli üzerinde baskı kurması kaçınılmaz olacaktır.

Ayrıca Şehir Hastanelerinde hastaların yeniden yatış oranlarının hesaplanması, hekim başına istenen tetkik ve görüntüleme hizmet sayısının tutturulabilmesi için hastaların sistemde gereksiz yere fazladan tutulup tutulmadığı noktasında şüpheler oluşturacaktır.

Bir devletin sağlık politikalarını hastalıkları ve hasta sayısını minimize etmesi yerine bir proje kapsamında gelecek 25 yılda hasta sayısını ve hastalıkları %70’in altına düşürmeme üzerine inşa ediyor olması kabul edilemez.

%70 doluluk ya da diğer bir ifade ile cihazların belirli oranda kullanımını garanti etmek, “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin bileşenlerinin hayata geçirilmesi açısından da çelişki oluşturmaktadır. Alt bileşenlerden olan “Etkili ve Kademeli Sevk Zinciri” ile

2. basamak sağlık hizmetlerine başvuru sayısı düşeceği için uygulandığı takdirde müşteri garantisinin karşılanmasında güçlükler ortaya çıkacaktır.

Kamu-Özel İşletme Modeli'nin ülkemizde uygulanan en önemli örneklerinden biri olan köprülerde garanti edilen araç geçiş sayısı, Şehir Hastanelerinde müşteri sayısı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Günlük 40 bin araç garantisi verilen Osmangazi Köprüsü'nün açıklanan geçiş rakamlarına göre; Aralık 2016'da toplam 271 bin 671 ve Ocak 2017'de 380 bin 814 otomobil eşdeğer araç geçti. Geçen yıl 30 Haziran'da hizmete giren Osmangazi Köprüsü'nde işletici firma ile yapılan sözleşmeye göre 35 dolar + KDV geçiş ücreti belirlenmiştir. Ancak bu ilk başta 89 lira olarak uygulanmıştır. Sonra geçişleri artırır düşüncesi ile 65 liraya düşürülmüş fakat geçişlerde bir artış görülmemiştir. Devlet hem garanti edilen 40 binin altında kalan (köprüden geçmeyen) her araç için ödeme yapmakta hem de ücret düşürüldüğünden geçen araç için 68 lira firmaya ücret ödemektedir. Geline noktada hem milletin direk cebinden çıkan ödemeler hem de dolaylı ödemeler gözükmemektedir. **Şehir Hastanelerinde de garanti edilen %70'lik doluluk karşılanamadığı takdirde; ya direkt olarak katkı payı olarak milletin karşısına çıkacak ya da dolaylı şekilde vergilerden firmalara ödemeler yapılacaktır.**

d. Maliyet

Araştırmalara göre proje maliyet analizleri bakımından K Modeli'nin diğer hizmet sunum yn-temlerine göre iddia edildiği gibi daha verimli bir model olmadığı, aksine çok daha maliyetli olduğu sonucuna varılmıştır.

Projelerin en önemli maliyet kalemi finansman giderleridir. Uzun dönemli K sözleşmelerinin neredeyse tamamında özel amaçlı şirketlerin borçlanma yoluna gittiği bilinmektedir. Özel sektör, devlete göre çok daha maliyetli bir şekilde borçlanmaktadır. Hatta kimi zaman özel sektör, devlete göre bir kat daha fazla borçlanmaktadır. Buna ilaveten ekonomik kriz gibi nedenlere bağlı olarak artan maliyetler, özel amaçlı şirketin yüksek finansman maliyetini ihale teklif bedeline, sözleşme uygulanması sırasında da yeniden finansman aracılığıyla yıllık ödeme miktarlarına eklemesine sebep olmaktadır.

Bilindiği zere **Kamu zel İşbirliği (Kİ)** ile yapılan şehir Hastaneleri projesinde devlet yüklenici firmaya projenin yapılacağı araziye bedelsiz vermekte, firma projeyi bu araziye inşa etmekte ve bunların karşılığında devletten minimum 25 yıl süreyle %70 doluluk garantisi ile kira bedeli temin etmektedir.

Yapılması planlanan her türlü yatırım için fizibilite etüdü kapsamında projenin kendisini amorti etme sresinin hesaplanması temel gerekliliktir. Bu kapsamda şehir Hastaneleri için de beklenen yıllık getiriler ile projenin geri ödeme süresi hesaplanarak,

bu süre ile yüklenici firmalara kira ödemesi yapılacak olan 25 yıllık sürenin karşılaştırılması gerekmektedir.

Kısacası devlet, kendisini üç ya da beş yılda amorti edecek bir proje için mi yüklenici firmalara 25 yıl süreyle kira ödemektedir? Bu durum akla “Acaba belli çevrelere rant mı sağlanıyor!” şüphesini getirmektedir.

Bu denli büyük kompleksleri hiçbir firma kendi öz kaynaklarıyla inşa edecek yeterli varlığa sahip değildir. Bu nedenle bu firmalar ortaklıklar kurmakta ya da kredi kullanmaktadırlar. Kullanılan kredilerde ise, hazine garantisi verilmektedir. Elbette ki herhangi bir firmanın kredi temin ederken katlanacağı faiz oranı ile devletin ödeyeceği faiz oranı aynı değildir. Yüklenici firmaların maliyetleri içerisinde faiz giderleri de dâhil edildiğinde devletin ödemek zorunda olduğu bedelin daha da kabardığı görülmektedir.

i. Kredi Güvencesi

Alt yapı yatırımlarını gerçekleştirecek olan firmaların, ulusal ve uluslararası sermaye piyasalarından/bankalardan kullanacakları kredi/fonlara hazinenin kefil olması şirketlerin iflas vb. durumlarla karşı karşıya kalması durumunda hazineye, dolayısıyla milletimize yeni yükler getirecektir.

ii. Kira Ödemeleri

Sözleşmelerde kira bedellerinin zamanında ve tam olarak ödenmesinin Bakanlık garantisi altında

olduğuna ve ödemelerdeki gecikmelere uygulanacak cezaî yaptırımlara ilişkin hükümlere de yer verilmiştir. **Yönetmelikte, döner sermayeyi aşan bir güvence verilmiş olması Yasa'ya aykırıdır.** Yasa'da kira ödemesi için döner sermaye dışında bir kaynak öngörülmemiştir.

Döner sermayenin öncelikli olarak kira giderinde kullanılması, gelir kaynağının önemli bir kısmı döner sermayeden karşılanan hekim ve diğer yardımcı sağlık personellerinin ciddi bir mağduriyet yaşamasına neden olacaktır. Hastane işletmecisi-sahibi olmayan çalışanların emekleri sonucu ortaya çıkan gelirlerin hastane giderleri için kullanılması bir adaletsizliğe ve sonucunda çalışanlarda memnuniyetsizliğe yol açacaktır. **“Eşit İşe Eşit Ücret”** temel prensibine aykırı olarak farklı bir hastanedeki kişi ile aynı görevi ifa eden bir Şehir Hastanesi çalışanı, hastanenin kirasını ödemediği gelir sahibi olamayacaktır. Mezkiir sorunla tamamlanmış olan Mersin Şehir Hastanesinde maalesef ziyadesiyle karşılaşılmış, ciddi hak kayıpları ortaya çıkmıştır.

Döner sermaye gelirleri ile karşılanacak olan Şehir Hastaneleri kira ücretlerinin ödenememesi durumunda merkeze ayrılan döner sermayeden kullanılacaktır. Onun da yetmemesi durumunda Sağlık Bakanlığı bütçesi devreye girecektir. Döner sermaye gelirlerinden ilk olarak kira bedelinin ödenmesi esastır ve sağlık çalışanlarına ya da tedarikçi firmalara ödenecek ücretler kira bedeli ödendikten sonra geri kalan miktardan karşılanacaktır. Bu durum çalışanlara

ücretlerinin ödenememesi ya da tıbbi firmaların alacaklarını zamanında tahsil edememesinden ötürü iflas etme ve hak kaybı gibi endişeleri beraberinde getirecektir.

Şehir Hastaneleri, İhale Kanunu'na tabi değildir. 2010 yılında "İhale Yöntemi" ile yapılan 1200 Yataklı Erzurum Devlet Hastanesi 193,5 Milyon TL bedelle tamamlanmıştır. Fakat Kayseri Şehir Hastanesi (1538 Yatak) sabit yatırım tutarı 427 Milyon TL'yi geçmektedir. Devlet Kayseri Şehir Hastanesi için yüklenici firmaya 25 yılda 3 Milyar 443 Milyon TL kira bedeli ödeyecektir. Başka bir ifade ile Kayseri Şehir Hastanesi için firmaya ödenecek 1,5 yıllık kira bedeli karşılığında (1200 Yataklı) bir devlet hastanesi yapılabilmektedir. İngiltere'de yapılan çalışmalar, 1 adet Şehir Hastanesi için harcanan parayla 3 adet Devlet Hastanesi yapılabileceğini ortaya koymaktadır.

e. İstihdam

KÖO Modeli kapsamında açılacak olan Şehir Hastaneleri bünyesinde çalışacak hekim ve diğer sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında önemli değişiklikler meydana gelmesi kaçınılmaz bir durumdur.

Hastane örgütlenmesinde ikili bir personel sistemi oluşturulmaktadır. Bu durum, iş barışını bozma riski barındırmaktadır. Bununla birlikte KÖO Modeli'nde özel amaçlı şirketin personelinin esnek statüde, hekimlerin ise güvenceli statüde çalışması uygun olan bir durum değildir.

Şehir Hastanelerinde oluşabilecek mali sorunlar doğrudan doğruya tıbbi hizmeti sunan hekim ve yardımcı personelin çalışma koşullarını etkileyebilecektir. Örneğin çoğu sözleşmeli personel olmuş Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve birliklere mensup hastanelerdeki kamu görevlileri KÖO kapsamına girdiğinde (sağlık ve diğer), faaliyet alanları şirketlere devredileceği için, bu personelin de tasfiyesi gündeme gelecektir. Böylece, vasıfsız işgücü ve düşük ücret yaygınlaşacak, hizmet kalitesi de düşecektir.

Bütün bunların yanı sıra modelin uygulanma sürecinde şeffaflık, performans ve hesap verebilirlik bilincinin daha az olması, daha yüksek maaşlar, yeterli niteliklere sahip olmayanların keyfi olarak istihdamına neden olabilmesi, yönetim kurulunun gözetim ve denetim sorumluluğunu tam olarak yerine getirememesi ve nihayetinde devletin üstlenmesi gereken yükümlülüklerin ortaya çıkabilmesi ile kamusal sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine dair kamuoyunda yanlış algılamalar oluşabileceği gibi olumsuz hususlar da söz konusudur.

Ayrıca kamu hizmet ve yatırım alanlarının piyasalaştırılmasının, kamudaki örgütlü işgücünün yerini örgütsüz ve daha ucuz emek gücünün alması anlamına geldiği, kamu özel ortaklık uygulamaları ile bir yandan kamu görevlilerinin istihdam güvencesinin ortadan kalkacağı, bir yandan da kâr oranlarını artırmak isteyen şirketlerin istihdamda daralmaya gidecekleri ve görevlilerinin kamu çalışanı olma vasıflarını kaybedebileceği kaygıları da bulunmaktadır.

f. Ölçek Büyümesinden Kaynaklanan Sorunlar

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde KÖO hastaneleri hizmet, iş ve işlem hacmi açısından büyümeyi, yoğunlaşmayı ve buna bağlı olarak da örgütsel, yönetsel ve mali boyutuyla ölçek büyümesini de beraberinde getirmektedir.

Sağlık kampüslerinin kurulması ve böylece bazı eski hastanelerin yıkılması, yerel üretim ilişkilerini etkileyebilecektir. Mevcut hastanelerin çevresinde konumlanan ya da kampüslere yakın alanlarda kalıp kampüslerden dışlanan küçük ölçekli esnaf ve işletmeler üretim, istihdam ve pazar kaybı yaşayabilecektir. Dolayısıyla, ancak taşeron ilişkisi içinde kampüslerde var olma olanağı yakalayabilen küçük sermayelere, bağlı oldukları büyük sermayelerin kontrolü altında, izole alanlarda birikim şansı doğuracak ve kampüs hastaneleri bir bütün olarak sermayenin merkezileşme ve yoğunlaşması yönünde etki oluşturacaktır.

Görülmektedir ki özel hastanelerle aynı maliyetlerde ancak ölçek açısından çok daha büyük hastaneler kısa sürede devreye girerek mevcut özel hastanelerin bu ölçek ve maliyetlerle rekabet edebilecek düzenlemeleri kendi üretim süreçlerinde gerçekleştirmelerine imkân kalmadan sağlık sektöründe faaliyet gösteren sermayeler arasında önemli bir değişim (elenme) gündeme gelecektir.

Ayrıca KÖO'da dağınık sağlık tesislerinin bir araya getirilmesi hedef alınmıştır. Böylece kent planlaması, maliye, kamu yönetimi ve çalışma ilişkileri

gibi birçok alan bu uygulamadan etkilenmektedir. Söz konusu etki bir ölçüde zaten kamu hastaneleri birlikleri ile sağlanmış durumdadır. Ölçekte büyüme, “küçük ve etkin işletmecilik” yerine dev yapılara neden olmakta; rekabetçi olmayan, tekelleşmeye açık bir sağlık düzeni ortaya çıkmaktadır. Bu şekilde hastaneler birkaç sermaye grubunun yönetiminde toplanmaktadır.

Diğer yandan ölçek bazında yapılan araştırmalarda 200 yatağın altındaki hastanelerin ekonomik açıdan verimliliğinin az olacağı ve 650 yatağın üzerindeki hastanelerin ise olumsuz ölçek ekonomisi sorununa neden olacağı ortaya konulmuştur. Bundan dolayı büyük ölçekli işletmelerde verimlilik eğrisi doğru olarak ele alınmalıdır. **Her zaman yapının büyümesi işletme verimliliğinde de artış olacağını anlamına gelmemektedir.**

g. Ulaşım

Kapatılacak hastaneler yerine açılacak yeni hastanelerin ucuz arsa temini için şehrin dışındaki alanlara yapılıyor olması halkın sağlık hizmetlerine ulaşımında sıkıntı yaşamamasına sebep olma ihtimalini bulundurmaktadır.

Şehir Hastanelerinin planlama sürecinde şehre olan uzaklık ve ulaşım tedarikleri doğru bir şekilde hesaplanmalıdır.

h. İsrâf

Ülkemiz, MR ve Röntgen gibi cihazları gereksiz kullanmada dünyada ilk sıralarda yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre her yıl 100 bin kişiye çekilen tomografi tetkiki sayısı AB'de 8.900, OECD'de 12.000 iken ülkemizde 13.000; MR sayısı ise AB'de 4.100, OECD'de 5.200 iken ülkemizde 11.500 olarak görülmektedir. Mevcut durumda bile Avrupa'dan çok daha fazla MR ve tomografi çekimi yapılmaktayken bu hizmetlerin özel firmalara bırakılmasıyla meydana gelebilecek gereksiz kullanımın önüne geçecek herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır. Bu bir israftır.

Bunlara ek olarak hastanelerde geliştirilen kiralamaya usulleri hem vatandaşın sıhhatine fayda sağlamamakta, hem de devletin mali külfetini artırmaktadır. Bu hem mali açıdan hem de insan sağlığı açısından bir israftır.

Ayrıca mevcut bina ve ekipmanların tamamen elden çıkartılması da bir israftır.

Maliyet ve kazanım açısından:

Bir ilde Şehir Hastanesi kurulurken eski hastaneler yıkılarak yerine tek bir büyük kompleks kurulmaktadır. Bu durumda toplam yatak sayısında ciddi değişimler yaşanmamaktadır. Sağlık kurumlarındaki nitelikli yatak sayısı artmakta ancak kişi başı düşen yatak sayısında yapılan yatırımların büyüklüğü de göz önüne alındığında önemli bir iyileşme yaşanmamaktadır.

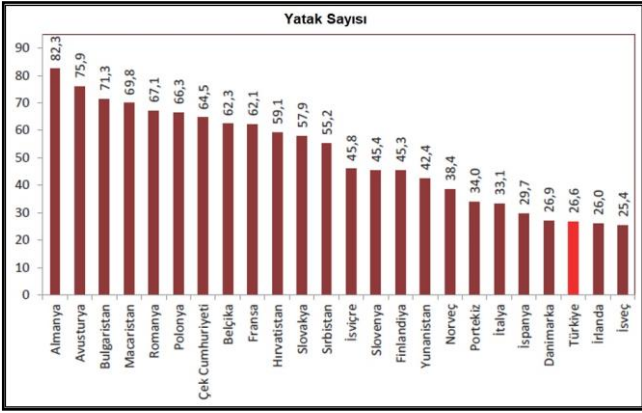
Aşağıdaki tablolarda ülkemizdeki sağlık kurumlarındaki yatak sayısındaki değişim ve uluslararası mukayesesi yer almaktadır.

Yıllar	Toplam Sağlık Kurumu Sayısı	Toplam Yatak Sayısı	1000 Kişi Başına Düşen Toplam Yatak Sayısı
2000	10.747	134.950	2,08
2001	10.581	140.710	2,14
2002	9.685	164.471	2,48
2003	9.183	165.465	2,46
2004	9.038	166.707	2,45
2005	8.870	170.972	2,48
2006	9.831	174.342	2,5
2007	11.839	178.000	2,52
2008	13.818	183.183	2,56
2009	15.205	188.638	2,6
2010	26.993	200.239	2,72
2011	27.997	194.504	2,6
2012	29.960	200.072	2,65
2013	30.116	202.031	2,64
2014	30.176	206.836	2,66
2015	30.449	209.648	2,66

Tablo 1: Yıllar İtibariyle Yatak Sayıları

Tablo 1'den anlaşılacağı üzere 2000 yılından bu yana sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir gösterge olan kişi başına düşen hasta yatağı sayısında artış yaşanmıştır. Ancak bu sayının yeterli düzeyde olup olmadığını anlayabilmek için diğer ülkelerle kıyaslama yapılması gerekmektedir.

ŞEHİR HASTANELERİ



Grafik 1: 10.000 Kişiyeye Düşen Hastane Yatağı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması

Sağlık istatistikleri yılığından temin edilen Grafik 1 incelendiğinde ülkemizdeki kişi başı hasta yatağı sayısının yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Çok büyük yatırımlarla gerçekleştirilen Şehir Hastanelerinde bu durumun iyileştirilmesi gibi bir amaç güdülmemektedir. Mevcut kapatılan hastanelerin yatak sayıları ile Şehir Hastanelerinin yatak sayıları arasında ciddi bir fark bulunmamaktadır. Bundan dolayı büyük bir maliyet harcamasına neden olacak ve genel sağlık ihtiyaç kalemlerinde bir değişim oluşturmayacak bu projeler yerine daha az maliyetli ihtiyacı karşılayan projeler ortaya konulmalıdır.

Ayrıca yıkılacak hastanelerin mevcut yerlerine ne yapılacağına dair herhangi bir durumun belirtilmemesi bu alanların ranta kurban verilmesi şüphesini arttırmaktadır.

i. Dış Borçlanma

Devlet, Şehir Hastaneleri sisteminde yatırımcı olarak sözde para ayırmamakta, hatta dışarıdan borçlanmamaktadır. Ancak onun yerine (hazine garantisi ile) özel sektör borçlanmaktadır ve bu projeler hızla ülkemizin dış borç stokunu arttırmaktadır.

Köprü, otoyol, tüp geçit, hava alanı ve sağlık kampüsleri tek tek bakıldığında geri ödemede zorlanılmayacak yatırımlar gibi gözükse de her biri için firmaların çektikleri kredi üzerinden ayrı ayrı borçlanan ülkemiz, ciddi bir borç yükünün altına girmektedir. KÖO Modeli başta kullanışlı bir model olarak görülse de düzgün planlanmadığı zaman ülkeyi felakete sürükleyecek bir dış borç yapısı ortaya çıkarmaktadır.

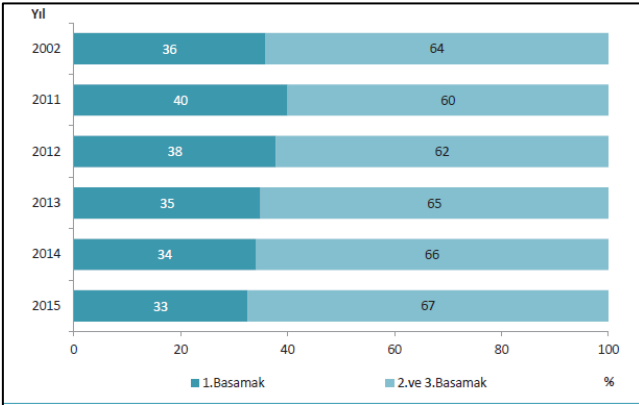


KORUYUCU SAĞLIK

ŞEHİR HASTANELERİ

Şehir Hastaneleri ile ölçek ekonomilerinden yararlanıp birim maliyetlerin düşürülmesi planlanmaktadır. Ancak göz ardı edildiği düşünülen makro düzeyde bir problem maliyetler üzerinde daha baskın rol oynamaktadır.

Bir problemin ortaya çıkmasını engellemenin maliyeti o problem ortaya çıktıktan sonra telafisini gerçekleştirmekten her zaman daha az maliyetlidir. Aynı durum sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Bireylerinin sağlıklı kalmasının sağlanması yani koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu, bireylerin hasta olduktan sonra tedavi edilmesinden her zaman daha az maliyetlidir. Bu nedenle öncelikli olarak koruyucu sağlık hizmetlerine yapılacak yatırımların göz ardı edilmemesi hem bireylerin sağlık düzeylerine katkıda bulunacak hem de ülke ekonomisine olan maliyetleri düşürecektir.



Grafik 2: Sağlık Hizmetlerine Başvuruların Hizmet Kapsamına Göre Oranları

Grafik 2'de yıllar itibariyle birinci basamak ve ikinci, üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuruların oranı yer almaktadır.

Yukarıdaki grafikte de görüldüğü üzere maliyetlerin daha düşük olduğu koruyucu sağlık hizmetlerinin de yer aldığı birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların oransal olarak artırılması gerekmektedir. Bunun için bir türlü hayata geçirilemeyen zorunlu sevk zincirinin yürürlüğe girmesi ve vatandaşların birinci basamak sağlık hizmet sunucularına olan güveninin artırılması şarttır. Aksi halde basit bir soğuk algınlığından ötürü dahi üçüncü basamak eğitim araştırma hastaneleri meşgul edilmeye, mevcut kaynaklar verimsiz kullanılmaya devam edilecektir.



ÖNERİLER VE ÇÖZÜM YOLLARI

Sağlık, sadece hastalık potansiyelleri ve ilaç endüstrisinin istatistikleri göz önüne alınmış olsa dahi hasta boyutu ile şuan ki Sağlık Bakanlığının çalışma alanından çok daha kapsamlıdır. Bundan dolayı hangi sağlık anlayışı geliştirilirse geliştirilsin ülkemizin **topyekûn ve planlı bir kalkınmaya** ihtiyacı vardır.

Sağlık alanı “Batı tıbbı” hüviyetinde hastalığı merkeze alan bir anlayışa sahiptir. Alternatif tıp, tamamlayıcı tıp, koruyucu tıp gibi şifayı ve sağlıklı kalmayı önceleyen anlayışlar geliştirilmelidir.

Devleti oluşturan diğer tüm kurumlarda olduğu gibi sağlık alanında da adalet ve merhamet kavramları çerçevesinde ne hastaya ne hekime ne de yönetim kademelerine haksızlık yapılmasına izin verilmemelidir. Politik kaygılar ile kayırmacılığa veya tekebbüre dayalı modellemeler ne alternatiftir ne de medeniyet kodlarımızla uyuşmaktadır.

Medeniyetimizin ikame ettiği yatay mimariye her kurumda sahip çıkılması gerektiği gibi sağlık kurumlarında da sahip çıkılmalıdır.

Sağlıkla ilgili yatırımlar yaparken Şehir Hastaneleri gibi büyük, geleceğimizi ipotek altına alan ve dışa bağımlılığımızı azaltmayan yatırımlardan kaçınılmalıdır.

Hasta üreten, girince içinden çıkılmayan labirent içerikli dev binalardan sadece belli alanlarda özelleşmiş butik tasarımlı hastanelere geçilmelidir.

Ulaşılabilir, yaygın, faydalı ve huzur veren sağlık işletmeciliği esas alınmalıdır.

Şehir Hastaneleri kapsamında;

❖ Sağlık sektörü sürekliliğiyle ön planda olan önemli hizmet alanlarından biridir. Bundan dolayı tekelleşmeye fırsat verecek, mağduriyetler oluşturacak ve işletim kalemlerinin büyük çoğunluğunu özel sektörün eline bırakacak bir modele gitmek oldukça risklidir. Şehir Hastaneleri Modeli, uzun vadede milletimizi “taşeron sağlık sektörüne” bağımlı hale getirecek bir proje konumundadır. Bunun önlenmesi için devletin sağlık sektöründe büyük yüklenici olması gerekmektedir.

❖ Gelişen ve değişen şartlara bağlı olarak sağlık sektörü politikalarında belli periyotlarla değişimler yaşanmaktadır. Bundan dolayı Şehir Hastaneleri gibi uzun süreli işletim amaçlı sağlık sistemleri sağlık alanında önemli problemler doğurma riski barındırmaktadır. Eğitim, sağlık gibi insan merkezli bu tarz sahalarda ciddi sorunlarla karşılaşmamak için uzun süreli sözleşme ve imtiyazlardan kaçınılmalıdır.

❖ Sağlık Bakanlığı yapacağı köklü değişikliklerde (aile hekimliği sistemi gibi) mutlaka pilot uygulama yaptıktan sonra asıl uygulamaya geçmiştir. Ancak Şehir Hastaneleri gibi büyük yatırımlar gerektiren bir sistem için ön uygulama yapılmamıştır. Bundan dolayı sistemin her aşamasının titizlikle takip edilmesi gerekmektedir.

❖ Sağlık Bakanlığı'nın sistem içerisindeki rolü belirginleştirilmelidir.

❖ Profesyonel sağlık yönetimi eğitimi almış kişiler ve diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte liyakat ve ehliyete dayalı bir yönetim ekibi oluşturulmalı ve tam bir ekip ruhuyla çalışılmalıdır.

❖ Şehir Hastaneleri gibi büyük ölçekli yatırımların yapıldığı, son teknolojinin kullanıldığı modern yapıların yönetilmesinde hem ülkemiz hem de milletimiz adına önemli faydalar sağlayabilmesi için siyasi kaygılardan arındırılmış görevlendirmeler yapılmalıdır.

❖ Sözleşmeler net, anlaşılır ve her konuyu kapsayıcı olmalıdır. Ayrıca bu konudaki ihmallerin ve hataların önüne geçilebilmesi için de denetimlerin arttırılmalıdır.

❖ Sözleşmelerdeki ve mevzuattaki boşluklar giderilmelidir.

❖ Sözleşme sürelerinin bitimiyle ortaya çıkabilecek belirsizlikler giderilmelidir.

❖ Sağlık Bakanlığı, yaptığı planlamanın esaslarını ve kapatılacak hastanelerin hangileri olduğunu açıklamalıdır.

❖ Kapatılacak hastanelerin yerlerine ne yapılacağı, nasıl değerlendirileceği mutlaka kamuoyu ile paylaşılmalıdır.

❖ Yüklenici firma, açılan hastanelerde kullanılacak tıbbi cihazları yeni baştan temin etmektedir. Kapanacak hastanelerde şu anda kullanılan tıbbi ci-

hazların Şehir Hastanelerinin açılması ile birlikte nasıl değerlendirileceği durumu belirgin değildir. Yüksek yatırımlar gerektiren bu cihazların etkili ve verimli şekilde kullanılması yönünde planlamalar yapılmalıdır. Hatta tıbbi cihazlarda dışa bağımlılığımızı azaltacak yatırımlar yapılmalıdır.

❖ Ticari işletme mantığıyla yürütülecek bu hizmetler neticesinde hastaların bilgilerinin üçüncü şahıslara sızdırılması veya satılmasını engelleyecek yasal ve yapısal düzenlemeler derhal oluşturulmalıdır.

❖ Halkımızın tamamını ilgilendiren ve gelecek 25 yılımızı ipotek altına alan bu kadar büyük ölçekli bir proje ile alakalı kamuoyu yeterli, doğru ve anlaşılır bir şekilde bilgilendirilmelidir.

Sağlık politikaları kapsamında;

❖ Sağlıkta kalite; binaya, makineye, otelcilığe ya da lükse değil “insan”a dayanır. Bu sebeple hekime, sağlık çalışanlarına, sağlık girişimcilerine, hizmete, tıbbi cihaz ve ilaçta ar-ge standartlarının geliştirilmesine, verimliliğe ve inovasyona önem verilmeli ve buna göre yatırımlar yapılmalıdır.

❖ Sağlık hizmetleri sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansmanını etkileyen faaliyetlerle birlikte, sağlık üzerinde etkisi olan kamu, özel sektör ve gönüllü örgütler tarafından gerçekleştirilen tüm faaliyetleri de kapsayacak genişlikte bir kavram olarak ele alınmalıdır. Ciddi yatırımlar gerektirmesi ve

alınan kararların halkı doğrudan etkilemesi bakımından yapılan politikalar üzerinde yoğun çaba sarf edilmelidir.

❖ Hekimin ve sağlık ekibinin eğitimine, kişisel ve mesleki donanımına yatırım yapan ve geliştiren bir ekosistem geliştirilmelidir.

❖ Halk sağlığı yatırımları için ayrılan bütçenin payı sağlık yatırımları bütçesine oranla düşüklüğü telafi edilmelidir.

❖ Necip milletimizin değer algıları çerçevesinde “sağlık hizmetleri” alanında mahremiyeti temele alan bir yaklaşım geliştirilmelidir.

❖ İlaç, gıda ve kozmetik kodeksleri alanlarında da değer algılarımız dikkate alınarak düzenlemeler yapılmalıdır.

❖ Ülkemiz; soğuk sudan sıcak suya, termal sudan tuzlu suya kadar çok farklı ve yoğun mineralli, radon gazlı ve tuzu gibi her türlü su çeşidine sahiptir. Termal, jeotermal, kaplıca hizmetlerinin sunulabilmesi için mevcut durumumuz ve potansiyellerimiz layıkıyla değerlendirilmelidir.



SONUÇ

Sağlık politikaları; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri ve bu hizmetlerin sunulabilmesi için gerekli olan yatırımlar, tıbbi cihazlar, ilaç sektörü, sağlık turizmi, gıda, çevre, ekonomi gibi birçok konuyu birlikte değerlendirmeyi gerektirmektedir.

Kamu otoritesinin KÖO Modeli'ne başvurmadaki temel amacının, ilgili yatırımların mümkün olduğunca kısa bir süre içinde ve belirli bir bilanço dâhilinde gerçekleştirilmesini sağlamak olduğu görülmektedir. Kamu ile özel kesimin yapısal üstünlüklerinden yararlanmak ve projenin risklerini kamu ile özel kesim arasında paylaştırarak toplamda projenin verimliliğini artırmak modelden temel beklentilerdir. Genel tasarımı ve uygulamaları değerlendirildiğinde modelin kendisinden beklenen sonuçlara ulaşma konusunda, geleneksel kamu hizmet üretim modeline göre mutlak bir üstünlüğünün olmadığı ve hatta pek çok alanda yeni riskler oluşturması itibariyle başarısız kaldığı görülmektedir.

KÖO, harcamaların bütçe dışı olması, büyük yatırım ödemelerinin kendi dönemlerine az yansıtacak olması gibi özellikleri nedeniyle hükümetlerce tercih edilmektedir. Hükümetlerin, bir yandan kamu harcamalarını kontrol altına alma ve borçlanmayı sınırlama yoluyla mali disiplini sağlama taahhütlerini ortaya koyarlarken diğer yandan denetimsizliğe yol açacak olan bütçe dışı harcamalara dayanan KÖO Modeli'ni uygulamaları bir tutarsızlıktır.

Uzun süreli KÖO sözleşmeleri, sözleşmeyi imzalayan hükümetlerden sonra gelen birçok hükümetin hem sağlık hem de kamu maliyesi alanındaki politika tercihlerini ipotek altına almakta, hatta tercih olanaklarını neredeyse tamamen ortadan kaldırmaktadır.

Devlet hastaneleri ticari işletmeye dönüştüğünde sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği azalarak maliyeti artacak ve gelir dağılımı zaten fevkalade bozuk olan ülkemizde sağlık hizmetlerine ulaşmak zorlaşacaktır.

Şehir Hastaneleri ile sağlık imkânları bir bölgede toplanarak halka daha kolay ve daha az masrafla hizmet vermek amaçlanırken iş mecrasından çıkarılmış ve ranta açık bir hale büründürülmüştür.

Köprü, otoyol, tüp geçit ve hava alanı projelerinde olduğu gibi Şehir Hastaneleri projeleri kapsamında özel şirketler devlet garantisi ile borçlanmakta, dış borç stokunu artırmakta ve geleceğimiz adeta ipotek altına alınmaktadır.

Belki iyi niyetle başlatılan bir proje, ne yazık ki işe plansızlık da girince ranta kurban edilmiştir.

Binaenaleyh, mevcut uygulamaların temel felsefi; politik çıkarlardan ve kişisel hayallerden ziyade aziz milletimizin medeniyet anlayışına, değer algılarına ve ilmi gerçeklere dayanmalıdır.



TÜRKİYE'NİN TEMİNATI

Ziyabey Caddesi 142.L.Sokak No:15 06520 **Balgat/ANKARA**

Santral Tel: 0 312 284 88 00 | **Faks:** 0 312 285 62 46 | bilgi@saadet.org.tr



[saadetpartisi](#)



[saadetorgtr](#)



[saadetpartistv](#)



[saadet.org.tr](#)