

**SES ANKARA ŞUBE  
SENDİKA OKULU**

# KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI ŞEHİR HASTANELERİ

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Genel Merkezi Adına Sahibi : Gönül ERDEN

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü : Fikret ÇALAĞAN Necatibey Caddesi No:82/4 Kızılay Ankara TEL: (0312) 232 61 22 FAKS: (0312) 230 21 93

Baskı Öncesi Hazırlık: OnAdaTanıtım (0312) 80 302 80 Basım Yeri: Atalay Matbaacılık (0312) 384 41 82 Basım Tarihi: Kasım 2017

**Editör**

XXXXXXXX

**Yayına Hazırlayanlar**

XXXXXXXX

XXXXXXXX

XXXXXXXX

XXXXXXXX

XXXXXXXX

**Aralık - 2017  
Ankara-İstanbul**



## İçindekiler

ÖNSÖZ .....	5
GİRİŞ .....	6
1- Kamu Özel Ortaklığı Nedir?.....	7
2- Dünya’da KÖO Modeline Geçiş Süreci .....	8
3- Kamu Özel Ortaklığı Modelleri ve Türkiye Uygulaması .....	9
4- Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulama Tarihiçesi .....	11
5- Uluslararası Kuruluşların KÖO Modeline Etkisi .....	12
6- Neden Kamu Özel Ortaklığı Modeline İhtiyaç Duyulmuştur?.....	14
6.a. Amaç kamu sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmak (!).....	15
6.b. Amaç yatak sayısının artışıını sağlamak (!) .....	16
6.c. Amaç muayene sayısı artışı ile poliklinik sayısını arttırmak (!).....	17
6.ç. Amaç geniş ve ferah hastaneler yapmak (!) .....	18
6.d. Amaç özel sektörün inşa ve finansmanında desteğini sağlamak (!).....	19
6.e. Amaç Dünya genelinde sağlık turizminde oluşan payı arttırmak (!).....	19
7- Türkiye’de Şehir Hastaneleri Projeleri .....	20
8- Şehir Hastaneleri Projesinde Kamu-Özel İlişkisi .....	22
9- Gerekliliği Ne, Farkı Ne? Bütçe Çerçevesinde Kamu Kaynaklarıyla Yapılabilir mi? .....	23
10- Yüklenici (“Özel Şirket”) Tarafından Sunulacak Hizmetler .....	24
11- Kamu Tarafından Yapılacak Ödemeler .....	26

12- Hizmetler ve Ödemeler Sorun Alanları .....	26
13- Şehir Hastaneleri Mali Analiz, Proje ve Uygulama Örneği.....	29
13.a. Ankara Bilkent Mali Analiz Örneği.....	30
13.b. Kocaeli Şehir Hastaneleri Planlama Örneği.....	32
13.c. Mersin Şehir Hastaneleri Uygulama Örneği .....	34
14- Finansman Olarak Karşılanabilirliği .....	36
15- Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Vatandaşa Etkileri.....	36
15.a. Coğrafi Etkiler.....	37
15.b. Nitelikli Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunu .....	38
15.c. Ekonomik Etkiler (Vatandaş Katkıları).....	38
16- Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Sağlık Personeline Etkileri.....	41
16.a. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı (SÇS) Üzerine Etkileri.....	41
16.b. Esnekleşme Politikaları.....	47
16.b.a. Çalışma Süresi Esnekliği.....	47
16.b.b. İstihdam Esnekliği.....	48
16.b.c. Ücret Esnekliği .....	51
SONUÇ .....	55
Çalışmanın Değerlendirilmesi.....	55
Görüş ve Önerilerimiz.....	57
KAYNAKLAR.....	59

## **KISALTMALAR**

<b>DB</b>	: Dünya Bankası
<b>DPT</b>	: Devlet Planlama Teşkilatı
<b>GSS</b>	: Genel Sağlık Sigortası
<b>KÖO</b>	: Kamu Özel Ortaklığı
<b>OECD</b>	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
<b>TTB</b>	: Türk Tabipler Birliği
<b>SB</b>	: Sağlık Bakanlığı
<b>SDP</b>	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
<b>ŞH</b>	: Şehir Hastaneleri

## ÖNSÖZ

SES Ankara Şubesi **SENDİKA OKULU** daha kuruluş sürecinin başlangıcında Şehir Hastaneleri sorunuyla karşı karşıya geldi. Sorunun aciliyeti gereği, yerleşik bir okul çalışmasının hazırlıklarını bir kenara bırakarak Şehir Hastanelerine karşı mücadelenin kendi üzerine düşen görevlerini üstlendi. Zaten mücadelenin gereksindiği bilimsel bilgiyle politik bilginin, diyalektik bir bütünlük içinde doğrudan Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri tarafından pratik bir mücadele sürecinde üretilmesi ilkesi de bunu gerektirirdi. Bu hedef ve duyarlılıkla, **SENDİKA OKULU**, hızla kendini bir “Şehir Hastaneleri Araştırma ve Çalışma Gurubu” olarak örgütledi. Çalışmalarını kısa sürede bir “Kılavuz Kitapçık” haline getirerek olgunlaştırdı.

Şehir Hastanelerinin inşa sürecinin kaotik ve belirsiz yapısının yanında, Kitapçığı bir an önce pratik mücadelenin hizmetine sunma telaşı, çalışmamızda kimi eksiklik ve yetersizlikleri de (hatta «olası» yanılırları da) beraberinde getirdi. Örneğin en fazla yoksunluğunu hissettiğimiz eksiklik kadın sağlık ve sosyal hizmet emekçilerinin Şehir Hastanelerine eleştirel bakışıdır. Daha nice eksikliğin **SENDİKA OKULU** çalışmalarında giderilmesi temel kaygımız olacaktır.

Tam da ideallerimize uygun olarak bu kitapçık *ortak* bir çalışmanın ürünü oldu. Ama biliyoruz ki kimi arkadaşlarımızın refleksleri ve birikimi olmasaydı bu kadar hızlı yol alamazdık. Emeği geçen herkese teşekkür eder; çalışmalarımızın, sağlık/sosyal hizmet emekçilerinin, ilerici emek/meslek örtülerinin ve kent halkının Şehir Hastanelerine karşı mücadelesinde yararlı olmasını dileriz.

## GİRİŞ

1980 sonrası yürürlüğe giren neo-liberal politikalarla, devletin “kamu hizmetleri” anlayışını, etkinlik ve verimlilik kriterleri çerçevesinde, fiyat tabanlı, bürokratik olmayan, piyasa ve müşteri odaklı yeniden kurgulamıştır.

Bu anlayış kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde kamu, özel sektör ve sivil toplum örgütlerini bir araya getiren; yeni kamu işletmeciliği anlayışını benimseyen; mal ve hizmet üretimindeki maliyet, risk ve fayda gibi sonuçların tüm aktörlerce paylaşıldığı “kamu özel ortaklığı” yöntemini beraberinde getirmiştir.

Bu dönüşümde kamu ve özel sektör bir birini dışlayan bir tarzdan birbirini tamamlayan bir tarza evrilmiştir. 1980 öncesi kamu ve özel sektör bir birinin karşısı ve ikamesi yerine düşünülürken, Kamu Özel Ortaklığı (KOÖ) ile birbirini bütünleyen bir anlayışla kurgulanmakta; devlete sistemin bekçisi görevi verilmektedir.

### Peki Kamu Özel Ortaklığı Nedir, Ne Değildir?

Bu çalışma birçok belirsizliğin bulunduğu Şehir Hastaneleri ve Kamu Özel Ortaklığı uygulamasını yurттаşlar ve *Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri* açısından sorular ve “planlama - uygulama” örnekleriyle açıklamayı amaçlamaktadır.

## 1- Kamu Özel Ortaklığı Nedir?

Literatürde kamu özel ortaklığı tanımı, vurgu ve anlam farklılığı taşımakla birlikte, çalışmamıza, Dünya Bankası (DB), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ve Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) tanımlarıyla başlamak faydalı olacaktır.

DB'ye göre, özel sektör kuruluşlarının önemli ölçüde risk ve yönetim sorumluluğu aldığı, kamu mal ve hizmetlerinin sağlanması için özel kesim ve devlet kurumları arasındaki uzun dönemli sözleşmedir.

OECD'ye göre, devlet ile bir veya daha fazla ortağın, devletin hizmet sunum amacı ile özel sektörün kâr elde etme amacını uzlaştırarak hizmetin özel sektör tarafından sunulmasının düzenlendiği ve bu uzlaşmanın etkinliğinin özel sektöre risk transferine bağlı olduğu bir anlaşmadır.

DPT'ye göre, bir sözleşmeye dayalı olarak, yatırım ve hizmetlerin projeye yönelik maliyet, risk ve getirilerinin kamu özel sektör arasında paylaşılmasıdır.

### NEDİR, NE DEĞİLDİR?

Söz konusu tanımlarda genel olarak topluma sunulması gereken hizmetler tanımlanmakta ve bu hizmetin bir “finansman” gerektirdiği ve bu işin finansmanı ve sunumundaki “risk”lerden bahsedilmektedir.

Bu kapsamda kamu ve özel sektörün sistemdeki fonksiyonları şu şekildedir:

**Özel Sektörün Fonksiyonu:** İlk aşamada proje yapımı, yapım finansmanının sağlanması ve hizmete sokulması, hizmete girmesi sonrası ise belirli hizmetlerin özel sektör tarafından sağlanması,

**Kamunun Fonksiyonu:** Sistemin bekçisi, finansman risklerinin güvenceye alınması ve sistemin meşruluğunun sağlanmasıdır.

## 2- Dünya’da KÖO Modeline Geçiş Süreci

1980 sonrasında neo-liberal devlet anlayışı, kamu hizmetlerinin sunumu ve finansmanında da etkili olmuştur. Bu kapsamda kamu hizmetlerinin sunumunda alternatif yöntemler geliştirilme yoluna gidilmiştir (Kerman, 2012).

Kamu hizmetinin dönüşümü yönündeki çağrı 1990’lı yılların başında “kürek çeken değil, dümen tutan devlet” talebi ile gerçekleşmiştir. 1970’lerin sonunda Carter ve Reagan-Thatcher hükümetlerinin özelleştirme politikaları ile kamu hizmet alanına doğru genişleyen sermaye, böylelikle 1990’lı yıllarda Clinton ve Blair’ın öncülüğündeki Üçüncü Yol politikaları ile kamu hizmetlerinde artan özel sektör katılımının daha istikrarlı ve güvenli hale getirilmesini talep etmiştir. İstikrarlı özel sektör katılımını garanti etmenin adı, ABD ve İngiltere deneyimlerinden yola çıkılarak Kamu Özel Ortaklıkları (Public Private Partnerships – PPP) olarak konmuştur. ABD’de erken dönemlerden başlayarak kendine geniş uygulama alanı bulan “ortak girişim” (joint venture) uygulamaları bu dönemde Kamu Özel Ortaklıklarının (KÖO) en gelişkin formu olarak nitelenmeye başlanmıştır. İngiltere’de 1992 yılında John Mayor tarafından başlatılan “özel finans girişimi” (Private Finance Initiative – PFI) ve Blair dönemindeki “en iyi değer” (Best Value) projeleri KÖO projelerini yaygınlaştırmıştır (Çelik, 2008).

Anglo-Sakson kökenli KÖO kavramı kamu hizmetlerini yürütmekle görevli olan merkezi ve yerel idarelerin bu hizmetleri yerine getirirken karşı karşıya kaldıkları mali kaynak sıkıntısı sonucu, özellikle 1990’lı yılların başından itibaren birçok ülkede uygulanmaya sokulmuştur. KÖO projelerinin teşvik edilmesine yönelik ilk sistematik program 1992 yılında İngiltere’de başlatılan Özel Finansman İnsiyatifi (Private Finance Initiative - PFI) olmuştur. KÖO’yu düzenleyen ilk özel yasa ise 1997 yılında İngiltere’de kabul edilmiştir. KÖO, İngiltere ve ABD dışında, Almanya, İsveç, Kanada, İrlanda, Güney Afrika, İtalya, Hollanda ve İspanya gibi ülkelerde de dile getirilen ve üzerinde tartışılan bir yöntemdir. Diğer taraftan Avrupa Birliği, KÖO ile ilgili 2004 yılında bir kitap (“Yeşil Kitap”) yayımlamış olup, bu kitap, KÖO konusunda üye ülkelere yol gösterici nitelik taşımıştır. Yine bu süreçte Almanya’da hukuki bir düzenleme yapılmış; 2005 yılında çıkarılan KÖO kanunu ile ihale mevzuatı, yatırım kanunu, vergi mevzuatı ve bütçe hukukunda geniş kapsamlı değişikliklere gidilmiştir (Güneş, 2009).

KÖO, birçok ülkede şimdiye kadar su-gaz-elektrik işletmelerinde, toplu taşımacılık, yol yapımı-bakımı sektörlerinde, katı-sıvı atık bertaraf tesisleri, hava limanları, okullar, hapishaneler ve hastanelerde uygulanmıştır



### 3- Kamu Özel Ortaklığı Modelleri ve Türkiye Uygulaması

KÖO projeleri Türkiye’de sağlık hizmetlerinde yeni olsa da enerjiden, ulaşıma, temiz ve atık su sağlanmasından telekomünikasyona uygulanmakta olup 2000 yılı sonrası Sağlık Bakanlığında (SB) uygulama alanı bulmuştur.

Türkiye’de 10 tip KÖO modeli uygulanmaktadır:

- 1- Al-Yap-İşlet
- 2- Yap-Sahip Ol-İşlet
- 3- Yap-Sahip Ol-İşlet-Devret
- 4- Yap-İşlet-Devret
- 5- Tasarla-Yap-Finansa Et-İşlet
- 6-Finansa Et
- 7-İşlet ve Bakım Sözleşmesi
- 8- Tasarla-Yap
- 9- İşletme Ruhsatı

10- Yap-Kirala-İşlet-Devret: Bu model sağlık hizmetlerinde uygulanmıştır. Kamu ile özel arasında akdedilen bir sözleşme çerçevesinde, bir yapının özel sektör tarafından finanse edilerek yapıldığı, gerekli hallerde tasarlandığı, belirli bir süre için idareye kiralandığı, kiralanın yapı üzerinde bazı mal ve hizmet üretim birimlerinin kısmen veya tamamen yapımçı tarafından işletilebildiği ve yapının mülkiyetinin kira dönemi sonunda sözleşmede düzenlenmesi durumunda kamuya geçtiği modeldir (Kerman ve ark, 2012).

Kalkınma Bakanlığının verilerine göre, Türkiye’de gerçekleşen 217 KÖO projesinin 21’i sağlıkta gerçekleşmektedir.

Tablo: Proje Sayısının Sektöre Göre Dağılımı

Proje Sayılarının Sektörlere Göre Dağılımı	
Karayolu	40
Havaalanı	18
Yat Limanı ve Turizm Tesisi	17
Demiryolu	1
Kültür ve Turizm Tesisi	1
Gümrük Tesisi	14
Endüstriyel Tesis	2
<b>Sağlık Tesisi</b>	<b>21</b>
Enerji	81
Liman	22
Toplam	217

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı

Proje sayısının modele göre karşılaştırmasına baktığımızda, KÖO'nun 4 ayrı modelde gerçekleştiği ve Yap-Kirala-Devret (Yap-Kirala-İşlet-Devret) modelinin tümünün sağlık alanında gerçekleştiği görülmektedir.

Tablo: Proje Sayısının Modele Göre Dağılımı

Proje Sayılarının Modellere Göre Dağılımı	
Yap-İşlet-Devret	103
İşletme Hakkı Devri	88
<b>Yap-Kirala-Devret</b>	<b>21</b>
Yap-İşlet	5
Toplam	217

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı

Sağlık alanında gerçekleştirilen KÖO projelerin toplamdaki payı %10 iken, yatırım tutarlarındaki payı %20'dir. Bu durum sağlıkta gerçekleşen projelerin mali büyüklüğünü ortaya koymaktadır.

Sadece bu 21 projenin 18'i için yapılan yatırım tutarı 10.569 milyon ABD doları iken, bugünkü değer üzerinden sadece ödenecek kira bedeli 30.263 milyon ABD dolarıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2016, Kalkınma Bakanlığı 2017).

Tablo: Sektöre Göre Yatırım Tutarları

Yatırım Tutarlarının Sektörlere Göre Dağılımı (ABD Doları)	
Karayolu	17.043.816.135
Havaalanı	17.618.136.957
Yat Limanı ve Turizm Tesisi	1.029.729.558
Demiryolu	244.929.771
Kültür ve Turizm Tesisi	135.845.960
Gümrük Tesisi	380.301.909
Endüstriyel Tesis	1.381.583.979
<b>Sağlık Tesisi</b>	<b>11.540.940.875</b>
Enerji	9.102.485.660
Liman	131.623.078
Toplam	58.609.393.881

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı

Sağlık alanında gerçekleşen yatırımın en az %20'si yüklenici tarafından karşılandığı düşünüldüğünde %80'ninin ulusal ya da uluslararası finans kurumlarınca karşılanması durumunda sağlık sektöründe elde edilen dış borç tutarı 9.232 milyon ABD dolarıdır. Bu proje sayısının güncel veri olarak 32 ile 34 proje olduğu düşünüldüğünde kamunun gelecek yıllarda üstlendiği borç tutarı riskler oluşturmaktadır.

*Bu Borç Tutarı Kamu Borcu mudur?*

#### 4- Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulama Tarihçesi

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde KÖO modelinin uygulanması ABD'den 10 yıl sonra, Avrupa Birliği ülkeleri ile aynı dönemde gerçekleşmiştir. 2000'li yıllarda "mevzuat" şekillenmiş, 2010 sonrasında ise projeler hayata geçirilmeye başlanmıştır.

15/07/2005 tarih 5396 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun" ile sağlık hizmetlerinde örgütlenme, finansman ve KÖO projelerinin ilk adımı atılmıştır.

2006 tarihli "Sağlık Tesislerinin Yapılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenme-

sine Dair Yönetmelik” önemli bir başka adım olmuş ve hizmet alım alanı genişletilmiştir. 22/05/2010 tarih 27588 sayılı Resmi Gazete’de yer alan değişiklikle daha fazla “özel” vurgusu yapılmış, KÖO alanı genişletilmiştir. 01/07/2011 tarih 27981 sayılı Resmi Gazete’de yer alan değişiklikle özel sektörü daha fazla teşvik eden düzenlemeye gidilmiştir.

Söz konusu yönetmeliklerin, Danıştay tarafından iptali sonrasında bu düzenlemelerin kanunlaştırılması formülü benimsenmiştir. “Sağlık Bakanlığı’nca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yapılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun” ile hizmet satın alınmasının alanı genişletilmiş ve anayasadaki sağlık hizmetleri sınıfı bölümünde yer alan “hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir” düzenlemesinin önü açılmıştır.

Hastane ve sağlık kampüsleri alanında, Yap-Kirala-Devret modelinin İngiltere’de uygulanmakta olan PFI modelinden finansmanın sağlanması anlamında farklılaştığını vurgulamaktadır. İngiltere’de KÖO finansmanı “kullanıcılar” (yurttaşlar) tarafından sağlanırken, Türkiye’de kamu tarafından sağlanmaktadır. Ancak Türkiye’de uygulanan KÖO (PFI modelinin ülkemize uyarlanmış hali olmasıyla birlikte) finansmanındaki “döner sermaye” ve “genel bütçe” ödemeleri tartışmalıdır.

Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelere ödenen döner sermaye bütçeleri genel sağlık sigortası (GSS) kapsamında toplanan primlerden, yani direk olarak “kullanıcı” (yurttaşların) katkılarından oluşmaktadır. GSS kapsamında ortaya çıkan bütçe açıkları ilaç, muayene, reçete katkı payları gibi ödemelerle “kullanıcılar” aracılığıyla kapatılmaya çalışılmaktadır.

Yapılan ödemelerin genel bütçe ayağını ise Devletin zor gücünü kullanarak elde ettiği vergiler oluşturmakta; yurttaşların direk katkısı söz konusu olmaktadır. Yani *Türkiye’de uygulanan KÖO projesinin finansmanının “kullanıcılar” tarafından değil, “kamu” tarafından sağlandığı ve İngiltere modelinden farklılaştırdığı iddiası gerçekçi değildir.*

## **5- Uluslararası Kuruluşların KÖO Modeline Etkisi**

Uluslararası kuruluşların Türkiye’de sağlık hizmetleri ile ilişkisi 1946 sonrası başlasa da 1980 sonrası ortaya konulan ikraz (borç) anlaşmalarıyla proje destek ve planlama alanında sağlık hizmetlerine yön vermiş ve etkisi Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) döneminde yapılan anlaşmalarla daha da artmıştır. Sağlık hizmetlerinde KÖO projelerinin Türkiye’ye özgü yanları olmakla birlikte “küresel bir politika değişikliği” olduğu görülmektedir.

Tablo: Dünya Bankası ile Yapılan Anlaşmalar ve KÖO

Sağlık Politikaları	İkraz Anlaşması (16.08.1990)	İkraz Anlaşması (28.09.1994)	İkraz Anlaşması (22.09.1997)	İkraz Anlaşması (30.06.2009)	İkraz Anlaşması (11.06.2014)	1. APL (Uygulanabilir Program Kredisi)	2. APL (Uygulanabilir Program Kredisi)	2. CAS (Ülke Destek Stratejisi) (2004-2006)	1 CPS (Ülke İşbirliği Stratejisi) (2008-2011)	2 CPS (Ülke İşbirliği Stratejisi) (2012-2015)
Sağlıkta dönüşüm programı				*	*	*	*	*	*	*
Sosyal güvenlik reformu					*			*	*	*
Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünün kurulması	*									
SB hizmet sağlayıcı rolünden liderlik rolüne geçişi										*
Koruyucu hizmetlerde reform (Aile hekimliği uygulaması)			*	*	*		*	*		*
Sağlık işletmeleri ve hastane reformu		*	*	*	*		*	*		
Hastane yönetimi modernizasyonu		*								
Özel sektöre kredi desteği								*		*
<b>Kamu özel ortaklığına kredi desteği</b>								*		*
Hizmet sunumunda özel sektörün desteklemesi									*	*
Kırsal kesime sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması	*	*							*	*
Tüm nüfusun sağlık hizmetlerinden yararlanması	*	*				*			*	
Sağlık hizmetlerinde yönetim ilkelerinin uygulanması									*	
Sağlık hizmetlerinde verimlilik		*							*	
Sağlık hizmetlerinde maliyet tasarrufu sağlayacak reformlar									*	

Sağlık hizmetlerinde maliyet-etkinliğin artırılması			*						*	*
Mali açıdan sürdürülebilir sağlık sigortası				*					*	*
Sağlık hizmetlerinde istihdam modernizasyonu									*	
Personel yetiştirilmesi	*	*								
Sağlık hizmetlerinde maliyetleri azaltıcı ücret sistemi							*		*	
Performans yönetimi ve performans bazlı ödeme sistemi				*			*			*
Performans bazlı bütçeleme				*						
Global bütçeden ödeme yapılması										*

Kaynak:Yalçınkaya, 2017

Sağlık Bakanlığı ile Dünya Bankası arasında imzalanan beş İkraz Anlaşması koruyucu ve tedavi edici hizmetlere yönelik yapılmıştır. İkraz anlaşmaları 1980 sonrası sağlık hizmet örgütlenmesinin yeniden inşasında etkili olmuştur.

Uygulanabilir Program Kredisi anlaşmalarının ikincisi hastane özerkleşmesi ve özelleştirilmesi doğrultusunda yapılmıştır.

Ülke Destek Stratejisi sağlık hizmetlerinin dönüşümünde kamu ve özel sektöre kredi desteği sunmuştur. İkinci Ülke Destek Stratejisi sağlıkta dönüşüm programı ve sosyal güvenlik reformlarına kredi desteği sunmuştur. Bu anlaşma bu yapısal desteğin yanında özel sektör ve kamu özel ortaklığı projelerine kredi desteği vermiştir.

Yapılan iki, Ülke İşbirliği Stratejisi sağlık ve sosyal güvenlik reformları üzerinde ayrıntılı çalışmıştır. Anlaşmalar özerkleşme ve özelleşme temelli destek sunmuştur. Diğer anlaşmalara göre koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde yapısal reformlar öngörmüştür. İkinci Ülke İşbirliği Stratejisi kamu özel ortaklığı projelerine kredi desteği sunmuştur.

## 6- Neden Kamu Özel Ortaklığı Modeline İhtiyaç Duyulmuştur?

Sağlık hizmetlerinin sunumunda “Neden kamu özel ortaklığı yöntemi ile şehir hastanelerinin yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur?” sorusuna bu politika değişikliğinin uygulanmasında ortaya konulan “iddialar” üzerinde cevap aramak daha doğru olacaktır.

## 6.a. Amaç kamu sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmak (!)

Türkiye’de 1956-1980 dönemi kamu hastanelerinin sayısında artış %34 olurken, yatak sayısında artış ise %56 olarak gerçekleşmiştir. Aynı dönem özel hastane sayısında artış %18 olurken yatak sayısında artış ise %5 olarak gerçekleşmiştir.

1980-1990 dönemi ise kamu hastanelerinde %-6 azalış, yatak sayısında ise %18 artış gerçekleşmiştir. Aynı dönem özel hastane sayısında artış %39, yatak sayısında artış %51 olarak gerçekleşmiştir.

1990-2000 dönemi ise kamu hastanelerinde %26 artış, yatak sayısında ise %4 artış gerçekleşmiştir. Aynı dönem özel hastane sayısında artış %108, yatak sayısında artış %95 olarak gerçekleşmiştir.

2001-2014 dönemi ise kamu hastanelerinde %-2 azalış, yatak sayısında ise %20 artış gerçekleşmiştir. Aynı dönem özel hastane sayısında artış %106, yatak sayısında artış %220 olarak gerçekleşmiştir.

2000 yılı sonrası sağlık hizmetlerinde kamu hastanelerinin artış hızı azalırken özel hastane sayısı artışı en yüksek düzeyde gerçekleşmiştir. 1980 sonrası dönemde özel hastane sayısı kamu hastanelerinin %20’si kadarken 2014 yılında %64’üne ulaşmıştır. Şehir hastaneleri projesi ile kamu hastanelerinin kapanacak olması, özel hastane sayısını ilk sıraya taşıyacaktır.

Veriler SDP döneminde amacın kamu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması olmadığını ortaya koymaktadır. Bu dönem uygulanan politikalar sağlık hizmetlerinde kamu sağlık kuruluşlarının alanını daraltırken, özel sektörün önü açılmış ve desteklenmiştir.

Türkiye’de genel sağlık verileri ve AKP dönemi verileri, mevcut siyasi otoritenin kamu sağlık hizmetleri ve yatak sayısının artırılması gibi bir hedefinin olmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo: Türkiye’de Yıllar İtibariyle Sağlık Kurumları ve Yatak Sayıları

Yıl	Toplam		Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Diğer	
	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
1956	1512	40781	1179	27868			40	1069	293	11844
1979	822	96752	674	73975	15	12819	90	3850	43	6108
Artış	23,80	63,51	22,99	54,99	200,00	424,94	18,42	5,42	22,86	14,15
1980	827	99117	677	75484	17	13501	90	3868	43	6264
1989	812	116061	640	88387	24	17749	125	5839	23	4086
Artış	-1,81	17,09	-5,47	17,09	41,18	31,46	38,89	50,96	-46,51	-34,77
1990	857	120738	686	92354	23	18068	125	6230	23	4086
2000	1183	134950	861	96334	42	23838	261	12162	19	2616
Artış	38,04	11,77	25,51	4,31	82,61	31,93	108,80	95,22	-17,39	-35,98
2001	1199	140710	870	100845	43	25296	267	11837	19	2732
2002	1156	164471	774	107394	50	26341	271	12387	61	18349
2003	1174	165465	789	107771	50	26619	274	12917	61	18158
2004	1217	166707	829	108511	52	28025	278	12671	58	17500
2005	1196	170972	793	110109	53	29014	293	13876	57	17973
2006	1203	174342	767	110819	56	31193	331	14639	49	17691
2007	1317	178000	848	112037	56	30978	365	17397	48	17588
2008	1350	183183	847	114428	57	29912	400	20938	46	17905
2009	1389	188638	834	115443	59	30112	450	25178	46	17905
2010	1439	200239	843	120180	62	35001	489	28063	45	16995
2011	1453	194504	840	121297	65	34802	503	31648	45	6757
2012	1483	200072	832	122322	65	35150	541	35767	45	6833
2013	1517	202031	854	121269	69	36056	550	37983	44	6723
Artış	26,52	43,58	-1,83	20,25	60,46	42,54	106,0	220,88	131,58	146,08

Kaynak: Yalçınkaya, 2017

## *Peki, Şehir Hastaneleri Sonrası ?*

### **6.b. Amaç yatak sayısının artışını sağlamak (!)**

Türkiye’de yatan hasta verileri genel itibariyle yeni hastane yatağına ihtiyacının olmadığını ortaya çıkarmaktadır. Türkiye geneli Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin toplam yatak doluluk oranları yaklaşık %67, üniversite hastanelerinin yatak doluluk oranı yaklaşık %77, özel sektör hastanelerinin doluluk oranları ise yaklaşık %60 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye’de mevcut SB bünyesindeki 138 bin yatağın doluluk oranı istenilen düzeyde değilken yatak sayısının artışının anlamı kamu zararı değil midir?



*Eski Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın 2017 Yılı Bütçe Sunumunda Bakanlığın açıkladığı şehir hastaneleriyle ilgili sayılara göre, bir şehir hastanesine ortalama 1.417 yatak düşmektedir. Bilindiği gibi, hastanelerdeki yatak sayısı, verimlilik açısından çok önemli bir göstergedir. Genel olarak yatak sayısı az olan (100 yataktan düşük) ve çok fazla olan (600 yataktan yüksek) hastanelerin verimlilik açısından sorun yaşadıkları bilinmektedir.*

ABD’de yapılan bir çalışma, orta büyüklükteki (126-250 yatak) hastanelerin diğer büyük hastanelere göre daha verimli olduğunu ortaya çıkarmıştır. Danimarka’da kamu hastanelerinde yapılan bir çalışma, bir kamu hastanesi için en uygun yatak sayısının 275 olduğunu göstermiştir. Şehir hastaneleri için tercih edilen yüksek yatak sayısı, geçmişteki deneyimlere ve bilimsel araştırmaların sonuçlarına göre bir **verimsizlik kaynağı** olarak Türkiye’nin karşısında durmaktadır. Bakanlığın açıklamasına göre şehir hastanelerinin bir yatağının 243.362 ABD dolarına mal olacağı öngörülmüyor (Pala, 2017).

Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı tarafından Haziran 2016’da yayınlanan “Özel hastane Ön Fizibilite Raporu’na” göre 150 yataklı tam donanımlı bir özel hastanenin sabit yatırım tutarı 40.498.587 TL olarak hesaplanmıştır. Bu durumda bir yatağın maliyeti 269.991 TL’dir. Şehir hastanelerinde bu tutarın bir yatak başına 654.785 TL üzerinde bir maliyet belirlenmiş olması ayrıntılı olarak incelenmelidir (Pala, 2017).

### **6.c. Amaç muayene sayısı artışı ile poliklinik sayısını arttırmak (!)**

Türkiye’de yaklaşık ayakta muayenelerin %75’i SB hastanelerinde gerçekleşirken, %8’i üniversite hastanelerinde gerçekleşmekte, %16’sı özel hastanelerde gerçekleşmektedir. SB hastaneleri mevcut yapıda hastane yapısına göre en fazla ayakta tedavi gerçekleştirmektedir. Şehir hastaneleri projeleri ile merkezde bulunan kamu hastanelerinin şehir dışına taşınması ile *ulaşılabilirlik sorunu yaşanacak, özel sektör hastanelerinde ayakta tedavilerde artış görülecektir.*

Planlanan şehir hastanelerinin yapım sebebi tüm illerde farklılık taşımaktadır. Kocaeli örneğine baktığımızda hem yatak doluluk hem de ilin kişi başı muayene sayısının Türkiye geneli ortalamasının çok

altında olmasına rağmen şehir hastaneleri planlamasına alınmıştır. Kocaeli, özel sektörün ildeki konumunda farklı özellik taşımaktadır. Türkiye genelinde özel sektör hastaneleri kamu hastanelerinin %64'ü kadarken Kocaeli'nde bu oran %160'tır. Merkezi konumda bulunan devlet hastanelerinin kapatılarak merkezin dışında yapılan şehir hastanelerine taşınması durumunda özel sektörün ayakta ve yatarak tedavide daha yüksek pay alması sağlanacaktır.

#### **6.ç. Amaç geniş ve ferah hastaneler yapmak (!)**

Hastanelerin metrekare olarak standart ölçülerin üzerinde inşa edilmesi hem yapım maliyetini artırmakta hem de sağlık hizmetlerinin niteliğine zarar vermektedir.

*Eski Sağlık Bakanı Recep Akdağ*'ın "2017 Yılı Bütçe Sunumuna göre 2016 yılı sonunda toplam 11 milyon 788 bin m2 kapalı alanı olan ve 41.091 yatak kapasitesine sahip 29 şehir hastanesi projesi yürütüldüğünü ifade etmiştir. Bakan bu projelerin toplam yatırım bedelinin yaklaşık olarak "10 milyar ABD Doları" olduğunu açıklamıştır. Bu verilerde ilk göze çarpan, şehir hastanelerinde ortalama olarak yatak başına 287 m2 kapalı alan düşmesidir. Gelişmiş ülkelerde yeni yapılan hastanelere bakıldığında yatak başına düşen kapalı alanın genel olarak 150-200 m2 dolaylarında olduğu görülüyor. Örneğin Danimarka'da yeni yapılan New Køge Üniversite hastanesinde yatak başına 197 m2 kapalı alan düşmektedir (Yatak sayısı 900, kapalı alan 177.000 m2). Binaları büyük ölçülerde yapmakla ünlü ABD'de, büyük hastane binalarının enerji kullanımıyla ilgili hazırlanan raporda büyük hastanelerde hasta yatağı başına düşen kapalı alanın ortalama olarak 198 m2 olduğu açıklanmaktadır. Türkiye'de şehir hastanelerinde yatak başına düşen kapalı alan, yukarıdaki örneklerde görüldüğü gibi son yıllarda modern hastaneler için tercih edilen kapalı alan miktarından yaklaşık % 40 daha fazladır. Yatak başına düşen kapalı alanın çok fazla olması, başta enerji tüketimi olmak üzere, temizlik ve bakım/onarım giderleri gibi harcamaların artmasına da yol açacaktır. Bakanlığın açıklamasına göre şehir hastanelerinin bir metrekaresinin 848 ABD dolarına, TL olarak 3.222 TL'ye, mal olacağına öngörüldüğü anlaşılıyor (Pala, 2017).

Kaldı ki tüm şehir hastanelerinde aynı iddianın ortaya konulması da söz konusu değildir. Kocaeli özelinde yapılan şehir hastanesinin toplam kapalı alanı 88.200 m<sup>2</sup> iken kapatılacak üç hastanenin toplam kapalı alanı 141.700 m<sup>2</sup>'dir.

Eski hastane binalarından yeni binalara geçiş iddiası ise Türkiye'de kamu hastanelerin büyük bölümünün 1980 sonrası yapılmış olup, özellikle 2000 sonrası ise eski hastanelerin ek binalar ile yeni binalarda hizmet sunması gerçekleşmiştir. Örneğin Seka DH eski bir hastane olmasına rağmen hizmet verdiği bina 2008 yılında hizmete açılmıştır.

Bu iddia karşısında Kocaeli şehir hastanesinden örnek vermek gerekirse kapatılacak üç hastaneden Derince EAH 2008 yılında hizmete girmiş, Seka DH'nin yeni binası 2008 yılında açılmış, 1956 yılında yapılan ve şehrin en eski hastanesi olan Kocaeli DH ise 2017 yılında kamu eliyle yapılan yeni binasına taşınacaktır. Yine ilde 2007 sonrası açılan Kocaeli Kadın Doğum Hastanesi ise atıl durumda bekletilmektedir.

#### **6.d. Amaç özel sektörün inşaa ve finansmanında desteğini sağlamak (!)**

Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde 1923 sonrası kamunun çok fazla deneyimi ve tecrübesi olup, sırf mevcut şehir hastanelerinin kira bedelleriyle kamu hastaneleri yapmak mümkündür. Örneğin Kocaeli ilinde gerçekleşen şehir hastanesi KÖO ile yapılırken, aynı ilde faaliyete girecek olan Gebze DH ve Kocaeli DH yeni binaları kamu eliyle yapılabilmektedir.

#### **6.e. Amaç Dünya genelinde sağlık turizminde oluşan payı arttırmak (!)**

ŞH bir başka iddia edilen alanı Dünya genelinde sağlık turizminde oluşan gelirlerdeki Türkiye payını arttırmaktır. Sağlık Bakanı Ahmet Demircan 2018 bütçe sunumunda 2023 yılı hedefi olarak sağlık turizminde 1 milyon 500 bin hasta ve 20 milyar ABD dolarının hedeflendiğini ifade etmektedir.

## Peki Ne Kadar Gerçekçi?

Türkiye’de ilk olarak 1989 yılı 47. Hükümet programında yer alan ve sağlıkta özelleştirmeler kapsamında finansman açığını kapatma iddiası taşıyan rüya, 20 yıl sonra 2023 hedefi olarak ŞH’nin finansman açığı olarak başarılı şekilde uygulanacağı iddia edilmektedir.

Türkiye’de yaklaşık her yıl 600 bin hasta kendi ikamet ettiği ilde tedavi olamaması nedeniyle il dışında tedavisini yürütmektedir. Yani ülke vatandaşı kendi ilinde tedavi olamazken kendi iline sağlık turizmi ile hasta geleceği hedefi uzak bir hedef olarak görülmektedir.

ŞH açılan illerden Yozgat ilinde yaklaşık 15 bin hasta il dışına tedavi olma maksadıyla gitmektedir. Yani ŞH açılan Yozgat ilinde kendi hemşerileri tedavi olmayı tercih etmezken ya da olamazken ülke dışından Yozgat’a hasta geleceği iddiası uzak bir iddia olarak durmaktadır. 2016 yılı sağlık turizmi (Suriye ve orta doğu ülkeleri dahil SB hastanelerinde) ayaktan hasta sayısı yaklaşık 25 bin, yatan hasta sayısı 1.500 dolayındadır. Açılan üç ŞH’de sağlık turizmi kapsamında yararlanan hasta sayısı “sıfır” düzeyindedir.<sup>1</sup>

*Sağlık Turizmi konusunda ortaya atılan iddialar küresel sağlık hizmeti sağlayıcıların Türkiye’de oluşturdukları politika değişiklikleri doğrultusunda 30 yıldır ortaya attıkları bir hayaldir.*

## 7- Türkiye’de Şehir Hastaneleri Projeleri

Türkiye genelinde 29 ilde, 34 şehir hastaneleri yapımı planlanmaktadır. Bu illerin belirlenmesinde ilin mevcut kamu hastanelerin yatak doluluk muayene sayısı, ilin (sağlık) gelişmişliği, ildeki mevcut hastanelerin konumu yeterliliği nüfusun yoğunluğu gibi fizibilite çalışmalarının yapılmadığı popülist politikalar ile illerin belirlendiği görülmektedir. Bu şehir hastaneleri ile 42.199 yatak kapasitesine ulaşılmak istenmektedir.

---

1 İlgili veriler illerden ve ilgili hastanelerden alınmıştır.

Türkiye’de SB’ye bağlı 850 kamu hastanesinin toplam kapalı alanı 19 milyon m<sup>2</sup>, yatak sayısı ise 137 bindir. Açılan 34 şehir hastanesinin toplam kapalı alanı tüm SB hastanelerinin toplam kapalı alanının %74’ü kadar olup 14 milyon m<sup>2</sup>’dir. Yatak sayısı ise 42.199 olup toplam SB hastaneleri yataklarının %30’u kadardır. SB yatak başına 138 m<sup>2</sup> düşerken şehir hastanelerinde yatak başına 331 m<sup>2</sup> düşmektedir.

### Şekil: Şehir Hastanelerinin Kurulacağı İller



Not: SES Ankara Şube Sendika Okulu Tarafından Uyarlanmıştır.

İllere göre planlamada ilin ihtiyacı mı, sağlık göstergeleri mi, mevcut sağlık tesislerinin eski ve kullanışsız oluşumu baz alındığı belirsizdir.

*Her ilin nedenselliği farklı mı?*

*Kapanacak hastaneler sonrası kamu hastanelerin ve özel hastanelerin sağlık hizmetlerindeki rolü nedir?*

*Seçim yatırımı için kamunun gelecek yıllarda üstleneceği borç tutarı kamu zararı mı?*

## 8- Şehir Hastaneleri Projesinde Kamu-Özel İlişkisi

Şekilde şehir hastaneleri projesinde devlet ve özel sektörün konumlanması görülmektedir. Yüklenici şirket yapım ve işletme giderleri konusunda projenin %20 öz kaynak kullanarak sisteme dahil olabilmektedir. Finansmanın %80'i uluslararası finans kurumları, görüntüleme şirketleri, medikal şirketler, Dünya Bankası iştirakleri tarafından sağlanabilmektedir. Finansmanda kamu desteği ve maliye garantörlüğü söz konusu olup anlaşmazlıklarda uluslararası mahkemelerin yolu açık tutulmuş ve yüklenicinin riski giderilmiştir.

Yüklenici şirket asıl olan “finansman” sağladıktan sonra şehir hastaneleri inşaat aşamasında “müteahhit”, işletme döneminde “hizmet sağlayıcı” konumundadır. Yüklenici şirket bu iki farklı dönemde iki rolünü de alt yüklenicilere (taşeronlara) ihale edebilmektedir. Yani yüklenici şirket sadece işin finansmanını sağlayıp sistemden çekilerek ortaya çıkan büyük kârı, riskleri ortadan kaldırılmış bir halde elde edebilmektedir.

Peki bu sistemde yüklenicinin ortaya koyduğu %20'lik finansman kamunun iç borcuna dahil edilmekte midir? Ya da %80 uluslararası finans kurumlarından alınan kredi desteği ve ortaklıklar kamu dış borcu olarak görülmekte midir? *Bu finans kurumlarının kira ve hizmet bedeli olarak devletten alacağı ödemelerin maliye garantörlüğünde olmasına rağmen, bunun kamu borcu olmadığını düşünmek gerçekçi durmamaktadır.*

Şekil: KÖO Modelinde Uygulanma Şekli ve Devlet Yüklenici İlişkisi



Not: SES Ankara Şube Sendika Okulu Tarafından Uyarlanmıştır.

Nitekim, Türkiye, Dünya Bankası ile yaptığı anlaşmalar sonucunda 2011 yılı sonu itibariyle 12,9 milyar ADB doları ile Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankasının (IBRD) *ikinci en büyük borçlu ülkesi* haline gelmiştir. Aynı zamanda Türkiye Çok Taraflı Yatırım Garanti Ajansının (MIGA) *ikinci en büyük müşterisi* konumunda yer almıştır (Dünya Bankası, 2012: 17). KÖO projeleri ile bu borçlanma kısırdöngüsü artarak devam etmektedir.

## **9- Gerekliliği Ne, Farkı Ne? Bütçe Çerçevesinde Kamu Kaynaklarıyla Yapılabilir mi?**

Sağlık Bakanı Ahmet Demircan'ın 2018 yılı bütçe sunumuna göre 2003-2017 döneminde 575 hastane, 277 ek bina, 82 ADSM, 1.840 birinci basamak sağlık tesisi yatırımı tamamlanmış ve hizmete açıldığını ifade etmiştir. Açılan hastane binası sayısı toplam hastane sayısının %65-70 aralığına denk gelmektedir. Yani Türkiye'de SB hastanelerinin %65-70 aralığı 2003-2017 dönemi açılmış veya yenilenmiş yine 277 adet yeni ek bina hizmete açılmıştır. Bu durum kamu hastanelerinin binalarının bütünüyle eksi olduğu yada sağlık hizmeti sunumuna elverişli olmadığı savını çürütmektedir.

*Peki buna rağmen kısmi uygulama yerine Şehir Hastaneleri uygulamasının yaygınlaştırılmasının tutar tarafı nedir?*

Kocaeli şehir hastanesi üzerinden değerlendirme yaptığımızda ilde bulunan ve 2007 sonrası hizmete giren Kocaeli Kadın Doğum Hastanesi, Seka DH (yeni bina), Derince EAH gibi birçok sağlık tesisi *kamu* eliyle gerçekleşmiştir.

Kocaeli Şehir Hastanesi'nin yapım ve donanımı ile yatırım tutarı yüklenici firma tarafından 350 milyon Euroluk (Kalkınma Bakanlığı'nın verilerine göre yatırım tutarı 509 milyon ABD dolarıdır) bir yatırım olarak ilan edilmiştir. Açıklanan rakamlara göre Ankara Etlik ve Bilkent şehir hastanelerinin yıllık sadece kira bedeli (hizmet bedeli dışında) 516 milyon olup bu iki hastanenin sadece 2,5 yıllık kira bedeliyle bu yatırımın yapılması mümkündür.

## Şekil: Kocaeli Şehir Hastanesi ve Gebze Fatih Devlet Hastanesi Proje Bilgileri

### Kocaeli Şehir Hastanesi (1180Yatak)



### Kocaeli Gebze Fatih Devlet Hastanesi (400 Yatak)



Kaynak: Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

Erzurum'da klasik ihale yöntemiyle 1.200 yataklı hastane inşaatı 193 milyon TL bedelle sonuçlanmıştır. KÖO modeli ile yapılması planlanan 1.500 yataklı Kayseri entegre sağlık kampüsünün ise yıllık kirası 137 Milyon TL'dir. Yani 1.5 yıllık kirayla 1.200 yataklı hastane yapılabilmektedir (TTB, 2012).

## 10- Yüklenici (“Özel Şirket”) Tarafından Sunulacak Hizmetler

3359 Sayılı Kanun döneminde yükleniciye (sermaye: özel şirket, müteahhit vb.) ödenecek ücret “kira” kavramı üzerinden tanımlanırken, 6428 Sayılı Kanun ile kira kavramı yerine “bedel” kavramı getirilmiştir. 6428 Sayılı Kanun, KÖO ve Şehir Hastaneleri konusunda sistemin açıklanması konusunda dar bir kanun olup her projenin kendi sözleşmesi üzerinden oluşmasını sağlamaktadır. Hangi hizmetlerin yüklenici tarafından karşılanacağı, hangi fizibilite raporu kapsamında ne kadar hizmet bedeli ödeneceği, garanti edilen hizmet miktarları ve bu hizmetlerin birim bedelleri ne olacağı sözleşmeler kapsamında belirlenmektedir. Bu sözleşmeler ticari bilgi kapsamında olup kamuya açıklanmaması ise bir başka kuşku uyandıran noktadır.

6428 sayılı Kanuna göre “Bedel: Yüklenicinin, sözleşme çerçevesinde yaptığı tesislerin kullanımı ile tesisteki belli hizmetlerin sunulması karşılı-



ğında yükleniciye ödenecek olan bedellerin toplamını”; “Hizmet bedeli: Bedelin bir unsuru olup tesisin ve ekipmanların kullanıma hazır tutulmasına yönelik bakım, onarım ve benzeri hizmetlerin bedeli ile ilgili mevzuatına göre hizmet alımı yoluyla gördürülebilecek hizmetlerin sunulması karşılığında idare tarafından yükleniciye ödenen ve beş yılı geçmemek üzere dönemsel piyasa testi ile güncellenen bedeli” olarak tanımlanmıştır.

Bu kavram ve içerik değişikliği ile yükleniciye sunacağı hizmetler sınıfına *tıbbi hizmetler* de sokulmuş ve yüklenici tarafından sunulacak *hizmet alanları genişletilmiştir*.

Hangi Hizmetler, Hangi Miktarlarda, Hangi Tutar Üzerinden alınacaktır?

Şekil: Şehir Hastanelerinde Yüklenici Tarafından Sunulacak Hizmetler

P1 Hizmetleri	P2 Hizmetleri
Bakım ve Onarım Hizmetleri	Güvenlik Hizmeti
Bahçe Bakım Hizmetleri	Temizlik Hizmetleri
Bina Arazi Hizmetleri	Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri
Ortak Yönetim Hizmetleri	Otopark Hizmetleri
Mefruşat Hizmetleri	Hasta Yönlendirme Hizmetleri
Diğer Tıbbi Destek Hizmetleri	İlaçlama Hizmetleri
	Çamaşır ve Çamaşırhane Hizmetleri
	Atık Hizmetleri
	Yemek Hizmetleri
	Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri
	Görüntüleme Hizmetleri
	Rehabilitasyon Hizmetleri
	Laboratuvar Hizmetleri

*19 Hizmetin yüklenici tarafından sunulması planlanmaktadır.*

?

Not: SES Ankara Şube Sendika Okulu Tarafından Uyarlanmıştır.

KÖO kapsamında yüklenici tarafından 19 hizmetin sunulması planlanmaktadır. Bu hizmetler 19 hizmet başlığında toplanmıştır. Hizmetler sabit ödemeli hizmetler (bina ve arsa hizmetleri gibi) ve kullanım miktarına göre değişken ödemeli hizmetler (yemekhane ve çamaşırhane gibi) olarak ikiye ayrılmaktadır. Değişken ödemeli hizmetlerde yükleniciye bir bedel üzerinden belirli bir *kullanım miktarı garanti edilmekte* ve bu garanti tüketim bedeli üzerinden ödeme yapılacağı ifade edilmektedir.

## 11- Kamu Tarafından Yapılacak Ödemeler

Genel itibariyle yükleniciye ödenecek bedeller şunlardır:

- Kullanım Bedeli
- Miktara Bağlı Olmayan Hizmetlere Ait Bedel
- Miktara Bağlı Olan Hizmetlere Ait Bedel
- Yüklenicilerin Ticari Alan Gelirleri (Kafeterya, eczane, otel, kreş vb.)

Türkiye’de KÖO ve Şehir hastaneleri projeleri üzerinde yapılan tartışmalarda genel itibariyle üzerinde durulan nokta kira gideri olmakta, ancak bir başka ve önemli nokta P1, P2 ve ticari alan gelirleri bölümü olmalıdır.

Miktara bağlı olmayan ödemeler bir sabit hizmetin maliyeti üzerinden olmakta, Miktara bağlı ödemeler ise devlet tarafından beyan edilen zorunlu miktar taahhüdün üzerinden yükleniciye ödeme yapılmaktadır.

## 12- Hizmetler ve Ödemeler Sorun Alanları

Kamu tarafından yükleniciye yapılacak kullanım bedeli, hizmetlere ait ödemeler yanında aynı zamanda yüklenicilere ticari alan gelirleri de bırakılmaktadır.

Kanunda bedel ve sözleşme ücretinin hesaplanması ve artırımı tartışmalıdır ve belirsizlikler göstermektedir. Risk oluşturacak belirsizlikler yüklenici adına “devlet garantisi” altına alınmış ve kamunun oluşacak risklerdeki payı artmıştır. Kanunda bedel ve sözleşme ile ilgili madde şu şekildedir:

**MADDE 5 – (1) Bedel ve sözleşme süresinin tespitinde; yatırımın maliyeti ve projenin mahiyeti, ekipman ve tıbbi donanımın yüklenici tarafından sağlanıp sağlanmayacağı, yüklenicinin kârı, yatırım konusu taşınmaz ve tesisteki hizmetlerin ve ticari hizmet alanlarının işletilmesinin yükleniciye verilip verilmeyeceği hususları dikkate alınır. Dönem sonunda Türkiye İstatistik Kurumunca belirlenen dönemsel Üretici Fiyat Endeksi ile Tüketici Fiyat Endeksi toplamının yarısı oranında kullanım bedeli artışı yapılır. Yüklenici tarafından yabancı para birimi ile kredi temin edilmesi ve kullanım bedelinin yeniden belirleneceği tarihte ilgili dö-**

*viz kurundaki değişimin Üretici Fiyat Endeksi ile Tüketici Fiyat Endeksi toplamının yarısı oranından yüksek veya düşük olması hâlinde, idare tarafından yönetmelikle belirlenen esaslar çerçevesinde hesaplanacak düzeltme katsayısı marifetiyle kur farkı hesaplanır ve yabancı para birimi ile borçlanma oranında kullanım bedeline eklenir veya kullanım bedelinden çıkarılır.*

*(2) Yapım işinin tamamlanmasından önce hiçbir şekilde bedel ödemesi yapılamaz. Ancak aşama tamamlamaları ve kısmi hizmete alınma hâlinde idare tarafından yapılacak kısmi kabullere ilişkin düzenlemelerin yer aldığı sözleşme hükümleri saklıdır.*

*(3) Yüklenici tarafından verilen hizmetlerin karşılığı olarak yükleniciye ödenecek hizmet bedellerinin hesaplanmasına ve ödenmesine ilişkin usul ve esaslara ihale dokümanında ve sözleşmede yer verilir.*

*(5) Bedel, Bakanlığa veya bağlı kuruluşlara ait döner sermaye bütçesinden ve/veya merkezi yönetim bütçesinden ödenir.*

Ödemeler döner sermaye bütçesinden ve/veya merkezi yönetim bütçesinden ödenmesi öngörülmektedir. Hastanelerin gelir gider dengesi çalışmamız içerisinde ortaya konulmuş olup hastanelerin bütçesindeki açıklar ortadadır. Mevcut haliyle döner sermaye bütçesinden ödeme yapılması durumunda ek GSS primlerine ihtiyaç duyulacaktır (kullanıcı katkısı ya da maliyetleri düşürücü politikalar) ve/veya genel bütçe ile desteklenmesi durumunda vatandaşlar ve sağlık emek gücüne ek vergiler ile sistemin finansmanı sağlanacaktır.

Ödemelerde ÜFE, TÜFE ve kur farkları kira ve hizmet bedellerine yansıtılacak olup, ayrıca asgari ücrette yapılacak zam oranlarının bu ÜFE ve TEFE'nden yüksek olması durumunda asgari ücrete yapılacak zamlar baz alınacaktır.

Yüklenici tarafından verilecek hizmetler ve bunların bedellerinin her proje kapsamında ayrı ayrı sözleşmelerde belirlenmesi ve bunun kamuoyuna açıklanmaması bir başka şeffaflığı engelleyen düzenlemedir.

Yukarıda sınıflandırılan tüm hizmetlerin birim fiyatları belirlenmesinde, Türkiye 2016 yılı hastane hizmet alım birim fiyatları baz alınmamış sözleşme üzerinde farklılık gösteren fahiş fiyatlar belirlenmiştir. Yine hastanelerin bu hizmet sınıfında tüketim miktarları yıllardır takip edilmesine ve bilinmesine rağmen ilin tüketim miktarlarının üzerinde miktarlar sözleşmelere yerleştirilerek tüketilmesi sayı olarak mümkün olmayan miktarlar ile kamu zararı oluşmaktadır. Birim fiyat ve miktarları fizibilite çalışmasına aykırı düzenlenmiş; birim fiyat ve garanti tüketim miktarları yüksek tutulmuştur. Birim fiyatlarının yıllar itibarıyla artışları enflasyon veya asgari ücretin artış

oranına (Hangi oran yüksek ise o uygulanmakta) bağlanmıştır.

Örneğin:

Örnek1: Tıbbi atık bedeli konusunda kapatılan hastanelerin ve ilin katı atık miktarının üzerinde garanti edilen atık miktarı üzerinden ve bedel olarak da mevcut atık imha bedelinin çok üzerinde bedeller ile sözleşme yapılabilmektedir. Türkiye geneli 2.5 TL olan tıbbi atık bertaraf bedeli KÖO sözleşmeleriyle belirlenmekte ve kamu zararı oluşabilmektedir.

Örnek 2: KÖO işletmelerinde kırtasiye hizmetleri olarak yapılan tıbbi ve idari işlemlerde alınan yazıcı çıktıları taahhüt edilen miktar üzerinden fahiş fiyatlar ile yapıldığı gibi yüklenici bu kırtasiye hizmetlerinden oluşan atıkların imhasından da kazanç elde edebilmektedir.

Örnek3: Türkiye geneli hastanelerde çamaşır yıkama bedeli kg başına 3-5 TL aralığında gerçekleşirken şehir hastanelerinde kg başına fiyat kamu zararına neden olabilmekte ve her grup çamaşır için (personel çamaşır, yatan hasta çamaşır, ameliyathane çamaşır gibi) garanti yıkanacak miktarlar belirlenebilmektedir.

Örneğin alt gruplarda personel çamaşır denilen sınıfta personel kıyafetleri için garanti yıkanacak miktarlar belirlenmiş; ancak bilindiği gibi personel kıyafetlerini hastanede yıkatmayı tercih etmemesine rağmen sözleşmeler üzerinden ödemeler yapılabilmektedir. SB almadığı hizmetin ve sunulmayan hizmetin bedeli ödenerek kamu zararına neden olmaktadır.

Örnek 4: Yüklenici tarafından, çalışan, refakatçi, hasta ve misafir (protokol) yemeği gibi sözleşmelerde yemek hizmetleri sınıflandırılmış olup, bu alt sınıflarda fahiş fiyat üzerinden tüketimi öngörülen tutarlar belirlenmiştir.

Örneğin personel hastaneden yemek yese de yemese de belirlenen tutarlar üzerinden ödemeler yapılmaktadır. Yine misafir (protokol) yemeği kapsamında belirlenen yemek fiyatı fahiş tutarlar ve garanti tüketilecek miktarın belirlenmesi, kamunun bu hizmetten yararlanmasa da ödeme yapmasına ve kamu zararına neden olmaktadır.

Kamu zararına neden olacak bir başka düzenleme ise mevcut yapıda hastanelerin elde ettiği ticari alan gelirinin sözleşmeler ile yükleniciye bırakılmasıdır.

Yüklenici tarafından kurulacak şehir hastanelerinin tüm ticari alanlarının kiralama, işletmesi durumunda kar gibi gelirleri vergi muafiyeti kapsamında yükleniciye bırakılmış, hastane gelirlerinde önemli yer tutan ticari alan gelirleri kaybolmuştur.

Kurulacak büyük ve devasa hastanelerin şehir merkezine uzak kurulduğu ve ulaşılabilirlik anlamında mecburen hastaların tüm günlerini hastanelerde geçireceği düşünüldüğünde hastanelerin içerisinde kurulacak ticari alanların talep sorunu yaşamayacağı ve büyük işletmeler ile ciro anlamında yarışabileceği bir gerçektir. Ticari alan kavramının KÖO projelerinde geniş tutulması yükleniciye ciddi gelir sağlayacaktır. Ticari alan olarak, kafeteryalardan, otelcilik hizmetlerine, marketlerden, tıbbi sarf malzemesini satan işletmelere, kreş ve gündüz bakım eklerinden, tekstil satışı gerçekleştiren işletmelere birçok alanı işletecek yüklenici açısından ciddi gelir kaynağı olacaktır. Örneğin Bilkent ŞH'ye günlük giriş yapacak kişi sayısı 100 binin üzerinde olacaktır. Bu sayıdaki kişinin tüm ihtiyaçlarını bu merkezlerden giderdiği düşünüldüğünde yüklenicinin ticari alan kiralama ve/veya işletme geliri ciddi tutarlara ulaşacaktır.

Örneğin Numune EAH'nin sadece kafeteryalarından elde ettiği aylık kira geliri 110 bin TL'dir. Bu tutar bugünün fiyatları üzerinden yıllık 1.320 bin TL'ye, 25 yıllık ise 33 milyon TL'ye tekabül etmektedir. Bugün Bilkent Şehir Hastanesi için kapatılacak hastane sayısı 7'dir. Bu fiyatlar üzerinden bu yedi hastanenin sadece kira geliri ciddi gelir oluşturmaktadır.

Bu miktar ve birim fiyat üzerinde kamu denetiminin (Sayıştay ve TBMM denetimleri gibi) ticari sır gerekçesiyle yapılamaması ve sözleşmelerin açıklanmaması, sözleşme imzalaması aşamasında özel sektörün risklerini kamuya taşıması ve kamunun zarara uğratılması söz konusu olabilmektedir.

### **13- Şehir Hastaneleri Mali Analiz, Proje ve Uygulama Örneği**

Çalışmamız kapsamında mali analiz başlığı altında Ankara Bilkent ŞH üzerinde çalışılmış, planlama örneği kapsamında Kocaeli ŞH üzerinde çalışılmış, uygulama örneği başlığı altında Mersin ŞH üzerinde çalışılmıştır.

### 13.a. Ankara Bilkent Mali Analiz Örneği

Bilkent Şehir Hastanesi örneğini kamu oyu nezdinde tartışılır olması nedeniyle mali analiz amaçlı çalışmamız kapsamında almıştır.

Türkiye’de uygulamaya konulan GSS ve özel sektörün GSS havuzundan aldığı payın artması ile kamu hastanelerinin 2016 geliri 25 milyar olurken, giderleri 28 milyar olarak gerçekteşmiştir. Gelirlerinin %114’ü dolayında gider gerçekteşmiştir. Mevcut yapıda SDP kamu hastanelerini gelir oranlarına tavan uygulamasını dayatmış artan görüntüleme, ilaç ve tıbbi sarf giderleri gider tutarlarını arttırmıştır.

Bilkent ŞH kapsamında 7 hastanenin taşınması planlanmaktadır, bu hastaneler: Numune EAH, Ankara EAH, Türkiye Yüksek İhtisas EAH, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hst. EAH, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı EAH, Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon EAH, Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH’dır.

Yapımı süren Bilkent Şehir Hastanesinin ise planlaması şu şekildedir: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi projesi kapsamında kapanacak hastanelerin toplam yatak sayısı 3.929 olup yatak doluluk oranları Türkiye ortalamasının üstünde %77-95 aralığındadır. Ankara ilinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin toplam doluluk oranları ise %65 düzeyindedir. Ankara’da mevcut tüm hastanelerin doluluk oranları %75’in altındayken bu hastanelerde boş yatak bulunmamaktadır. Bu durumdayken 3929 yatak kapasiteli hastanelerin kapatılarak şehrin dışına 3.704 yatak kapasiteli Bilkent ŞH’yi ilde yatak sorunu çıkaracaktır. Yatak bulamayan hastaların yönlendirileceği sektör özel sektör olacaktır. Örneğin Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon EAH 300 yatak kapasiteli olup yatak doluluk oranı %95’in üzerindedir. Bu durum bu hastanenin açılacak şehir hastanesinde yatak sayısının artırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ancak Kalkınma Bakanlığı’na göre açılacak Bilkent ŞH projesinde Rehabilitasyon hastanesinin yatak sayısı 300’dür. Eğer yatak ihtiyacı doğrultusunda planlama yapılacaksa bu verilerin göz ardı edilmesi bahsedilen sorunların giderilmemesine neden olacaktır.

## Şekil: Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Proje Bilgileri

### Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (3704 Yatak)



Kaynak: Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

Bilkent Şehir Hastaneleri için idarenin hazırladığı ön fizibilite raporunda, arsa ve işletme sermayesi yatırımı dahil toplam yatırım tutarı 1.970 milyon TL olarak hesaplanmıştır. İhale komisyonu kararında yıllık kira bedeli 240 milyon TL olarak belirlenmiştir. Bu rakama göre 25 yılda şirketlere ödenecek toplam kira tutarı 6 milyar TL'dir. Yani şirketlere 4.9 milyar TL fazladan ödeme yapılacaktır (TTB, 2012).

Kalkınma Bakanlığının verilerine göre 18 şehir hastanesi projesi için ödenecek kira bedeli (hizmet bedeli hariç, elde edilecek ticari alan geliri ise yükleniciye bırakılmıştır) 30.263 milyon ABD dolarıdır. Ödenecek tutar üzerinden Bilkent ŞH değerlendirildiğinde her yıl kamunun ödeyeceği kira bedeli üzerinden bir Bilkent ŞH projesinin kamu kaynağı ile yapılması mümkündür.

Bilkent Şehir Hastanelerinin yıllık kira bedeli 240 milyon TL iken kapanacak yedi hastanenin yıllık geliri 900 milyon dolaylarındadır. Bu hastanelerin giderleri ise 1.100 milyon dolaylarında gerçekleşmektedir. Mevcut giderlerin en büyük pay personel giderleri oluşturmakta olup ikinci olarak ilaç tıbbi sarf malzemeler oluşturmaktadır. Üçüncü olarak giderlerde ana kalem hizmet alım giderleri oluşturmaktadır.

Peki mevcut yapıda kamu hastanelerinin zararları ortadayken ve özerk bütçe özelliği taşıyan döner sermayeler kurumların açıklarını her geçen yıl daha da arttırırken, Şehir Hastanelerinin kira ve hizmet bedellerinin döner sermayeden karşılanması ne kadar gerçekçi olacaktır. Bilkent Şehir Hastanesi kapsamında kapanacak hastanelerin 100 lira gelirine karşı 120 lira gideri oluşmaktadır. Mevcut hastanelerin şehir merkezinde olmasına rağmen şehir dışında olan Bilkent Şehir Hastanesinin aynı düzeyde hizmet sunması durumunda Genel Bütçe kapsamında alacağı pay aynı düzeyde kalacaktır.

Bu eğilim kamunun gider kalemlerinde tasarrufa ve yeni mali disiplin politikaları uygulamasını dayatacaktır. Bu kapsamda en büyük gider kapsamını oluşturan personel harcamalarında mali disiplin kapsamında esnekleşme politikaları geliştirecektir. İkinci önemli kalem olan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinde mali baskı oluşacak ve vatandaştan ek kaynak talep edilecektir.

### 13.b. Kocaeli Şehir Hastaneleri Planlama Örneği

Kocaeli Şehir Hastanesi çalışmamıza planlama örneği olarak alınmış olup, ilin sağlık hizmeti kullanım alışkanlığının Türkiye ortalamasının (kişi başı muayene sayısı gibi) altında olması ve özel kamu hastane sayısının Türkiye ortalamasının üzerinde olması nedeniyle çalışmamız kapsamına alınmıştır.

Şekil: Kocaeli Şehir Hastanesi Planlama Örneği



Not: SES Ankara Şube Sendika Okulu Tarafından Uyarlanmıştır.

Kocaeli ilinde 16 özel hastaneye karşı 10 kamu hastanesi bulunmakta olup, Türkiye ortalamasında özel hastane sayısı SB hastanelerinin %64 iken Kocaeli’nde oran % 160’tır.

Türkiye genelinde SB hastanelerinde kişi başına muayene 2016 yılı 4,2 Kocaeli’nde oran bunun altında olup 4,1’dir. Türkiye geneli SB hastanelerinin yatak doluluk oranı 67, Kocaeli ilinde yatak doluluk oranı %67’dir. Yatak doluluk oranları da Türkiye geneli yatak doluluk oranının üzerine olmayıp yatak doluluk oranı yeni bir yatak ihtiyacının olmadığını da ortaya koymaktadır. Peki Türkiye geneli ortalamasının üzerinde olmayan Kocaeli ilindeki



Kapanacak üç hastanenin ikisinin yapım yılı 2008 olup, Kocaeli Devlet Hastanesi'nin yeni binasının teslim tarihi 2017 olarak ilan edilmiştir. Bu durum hastane binalarının eski ve kullanışsız olduğu gerekçesi ortadan kalmaktadır.

Kapanacak üç hastanenin yatak sayısı 1.315 olup, açılacak şehir hastanesinin yatak sayısı 1.180'dir. Yani iddia edildiği üzere şehre ek yatak getirmemektedir. İlin yatak doluluk oranı da yeni yatak ihtiyacının olmadığını göstermektedir.

Kapanan üç hastanenin toplam kapalı alanı 141.700 olup, açılacak şehir hastanesinin kapalı alanı 88.200'dür. Yani iddia edildiği gibi daha geniş ve refah alanlarda daha büyük kapalı alanlarda hizmet sunulacağı Kocaeli ili örneğinde gerçekliği yansıtmamaktadır.

*Peki neden Kocaeli'nde Şehir Hastaneleri Projesine ihtiyaç duyuldu?*

*İlde görev yapan sağlık personelinin %54'ünü etkileyecek bu proje neden dayatılmakta?*

Not: Kapanacak bu üç hastane ilin toplam muayene işlemlerinin %45'i gerçekleştirilmekte, yatan hasta sayısının ise %28 bu hastanelerde gerçekleşmektedir. 10 kamu hastanesinin ve tüm hastanelerin önemli bir yükünü sunan bu hastaneler mevcut konumlarından şehrin merkezine daha uzak olan şehir hastanelerine taşındığında ne olacak ve kim yarar sağlayacak?

Tablo: Kocaeli Şehir Hastanesi Açılması Durumunda Kapanacak (Taşınacak) Hastane Verileri

	Kocaeli Devlet	Seka Devlet	Derince EAH	Toplam	İldeki Payı (%)
Yapım Yılı	1950 (2017 yeni hastane binası açılacak)	2008	2008		
Yatak Sayısı	326	320	669	1.315 (Şehir Hst. Üzerinde)	57
Poliklinik Oda Sayısı	82	54	128	264	
Nitelikli Yatak	93 (%24)	168 (%52)	316 (%48)	577 (%43)	
Yatak Doluluk (%)	64	64	74	İl geneli %67	67
Kapalı Alan	29.500	26.700	85.500	141.700 (Şehir Hst. Üzerinde)	
Toplam Sağlık Personeli	610	420	1200	2.230	54
Toplam Muayene	1.050.000	780000	1.550.000	3.380.000	45
İldeki şu an kapatılan, 2007'de açılan 15 milyon euroya mal olan atıl durumda bekleyen Kadın Doğum Hastanesi ??????					

Kaynak: Veriler ilgili il ve hastanelerden alınmıştır.

?

*Türkiye geneli toplam muayene içerisinde özel hastanelerin payı %15-20 aralığında iken Kocaeli ilinde tüm muayene sayısındaki özel hastanelerin payı %20-25 aralığında gerçekleşmiştir. Peki şehir merkezinde yer alan üç SB hastanesinin kapatılarak şehir dışında konumlandırılan şehir hastanesinin açılması durumunda bu oran farkı genişleyecek midir?*

### 13.c. Mersin Şehir Hastaneleri Uygulama Örneği

Mersin Şehir Hastanesi 2017 içinde açılan hastaneler arasında daha kapsamlı veriler sunması ve Yozgat ve Isparta Şehir Hastaneleri'ne göre daha belirleyici olacağı düşünülerek çalışmamız kapsamına alınmıştır.

Şekil: Mersin Şehir Hastanesi Uygulama Örneği



Not: SES Ankara Şube Sendika Okulu Tarafından Uyarlanmıştır.

Mersin Şehir Hastanesi örneği parlatılarak sunulan kapalı alan, yatak sayısı ve poliklinik oda sayısının fiyaskoyla sonuçlandığını ortaya koymaktadır. Kapanan iki Hastanenin ortalama yatak doluluğu % 87 iken Mersin Şehir Hastanesi'nin yatak doluluk oranı % 70 olarak gerçekleşmiştir. Yine artan poliklinik oda sayılarına rağmen kapanan iki hastanenin toplam muayene sayısını Mersin Şehir Hastanesi gerçekleştirememiştir. Kapanan iki hastanede 180 bin muayene gerçekleşirken Mersin Şehir Hastanesinde 154 bin muayene gerçeklemiştir. Bu hastaların %15'i tedavileri için nereye başvurmaktadır?

Mersin ŞH örneğinde yatak sayısında %60, kapalı alanda %270 artış olmasına rağmen, uzman hekim sayısında %16, sağlık hizmetleri sınıfında %19'luk artış görülmektedir. Bu durum esnekleşme politikalarının ŞH projesinde artarak uygulanacağını göstermektedir. Taşeron personel sayısındaki artış %125 olup gelecek dönemde personel istihdam şekilleri için ışık tutmaktadır.

Tablo: Mersin Şehir Hastanesi ve Kapanan Hastanelerin Veri Karşılaştırması

	Mersin Şehir Hastanesi	Kapanan Hastaneler		
		Toplam	Mersin Devlet Hst.	Mersin Kadın Doğum
Muayene Sayısı	154.000	180.000	119.000	61.000
Yatak Sayısı	1.300	812	506	306
Kapalı Alan	266.911	72.022	55.522	16.500
Yatak Doluluk (%)	70	87	90	84
Uzman Hekim	342	294	216	78
Toplam SHS	2.140	1.794	1.134	660
Taşeron Personel	2.133	945	658	287
Tahakkuk ve Bina Kira Bedeli	50 milyon üç aylık kira bedeli	168 milyon	120 milyon 2016 bütçesi	48 milyon 2016 bütçesi

Kaynak: Veriler ilgili il ve hastanelerden alınmıştır.

Açılan hastanenin 3 aylık sadece kira bedeli 50 milyon TL olup, kapanan iki hastanenin 2016 yılı gelir bütçesi 170 milyondur. Bu gelirin %45'i (yaklaşık) personel gideri olduğu düşünüldüğünde geriye kalan gelir bütçesi şehir hastanesinin 6 aylık kira gelirini ancak karşılamakta. Bu hastanenin sunduğu P1 ve P2 hizmetlerinin giderleri de bu açığa eklenince kamuya yarattığı ek yük finansman açısından *yurttaşlara ve sağlık e sosyal hizmet emekçilerine ek yük getirecektir.*

## 14- Finansman Olarak Karşılanabilirliği

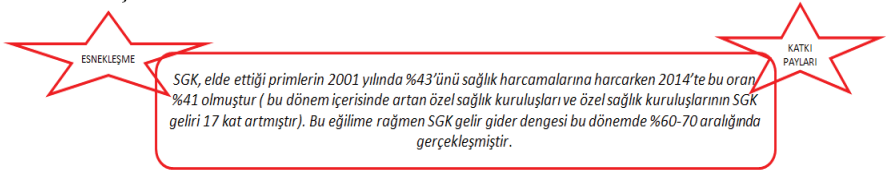
*Peki sürdürülebilir mecburiyeti taşıyan şehir hastanelerinin mali açıdan sürdürülebilirliği nasıl sağlanacak?*

Burada can kurtaran SDP II. Faz Dönemi reformları, Yani SDP reformlarının mali açıdan sürdürülebilirliği nasıl sağlandıysa II. Faz Dönemine denk gelen şehir hastaneleri projesinin sürdürülebilirliği aynı şekilde sağlanacaktır.

Bu açıdan I. Faz Dönem politikalarından yola çıkarak değerlendirme yapabiliriz.

Ek finansman kaynakları aranacak ve sağlık hizmet sunumunun maliyeti düşürülmeye çalışılacak, ek finansman kapsamında kullanıcılara ek maliyetler yükleyecek, sağlık personeline ise maliyetleri düşürmeye yönelik esnekleşme politikaları dayatılacaktır.

Bilindiği gibi SGK'nın primlerinden ayrılan sağlık harcamaları ve gelir gider dengesi SDP döneminde aynı düzeyde kalmıştır.



Sağlık hizmetlerinin sunumunda genel bütçe giderlerin %60-70 aralığında personel giderleri oluşturmaktadır. Kamu hastaneleri döner sermaye gelirlerinin ise %45 gibi oranı personel giderleri oluşturmaktadır.

## 15- Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Vatandaşa Etkileri

Şehir hastanelerinin vatandaş ve şehre coğrafi, ekonomik ve nitelikli sağlık hizmetlerine erişim konusunda etki edeceği düşünülmekte olup, çalışmamız bu kapsamda şehir hastanelerinin etkilerini ortaya koymaya yöneliktir.

Coğrafi Etkiler

Nitelikli Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunu

Ekonomik Etkiler

## 15.a. Coğrafi Etkiler

Şehir merkezlerindeki hastanelerin kapatılarak entegre sağlık komplekslerine taşınması şehir trafiğine yük bindirecek ve halkın hastaneye erişimini zorlaştıracaktır.

Bilkent Şehir Hastanesi 1 milyon m<sup>2</sup> alanda inşa edilmektedir. Bu hastane kapsamında kapatılan hastanelerin yıllık toplam muayene kaynaklı hasta girişi 7,5-8 milyon aralığında, acil muayene sayısı ise 1-1,5 milyon aralığındadır. Bu hastaların yanlarına aldıkları bir refakatçiyle günlük hastane girişi (acil ve yatan hasta hariç) 52 bindir. 365 gün üzerinden günlük acil muayene sayısı ise hesaplandığında 6.500'dür. Refakatçiler eklendiğinde acil dahil muayene için giriş yapacak kişi sayısı 60 bine yaklaşmaktadır. Bu sayıya yatan hasta, çalışan sayıları eklendiğinde 100 binin üzerinde insanın girişi söz konusu olacaktır. Bu durum bölgenin çevresel sorunlar yanında ulaşılabilirliğindeki riskleri ortaya koymaktadır.

İşletme döneminde sağlık kampüsü civarında kurulacak yeni yerleşim yerlerine bağlı olarak, sağlık kampüsü civarında trafik yükünün artmasının beklendiği ÇED raporunda belirtilmiştir. Bu durum kentin ulaşımını tıkayacaktır.

Dünya uygulamasına bakıldığında, Ontario ve British Columbia'daki KÖO hastaneleri kentsel yerleşimlerde bulunmaktadır veya belirli bir bölgenin tümüne hizmet verecek büyük hastane olarak tasarlanmıştır. Daha küçük ve kırsal kesimlerdeki kamu hastaneleri ya yeni KÖO'lerin açılmasından önce ya da bu sırada kapanmıştır. Küçük yerleşimlerdeki hastalar en yakın KÖO hastanesine ulaşmak için zaman zaman saatler süren yolculuklar yapmak zorunda kalmaktadır.

Tek bölgede ve şehrin dışında planlanan şehir hastaneleri; acil vakaların, yaşlı, çocuk ve engellilerin, uzak mahallelerdeki halkın sağlık merkezine erişimini zorlaştıracaktır. Daha küçük kamu hastaneleri KÖO'lar yüzünden kapandıkça acil hastane bakım hizmetleri de giderek daha erişilmez olacaktır. Bu durumun da özel sağlık kuruluşlarına talebi arttıracığı öngörülmektedir.

## 15.b. Nitelikli Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunu

Yapılan araştırmalarda sağlık hizmetlerinin nitelikli ve verimli olmasının fiziki anlamda kriterleri olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerde 300 yatağın altı ve 600 yatağın üzerinde olmasının verimliliği düşürdüğü, hastane yatak sayısının artmasının sunulan hizmetin etkinliği arttırmadığı ortaya konulmuştur.

SB hastanelerinde yatak başına 138 m<sup>2</sup> alan düşerken, ŞH'ye ortalama yatak başına 331 m<sup>2</sup> kapalı alan düşmektedir. Bu çok yüksek bir alandır ve verimsizlik kaynağıdır.

Mersin Şehir Hastanesi'nden yola çıkacak olursak, bölümler arası erişim sorunu yaşanmakta, konsültasyonlara ulaşımında zorluklar görülmekte, mavi koda erişim sürelerinin uzunluğuna neden olmaktadır.

Mersin'in en büyük 2 hastanesi kapatılarak açılan bu yeni hastanede toplam hizmet verilen hasta sayısı değişmemesine rağmen bina büyüklüğünün aşırı artması ve geçiş sürecindeki belirsizliklerin sonucunda ciddi bir iş yükü artışı baş göstermiştir. Sağlık emekçilerinin artan ruhsal gerilimlerine bağlı olarak; emeklilik, tayin ve "nöbet tutamaz" raporlarında ciddi artış gözlenmektedir.

Bunun yanı sıra hastane içi ulaşımında da ciddi sıkıntı yaşanmaktadır. Özellikle sağlık çalışanlarına şiddet ve acil sağlık durumlarında uygulanan kod sisteminde, kod verildiğinde görevli ekibin olay yerine ulaşması konusunda ciddi sorunlar yaşanmaktadır.

## 15.c. Ekonomik Etkiler (Vatandaş Katkısı)

Sağlık hizmeti kullanıcıları sağlık hizmetlerinde reform olarak sunulan tüm politika değişikliklerinden finansman olarak etkilenmektedir. Biz çalışmamızda şehir hastaneleri projesinin vatandaşlara getireceği ek finansman yükünü, SDP döneminde ortaya konulan politika değişikliklerinin yarattığı ek finansman yükü üzerinden yorumlayacağız.

2000 yılında sağlık hizmetleri kullanıcıları için sağlık hizmetlerinden yararlanma fiyatı yol ve ilaç katılım payından ibaret iken, SDP'nin yarattığı ek finansman yükü ile yol ve ilaç katılım payına, reçete bedeli, muayene katılım bedeli gibi bedeller eklenmiştir.

## Şekil: Sağlık Reformlarının! Vatandaşa Maliyeti

2000 yılında vatandaşlar tarafından sağlık hizmetlerinden yararlanma ücreti yol ve ilaç katılım payından ibaret iken,

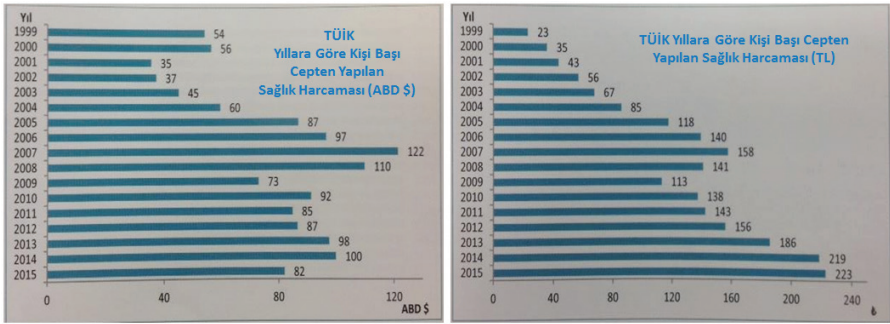
**SDP I. FAZ**  
Bu dönem sağlık hizmetlerinden yararlanma ücretine yol ve ilaç katılım payı yanında, reçete bedeli, muayene katılım bedeli gibi bedeller eklenmiştir.

**SDP II. FAZ**  
**ŞEHİR HASTANELERİ**  
?

Not: SES Ankara Şube Sendika Okulu Tarafından Uyarlanmıştır.

Nitekim ek finans yükü nedeniyle TÜİK verilerine göre 1999 yılında 54 ABD doları olan cepten harcamalar 2015 yılında 82 ABD dolarına çıkmıştır. TL olarak ise 1999 yılında 23 TL olan cepten harcamalar 2015 yılında 223 TL olarak gerçekleşmiştir.

## Şekil: SDP Reformların Cepten Sağlık Harcamalarına Etkisi



Kaynak: TÜİK

TÜİK verilerine göre sağlık harcamalarının %16,6'sı hane halkı tarafından karşılanmaktadır.

2017 itibariyle SB'ye bağlı EAH'den hizmet alım bedeli 10 TL iken, Üniversite hastanelerinde 11 TL, özel hastanelerde ise katkı payı 18 TL'yi bulmuştur. 2016-2017 hizmet bedeli seyrinde çalışan ve emekli ücret gelir artışının üzerinde artış gerçekleşmiştir. EAH'de artış %40, üniversite hastanelerinde artış %60, özel hastanelerde ise artış %25 olmuştur. Bu artış oranları sağlık hizmetlerinde reform adı altında yapılan politika değişikliklerinin

finansman açığının vatandaşa yansıtıldığı ve bu alanın vatandaşlar açısından korunmasız oluşunu ortaya koymaktadır.

Tablo: Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Yaptıkları Ödemeler (TL)

M u a y e n e Katılım Payı	2009	2013	2016	2017	2016-2017 Artış (%)	Reçetede 3 İlaça Kadar Reçete Bedeli	Vatandaşın Cebinden Çıkan Para
2. Basamak Sağlık Kurumları	3	5	5	6	20	3	9
SB Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	4	5	5	7	40	3	10
Üniversite Hastaneleri	6	5	5	8	60	3	11
Özel Hastaneler	10	12	12	15	25	3	18

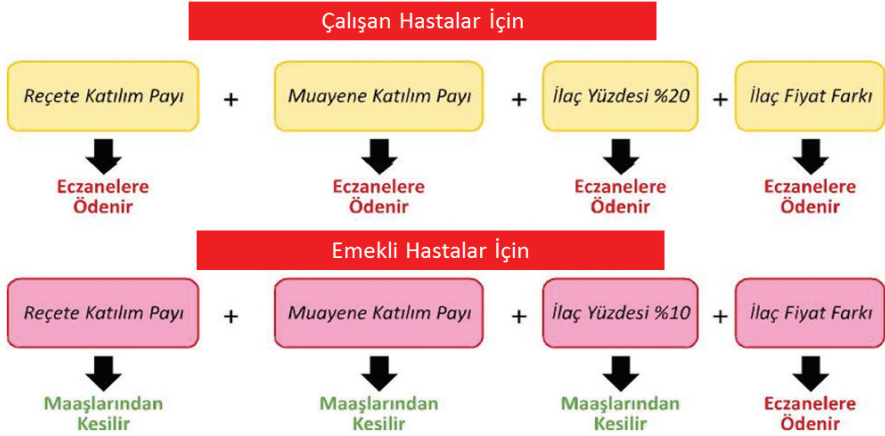
Not: SES Ankara Şube Sendika Okulu Tarafından Uyarlanmıştır.

Yukarıdaki tabloda yer alan ödemelere ilave olarak: Reçetede 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için ek 1 TL, 10 gün içinde aynı branştan tekrar muayene ek 5 TL, eşdeğer ilacın en ucuzunun % 10'u oranında, kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerin ilaç bedelinin %10'u oranında, diğer kişilerden ise ilaç bedelinin %20'si oranlarında katılım payı alınmaktadır. Bu ödemeler dahil edildiğinde en düşük tedavi olma umudu bedeli 15 TL'yi bulabilmektedir.

Çalışanlar reçete katılım payı, muayene katılım payı, ilaç yüzdesinin %20 ve ilaç fiyat farkı eczanelere direk cepten ödenmektedir. Emeklilerde ise reçete katılım payı, muayene katılım payı, ilaç yüzdesinin %10'u maaşlarından kesilmekte, sadece ilaç fiyat farkı eczanelere direk ödenmektedir. Emeklilerin sağlık bedellerini eczanede ödemek yerine maaşlarından kesilmesi, artan cepten harcamaları gizlemektedir.



## Şekil: Vatandaşın Tahsil Edilen Ücretler



Not: SES Ankara Şube Sendika Okulu Tarafından Uyarlanmıştır.

*Peki Şehir Hastanelerinin finansman olarak karşılanması gerekliliği zorunluluğu karşısında ek finans kaynağının vatandaşa yansımaları ne olacak?*

## 16- Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Sağlık Personeline Etkileri

KÖO ve ŞH projeleri iki yönlü sağlık emekçilerini etkileyecektir. Çalışmamızda ilk olarak bu etkilerden “Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Üzerine Etkileri” başlığı altında işçi sağlığı ve güvenliği üzerine etkilerine değinilecek, ikinci olarak ise sağlık emekçilerine dayattığı “Esnekleşme Politikaları” başlığı altında istihdam, çalışma süresi ve ücret esnekliğine değinilecektir.

### 16.a. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı (SÇS) Üzerine Etkileri

İş yaşamı ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki vardır. Çalışma ortamları; çeşitli sağlık ve güvenlik tehlikelerini barındırmaktadır. Bu tehlikeler sağlık çalışanlarının sağlığını doğrudan etkileyebilecek meslek hastalıkları ve iş kazaları içermektedir. Tüm sağlık personeli hastane ortamında biyolojik, kimyasal, fiziksel, çevresel psiko-sosyal risklerle karşı karşıyadır. Bu nedenle çalışma ortamının sağlık koşullarına uygun hale getirilmesi, birtakım tehlike olasılıklarının ortadan kaldırılması, çalışma saatlerinin düzenlenmesi fizyolojik özelliklere uygun çalışma düzeni, kullanılan araç ve gerecin işe ve kullanan kişiye uyumunun sağlanması temel amaç olmalıdır.

Peki çalıştığımız işyerlerinde (hastanelerde) durum nasıl?

Biraz özetleyecek olursak, 20 yıldır (özellikle son 15 yıldır) AKP iktidarında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte hem sağlık hizmeti alanlar hem de biz sağlık çalışanları bu süreçten çok ciddi biçimde olumsuz etkilendik. Nasıl mı?

Sağlıkta piyasalaşmayla birlikte sağlık alanında yaşanan güvencesizlik ve sağlık ortamının piyasalaştırılmasının yarattığı tahribat, bizlerin çalışma ve yaşam koşullarıyla birlikte sağlık koşullarını da son derece olumsuz bir noktaya getirdi. SÇS ve güvenliği bilimsel-teknik bir mesele olmakla birlikte aynı zamanda toplumsal ve politik bir meseledir. Çünkü bugün bu sistem (kapitalizm) artık emekçilere hiçbir şey vadedecek durumda değildir ve var olan tüm kazanılmış hakları ortadan kaldırmakta, iş ve yaşam koşullarını daha olumsuz bir noktaya götürmektedir ki Kamu Özel Ortaklığı kapsamında yapılan şehir hastaneleri sağlık çalışanlarının sağlığını olumsuz yönde etkileyecek yeni projelerden biridir.

Kamu özel ortaklık projelerinde tümüyle yeni kurulacak ya da eskiden ayrı ayrı yerleşkelerde bağımsız olarak çalışan mevcut birçok hastanenin tek bir kampüse taşınması ve uzmanlık alanları açısından aslında hala farklılık gösteren bu hastanelerin aynı kampüs içinde bütünleşik olarak çalıştırılması söz konusudur. Yani birbirinden farklı kurumların ve kurumsal yapıların kurum kültürleriyle, alışkanlıklarıyla, yapay ve dikey iletişim kanallarıyla, sorunlarıyla bir çatı altında bir araya getirilmeleri söz konusudur. Hem de kendilerine sorulmadan, fikirleri alınmadan fikirleri önemsenmeden gönülsüzce. Yüzbinlerce sağlık çalışanının ücret, istihdam durumu, ulaşım, konut, çocuklarının eğitim durumu, iş alışkanlıkları gibi yaşamını şekillendiren önemli unsurlarla ilgili alınan kararlarda onların ve meslek temsilcilerinin yok sayılması, sağlık çalışanlarının sağlığına ve güvenliğine yönelik son zamanlardaki en ciddi saldırılardan biri olarak algılanmalıdır.

Hastaneler, çalışanlar ve hastalar için çok tehlikeli alanlardır. İçerisinde barındırdığı riskler birçok endüstri alanından daha fazladır. Şehir hastaneleriyle birlikte bu tehlikeler başka bir boyuta taşınmıştır. İşyeri güvenliği, artık yerini bir şehrin sağlığının ve güvenliğinin sağlanması noktasına taşınmıştır. Bu nedenle sağlık çalışanları önemli bir sorunla karşı karşıya kalmıştır. Şehir hastanelerinde İşçi Sağlığı ve Güvenliğinin nasıl sağlanacağı konusunda var olan rakamlar bizim tahmin yürütmemize yardımcı olmaktadır. 2013 yılından beri diğer endüstri alanlarına göre alınan iş güvenliği önlemleri ve denetimleri oldukça yetersizdir ve bu yetersizlik resmi kayıtlarla ispat edilebilir.

Sağlık çalışanlarının sağlığı ile ilgili istatistikler incelendiğinde; 2015 yılında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bildirilen insan sağlığı hizmetleri iş kazası sayısı 2939'dur. Meslek hastalığına yakalandığı bildirilen çalışan sayısı ise "iki"dir. Çok riskli ortamlar olan hastanelerde iş kazası ve meslek hastalığı sayısının oldukça düşük olması ebetteki sevindirici bir durumdur. Ama bu rakamlar gerçek durumu gösteren rakamlar mıdır? Elbette ki hayır.

Sermaye temsilcileri ve sağlık politikası uygulayıcılarının şehir hastaneleri ile ilgili demeçlerine bakıldığında; hastanelerin nitelikli yatak sayıları, yoğun bakım yatak sayıları, ameliyathane masa sayıları, poliklinik sayıları gibi sayısal verilerin yanında hizmet üreten emekçilerin rakamları konusunda ayrıntıya girilmediği, sadece hekim sayısı ve toplam çalışan sayısı verilerinin paylaşıldığını fark etmekteyiz. Oysa sağlık alanında yaklaşık otuz kadar meslek statüsü bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde sağlık çalışanlarının sağlığının ve güvenliğinin sağlanmasının ve nitelikli sağlık hizmeti verilmesinin en önemli koşullarından biri; güvenceli istihdam koşullarıyla çalıştırılan, yeterli sayıdaki sağlık emek gücünün varlığıdır. Türkiye, sağlık insan kaynakları açısından son 10 yılda ciddi bir iyileşme sağlamasına rağmen, halen Avrupa Birliği ortalamalarının gerisindedir (Yıldırım 2013). Türkiye emek gücü istatistikleri AB ve OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında, doktor ve hemşire açığının mezun edilenler hesaba katıldığında kolay kolay kapanmayacağı bilinmesine rağmen Sağlık Bakanlığı yetkilileri personel açığımız bulunmamaktadır demeçlerini her platformda dillendirmektedirler. Hastanelerde yetersiz sayıda çalışan olması çalışanın iş yükünün, nöbet yükünün artmasına, çalışma saatlerinin uzamasına, angaryanın, mobingin artmasına neden olarak onun sağlığını ve iş güvenliğini azaltacaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2023 yılına ilişkin insan kaynakları planlaması çalışmalarından ülkemizin 2023 yılında 200 bin hekim ve 400 bin ebe-hemşireye ihtiyacı olduğu saptanmıştır (SB 2008). Söz konusu ihtiyacı karşılayabilmek amacı ile 2003 yılında 46 olan tıp fakültesi sayısı 2013'te 73'e, öğrenci sayısı 5.130'dan 10.158'e, öğretim elemanı sayısı 7.794'ten 11.551'e, TUS kontenjanı sayısı 4.453'ten 5.677'ye (YÖK 2014) ve hekim sayısı 97.763'ten (SB 2005) 129.772'ye yükselmiştir (SB 2013). Öte yandan, 2003 yılında hemşirelikte lisans eğitimi veren okul sayısı 10 iken, 2013 yılında 11'e, öğrenci sayısı 17.320'den 38.112'ye, öğretim elemanı sayısı 552'den 1.116'ya (YOK 2014) ve istihdam edilen hemşire sayısı 82.246'dan (SB 2005) 134.906'ya yükselmiştir (SB 2013). Sağlık hizmetlerinde çalışan

hekim ve hemşire dışındaki insan kaynakları sayısı ise 2003 yılında 133.410 iken (SB 2005) 2013 yılında 698.518'e ulaşmıştır (SB 2013). Bu planlamalar içerisinde şehir hastanelerine yönelik özel bir çalışmanın olmadığı gibi asistan eğitimlerinin ve diğer meslek gruplarının staj eğitimleri gibi önemli konuların şehir hastanelerinde de nasıl sürdürülebileceği yönünde bilgilere rastlamak mümkün değildir. Sağlık emek gücündeki bu yetersizliğin yurtdışından doktor ithal edilerek ve ulusal istihdam stratejisi kapsamında yeni ve güvencesiz meslekler yaratılarak, giderileceği yönünde tahmin yürütmemize neden olmaktadır. Sağlık bakım teknisyenliği, hemşire yardımcılığı gibi mesleklerin ortaya çıkması, sertifikalı meslek edindirme kurslarının artması bu durumun işaretçileri olarak değerlendirilebilir. Bu durum sağlık çalışanlarının istihdamında eğreti istihdam modellerine yönelim olacağını işaretleridir.

Sağlık Bakanlığı yetkilileri tarafından Şehir hastanelerinde işçi sağlığı ve güvenliği önlemlerinin nasıl olacağı konusunda herhangi bir açıklama ya da bilgi paylaşımı yapılmadığını bilmekteyiz. Sağlık çalışanları olarak bu konu ile ilgili cevaplanmasını istediğimiz onlarca sorumuz bulunmaktadır. Gerekleriyle birlikte sorularımız ve önerilerimiz;

- Nitelikli yatak sayısının yeterli hale getirilmesi planlaması yapılırken, çalışan güvenliği ve hasta güvenliğinin nasıl artırılacağı üzerinde kafa yorulmuş mudur?

6331 sayılı İş sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun yürürlüğe girmesinden sonra hastanelerimizdeki yasaya uyum sürecinden deneyimlediklerimiz, böylesine büyük ölçekli hastanelerde işin içinden kolayca çıkılamayacağı ve risk değerlendirmesi ve yönetimi konusunda ciddi problemler yaşanacağı yönündedir. Yeni bir şehir yaratmak yeni riskleri ve birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu risk ve sorunların tespit edilip, giderilmesi oldukça uzmanlık isteyen konular olup, şehir yaratmadan önce bir takım simülasyonların (yangın, patlama, elektrik kesintisi, su basması, otomasyon sorunları, afet, olağandışı durumlar vb. ) yapılması gerektirmektedir.

- 6331 Sayılı Kanun ve kanuna bağlı yönetmelikler Şehir Hastanelerinde nasıl uygulamaya geçirilecek ve 5000-6000 çalışanın İSG hizmetleri nasıl sağlanacaktır?

Şehir hastanelerinde işçi sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin verilmesi, İSG birimlerinin oluşturulması, çalışan temsilcisi seçilme-

si, risk değerlendirmelerine çalışanların katılması, sağlık gözetimlerinin yapılması, İSG kurul kararlarının çalışanlarla paylaşılması, çalışanlara yeterli sayıda ve ergonomik, standartlara uygun kişisel koruyucu donanım ekipmanlarının sağlanması, sendika temsilcilerinin yetki şartı aranmaksızın denetimlere ve alınacak kararlara dahil olması sağlık çalışanlarının sağlığını korumada önemli adımlardır ve bu adımlar atılmadan şehir hastanelerinde sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği tehlikededir.

- 19 hizmet dalında taşeron firmaların şehir hastanelerinde hizmet verecekleri bilinmektedir. Taşeron firmalara verilecek hizmet alanlarının artması şehir hastanelerinde tehlike ve risklerin de artacak olması gerçeği ile nasıl başa çıkılacaktır?
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı birçok hastanede, 6331 sayılı, hastanenin sürekli değişen ve ertelenen maddelerinden alınan destekle İSG birimleri kurulmamış, kurulmuş olanlarda kâğıt üzerinde tabela düzeyinde kalmışken, şehir hastanelerinde İSG birimlerinde yeterli sayıda ve nitelikte uzman, hemşire ve doktor bulundurulacak mıdır?
- İSG eğitimleri, ideal yatak sayısını (200-400 yatak) barındıran hastaneler de bile yasaya uygun srelerde her çalışana verilemezken büyük bir çoğunluğu nöbet ve vardiya usul çalışan 5000-6000 kişiye nasıl verilecektir? Ayrıca sağlık çalışanlarının periyodik olan sağlık gözetimleri nasıl yapılacaktır?
- Sağlık çalışanlarına 7/24 saat açık ve ücretsiz kreş imkânı sağlanacak mıdır? Nitelik ve konfor konusunda popülist açıklamalar yapılırken sağlık çalışanını en temel ihtiyaçlarından biri olan kreş hakkı konusunda neden cimri davranılmaktadır?
- Sağlık çalışanlarına ulaşımdan kaynaklı sorunları gidermek için nöbet ve vardiya saatlerine göre çalışanlar için servis imkânı sağlanacak mıdır? Özellikle ulaşım mesafesinin artmasına bağlı olarak mesai saati ile ilgili düzenlemeler yapılacaktır?

- Şehir hastanelerinde kadına yönelik özel düzenlemeler örneğin koruyucu ekipmanlarda kadın beden yapısı ve fiziki kapasitesi göz önüne alınmış mıdır? Tavan asansörleri, mobil hasta taşıma asansörleri gibi mühendislik önlemleri alınmış mıdır? Mekan büyüklüğü ve metrekareler düşünüldüğünde engelli sağlık çalışanlarına yönelik sağlık ve güvenlik önlemleri mevcut mudur?

Şehir hastaneleri; sermaye birikimine katkının esas olduğu şehir hastanelerinde çalışan sayısının görece azlığı, kişi başına yapılan işlerin fazlalığı, iş yükü, ücretlerdeki değişiklikler ve ödenememe riski, zaman baskısı, şirketler nedeniyle emeğin bağımsız karar alma konusundaki sıkıntıları, yönetsel çok-başlılık, ulaşım için ayrılan zamanın artması, taşeronla verilecek işlerin artacağı yönlü kaygılar, mekanın büyüklüğü nedeniyle izolasyonun artması vb. nedenler psiko-sosyal riskler iş stresini daha artıracaktır. Buna mobinge dönen emek rejimi de eklendiğinde iş stresi, psikolojik, psikosomatik sağlık sorunları ile karşımıza çıkacak. Son günlerde görünür hale gelen sağlık çalışanlarının depresyonu, tükenme, intihar ve ani ölümlerin, şehir hastanelerinin getirdiği ilave sorunlarla daha da artacağı söylenebilir.

İngiltere’de yaşanan deneyimler ve ülkemizde faaliyete geçen şehir hastaneleri, bazı sorularımıza cevap olmaktadır. Gerçek durum bizlere, üstün-körü anlatıldığı gibi değildir. İngiltere örneği verilirken ülkelerin iş yasaları, çalışanların aldıkları ücretler, çalışma saatleri, sosyal hakları, hemşire ve doktor oranları gibi sayısal veriler ve rakamlar hakkında da bilgi verilmeli ki nesnel bir değerlendirme yapılabilir. İngiltere ve Kanada’da sağlık çalışanlarının sağlığı ile ilgili yasal mevzuatları ülkemiz tarafından örnek alınmazken neden şehir hastaneleri örnek alınmaktadır? Kamuoyunu yanıltıcı bilgilerle algı mühendisliği yapılmakta sağlık çalışanları başta olmak üzere şehir hastaneleri konusundaki gerçekler toplumdaki saklanmaktadır.

AECOM Küresel Sağlık Başkanı John Hicks ile yapılan bir röportajda; Hicks’in hastanelerin tasarımı ve büyük ölçekli hastaneler konusundaki görüşleri önemlidir.

Hicks hastanelerin tasarımları ve farklılıkları şu şekilde vurgulamıştır: “Tasarımın hem fonksiyon hem de işletme açısından diğer projelere göre en önemli farkı insan hayatını doğrudan etkiliyor olmasıdır. Yapılacak sistemsel, fonksiyonel ve işletmesel hatalar geri dönülemez problemler ortaya çıkarabilir. Hastaneler 7 gün 24 saat tam kapasite ile kesintisiz olarak çalışabilecek şekilde tasarlanmalıdır. Hastanelerde diğer projelerden farklı olarak ilave tedbir gerektiren radyasyon, iyot alanları, tıbbi atık alanları gibi tehlikeli maddeler içeren birimler bulunmaktadır.”

Hick büyük ölçekli kampüs hastane tasarlamasının, inşa etmenin dezavantajlı yanlarını ise şu şekilde vurgulamıştır: “Lojistiğin son derece güç olması, aynı gün içerisinde on binlerce kişinin aynı bölgede bulunması nedeniyle trafik probleminin artması, buna bağlı olarak ulaşım gücünü nedeniyle hayati risklerin artması, işletmesel ve yönetsel zorluklar, kampüs alanlarının şehirlerin belirli bölgelerine yakinken pek çok bölgeye oldukça uzak kalması, mevcut altyapıların kapasiteleri karşılayamama riski olarak özetlenebilir.”

Türkiye standartlarına göre düşük kapasitedeki çok sayıda hastanenin kapatılarak yerine büyük şehir hastanelerinin açılması ancak yukarıdaki problemlerin çözümünden sonra gerçekleşmelidir. Yurtdışı uygulamalara genel olarak tezat oluşturmaktadır. Maddi durumu uygun olmayan kişilerin rahat ulaşımının sağlanması için şehrin her yerine ulaşan ve hastanelere doğrudan ulaşan metro sistemleri yapılmalıdır. Tüm hastanelerin tek bir alana toplanmasının müthiş bir ulaşım ağıyla desteklenmesi gerekir.

## **16.b. Esnekleşme Politikaları**

Şehir Hastanelerinin Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri üzerindeki yıkıcı etkilerini üç başlık altında toplayabiliriz: İstihdam Esnekliği, Ücret Esnekliği, Çalışma Süresi Esnekliği

1980 sonrası uygulanmak istenen sağlık personeline yönelik bu üç esnekleşme modeli 1980 döneminde Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu daha sonra Kamu Yönetimi Reform Kanunu döneminde uygulanmaya çalışılmış; ancak Anayasa Mahkemesi kararlarıyla kadük kalmıştır.

SDP'nin I. Fazında kademe kademe uygulanan esnekleşme politikaları, II. Faz döneminde bütünüyle hayata geçecektir.

### **16.b.a. Çalışma Süresi Esnekliği**

Performans ödemesiyle mesai içinde gerçekleşen görece artık değeri artırma eğilimi, mesai dışında, mesai dışı çalışma ve nöbet uygulamalarıyla mutlak artık değeri artırma şeklinde kendini göstermiştir.

Bu eğilim sonucu SDP'nin mali sürdürülebilirliği sağlık personeline çalışma süresi esnekliği olarak yansımıştır.

2002 yılında SB bünyesinde 22 bin uzman hekim görev yaparken, 2016 yılında %50 artış ile 38 bin uzman hekim görev yapmaktadır. Ayakta tedavi ve yatan hasta sayıları ise bu artışın üzerinde gerçekleşmiştir. 2002 yılında 4 milyon kişi yatarken 2016 bu sayı 7,5 milyon olarak gerçekleşmiştir. Ayakta tedavide ise 2002 yılında 109 milyon kişi muayenesi gerçekleşirken 2016’da bu sayı %200 üzerinde artış göstererek 336 milyon kişi olmuştur.

*Kısacası SB’ye bağlı hastanelerde 2002 yılında kişi başı muayene sayısı 1,7 iken, 2016 4,2 olarak gerçekleşmiştir.*

*Bu artışlar ÇALIŞMA SÜRESİNİN ESNEKLEŞMESİ ile sağlanmıştır.*

“Çalışma süresi esnekliği” uygulamalarında, asistan hekimlerin özel bir yeri vardır.

Örneklem olarak aldığımız hastane verileri üzerinden değerlendiresek ortalama kamuda görev yapan bir memurun yıllık performans saati 1688 saatken; uzman hekimler 300 saat üzeri fazla mesai gerçekleştirmiş, asistan hekimler ise 900 saatin üzerinde fazla mesai gerçekleştirmiştir. Veriler üzerinden 2013 yılında saat olarak 122 asistanın tamamlayacağı hizmetin, 59 asistan tarafından karşılandığı gözükmektedir. Bu yoğun çalışma durumu tıp eğitimini olumsuz etkileyebilmektedir.

### **16.b.b. İstihdam Esnekliği**

Kamu personel rejimine, neoliberal politikalar ile dayatılan esnekleşme politikalarına paralel, kamu sağlık hizmetlerinde görülen esnekleşme politikalarında, sağlık hizmet sunumu ve sağlık hizmetlerinin finansmanındaki *değişen devlet rolü* de belirleyici olmuştur.

İstihdam temelli dönüşüm 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Söz konusu bölümler Anayasa Mahkemesi’nin kararıyla iptal edilmiştir.

1980 sonrası personel rejimine yönelik ikinci kapsamlı düzenleme Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile yapılmak istenmiş ancak Cumhurbaşkanlığı tarafından veto edilmiştir. Bu düzenlemeyle sağlık personelinin il özel



idarelere ve belediyelere devri öngörölmüş ve bu hizmetlerin üçüncü kişilerden hizmet alımıyla karşılanabileceği ifade edilmiştir.

Dünya Bankası 2008 yılında yapmış olduğu değerlendirmede “*Hastane çalışanları, artık kamu çalışanı sınıfında olmayacak ve artık sağlık sektöründe ömür boyu istihdam hakkına sahip olmayacağı vurgulanmaktadır.*” (OECD ve Dünya Bankası, 2008: 44).

Yapılan uluslararası anlaşmalar ve mevzuatta yapılan düzenlemeyle Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan sağlık hizmetlerindeki memur kadroları eritilerek tüm sağlık hizmetlerinin hizmet alım yöntemiyle gördürölmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç Anayasa Mahkemesi kararları ve Cumhurbaşkanlığı tarafından veto edilerek hayata geçmesi engellense de KÖO ve Şehir Hastaneleri Projeleri ile hayat bulmaktadır.

Kadro karşılığı sözleşmeli yöneticiler ile bürokrasiye (sağlık yönetimi);

“Ambulans ve Acil Sağlık Araçları ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği” ile 112 acil sağlık hizmetlerine”;

Aile Hekimliği Kanunu” ile birinci basamak sağlık hizmetlerine;

“4924 sayılı Kanun” ve “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli İle Tesis Yapılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun” ile tedavi edici sağlık hizmetlerine *taşeronlaşma* uygulamaları taşınmıştır. Uygulamalarla sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında esnek istihdam modelleri görölmektedir.

*KÖO uygulamalarıyla istihdam rejiminde memur kadroları yerine “taşeron” personel, Devlet’in yerini ise “yüklenici” (özel şirket) firmalar almaktadır. Mevcut yapıda sağlık hizmetlerinin sunumundan devlet çekilmekte olup memur sınıfı da tasfiye edilmektedir.*

KÖO’nun dayandığı temel argüman 4924 sayılı Kanunun 657 Sayılı Kanun’da yapmış olduğu değişikliklerdir. Bilindiği gibi Anayasanın 128. Madesinde asli ve süreklilik gerektiren hizmetler devlet memurları eliyle yürütülebileceği ibaresi yer almaktadır. Bu vurgu Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu’nun ilgili düzenlemelerin iptal gerekçelerinden ve Cumhurbaşkanlığı tarafından veto edilen Kamu Reformu Kanunu’nun veto edilmiş gerekçelerinin birini oluşturmaktaydı.

4929 sayılı Kanun 657 DMK’da yapmış olduğu değişiklik ile sağlık hiz-

metleri sınıfını diğer hizmet sınıflarından farklılaştırılmış ve bu hizmetlerin devlet memurları eliyle gördürülmesinin şart olmadığı ve bu hizmetlerin BEDELİ DÖNER SERMAYE BÜTÇESİNDEN ödenerek HİZMET ALIMI ile gördürülebileceğini ortaya koymuştur. İlgili düzenleme Anayasa Mahkemesi tarafından bundan önce verdiği kararlar ile ters düşerek onaylanmış ve Anayasa'ya uygun olduğu mevzuatta yer almıştır.

657 sayılı DMK sağlık hizmetleri sınıfının tanımı şu şekildedir: “*Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir.*”

Bu değişiklik 4924 sayılı Kanun ile yasalaşmış olup, Kanunda bu istihdam biçimine sınırlama getirilmiş ve Anayasaya uygunluğu bu maddenin aşağıdaki hali üzerinden değerlendirilmiştir.

4924 sayılı Kanuna göre: “*Sözleşmeli personel istihdam edilecek hizmet birimleri; Başbakanlık Doğu ve Güneydoğu Eylem Planı, Devlet Planlama Teşkilâtı tarafından yayınlanmış en son ilçe bazındaki sosyo-ekonomik gelişmişlik kriterleri, ilçelerin sağlık göstergeleri ile coğrafi konumları dikkate alınarak, Sağlık Bakanlığı'nın teklifi üzerine yılda bir kez Bakanlar Kurulu kararı ile tespit edilir. Dağıtımı yapılacak pozisyon sayısı 22000'i geçemez. **Şehir merkezlerinde kullanılacak toplam pozisyon sayısı, bu rakamın azami % 5'idir.** Ekli (2) sayılı cetveldeki taban oranlarını yarısına kadar indirmeye Bakanlar Kurulu yetkilidir. İstihdam edilecek sözleşmeli personel unvanları ve bunlarda aranılacak nitelikler ekli (1) sayılı cetvelde gösterilmiştir.*”

4924 sayılı kanunun ilk halinde kısıtlı bir istihdam rejimi olduğu düzenlenmişken, KÖO Kanunu'nda yapılan değişiklik ile şehir merkezlerindeki personel sayısını kısıtlayan cümle kanundan çıkarılmıştır. Yani şehir hastanelerinde sağlık hizmetleri sınıfının taşeron hizmetler kapsamında hizmet alım yoluyla gördürülebileceği önündeki %5'lik kota kaldırılmıştır. Düzenleme ile hem bu rejimle çalıştırılacak personel sayısındaki sınırlama hem de çalıştırma alanlarındaki sınırlama kaldırılmıştır. KÖO kanununun 657 ve 4924 sayılı Kanunlarda yapmış olduğu değişiklik KÖO uygulanmasında personel rejimindeki esnekleşmenin önemini ortaya koymaktadır.

## *Hedef,*

*artan sağlık harcamaları karşın, tüm hizmet alanlarında*

*güvencesiz, ucuz emek-gücü ve taşeron işçilik.*

### **16.b.c. Ücret Esnekliği**

Bu bölümde SDP döneminde artan sağlık harcamalarına rağmen SGK'nın sağlık harcamalarında oransal düşüşün ve gelir gider dengesinin nasıl sabit tutulduğunu sağlık emek gücünün geçim kaynağı olan maaş rejiminde yaşanan esnekleşme politikalarıyla açıklamaya çalışacağız.

Genel itibariyle sağlık emek gücünün asgari ücretler karşısında maaşları 2000 yılı sonrası düşük tutularak sağlık emek gücünün performansa göre ödeme karşısında direnci kırılmış ve performansa göre ödemeye bağımlı kalınmıştır. Bunun karşısında uygulanan global bütçe ile performansa göre ödeme düzeyini belirleyen döner sermaye bütçesi enflasyon ve büyüme gibi gerçeklerin dışında tutularak sağlık personelinin gelirlerinde reel kayıplar yaşanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sağlık hizmetlerinin kamusal mallardan yarı kamusal ve özel mallara dönüşmesi nedeniyle sağlık harcamalarında ortaya çıkan artışlar, bütçe politikalarıyla dengelenmeye çalışılmıştır. Ortaya çıkan bütçe politikaları doğrultusunda kamu sağlık hizmetlerine uygulanan global bütçe uygulaması, sistemin maliyet sınırını çizerken, sistemin verimlilik sorunu performansa göre ödemeyle aşılmaya çalışılmıştır.

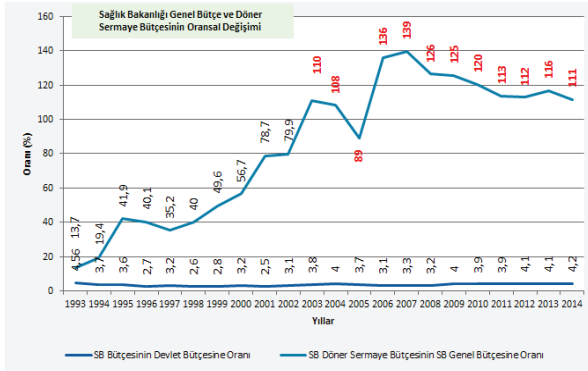
Kamu sağlık hizmetlerinde yaşanan genel bütçeden döner sermaye geçiş birincil bölüşüm ilişkisi doğrultusunda kar-ücret ilişkisini kamu sağlık hizmetlerine taşımış, maaş ilişkisini uzaklaştırmıştır.

Kar-ücret çerçevesinde performansa göre ödeme esnekleşme politikalarının ücret esnekliği ayağını oluşturmakta olup temel amacı mali sürdürülebilirliktir.

Genel itibariyle sağlık hizmetlerinde uygulanan ücret politikası denetim ve yönetim aracı olarak kullanılmıştır. Bütçe temelli hedeflerin tutturulması için ücretin yönetim aracı boyutu ortaya çıkmış ve düşük tutulan maaşlar karşısında performansa göre ödemenin güdüleyici özelliği kullanılmıştır.

Kamu sağlık hizmetlerinde yaşanan genel bütçeden döner sermayeye geçiş birincil bölüşüm ilişkisi doğrultusunda kar-ücret ilişkisini kamu sağlık hizmetlerine taşıması ve hastaneleri bütçe temelli özerkleştirmiştir.

Şekil: SDP Dönemi Sağlık Bakanlığı Bütçe Temelli Dönüşüm



1993'te SB bütçesinin devlet bütçesi içerisindeki payı %4,5 iken 2014'te %4,2 düşmüş, döner sermaye bütçesinin genel bütçeye oranı ise %13'ten %111 çıkmıştır. Bu eğilim döner sermaye bütçesini ana bütçe konumuna taşımıştır.

Maas ilişkisi → Ücret ilişkisi

Özel sektör ücret sermaye arasındaki ilişki olan kar-ücret ilişkisini kamu sağlık hizmetlerine taşımıştır.

Bu dönem artan sağlık hizmetleri tüketimine rağmen SGK'nın yaptığı sağlık harcamaları %46'dan %41'e düşmüş ve gelir gider dengesi %60 düzeyinde seyretmiştir. Bu rakamlara göre SGK Global bütçe de yapmış olduğu telkin tutarları ile kamu sağlık personelinin gelirlerinde ana unsur olan döner sermaye bütçesinde baskıya neden olmuştur. Nitekim 2002 yılında SB bütçesindeki personel harcamalarının payı %66 iken 2013'te %67 düzeyinde kalmıştır. Bu durum SDP döneminde artan sağlık harcamalarının faturasının sağlık emek gücüne çıkarıldığını göstermektedir.

Tablo: SDP Dönemi SGK Gelir Gider Dengesi

Yıllar	Devlet Katkısı Hariç Prim Gelirleri	Emekli Aylığı Ödemeleri	Sağlık Ödemeleri	Toplam Ödeme	Gelir Gider Oranı %
2001	9.739	10.696	4.575	15.272	63,8
2008	54.546	59.136	25.345	84.482	64,6
2014	131.057	134.392	54.603	188.995	69,3

Kaynak: SGK

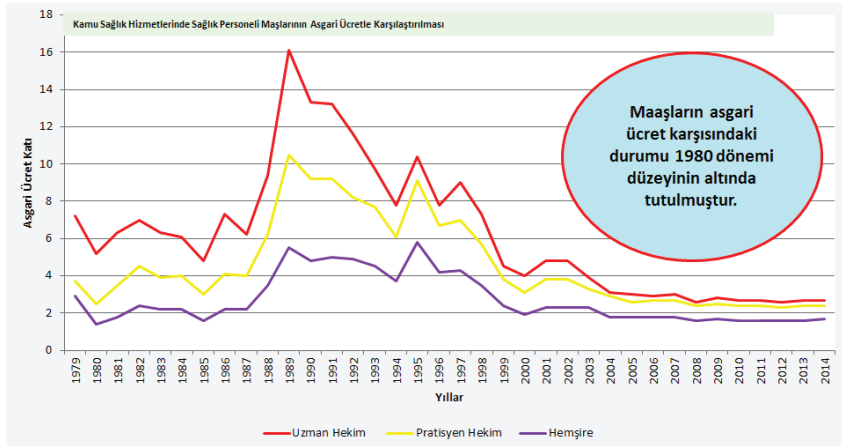
Tablo: Sağlık Hizmetlerinde Personel Harcamaları

		2002	2004	2006	2008	2010	2011	2012	2013	Artış
Sağlık Bakanlığı	TL	2.972	4.910	6.870	9.057	11.591	13.859	16.627	20.069	5,8
	%	66,8	62,3	60,7	58,3	70,0	66,0	65,3	67,9	
Üniversite	TL	547	902	1.217	1.695	2.102	2.354	2.615	2.967	4,4
	%	12,3	11,4	10,8	10,9	12,7	11,2	10,3	10,0	
Özel Sektör	TL	928	2.067	3.231	4.788	2.856	4.795	6.207	6.542	6,1
	%	20,9	26,2	28,5	30,8	17,3	22,8	24,4	22,1	
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı		23,7	26,2	25,7	26,9	26,8	30,6	34,3	35,1	

Kaynak: Atasever, 2014

Uzman hekim maaşları 2000 yılında SDP öncesi asgari ücretin 4 katı iken SDP sonrası asgari ücretin 2,5-3 katı aralığına inmiş ve aynı düzeyde kalmıştır. Aynı düşüş eğilimi pratisyen hekim ve hemşirelerde de görülmektedir.

Şekil: Sağlık Personeli Maaşlarının Asgari Ücret Karşısında Seyri



2007-2015 yılları SDP döneminde döner sermaye gelirleri ana gelir kaynağı olup tüm gelirler içinde performansa göre ödeme ilk gelir gurubunu oluşturmuştur. Mevcut dönüşüm ile devlet artan sağlık harcamaları karşısında bütçe hedeflerini sağlık personeline uyguladığı maaş rejiminden ücret rejimine geçiş ile sağlamıştır.

Anayasa Mahkemesinin döner sermayenin ödenmesinde kanun koyucunun üst sınır belirlemesine karşılık alt sınırın da belirlenmesi gerektiği görüşü sonrası ortaya çıkan 375 sayılı Kanun kapsamında ödenen döner sermaye sabit ödemeleri uzman hekim ve pratisyen hekimlerdeki performansa göre ödemenin ana gelir özelliğini değiştirmemiş ancak yardımcı sağlık hizmetleri sınıfında üstünlüğünü engellemiştir. Ancak performansa göre ödemenin üretilen hizmet miktarıyla orantılı ödenmesi SDP döneminde yardımcı sağlık personelinin bunun karşılığını ücret olarak almamasına rağmen iş yükünü artırmıştır.

SDP dönemi ortaya konulan performansa göre ödeme dahil sağlık personeline yapılan üç kalem ödemede de reel olarak kayıplar yaşanmıştır. Bütçe baskısı sağlık personeline gelirlerinde ekonomik büyüme rakamlarının gelirlerine yansıtılmamasının ötesinde enflasyon rakamları kapsamında artışlarında gelirlerine yansıtılmadığı görülmektedir.

2007-2015 dönemi uzman hekim gelirlerinde yaşanan toplam kayıp %77,64 performansa göre ödemede ki kaybı %165,95 olarak gerçekleşmiştir. Hemşirelerin toplam gelirlerindeki kayıp ise %41,13 olurken performansa göre ödemede yaşanan kayıp %385,82'dir.

Tüm sağlık hizmetlerinde maaş düzeylerinde %40-55 aralığında kayıp olması, toplu görüşme ve sözleşmelerde bu gelir grubunun döner sermaye gelirleri karşısında göz ardı edilmesi ve kurumlarda döner sermaye ile bütçe temelli özerkleşmesinden kaynaklanmaktadır.

Tablo: TÜFE'ye Göre 2007-2015 Dönemi Sağlık Hizmetleri Sınıfı Gelir Düzeylerinde Yaşanan Kayıp

Unvan	Maaş Düzeyinde Kayıp	DS Sabit Düzeyinde Kayıp	Performansa Göre Ödemede Kayıp	Toplam Gelirde Kayıp
Uzman Hekim	40,42%	32,43%	165,95%	77,64%
Pratisyen Hekim	55,60%	-17,98%	167,66%	53,64%
Hemşire	40,59%	24,78%	385,82%	41,13%

Not: Söz konusu tablo sağlık personelinin 2007 gelirlerinin TÜFE'ye göre 2015 yılında olması gereken düzeyi ile 2015 yılındaki gelirleri baz alınarak hazırlanmıştır.

SDP döneminde reformların! etkisiyle artan sağlık harcamalarının sağlık personelinin gelir düzeyinde yapmış olduğu etkiden yola çıkarak KÖO ve

ŞH projelerinin kamu sağlık personeli üzerindeki ücret esnekliği politikalarını artıracığı, maliyet baskısıyla reel gelirlerde düşmeye neden olacağı ve bu hizmet alanlarının bütünüyle taşeronlaşacağını öngörmekteyiz. Finansman olarak tasarruf alanı olarak görülen sağlık emek gücüne daha düşük ücretler ile çalıştırmak için kamunun tüm sağlık hizmetlerini yükleniciden sağlayarak yüklenicilerin daha düşük ücret rejimine sahip taşeronlaşma eğilimine yönleneceğini söyleyebiliriz. Son döneme artan sağlık personeli yetiştirme politikaları, yabancı hekim ve sağlık personeli çalıştırma politikaları sağlık hizmetlerinde ortaya çıkacak taşeronlaşma eğilimi karşısında emek arzını artırma yönündeki politikalarından kaynaklanmaktadır.

## SONUÇ

Sonuç bölümü, yararlanıcıları hem daha net aydınlatmak hem de görüş ve önerilerimizi daha net ortaya koymak için iki bölümden oluşturulmuştur. İlk bölümde çalışmamızın metin kapsamında değerlendirilmesi; ikinci bölümde ise KÖO ve Şehir Hastaneleri kapsamında sendikal görüş ve önerilerimiz yer alacaktır.

## Çalışmanın Değerlendirilmesi

Bir “Kamu Özel Ortaklığı” projesi olarak “Şehir Hastaneleri”:

İddiaların tersine, kamusal sağlık hizmetlerinin niteliğini azaltacak; artı-değer üretimini hedefleyen bir hizmet üretimini yerleştirecek; sağlık ve sosyal hizmet emekçilerine güvencesiz, sendikasız ve ucuz çalışma koşulları dayatacak; taşeronlaştırma sürecini yaygınlaştıracak; ayrıca halkın nitelikli sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştıracığı gibi sermayenin büyük kârlar peşinde koştuğu projelerin maliyetini halkın sırtına yıkacaktır.

- Mevcut projeler kayıt dışı ve yüksek faiz oranlarıyla kamuyu borç yüküne sokacaktır.

- Bina inşaatlarıyla şimdiden Sağlık Bakanlığı'nın toplam yatak kapasitesinin üçte biri (gizli özelleştirmelerle) sermaye çevrelerine peşkeş çekilmiştir.

- Kârlı tıbbi hizmetler, destek hizmetleri ve ticari alan işletmeleri özel şirketlerin hizmetine sunulmaktadır.

- Arazi, altyapı ve finansman garantisini kamu (devlet) üstlenmektedir. Yeterince “müşteri” (hasta) bulunamayıp zarar edilirse, aradaki fark, halkın vergilerinden oluşan genel bütçeden karşılanacaktır; yani halkın sırtına yıkılacaktır.

- Tıbbi gereklilik taşımayan büyük ölçeklerde lüks hastane yapıları, tıbbi/bilimsel yaratıcılığı, üretkenliği ve sağlık hizmetlerinin niteliğini düşüreceklerdir.

- Büyük alanlar ve yapılarla göz boyayan Şehir Hastaneleri, koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetleri kaygısı gütmemektedir. Bağımlılık tedavisi, geriatri merkezleri, rehabilitasyon merkezleri gibi sağlığın tedavi edici hizmetten daha fazlası olduğu ilkesi yok sayılmaktadır.

- Kâr baskısı ve özel sektör önceliği Eğitim Araştırma Hastaneleri kapsamındaki tüm “sağlık personeli” eğitimini olumsuz etkileyecektir. Birçok eğitim araştırma hastanesinin kapanmasına neden olan şehir hastaneleri projelerinde, alternatif herhangi bir “sağlık eğitimi programı” bulunmamaktadır.

- Şehir Hastanesi projeleri çerçevesinde birçok ilde planlama yapıldığı; ancak ilin hasta ve sağlık kurumları verilerinin göz önünde bulundurulmadığı ve hatta çoğu ilde ihtiyaç olmadığı görülmektedir.

- Hastanelerin gelir gider dengesi gereği şehir hastaneleri projelerinin döner sermaye gelirleriyle karşılanma olasılığı bulunmamaktadır.

- Şimdilik GSS primi, katkı-katılım payı ödeyerek hizmet alınan bu kurumlarda, özel sağlık kuruluşlarında olduğu gibi ilave ücretler ödenecektir. Vatandaşlar özel sağlık sigortası yapmak zorunda kalacaktır.

-Şehir dışına inşa edilen hastanelere yoğun hasta akışı, yoğun trafik sorunu ortaya çıkaracaktır.

- Şehrin içindeki ulaşımı kolay hastaneler kapatılmakta; şehrin dışında AVM tarzı dev hastaneler kurulmaktadır. Şehirlerin dışındaki, trafiğin yoğun olduğu bölgelerdeki şehir hastanelerine yaşlı, engelli, çocuk ve acil vakaların erişimin zorluğu, halkı, yakınlarındaki özel hastanelere gitmeye mecbur bırakacaktır. Zamanında ulaşamama, uzaklık nedeniyle ertelenen ya da hiç yapılmayan hastane başvuruları nedeniyle hastalıkların daha kötü klinik tablolara evrileceği, önlenebilir komplikasyonlarda ve önlenebilir ölümlerde artış olacağını da söyleyebiliriz.



- Sağlıkta taşeronlaştırma yaygın bir çalışma biçimi haline dönüştürüleceği gibi, tüm sağlık ve sosyal hizmet emekçileri taşeronlaştırılma, güvence-sizleştirilme ve ucuz işçilik baskısı altında çalışmaya zorlanacaktır.

- *Sağlık personeline getirdikleri çalışan sağlığı ve güvenliği, çalışma süresi esnekliği, istihdam esnekliği ve ücret esnekliği başlıklarıyla derlenir:*

Büyük ve yoğun Şehir Hastanelerinde oluşacak iş yükü, sağlık emekçilerinin, sağlık ve güvenliğine yönelik riskleri arttıracaktır. Sağlık alışanlarının sağlığı ile ilgili sorunlar artacaktır. Özellikle iş stresi, depresyon, kronik yorgunluk, tükenme vb. psiko-sosyal riskler artacaktır.

%70 garanti vermek, sağlık emekçileri üzerindeki baskıyı arttıracaktır. Sağlık emekçilerini bilimsel-tıbbi ilkelere aykırı davranışlara zorlamak tıbbi etik etiğe aykırıdır; insanlık suçudur.

Mesai içi ve mesai dışı çalışma süresini arttırarak artı-değeri artırma yoluna gidilecektir.

İstihdamda taşeronlaşma 4924 kapsamında sağlık hizmetlerine yansıcak ve tüm hizmetler yüklenici vasıtasıyla alt-yüklenicilerden alınması sağlanacaktır.

SDP döneminde ortaya konulan politikalar doğrultusunda artan sağlık harcamaları maliyet baskısıyla sağlık personelinin ücret kayıplarına neden olmuştur. Bu cret kayıpları Şehir Hastanelerinde artarak ağırlaşacaktır.

## **Görüş ve nerilerimiz**

Şehir Hastanelerini, kamu yararının esas alınmadığı, gerekliliğinin tartışmalı olduğu, bir borçlanma ve dış kaynak girişi amacı taşıyan, popülist politikalar ile geleceğin ipotek altına alındığı, finansman olarak bu sürdürülebilirliği sağlamak için vatandaşlara ek yük getirecek, sağlık personeline ise güvencesizleşme politikalarının dayatıldığı sağlıkta zelleştirme temelli bir dönüşüm olarak görmekteyiz.

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri olarak:

Şehir Hastanelerinin, toplumsal çıkarları gözetmeyen, ortak kent yaşamını talan eden, halkın sağlığını hiçe sayan, sağlık ve sosyal hizmet emekçilerinin güvencesiz çalışmaya ve yaşamaya zorlayan, sadece sermayenin ve sermaye iktidarlarının çıkarlarını esas alan mantığına karşıyız.

Kamu hastanelerinde, ihtiyaç duyulan her zaman ve mekanda ciro-kira bedeli, ücret ve kısıtlanmış zaman baskısı olmadan, sadece tıp biliminin, halkın ve kentin gelişiminin gereklerine göre, nitelikli toplumsal sağlık hizmetleri üretmek istiyoruz.

Sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılmasının bilinciyle, kenti, halkı, sağlık emeğini, mesleğini ve bilimini bir bütün olarak görüyoruz. “Şehir Hastaneleri” adı altında bu bütünlüğe, yani halkın, kentin ve emeğin sağlığına yönelen bu saldırılara karşı topyekun karşı koyacağımızdan kimsenin kuşkusu olmasın.

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri olarak, mücadele ilkemiz, Şehir Hastanelerine sadece basit bir “karşı çıkış” ilkesi değil, bir yeniden inşa ilkesidir. Yaşadığımız “toplumsal sağlık krizine” sermaye ve sermaye iktidarlarının hiçbir çözüm getiremediğini görüyoruz. Dokunduğu her şeyi çürüten sermaye projelerinin tersine, toplumsal sağlık krizini eşitlikçi, özgürlükçü, kolektivist bir tarzda çözebilecek toplumsal ve tarihsel birikime sahibiz. Sağlık emeği-bilimi-mesleğini hak ettiği saygınlığa yeniden ulaştıracak onurlu bir geleneği sürdürüyoruz.

Bu anlayış ve ilkeler doğrultusunda Şehir Hastaneleri karşısında somut önerilerimiz şunlardır:

- Sağlık hizmetlerinin tüm temel basamakları kamu eliyle geliştirilmeli ve örgütlenmelidir.
- Halkın alacağı sağlık hizmeti hakkında söz sahibi olduğu mekanizmalar oluşturulmalıdır.
- Sağlık giderleri genel bütçeden karşılanmalıdır.
- Yurttaşlar için eşit, parasız ve nitelikli sağlık hizmetlerine erişim sağlanmalıdır.
- Çalışanlar için insan onuruna yaraşır çalışma ortamı, adil ve eşit ücret politikaları hayata geçirilmelidir.

Sonuç olarak, nitelikli sağlık hizmetine erişmenin yolu, sağlık eğitiminin, sağlık hizmeti üretimi ve sunumunun destek hizmetlerini de içeren tüm bileşenleri ile kamu tarafından, kadrolu ve güvenceli sağlık emekçileri eliyle, kâr gözetmeden sunulmasından geçmektedir.

## KAYNAKLAR

Atasever, M. (2014) Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi, SB Yayınları.

Çelik, E. (2008) Hizmet Sunumunda Katılım ve Kamu Özel Ortaklıkları, Mimarlar Odası Ankara Şubesi Yayını.

Dünya Bankası, (2012) Türkiye Cumhuriyeti'ne Yönelik Dünya Bankası Ülke İşbirliği Stratejisi 2012-2015.

Güneş, Ahmet M. (2009) Kamu Hizmetlerinin Yürütülmesinde Yeni Bir Yöntem: Kamu Özel Ortaklığı, Güncel Hukuk Dergisi.

Kalkınma Bakanlığı (2017) Kamu Özel İşbirliği İle Yürütülen Projeler, <https://koi.kalkinma.gov.tr>

Kalkınma Bakanlığı (2016) Dünya'da ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler, 2015.

Kalkınma Bakanlığı (2017) Kamu-Özel İşbirliği Raporu, 2017.

Kerman, U., Altan, Y., Aktel, M., Eke, E. (2012) Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.

Pala, K. (2017) Şehir Hastanelerinin Yüksek Maliyeti Gizleniyor, Bianet.

TTB (2012) Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı, TTB Yayını.

OECD ve Dünya Bankası (2008) OECD Sağlık Sistemi İncelemesi Türkiye.

Yalçinkaya, K. (2017) Türkiye'de Kamu Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Maaş Rejiminden Ücret Rejimine Geçiş, TODAİE Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Tezi.









