

DOSYA/DERLEME**SAĞLIKTA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI****Özet***Şafak TANER*, Saliha ALTIPARMAK***

Bu yazının amacı sağlık kampüsleri ve ardında yatanları, bir sağlık çalışanı gözüyle yorumlamak, sağlık hizmetlerine ve sağlık çalışanlarına olası etkilerini öngörmekte yardımcı olabilecek bir bakış açısı oluşturmaktır.

Kamu Özel Ortaklığı (KÖO), kamu olanaklarını kullanarak, düşük faizli kredi sağlamak ve piyasa belirsizliklerini ortadan kaldırarak özel sektöre yatırım konusunda imtiyaz sağlamaktır. KÖO, kamu hizmetinin özel sektöre gördürülmesi ve sağlık hakkına müdahale çerçevesinde ele alınmalıdır. Çünkü, ortaklıktan söz etmek için, ortak amaçların varlığı, anlaşmalarla güvence altına alınmış, üzerinde uzlaşmış yükümlülüklerin varlığı temeldir. Sağlık hizmetlerinin sunumunun kamusal bir sorumluluk olarak algılandığı ve sosyal politikaların geçerli olduğu bir durumda özel ve kamunun amaçlarının çakışması olası değildir. Ancak piyasa ekonomisinde, kamu ile özel iç içe geçtiğinde kamunun amaçları da bulanıklaşmakta, hastalar müşteri, hastaneler işletme, sağlık hakkı meta haline dönüşmektedir. Bu hali ile KÖO, sağlık hakkına bir müdahaledir.

Anahtar Sözcükler: Kamu özel ortaklığı, Entegre sağlık kampüsü

Public-Private Partnerships for Health**Abstract**

The aim of this paper is to interpret health campuses, and those hidden behind, through the health worker's point of view and to create a framework to predict the potential effects of health campuses on health services and health workers.

Public-Private Partnership (PPP) means providing low-interest loans and privileges to the private sector investment through eliminating the uncertainties of the market by using public resources. PPP should be considered within the framework of rendering a public service to the private sector, and intervention the right to health. Because, the existence of common goals which has been secured by agreements, and obligations agreed on are fundamentals of the partnership. It is not likely to compromise the objectives of private and public sector while health services are perceived public duty and social policies are prevalent. But in a market economy, when public and private sectors league together public purposes are blurring and patients become customers, hospitals become business and right to health becomes a commodity. As it is, PPP is an intervention to the right to health.

Key words: Public private partnership, integrated health campus

*Doç.Dr., Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD.

**Yrd. Doç. Dr., Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu

“Sağlık Haktır”, bir özdeyiş olarak kalmaya mahkum mu? Mahkum değil elbet, ancak günümüzde anlamını yitirdiğini de gözlemliyoruz.

Sağlık hakkı ile ilgili belgelere baktığımızda; İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesi, “Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır” derken (www.ihd.org.tr); Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi de “Bu Sözleşmeye Taraf Devletler, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanır” ve “Salgın hastalıkların, yöresel hastalıkların, mesleki hastalıkların ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü, hastalık halinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gerekli şartların yaratılmasını üstlenir” demektedir (www.belgenet.com).

Bizim Anayasalarımızda ise, 1961 Anayasasında sağlık hakkı “Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini sağlamakla ödevlidir” şeklinde düzenlemişken (www.tbmm.gov.tr), 1982 Anayasası'nda “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” denilmektedir (www.anayasa.gen.tr). Bu nedenle kamu-özel ortaklığını da kamu hizmetinin özel sektöre gördürülmesi ve sağlık hakkına müdahale çerçevesinde ele almak gerekir.

Bu yazının amacı sağlık kampüsleri ve ardında yatanları, bir sağlık çalışanı gözüyle yorumlamak, sağlık hizmetlerine ve sağlık çalışanlarına olası etkilerini öngörmekte yardımcı olabilecek bir bakış açısı oluşturmaktır.

Ortaklık nedir?

Ortaklık, birden çok sayıdaki tarafın, karşılıklı sorumlulukları yansıtan sözleşmelerden dayanak alan, ortak çıkarlarını geliştirmek amaçlı birliktelikleri

olarak tanımlanmaktadır (www.hsph.harvard.edu). Bir ortaklığın taşıması gereken özellikler Buse ve Walt tarafından yedi başlık altında toplanmıştır (Buse, 2000). Bunlar;

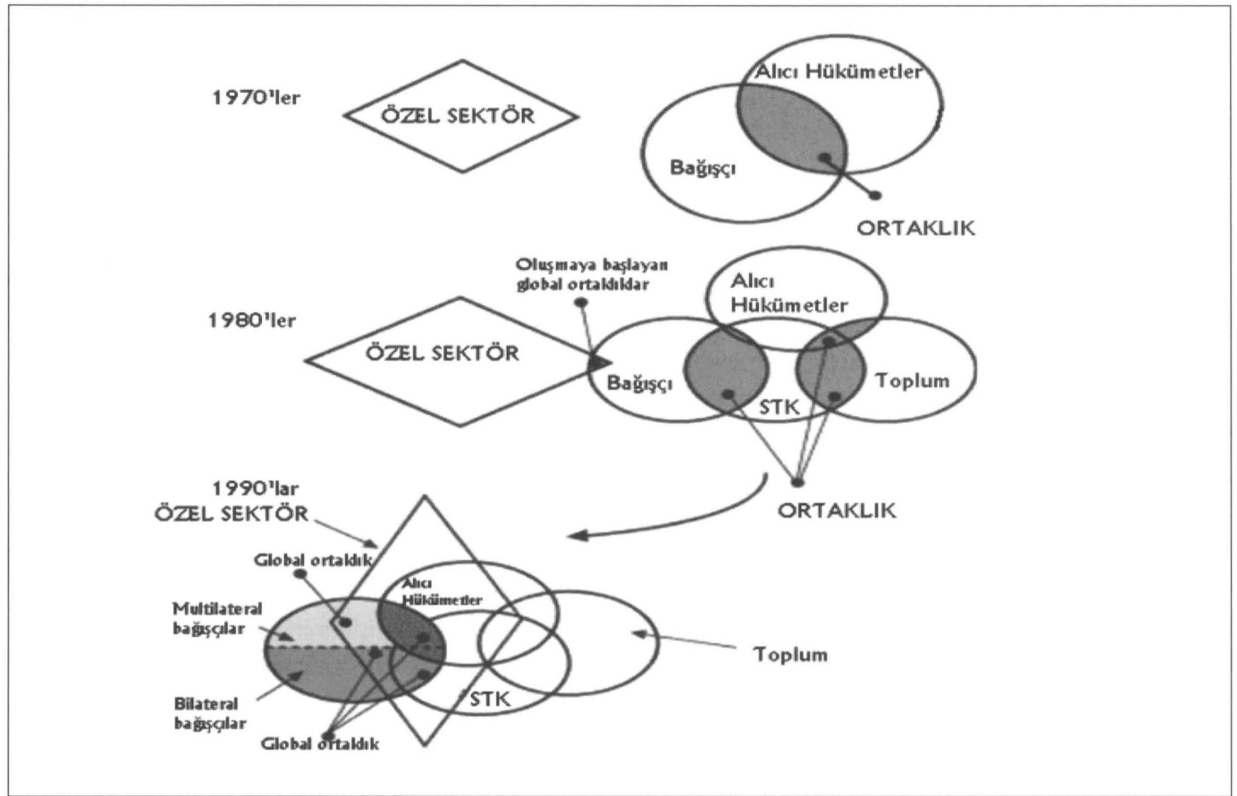
- Açık, gerçekçi ortak amaçlar
- Üzerinde uzlaşmış görev ve sorumluluklar
- Taraflar için belirlenmiş kazanımlar
- Şeffaflık
- Ortaklığın etkin şekilde idamesi
- Katılımda eşitlik
- Yükümlülüklerin yerine getirilmesi
- Ortaklık Türleri

Ortaklık, yerel, ulusal ve küresel düzeyde olabilir (www.globalhealthurope.org). Yerel düzeyde; bir hastanenin temizlik işlerinin taşeron şirkete verilmesi, ulusal düzeyde; temel ilaçlara erişimi sağlamak amacıyla ilaç pazarlama şirketleri ile hükümet işbirliği, küresel düzeyde ise; DSÖ, UNICEF, Dünya Bankası, ulusal hükümetler, uluslararası kalkınma bankaları, hükümet dışı kuruluşlar, Bill ve Melinda Gates Vakfı, aşı endüstrisinin temsilcilerinden oluşan GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization / Bağışıklama İçin Küresel İşbirliği) örnek olarak verilebilir.

Amaç esas alınarak yapılacak bir gruplamada da, ürün (örn: ilaç bağışi), ürün geliştirme (örn: sıtma aşısı) ve sorun (örn: polio eradikasyonu) - sistem (örn: sağlıklı kentler) temelli olabilir (Buse, 2001).

Sağlıkta Ortaklık

1970'lerin sonlarına kadar kamu ve özel sektör arasında işbirliği oldukça azdı. Sağlık sektöründe kamu-özel işbirliğinin geliştirilmesi gereği ilk olarak, 1969 yılında yayınlanan Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankasının “Kalkınma Ortakları” adlı raporunda vurgulandı. 1970'lerde başlayan bu eğilim, giderek hız kazandı. Ancak yine de ortaklıklar, 1980'lere dek bağış kuruluşları ve hükümetler arasında sınırlı kaldı. 1980'lerdeki değişimin nedeni; tanı ve tedavide teknoloji kullanımının artması, hastalık çeşitlerinin değişmesi, fiyatların ve maliyetlerin artması görünse de, temel neden neoliberal politikaların bu yıllarda egemen olmaya başlamasıydı.



Şekil 1. Yıllar içinde özel ve kamu ilişkisinin değişimi (Buse & Walt; 2000)

1990'ların ortalarına gelindiğinde ise, küresel kamu-özel ortaklıkları ortaya çıktı. Çünkü, 1980'lerde serbestleşen pazarın getirdiği başarısızlıkları ve halk sağlığı sorunlarını Pazarla yapılacak düzenlemeler ile çözmek planlanıyordu. Kamu-özel ortaklıkları da bu düzenlenmenin bir aracı olarak kullanılmaya başlandı. Kamu ile özel sektör arasındaki bu birliktelik bağışçı kuruluşlar aracılığı ile yapılandırıldı. Bağışçı kuruluşlara örnek olarak UNICEF gösterilebilir. KÖO sürecinin nasıl işlediğini UNICEF'in değişen bağışıklama hizmetlerinin üzerinden görmek olasıdır.

1977 yılında Dünya Sağlık Asamblesi 1990 yılına dek tüm dünya çocuklarının bağışıklanacağı hedefini açıklamış, 5 yıl sonra UNICEF bu hedefi %100'den %80'ne geri çekmiş, bu hedefe erişmek için de gelişmekte olan ülkelerin aşı programlarına destek vermiştir. Ancak 1990'da %80 hedefine ulaşıldıktan sonra 1990-1998 yılları arasında mali desteği aşı programları, soğuk zincir, alt yapı ve eğitimde %67 azaltırken, aşığı ayırdığı miktarı artırmıştır. Aşı üreticileri UNICEF'e gelişmekte olan ülkelerin tümüne

değil sadece en fakir ülkelere düşük fiyata aşı sağlaması konusunda baskı yapmışlar ve 1994 yılında UNICEF, DSÖ, özel sektör temsilcileriyle bir araya gelerek yeni bir strateji geliştirmek zorunda kalmıştır (De Roeck, 2001). DSÖ ve UNICEF en yoksullar da dahil olmak üzere tüm ülkelere çağrıda bulunarak aşı gereksinimleri için küçük de olsa maddi katkıda bulunmalarını isteyen aşı alım stratejilerini duyurmuşlardır. Bu stratejiyle bu tarihten sonra UNICEF aşı alım desteğinin öncelikli olarak daha yoksul ve küçük ülkelere verileceği, gelişmekte olan ülkelerin en hızlı biçimde kendi aşı gereksinimlerini kendileri karşılamaları gerektiğini açıklamıştır (Dian, 2000). Böylece aşı pazarının şekillendirilme, özel sektör için uygun hale getirilme süreci başlamıştır. Yeni strateji gereğince, kişi başına düşen gayri safi milli hasıla (GSMH), toplam GSMH ve nüfusu temel alarak tüm ülkeleri A, B, C, D grupları olarak dörde ayırmışlardır. A ve B bandında yer alanlar yardım almadan aşı gereksinimlerini karşılayamayacak ülkeler, C ve D bandında yer alanlar ise kendi kendine yeterli olabilecek, yardıma gereksinimleri olmayan ülkelerdir (De Roeck, 2001). C bandında

yer alan ülkemizin de, hem ödeme gücüne sahip olması, hem de nüfusunun fazla olması nedeniyle 'iyi bir pazar' olduğu açıktır (**Gürsoy, 2003**). Gerçekten de 2009 yılında, 3. Ulusal Aşı Sempozyumunda Bakan Akdağ aşılanma oranlarında büyük bir artış yaşandığını, yüzde 97'lerin üzerine çıktığını, aşı takvimine yeni aşılarda eklendiği belirterek, 2010 yılında aşılanma için 300 milyon TL'nin üzerinde bütçe ayrıldığını ve aşı takvimine rota virüsü, hepatit A ve belli gruplar için Human papilloma virüsü (HPV) aşısı eklenmesi üzerinde de çalışmaların sürdüğünü söylemiştir (**Öz, 2009**). TNSA 2008 verilerine göre beş yaş altı çocukların ortalama %6.3'ü nüfusa kayıtlı değildir. Bu oran bölgelere göre değişmekte, en yüksek oran Ortadoğu Anadolu Bölgesinde (%12.6), en düşük ise Batı Marmara (%1.5) Bölgesindedir. İstanbul'da bile bu oran %5.3'tür (**TNSA 2008**). Bununla birlikte Türkiye'de 6 milyon beş yaş altındaki çocuğun 375 bininin nüfusa kayıtlı olmaması verisi bile tek başına aşılanma oranlarının %97'nin üzerine çıktığı söylemini geçersiz kılmaktadır. Bu sonuçtan yola çıkarak öncelikli strateji kayıtlı- kayıtsız tüm çocukların aşı oranlarının yükseltilmesi olmalıdır. Oysa öncelik yeni aşılarda programa eklenmesine verilmektedir.

Küresel kamu özel ortaklığı yukarıdaki örnekte olduğu gibi ülkemizi de etkilemiştir. Diğer yandan Kamu Özel Sektör Ortaklıklarının Türkiye'de de uzun zamandan beri farklı türde modellerle uygulanmaktadır. Ancak, bu modellerde, uygulanan hukuka ve düzenlemelere ilişkin tam bir sınıflandırma yapabilmek halen oldukça zordur (**Yılmaz, 2011**). Bununla beraber kamu özel ortaklıkları imtiyaz ve diğer başlığı altında toplanabilir.

I. İmtiyaz

Türk Dil Kurumu imtiyazı, başkalarına tanınmayan özel, kişisel hak veya şart, ayrıcalık, fabrika kurmak, maden işletmek vb. için bir kişi veya kuruluşa devlet tarafından verilen özel izin olarak tanımlanmaktadır (www.tdkterim.gov.tr/bts/). İmtiyaz, belirli mal ya da hizmetlerin üretim ve/veya dağıtımında geçici monopol hakkı verilmesini kapsar (**Kay, 1986**). İmtiyaz sözleşmeleri Türkiye'de özellikle 19. yy'dan itibaren daha çok uygulanmaya

başlamıştır. Uygulamada, imtiyaz sözleşmeleri, idarenin özel kişinin iktisadi risklerini üstlenmeye başlamasıyla klasik anlamını yitirmiş, günümüzde daha çok bir üst kavram olarak tanımlanmaya başlamıştır. Burada önemli olan imtiyaz sahibine tekel hakkı verilmiş olmasıdır (**Karahanoğulları, 2011**).

Hangi sözleşmelerin imtiyaz kapsamına alınacağını saptayabilmek için imtiyaz sözleşmelerinin özelliklerine bakmak yararlı olacaktır (www.turkhukuk sitesi.com).

Kamu hizmeti imtiyaz sözleşmelerinin özellikleri: **Yücel, 2005**).

a) Sözleşme konusunun bir kamu hizmeti kurulması ve/veya işletilmesi olması,

Toplumsal yaşamın zorunlu gereksinmelerini karşılayan düzenlilik ve süreklilik gösteren hizmetler, nitelikleri gereği kamu hizmeti olarak tanımlanır. Ancak, kamu hizmeti kavramının belirsizliği konusunda görüş birliği vardır. Çünkü bir hizmetin kamu hizmeti olarak sayılıp sayılmayacağına yasa koyucu karar vermektedir (**Emek, 2002**).

b) Bu sözleşmeler üzerinde idarenin, denetim ve gözetim yetkisine sahip olması,

c) Bu sözleşmelerde hizmeti yapanlara (imtiyaz sahibine) kamu gücüne dayanan kimi yetkiler tanınması,

d) Bu sözleşmelerin imtiyaz sahibinin (özel girişimcinin) kar ve zararına olarak kurulup, işletilmesi,

e) Bu sözleşmelerde imtiyaz sahibine "tahsil hakkı" devri sağlanması,

f) Hizmetten yararlananlardan alınacak bedel veya ücret, esasları yasayla saptanacak olan bir tarife üzerinden tahsili,

g) Kamu hizmeti imtiyazının daima belli ve uzun bir devre için verilmesidir.

II. Diğer modeller

II-a) Yap-İşlet-Devret (YİD)

Yap-işlet-devret modeli, bir kamu alt yapı yatırım veya hizmetinin finansmanının özel bir şirket tarafından karşılanarak gerçekleştirilmesi ve kamu tarafından belirlenen bir süre için işletilmesi ve yine bu süre içinde ürettiği mal veya hizmeti, tarafların karşılıklı saptadıkları bir tarife uyarınca kamu kuruluşlarına satması ve sürenin sonunda işletmekte olduğu tesisleri bakımı yapılmış, eksiksiz ve işler durumda ilgili kamu kuruluşuna devretmesi diye tanımlanabilir. Özetle, devlet tekelinde olan bir görevin, bir sözleşme çerçevesinde kendi denetiminde bir özel şirket eliyle gerçekleştirilmesidir (İmre, 2001).

Yap-İşlet-Devret modeli, 1994 yılında ülke gündemine girmiş ve otoyol yapımı için kullanılmaya başlanmıştır. Bu model genel olarak özel bilgi ve yüksek maliyet gerektiren projelere uygulanmaktadır (Yılmaz, 2011).

Anayasa mahkemesinin 28.06.1995 tarih ve E.1994/71 ve K1995/23 sayılı kararı ile 'YİD yöntemi' imtiyaz kapsamına alınmıştır (Emel, 2002).

II-b) Yap – İşlet

Yap-İşlet-Devret modelinde özel sektörün bir sahipliği söz konusu değildir. Bu Yap-İşlet-Devret modelinin devret aşamasına getirilen eleştiriler sonucunda, yap-işlet modeli uygulanmaya başlanmıştır (Emek, 2002).

Yap-İşlet modeli 1997 yılında gündeme gelmiş ve Türkiye'de çok sınırlı sayıda proje için uygulanmıştır (Yılmaz, 2011). Bu modele İzmit Şehri Kentsel ve Endüstriyel Su Temini Projesi iyi bir örnektir (www.baskentkariyer.net).

II-c) İşletme Haklarının Devri

Finansal kiralama yöntemine benzeyen bu uygulama biçimi, genellikle özelleştirmenin bir ön aşaması olarak değerlendirilmektedir. Bu modelde mülkiyet devri sözkonusu olmamakla birlikte işletme

ve yönetim hakları doğrudan bir bedel karşılığı devredilmektedir (Metin, 2011). İşletme hakları devri modelinde ilk uygulama 1986 yılında Kars Süt Mamulleri'nin özel bir şirkete kiralanmasıdır (Metin, 2011).

II-d) Yeni bir model; Kamu özel ortaklığı / Yap kirala devret

Bu modellere ek olarak 2005 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na, yeni bir madde eklenerek yeni bir düzenlemenin önü açılmıştır. Bu maddede; "...Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığı tarafından verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazine'ye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırkdokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir. Bu amaçla Maliye Bakanlığı'nca, gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine Hazine'ye ait taşınmazlar bedelsiz devredilebilir." (www.mevzuatlar.com).

Bu maddenin ön gördüğü iş ve işlemleri yapmak üzere 2007 yılında Sağlık Bakanlığı kapsamında "Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı" (KÖODB) kurulmuştur.

Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığının görev ve sorumlulukları (www.kamuozel.gov.tr);

a)Yüksek Planlama Kurulu tarafından yapılmasının gerekli olduğuna karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığı'nca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazine'ye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz (49) yılı geçmemek şartıyla, belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılması;

b) Bu amaçla Maliye Bakanlığı'nca Hazine'ye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak kırk dokuz (49) yıla kadar üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesi;

c) Kira bedeli ve kiralama süresinin tespiti;

d) Sağlık tesislerindeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesi;

e) İhale yöntemlerine, isteklilerde aranacak niteliklerin belirlenmesi, sözleşmelerin kapsamı ve diğer hususlara dair usul ve esasları belirlemek ve yerine getirmesidir.

“Yap Kirala Devret” modeli de “Yap İşlet Devret” modelinin alternatifi olarak sunulmuştur. Bu model, özel sektör, kamuya ait yatırımları yapacak, devlete kiralayacak ve kira süresi boyunca medikal hizmet dışındaki hizmetleri de sunabilecektir. Yap Kirala Devret” modeli ülke gündemine 2008 yılında Başbakan Erdoğan’ın sağlık kentleri konusunda adımlar attıklarını, bunun ilk uygulamasını Ankara ve İstanbul’da başlatacaklarını söylemesiyle girmiştir (ozelrastaneler.cubicpen.com).

Ülkemizde sürecin işlemeye başladığı sağlık tesisleri projeleri ve buldukları aşamalar: Bu projeler Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığının web sayfasında yer almaktadır (www.kamuozel.gov.tr).

1. Adana Entegre Sağlık Kampüsü

Proje; 400 yataklı Bölge Hastanesi, 100 yataklı Onkoloji Hastanesi, 250 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 200 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 150 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1400 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

Ön Yeterlik ihalesi 31.05.2011’de yapıldı, ön yeterlik değerlendirmesi devam etmektedir

2. Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü

Bölge Hastane, Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Kadın Doğum Hastanesi, Çocuk Hastanesi, Rehabilitasyon Hastanesi, Psikiyatri Hastanesi ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri

Hastanesi olmak üzere Dokuz dal hastanesini içeren, toplam 3056 yatak kapasitesine sahip bir entegre sağlık kampüsü olacaktır. Kampüs içerisinde; sağlık bilimleri üniversitesi, kongre merkezleri ve ticari alanlar, yüksek teknoloji merkezi ve ARGE merkezi yer alacaktır. Projede otoparklar kapalı olarak bodrum katlarda tasarlanmıştır.

Teklifler 23.05.2011 tarihinde alınmıştır. Değerlendirme devam etmektedir

3. Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü

Hastane, Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Kadın Doğum Hastanesi, Çocuk Hastanesi, Rehabilitasyon Hastanesi, Psikiyatri Hastanesi ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere Dokuz dal hastanesini içeren, toplam 3056 yatak kapasitesine sahip bir entegre sağlık kampüsü olacaktır. Kampüs içerisinde; sağlık bilimleri üniversitesi, kongre merkezleri ve ticari alanlar, yüksek teknoloji merkezi ve ARGE merkezi yer alacaktır.

Teklifler alınmış olup, yapılan değerlendirmeler sonucunda ilk 5 sıraya giren firmalardan nihai tekliflerini 24 Haziran 2011 tarihinde vermeleri istenilmiştir.

Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsünde yer alan hastaneler.

Hastane Tipi	Yatak Sayısı
Bölge Hastanesi	504
Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi	328
Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi	456
Kadın Doğum Hastanesi	344
Çocuk Hastanesi	496
Onkoloji Hastanesi	328
Rehabilitasyon Hastanesi	300
Psikiyatri Hastanesi	200
Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi	100
Toplam	3056

4. Bursa Entegre Sağlık Kampüsü

400 yataklı Bölge Hastanesi, 200 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 200 yataklı Onkoloji Hastanesi, 100 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı

Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1200 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

Ön Yeterlik ihalesi değerlendirildi. Teklifler 18.08.2011'e kadar alınacaktır

5. Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü

400 yataklı Bölge Hastanesi, 250 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 950 yataklı bir Entegre Sağlık Tesisi yatırımını kapsamaktadır.

Ön yeterlik değerlendirmesi sonuçlanmıştır.

6. FTR, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri (YGAP) Hastaneleri

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir. Ön yeterlilik ihalesi 08.07.2011 günü yapılmıştır

Hastane Tipi	Yatak Sayısı		
	İller	FTR	Psikiyatri YGAP
1 Afyon	150		
2 Bolu		60	
3 Diyarbakır	150	80	100
4 Erzurum	150	80	100
5 İstanbul-Bakırköy		400	200
6 Kahramanmaraş		90	
7 Malatya	150		
8 Samsun	150	120	100
9 Trabzon	100	50	
10 Van		100	50
Toplam	900	1030	600
Genel Toplam			2530

7. Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü

500 yataklı Bölge Hastanesi, 100 yataklı Onkoloji Hastanesi, 400 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 100 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 150

yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1.550 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

Ön Yeterlik ihalesi 07.06.2011 günü yapıldı.

8. Isparta Şehir Hastanesi:

Proje; 400 yataklı Bölge Hastanesi ve 200 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olmak üzere toplam 600 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

Ön yeterlik ihalesi 15.07.2011 günü yapılmıştır.

9. İstanbul İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü

Proje; 400 yataklı Bölge Hastanesi, 150 yataklı Onkoloji Hastanesi, 250 yataklı Çocuk Hastanesi, 300 yataklı Kadın Doğum Hastanesi, 150 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 250 yataklı Nörolojik ve Ortopedik Bilimler Hastanesi, 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, 10 yataklı Yanık Ünitesi, 50 yataklı Travma Merkezi ve 20 yataklı Transplantasyon Ünitesi olmak üzere toplam 1980 yataklı Entegre Sağlık Kompleksinin tasarımı, inşaatı, tefrişatı, tıbbi ekipmanın temini, tıbbi hizmet dışındaki hizmet ve alanların işletilmesini kapsamaktadır.

Teklif süreci başlamıştır.

10. İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü

Proje; 400 yataklı Bölge Hastanesi, 100 yataklı Onkoloji Hastanesi, 300 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 200 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 150 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1.450 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

Ön Yeterlik ihalesi 06.07.2011 günü yapıldı. Değerlendirme devam etmektedir.

11. Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü

1048 yataklı Eğitim Araştırma Hastanesi, 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, 200

yataklı Psikiyatri Hastanesi ve 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1548 yataklı bir sağlık kompleksi projesidir. Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) yatırım-finansman modeli ile gerçekleştirilecek olan projenin yatırım dönemi 3 yıl olup, işletme dönemi 25 yıldır.

İhale YDA İnşaat Sanayi Ticaret A.Ş. & INSO Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.P.A İş Ortaklığı'nda kalmıştır

12. Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü

400 yataklı Bölge Hastanesi, 100 yataklı Onkoloji Hastanesi, 250 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 100 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 100 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 100 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1150 yataklı bir Entegre Sağlık Kampüsü yatırımını kapsamaktadır. Ön Yeterlik ihalesi 30.06.2011 günü yapıldı .

13. Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü

400 yataklı Bölge Hastanesi ile 400 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi olmak üzere toplam 800 yataklı bir Entegre Sağlık Tesisi yatırımını kapsamaktadır. Ön Yeterlik ihalesi sonuçlanmıştır.

14. Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi:

400 yataklı araştırma hastanesi yapılması planlanmıştır. Ön Yeterlik ihalesi sonuçlanmıştır.

15. Mersin Entegre Sağlık Kampüsü

500 Yataklı Bölge Hastanesi, 100 Yataklı Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi, 350 Yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 100 Yataklı Psikiyatri Hastanesi ve 50 Yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1100 yataklı bir Entegre Sağlık Tesisi yatırımını kapsamaktadır.

Ön Yeterlik ihalesi sonuçlanmıştır.

16. Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi:

400 yataklı olarak planlanmıştır.

Ön Yeterlik ihalesi sonuçlanmıştır

Neden Sağlık Kampüsü?

Sağlık kampüsleri de sağlıkta dönüşümün bir parçası olduğundan tartışma, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, İlerleme Raporunun (Ağustos 2008) çizdiği çerçeve, başlıklar ve bu raporda sağlık kampüsleri için belirtilen hedefler üzerinden yürütülecektir.

1. Sağlık kampüslerinin sağlık hizmet etkinliğine etkisi

Sağlık kampüslerinin oluşturulmasıyla, tedavi çeşitliliğinin ülke geneline yayılması, bölgesel gelişimin sağlık alanında tamamlanması, hizmet kalitesinin artması, maliyet etkin sağlık hizmeti sunulması amaçlanmaktadır (www.tusak.saglik.gov.tr). Bu amaçlar neoliberal politikalarının diğer söylemlerinde olduğu gibi ilk bakışta karşı çıkılmayacak öğelerdir. Ama bu tanımların –kalite, etkinlik gibi- nasıl bir kavramsal çerçeveye sahip olduklarını görünce anlam değişmektedir.

Sağlıkta dönüşümün performans kriterleri; etkinlik, kalite, ulaşılabilirlik olarak ele alınırken, performans hedefleri sağlık göstergeleri, finansal riskten koruma ve memnuniyettir. Sağlık göstergeleri üzerinde hastane hizmetlerinin değil, birinci basamak sağlık hizmet sunumunun etkili olduğu bilinmektedir (Eser,2007; Starfield, 2005)

Uzman merkezli hizmetin aksine birinci basamak sağlık hizmet sunumu daha hakkaniyetli sağlık hizmeti sağlamakta (Eser, 2007; Starfield ve ark. 2005) ve sağlık harcamalarını azaltmaktadır (Eser,2007; Starfield, 2003). Uygulamaya konulan aile hekimliği hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin sorunları çözdüğü, sıranın hastanelere geldiği söylenebilir. Oysa aile hekimliği sistemine bakıldığında birinci basamak sağlık hizmeti sunumunun temel özelliklerini tam olarak taşımadığını görmekteyiz. Bu temel özellikler; ilk başvuru yeri olması, sürekli, kapsayıcı hizmet ve koordine hizmet sunmasıdır.

Aile sağlığı merkezlerinin (ASM) ilk başvuru olma özelliğine baktığımızda; bireylerin her sağlık hizmeti almak istediklerinde ASM'lere başvurmadıklarını,

hastaneleri yeğlediklerini görmekteyiz. Sevk zinciri uygulama girişimleri de başarısızlıkla sonuçlanmış, bir türlü uygulamaya geçilememiştir.

Ulaşılabilirlik, aile hekimliği sisteminde coğrafik, ekonomik, sosyokültürel ve örgütsel açıdan karşılanmış gözükmemektedir. Ama kimin için? Sadece aile hekiminin listesinde olanlar için. Hizmete gereksinimi olan ancak listede olmayanlar, ya da liste de olup primini ödeyemeyenler kapsam dışı kalmaktadır.

Birinci basamakta kapsayıcı ve bütüncül sağlık hizmeti sunulmamaktadır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birbirinden ayrılmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri de parçalanmış, bireysel koruyucu hizmetler aile sağlığı merkezlerince, toplumsal koruyucu sağlık hizmetleri de toplum sağlığı merkezleri tarafından verilmeye başlanmıştır. Bu ayırım yapay olduğu için de okul aşları gibi bazı hizmetlerin kimin tarafından verileceği tartışılmaktadır.

Süreklilik, ASM ve hastaneler arasında bilgi, yönetsel ve ilişki sürekliliğinin sağlanarak, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının tüm sağlık sorunlarına müdahil olması ile olasıdır. Ancak, aile hekimliği birimleri ve hastaneler arasında bu bağ kurulamamıştır.

Sağlık kampüsleriyle bu bağ oluşturulabilecek midir?

Sağlık kampüslerinde yasaya göre tıbbi hizmetler idare tarafından sunulacak, diğerleri özel girişimciye bırakılacaktır. Yönetmelikte, tıbbi hizmetler içinde de bir ayrışmaya gidilerek tıbbi destek hizmetleri olarak ayrı bir grup oluşturulmuş olup bu hizmetler özel sektör tarafından verilebilecektir (**Karahanoğulları, 2011**).

Tıbbi destek hizmetlerinin neleri kapsayacağına dair ipuçlarını ön yeterlilik ilanlarında bulmak olasıdır. İlanlarda "görüntüleme, laboratuvar ve diğer tıbbi destek hizmetleri" diyerek, idarenin elinde kalacak çekirdek hizmeti sadece muayene ile sınırlanacağını göstermektedir (**Karahanoğulları, 2011**).

Aile hekimliği sisteminde koordine hizmet sunumu, bilgisayar ağları sayesinde başarıyla

uygulanmakta, hastanın önceki başvurularına, tanılarına ve yapılanlara ulaşılabilir. Ancak, buradaki temel amaç, bilginin gelecekteki hizmette kullanılması değil finansal denetimdir.

Özetle, birinci basamak sağlık hizmeti daha etkindir. Bu gerçeği, hizmetin hekim tarafından sunulup sunulmadığı ve hizmetin gösterişli ve farkedilir olup olmaması değiştirmez (**Eser, 2007**). Sağlık göstergelerine etkili olmadığı gözlenen birinci basamak sağlık hizmeti sunumuyla, bu göstergelere etkili ikinci basamak hizmeti, sağlık kampüsleri eliyle de olsa oluşturulamaz.

Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılında yayınladığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin aile hekimliğine geçilen iller ile aile hekimliğine geçilmeyen illerdeki hastalar tarafından nasıl algılandığı ve aile hekimliği illeri ile diğer iller arasındaki farklılıkların ortaya konmasının amaçlandığı birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti araştırmasında; "Uygulanma süresinin kısalığına rağmen vatandaşlar tarafından aile hekimliğinin belirgin derecede yüksek memnuniyetlere layık görülmesi, hem uygulamanın doğruluğunu hem de vatandaşların sağlık hizmetlerini daha etkin biçimde kullandığını göstermesi bakımından memnuniyet verici bir durum olarak yorumlanmaktadır"sonucuna varılmıştır. Benzer olarak Sağlık kampüslerinden hizmet "alabilen"lerde de memnuniyetin daha yüksek olacağı kuvvetle olasıdır. Çünkü; hasta memnuniyeti "hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığını ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösterir. " (**Carr-Hill, 1992; Akdağ 2010**).

Başka bir mal ya da hizmet sunumunda öznel bir veri olan memnuniyet sonuç olarak ele alınabilirse de sağlık hizmeti gibi alıcıların piyasa hakkında tam bilgi sahibi olmadığı, bilgi asimetrisinin var olduğu gibi durumlarda çıktı olarak ele alınması doğru olmayacaktır. Sağlık hizmeti söz konusu olduğunda kişilerin kendilerine en uygun olan hizmetin ne olduğuna kendi başlarına karar vermeleri olanaksızdır. Google'da "hasta-müşteri memnuniyeti" yazılarak arama yapıldığında 246 000

sonuç çıkmaktadır. Bu da memnuniyet araştırmalarında hastanın, müşteri olarak algılandığını gösterir. Bu nedenlerle, hasta memnuniyeti sağlık hizmeti sunumunu geliştirmede yol gösterici olarak kullanılmalı, ancak sağlık hizmeti sunumunun ana çıktısı olarak ele alınmamalıdır. Oysa, Sağlık Bakanlığı'nın bir yayınında "Hasta memnuniyet araştırmaları, etkin sağlık hizmeti üretim sürecinin hem uyarıcısı, hem de sonucu olarak ele alınmaktadır" denmektedir.

Sağlıkta dönüşümün performans kriterlerinden olan "finansal riskten korunma"nın KÖO modeli ile gerçekleşeceği olanaksız gözükmektedir. Finansal riskten korunmak hangi finansal risklere maruz kalınacağı saptandığı, değerlendirildiği, analiz edildiği ve strateji belirlendiği bir süreçtir. Kamu özel ortaklığı konusunda "olumlu deneyim"lerine dikkat çekilen ülkelerin başında gelen İngiltere'de, sağlık sistemleri, kamu politikası ve kamu-özel ortaklığı konusunda araştırmalar yürüten David Price, KÖO'nun hükümet borçlanmasıyla kamu yatırımı için para kotarmanın en ucuz yolu olduğu, İngiltere'de KÖO'nun para tasarruf ettiği yönündeki asıl iddianın delille desteklenmediği görüşündedir (Price, 2009). KÖO yatırımları açıkça kamunun borcu olmakla birlikte kamu borcu olarak kabul edilmediğini, dolayısıyla kamu bilançosunda yer almadığı için de bir siyasi teşvik olduğunu söylemektedir.

Ülkemizdeki uygulamada, özel sektöre bedelsiz arazi devrinde, projenin inşaat aşamasından itibaren özel sektöre kira ödenmesi söz konusudur. Arazi seçiminde nelerin rol oynadığına Bursa örneği üzerinden bakabiliriz. Bursa Akademik Odalar Birliği, Samanlı'ya "sağlık kampüsü" yapılması uygun değildir" konulu basın açıklaması yapmıştır. Bu açıklamada her oda kendi uzmanlık alanlarına ilişkin gerekçelerini açıklamıştır.

Samanlı- Bursa'da sağlık kompleksi yapılmak istenen arazinin mera alanından çıkartılmış olmasının bu projenin tamamen ranta dönük olduğunun bir göstergesi olduğunu vurgulayan, Bursa Ziraat Mühendisleri Odası, I. Sınıf sulanabilir mutlak tarım arazisi niteliğindeki en verimli arazileri

hızla tarım dışı kullanıma açacak bu projeye karşı çıkmaktadır (www.emo.org.tr). Bursa Peyzaj Mimarları Odası'da imar planlarını değiştirerek doğayı kandırmanın olası olmadığını, kentin toprak ve su muhafazası için önemli bir alanının yok edildiği, sürdürülebilir olmayan alan kullanım biçimlerine karşı olduklarını dile getirmişlerdir (www.emo.org.tr). Bursa Mimarlar Odasında kentin özellikle Batı kesiminde ciddi bir hastane gereksinimi olduğu zirai gerekse jeolojik özellikleri açısından Samanlı'nın hastane yapımına uygun bir yer olmadığını, doğru seçilmiş alanlarda doğru projelerin elde edilmesinin yönteminin proje yarışmaları olduğunu söylemektedir (www.emo.org.tr). Bursa İnşaat Mühendisleri Oda Başkanı 'Sel Felaketleri ve Bursa' konulu bir açıklamada; "Yapılacak olan Samanlı Sağlık Kompleksi'nin, kaçak yapılan Vakıfköy Hurdacılar Sitesi ve Yıldırım Belediyesi'ne ait Mezbaşa DSİ taşkın koruma kapsamı alanları içerisinde bulunduğunu, ciddi taşkın riskleri taşıdığını" belirtmiştir (www.kentgazetesi.com).

Bursa Tabip Odası yaptığı basın açıklamasında; "Böyle bir kampüs gerçekten Bursa'nın gereksinim duyduğu bir yatırım mıdır?, Girişimin bütçesi uygun mudur?, Kampüs için seçilen yer uygun mudur?, Hastane projeleri günümüzün standartlarını karşılamakta mıdır?" sorularının, konunun uzmanları, meslek örgütleri, sivil toplum örgütleri ve Bursa'da yaşayanlar ile ayrıntılı olarak tartışılmadan Samanlı Kampüsü girişiminin, hayata geçirilmemesi gerektiğini bir kez daha kamuoyu ile paylaşmayı bir görev saymaktadır" demektedir(www.emo.org.tr).

Bu açıklamalardan sağlık kampüsü alanı olarak seçilen yerin birinci sınıf tarım arazisi olduğu, imar planının değiştirilerek mera alanından çıkartıldığı ve taşkın alanı olduğu anlaşılmaktadır. Böylesi bir arazide yapılanmanın çok riskli olduğunu konunun uzmanları açıklamışlardır. Bu risklerin finansal risk olarak tanınıp, tanımlanmaması siyasi otoritenin elindedir.

Sağlık Kampüsü arazisinin uygun olmadığı tek bölge Bursa mıdır? Büyük olasılıkla Bursa'da etkin

bir sivil toplum örgütü yapılanmasının olması sorunun yanıtıdır.

Diğer yandan devlet parasını verip müteahhide sahibi olacağı bir bina yaptırmak yerine, özel girişimcinin yapacağı binada kiracı olmayı seçmektedir (**Karahanoğulları, 2011**). Ancak binanın mülkiyetinin kimde olacağı ve yasal olarak kiraya verilmesi konusunda kamu malları üzerinde aynı hak tesis edilemeyeceğinden yönetmeliklerin yasaya aykırı olduğu belirtilmektedir (**Karahanoğulları, 2011**). Ayrıca kiranın, Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermaye işletmelerince ödeneceği belirtilmektedir Kira prosedürünün hukuksal alt yapının sağlam olmaması, finansal risklerin yüksek olmasını doğurmaktadır.

Sağlık kampüslerinin sağlık hizmet etkinliğine etkisi başlığı altında incelenmesi gereken diğer bir konu "var olan sağlık hizmeti sunumuna etkisi" dir. Birinci basamak ve hastaneler arasında bugün var olmayan koordinasyonun, birinci basamak ve sağlık kampüsleriyle oluşturulacağı konusunda veri yoktur. Sağlık kampüsleri, ikinci basamak mı, yoksa üçüncü basamak sağlık hizmeti mi sunacaktır? Yoksa şimdi hastanelerin hizmet sunum şekillerinde olduğu gibi hem 1. basamak, hem 2. ve basamak gibi mi görev yapacaklardır? Diğer hastanelerle aralarında sevk zinciri işletilecek midir? Yoksa hastaneler ve sağlık kampüsleri pazar ekonomisinin gereği rekabet halinde mi olacaklardır? Hastaneler daha doğrusu sağlık işletmeleri, sağlık kampüsleriyle rekabet gücüne nasıl sahip olabileceklerdir? Bu haksız rekabet olmayacak mıdır? Kamu hastane birlikleri yasa tasarısının yaşama geçirilmesi, hastaneleri daha güçsüz kılmayacak mıdır? Böylesi durumda, hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda bakanlıkca belirlenen kriter ve standartlarla, her yıl değerlendirilecek olan hastaneler "işletmeler", değerlendirme sonuçlarına göre kapatılma tehlikesi yaşayacaklardır.

2. Topluma/toplum gereksinimlerine etkisi:

Sağlık kampüslerinin oluşturulması ile yeterli ve uygun yatak sağlanması, uzmanlaşmış ekibin bölgeyi

kuşatıcı hizmeti, tedavide yeni teknolojilerin uygulanması, tedavi hizmetlerinde yeni kavramların (günübirlik cerrahi, gün hastanesi) geliştirilmesi hedeflenmektedir(www.tusak.saglik.gov.tr/). Bu hedefler hastane birlikleri için de söz konusu olmalıdır. Hastane birliklerinin bu konularda gelişmeyeceği kabulü üzerinden sağlık kampüslerinin toplum gereksinimlerine karşılık vereceği kabul edilmektedir. Kaldı ki burada söz konusu olan toplum gereksinimi değil, toplumun talebidir.

Toplumun sağlık gereksinimleri hastaneye başvuranlar üzerinden öngörülemez. Sağlık çok boyutlu bir kavram olduğu için gereksinim saptanırken, sağlığını çevresel ve sosyal boyutuyla ele almak gerekir. Burada söz konusu olan toplumun talebini karşılamak, yani alım gücüyle desteklenen isteği karşılamak kısaca, potansiyel müşteriyi kaçırmamaktır.

3. Hastalara etkisi:

Sağlık kampüsleri ile yatış sürelerinin kısaltılması, hasta transferinin azaltılması, hastane enfeksiyonlarının azaltılması, hasta güvenliğinin ve memnuniyetinin artırılması amaçlanmıştır (tusak.saglik.gov.tr/).

Sağlık kampüslerinin kentlerin dışında, ulaşımı zor alanlarda olması coğrafik erişimi zorlaştıracaktır. Ancak sağlık kampüslerine ekonomik açıdan erişebilenler için kalite ve memnuniyet artacaktır.

4. Sağlık çalışanlarına etkisi:

Sağlık kampüsleri aracılığı ile çalışan güvenliği ve memnuniyetinin artırılması, iş gücü ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve sağlık hizmet performansının geliştirilmesi beklenmektedir (tusak.saglik.gov.tr).

KÖO ile muayene dışındaki hizmetler özel sektöre verileceği için muayene işlemi dışında hizmet sunan tüm sağlık çalışanları taşeron tarafından çalıştırılabilecektir. Price, KÖO'nun kontratlarının satılabildiğini, hizmet sağlayıcılarının değiştiğini,

hatta İngiltere’de kimi kamu yetkililerinin hizmet sağlayıcıların kim olduğunu bilmediklerini, personel değişimlerinin söz konusu olabildiğini belirtmiştir (Price,2009).

Görünen o ki gelecekte taşeron çalışma, güvencesiz istihdam tüm sağlık çalışanlarının çalışma şekli olacaktır. Ankara Tabip Odası, 29 yaşındaki taşeron sağlık işçisinin H1N1 virüsüne bağlı olarak yaşamını yitirmesinden sonra yaptığı açıklamada, “...Uzun süredir Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde/bağlı birimlerde ve Üniversite Hastanelerinde temizlik, yemek ve güvenlik hizmetleri taşeron firmalara gördürülmekte ve istihdam edilen bu gruptaki sağlık çalışanları/arkadaşlarımız hastanelerimizde, yanı başımızda açlık sınırının altında bir ücretlendirmeye zor koşullarda çalışmakta ve bir kısmı yaptıkları iş gereği yüksek enfeksiyon riski taşımaktadır” demektedir (Balcioğlu, 2009). Bu açıklama taşeronlaşmanın getirdiklerinin kısa bir özeti gibidir.

Sağlık kampüsü projeleri için ortaklık doğru bir tanımlama mı?

David Price; ortaklık sözcüğünün tamamen retorik bir araç olduğunu söylemektedir (www.euractiv.com.tr). Karahanoğulları da bu modelin kamu özel ortaklığı değil, eksik imtiyaz olarak tanımlanması gerekliliğini vurgulamaktadır (Karahanoğulları, 2011). Çünkü, KÖO, kamu olanaklarını kullanarak, düşük faizli kredi sağlamak ve piyasa belirsizliklerini ortadan kaldırarak özel sektöre yatırım konusunda imtiyaz sağlamaktır. Ortaklıktan söz etmek için ise, ortak amaçların varlığı, anlaşmalarla güvence altına alınmış, üzerinde uzlaşmış yükümlülüklerin varlığı temeldir (Price, 2009). Sağlık hizmetlerinin sunumunun kamusal bir sorumluluk olarak algılandığı ve sosyal politikaların geçerli olduğu bir durumda özel ve kamunun amaçlarının çakışması olası değildir. Ancak piyasa ekonomisinde, kamu, özel iç içe geçtiğinde kamunun amaçları da bulanıklaşmakta, hastalar müşteri, hastaneler işletme, sağlık hakkı meta haline dönüşmektedir. Bu hali ile KÖO, sağlık hakkına bir müdahaledir.

KAYNAKLAR

Balcioğlu A. (2009) Sağlıkta Taşeronlaşma Ve Ölüm Ya Da Sağlık Çalışanlarının Sağlığını Kim Koruyacak? (<http://www.ato.org.tr/bilgi/basin-aciklamalari/detay/68> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Buse K, Waxman A. (2001). Public-private health partnerships: a strategy for WHO. Bulletin of the World Health Organization. 79 (8): 748-754

Buse K, Walt G. (2000). Global public-private partnerships: part II-what are the health issues for global governance?. Bulletin of the World Health Organization. 78 (5):699-709

Akdağ R. (2010) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Ed: Akdağ R., Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara. 2010

Carr-Hill AR (1992), The measurement of patient satisfaction, Journal of Public Health Medicine 14(3): 236-249.

De Roeck D.(2001). Immunization financing in developing countries and international vaccine market. Asian Development Bank. 13-14.

Dian W. (2005). Vaccine procurement and self-sufficiency in developing countries. Health Policy and Planning. 15(2): 121-129

Eser E. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti. 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 23 Ekim 2007. (<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:3L2X5x5swykj:halksagligi.pamukkale.edu.tr/kongre/> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi. (2011) (<http://www.belgenet.com/arsiv/bm/bmekohak.html> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Emek U. Ek ve Değişiklikleri ile Yap-İşlet-Devret (YİD), Yap-İşlet (Yİ) ve Kamu Hizmeti İmtiyazı Mevzuatı. İktisadi Sektörler Ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Hukuki Tedbirler Ve Kurumsal Düzenlemeler Dairesi Başkanlığı. Yayın No DPT: 2659. Kasım 2002 (<http://ekutup.dpt.gov.tr/yatirim/emeku/yid.pdf> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Gürsoy Ş.T. ve Davas A. (2003). Aşının Ekonomi Politikası. Toplum ve Hekim, 8 (5), 348-354.

Global public-private partnerships (GPPPs, PPPs). (http://www.globalhealthurope.org/index.php?option=com_content&view=article&id=111&catid=35&Itemid=91 Erişim Tarihi: Haziran 2011)

İşıl Canaz Yılmaz. Türkiye’de Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelleri (2011) (http://www.fazliogluhukuk.com/turkiye'de_kamu_ozel_sektor_ortakligi_modelleri.pdf Erişim Tarihi: Haziran 2011)

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi. (http://www.ihd.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=156:insan-haklari-evrensel-beyannames&catid=37 Erişim Tarihi: Haziran 2011)

İmre E. (2001) Yüksek Denetleme Kurulu Türkiye'de Yap-İşlet-Devret Modeli; Yasal Çatısı, Uygulaması. 2001. (http://www.ydk.gov.tr/seminerler/turkiyede_yid_modeli.htm#t2 Erişim Tarihi: Haziran 2011)

İMO'dan sel gerçeği. (2011) (<http://www.kentgazetesi.com/habergoster.aspx?id=7024> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Kamu hizmeti imtiyaz sözleşmeleri. (2011)

(http://www.turkhukuksitesi.com/makale_916.htm Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığının görev ve sorumlulukları. (2011)(<http://www.kamuozel.gov.tr/?Islem=YaziDetay&IcerikID=113> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı. (2011) (<http://www.kamuozel.gov.tr> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Karahanoğulları O. (2011) Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklığı Sempozyumu Konuşmasından 6-7 Mayıs 2011, Bursa

Kay J, Mayer C, Thompson D. (1986) Economic Regulation Through Franchise Contracts. (Çeviri: Güran N). (<http://www.canaktan.org/ekonomi/ozellestirme/kamu-ekonomisi-genisleme/guran-kay-imtiyaz.htm> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Kit Görev Zararları ve Yap-İşlet Devret Modeline Bir Örnek İzmit Su Projesi. (2011) (<http://www.baskentkariyer.net/lang-tr/KTGREVZARARLARIVEYAPLETDEVRETMODELNEBRRNEKZMTSUPROJES.cgi> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Mark, D.H., M.S. Gottlieb, B.B. Zellner, V.K. Chetty, and J.E. Midtling. (1996) Medicare Costs in Urban Areas and the Supply of Primary Care Physicians. *Journal of Family Practice* 43:33-9.

Metin K. Türkiye'de Özelleştirme Uygulamaları. 2011. (<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:gV1cSJXKk2EJ:ekutup.dpt.gov.tr/kit/kilcim/ozel4.html+%C4%B0%C5%9Fletme+Haklar%C4%B1n%C4%B1n+Devri+nedir&cd=10&hl=tr&ct=clnk&gl=tr&client=firefox-a&source=www.google.com.tr> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Mitchell M. An Overview of Public Private Partnerships in Health. (<http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/PPP-final-MDM.pdf> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. 2005.

(<http://www.mevzuatlar.com/sy/resmiGazete/rga/11/02/260211006.htm> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Price D. Kamu-özel sektör ortaklığının faydası net değil. (2009). (<http://www.euractiv.com.tr/6/interview/kamu-zel-sektre-ortaklnn-faydas-net-deil-007038> Erişim Tarihi: Haziran 2011).

Samanlı- Bursa'da sağlık kompleksi. (http://www.emo.org.tr/genel/bizden_detay.php?kod=77522 Erişim Tarihi: Haziran 2011).

Starfield B., Shi L., and Macinko J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*. 83(3): 457-502

Starfield B. (2003) The effectiveness of primary healthcare. In Lakhani M, ed. A celebration of general practice. Oxford: Radcliffe Medical Pres. 19-36. A Celebration of General Practice

TNSA (2008). (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (<http://www.tbmm.gov.tr/anayasa.htm> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982) (<http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Türk Dil Kurumu (<http://tdkterim.gov.tr/bts/> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. (2008). (<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/turkiyeSDP.pdf>)

Öz E. Aşının Bütçesi: 300 milyon TL. (<http://fesraoz.blogspot.com/2009/11/asinin-butcesi-300-milyon-tl.html> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Eser E (2007) Özel Hastaneler Platformu (<http://ozelrastaneler.cubicpen.com/haberler/dernekten/267.html> Erişim Tarihi: Haziran 2011)

Yücel AR. (2005). İdari Sözleşmeler ve İmtiyaz Sözleşmeleri. *Türkiye Mühendislik Haberleri*. 439-440 (5-6); 73-77