

**DOSYA / DERLEME****DÜNYADA SAĞLIKTA KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI:  
KAVRAM VE DEĞİŞİMLER\****David PRICE\*\**

Günaydın. Güneşli bir Akdeniz sabahında burada olmaktan çok mutluyum. Londra'daki tıp fakültesinden geliyorum ve Alice and Pollard'la birlikte 14 yıldır kamu-özel ortaklığı konusunda çalışmalar yapmaktayım. Çok yakında da İskoçya'daki bir çalışmaya başlayacağız. Bugün beş konu hakkında konuşacağım. Bir tanesi kamu-özel ortaklığının İngiltere'deki kapsamı ve boyutuna ilişkin. Daha sonra kapsamını ve kamu-özel ortaklığına yönelik eleştirilerden söz edeceğim. İki temel mesaj vermek istiyorum. Bunlardan bir tanesi bu 3P (PPP) olarak ifade edilen kamu-özel ortaklığının temel amaçlarından biri, kamu kaynaklarına özel sektörün ulaşımını sağlamaktır. İkinci olarak söylemek istediğim de, bu politikanın uygulanmasına gerekçe teşkil edebilecek somut kanıtlar yoktur. Sizin veya bizim hükümetimiz ne derse desin böyle kanıtlar yoktur.

Önce bir kısa tarihçe vermek isterim üç başlık altında. Tarihçesine bakarsak, bu uygulamalar 1992'de başladı ve iki temel gerekçelendirme vardı bu politikaya ilişkin. Birincisi Avrupa Birliği'nin verdiği sınırlar içinde kamu kuruluşlarına zaten yatırım yapabiliydiniz. Kamu-özel ortaklığında kamu bütçesi

üzerindeki hesaplar normalde yapıldığı biçimde yapılmamaktadır ve bütçe kalemlerinin içinde yer almamaktadır. Mesela Portekiz örneğinde olduğu gibi kamu-özel ortaklığı harcamaları bu sistemde bütçe dışına çıkarılarak bütçe açıklarının önüne geçebiliyorlar. İkinci gerekçesi de bu uygulamanın hükümetin özel sektörün bu işi daha iyi yapacağını düşünmesidir.

Hakkında tartışmamıza karşılık kamu-özel ortaklığının çok açık, net ve kesin bir tanımı yoktur. Genel olarak ifade edersek 25-35 yıllık çok uzun süreli anlaşmalardan oluşmaktadır. Bu kuruluşların tasarımı, inşaatı, finansmanı ve işletmesine ilişkin kontratlar yapılmaktadır. Bu dört temel aktiviteyi içinde barındırmayan başka modeller de var tabii. Uzun vadeli kontratta kamu sektörü, özel sektöre bu işlevleri için para ödemektedir.

İşçi Partisi döneminde, 1997'de, bu politikaların uygulanmasına ilişkin bir itici güç oluştu. 2009 yılında 159 hastane bu PFA denilen özel finans girişimleri veya kamu-özel ortaklığı denilen oluşumlar çerçevesinde kuruldu. Bu da o dönemki hastane programlarının yüzde 90'ına karşılık gelmekteydi. Temel uygulama, bir kamu hastanesinin bu kamu-özel ortaklığıyla bir anlaşma yapması üzerinedir. Bu anlaşmayla kamu hastanesi özel sektöre yıllık bir kira, bir bedel ödemektedir. İki bölümden oluşan bir ödeme bu: Bunların bir tanesi bina kirasıdır. Bu

\*Uluslararası Katılımlı Sağlık alanında Kamu Özel Sempozyumu (6-7 Mayıs 2011, Bursa) konferans konuşma metninin deşifre ve redakte edilmiş halidir.

\*\*Centre for Health Sciences, Blizzard Institute, Barts and London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London

“kullanış ödemesi” denilen bir ödemedir ve yüzde 60’ını oluşturmaktadır, bankalara, hissedarlara yapılan ödemeleri kapsar. Diğer yüzde 40’lık kısmı da hizmet ödemesini kapsar. Bir öncesinde borç ödemeleri vardı. Bu hizmet ödemelerinde de temizlikten çamaşıra hastanenin hizmet aldığı ödemeler yer almaktadır. İki ay önce basılan British Medical Journal’ın ilgili sayısında buna ilişkin ayrıntılı bir makale bulabilirsiniz. Makalede bir seri anlaşma ilişkilerini en tepedeki kamu hastanesi ve bu hastane yapısının içinde tüm ticari ilişki yapılarını görebilirsiniz. İlk beş yıl inşaat süresi, ondan sonra yirmi beş yıl da bunun işletilmesine ilişkin bir süreç bu. Burada devletle yapılan tek bir kontrat vardır. Bunun dışındaki kontratlar alt yüklenici, taşeronların kontratlarıdır.

Bu ilişki içerisinde kamu sektörünün bu ilişkilere müdahale etme, karışma hakkı yoktur, bütün ilişkileri kamu-özel kuruluşu yürütmektedir. Kamu sektörüyle temel anlaşmayı yapan bir proje şirketi var fakat taşeron şirketler üzerinden alt anlaşmalar yapılıyor. Örneğin bir kamu okulunda patlayan bir lambanın değiştirilebilmesi için okulun kendisinin yapabileceği bir şey yok. O temel anlaşmayı yapan proje şirketinin taşeronlar üzerinden bir ampülün değiştirilmesini sağlamasını gerektirecek kadar ayrıntılı bir mekanizma var. Böylece kamunun hizmet üzerindeki otoritesi kalkmaktadır.

2005-2006 yılları arasında İngiltere’de 53 tane kamu-özel ortaklığı hastanesi bu 25 yıllık işletme süresine geçmiş oldu ve bu hastanelerin sadece bina değerleri 8 milyar Pound’du. Kamu hastanelerinin bu özel sektöre aktardığı kaynak 2005-2006’da yaklaşık 470 milyon Pound’du. Bunun da 280 milyon Pound’u yüzde 60, yüzde 40 diye ayırdığımız ve bina gideri olan temel giderlere yönelikti. Bu da şu demek: Bu 280 milyon Pound her yıl bankalara ve hissedarlara gidiyor. Bu harcamalar, bu bedel giderek artacak ve toplamda 90 milyar Pound’a ulaşması bekleniyor.

Kamu-özel ortaklığının ne olduğunu biraz anlatmaya çalışıp, buna yönelik eleştirileri şimdi dile getireceğim. Bir tanesi maliyet etkinliği üzerinden

bir eleştiridir. Bu politika bunu yapmaya değer mi? Diğer eleştiri de bunun karşılanabilirliği. Bizim bunu karşılamaya gücümüz var mı, hastanelerin bu bedeli ödeme güçleri var mı? Birinci sorun maliyet etkinliğiyle ilgiliydi. Kamu sektörü, bu binaları yapmak için bu parayı bulmakta ya da kaynak yaratmakta. Sıradan kamusal yatırımlarda hükümet bu parayı ödünç alır ve hükümet özel sektöre kıyasla çok daha ucuza kaynak yaratabilir. Örneğin İskoçya’daki altı kamu okulu için özel sektörün borç para maliyetlerini inceleyebiliriz. Özel sektörün borç aldığına ödediği faiz oranlarına baktığımızda yüzde 7 ile yüzde 14 arasında bir faizle borç alıyor olduğunu görüyoruz. Kamu sektörü ortalama olarak yüzde 6 civarında faiz ödüyor. Buradan bakınca şunu anlayabiliriz: Kamu-özel ortaklığıyla ödünç aldığınız para, daha pahalıya mal olan bir para.

Bir başka sorun da bu politikanın uygulanması sırlarla kaplı bir uygulama ve her şey açıklıkla ifade edilmiyor. Sadece İskoçya’da hangi faiz oranlarının ödendiği ortaya çıkartılabilmiş durumda. Bu tablo İskoçya’da kamu sektörünün özel sektöre kıyasla hangi oranlarla borç para alabildiğini görebiliyoruz. Mesela Edinburg’da özel sektörün bir hastane inşa edebileceği parayla iki hastane inşa edilebilirdi. Süpermarketlerde yapılan reklamlarda hani 2’si 1 fiyatınayken, burada tam tersini görüyoruz.

Birleşik Krallık’ta parlamento için mali polis diye nitelendirebileceğimiz bir kurum var. İki hafta önce kamu-özel ortaklığıyla ilgili bir rapor yayınladı bu kurum. Nisan’daki Sayıştay raporunda faiz oranlarının giderek kötüleştiği ifade ediliyor. Bu da kamu-özel ortaklığıyla yapılan binalarda yüzde 6-7 oranında maliyetin artmasına neden olmaktadır. Her geçen yıl kamu-özel sektör ortaklığı üzerinden özel sektöre ayrılan finansın arttığını görebiliyoruz. Hem temel bina yapımlarında, hem de hizmet kalemlerinde bu durum aynı. Bununla ilgili şu anda açıklamayacağım bir teknik gerekçe var. Fakat en temel sorun İngiltere’de, kamu harcamaları tam da kamu-özel ortaklığına ilişkin harcamaların arttığı dönemde kısıtlanmıştı. Maliyet etkililik böyle bir anlaşma kabul edilmeden önce aslında ispat edilmeliydi.

Farklı ülkeler bunu farklı yaklaşımlarla yapıyor. Birleşik Krallık'ta bunun yapılmasının yolu kamu sektörü karşılaştırması üzerinden yapılıyor. Hangisi daha pahalı? Kamu sektörünün projesi mi, özel sektörün projesi mi? Bunun maliyet etkililik analizlerinin yapılma biçimine yönelik çok ciddi eleştiriler var. Biz de buna ilişkin makaleler yazdık ve bu makalelere internetten ulaşılabilir. Bu maliyet etkililik analizlerinin sonucu kullandığınız yöntemle ilgili olarak değişiyor ve hükümet özel sektörün lehine olan maliyet etkililik analizi yöntemleri tercih etti. Kontratın imzalanmasından önce yapılan analizler ciddiye alınması söz konusu olabilecek analizler değil.

Burada birkaç yeri özetleyeceğim, çünkü tercüme edilmesinin zor olacağını düşünüyorum. Burada vurgulamak istediğim, hükümet kamu-özel ortaklığı için yeterli olduğunu söylemekte. Özel sektör kontratlarında inşaatın bitirilmesi zamanında ve bütçeye uygun oluyor, ama kamu sektörü kontratlarında bunu gözlemleyemiyoruz. Hükümet şunu iddia ediyor: Kamu sektöründeki uygulamalarda yüzde 73 bir gecikme ya da maliyet artışı gerçekleşmekte. Ancak özel sektörün inşaatları zamanında yetiştirdiği belirtilmekte. Biz bu iddiayı inceledik ve gerçek olmadığını gördük; bununla ilgili bir veri yok. Gerçekte yüzde 73 iddiasının nereden geldiğini de açıklayabiliriz. Hükümet buna ilişkin dört ayrı rapor ve kaynaktan bahsediyor. Bu raporların hiçbirisi veri içermemektedir. Yani hükümet gerçekleri ifade etmiyor, ama iddiasını devam ettiriyor. Bu politikayı başka ülkelere de pazarlayan yönetim danışmanları da bu iddiayı sürdürmeye devam ediyorlar ve inanılırlıkları yok. Bunlar kontrat öncesindeki malilik etkililiğiyle ilgili argümanlar, analizler. Peki kontrat imzalandıktan sonra ve plan uygulanmaya başladıktan sonraki maliyet etkililik oranları nedir ve pratikte gerçekte ne olmaktadır? Bunu bilmiyoruz. 50 milyar Pound'luk yatırım 14 yıldır devam ediyor ve hala bir veri yok. Sadece hükümet bir değerlendirme yapabiliirdi. Kurallar var veri toplanmasına ilişkin, ama bugüne kadar hiçbir veri toplanmadı. Fakat kimse kurallara uymuyor. İki hafta önce yayınlanan Sayıştay raporu da açık bir veri olmadığına ilişkin. Böyle bir veri olmadığı için de

kamu-özel ortaklığının daha iyi olduğuna ilişkin bir yoruma ulaşmamıza olanak yok.

Esasında durum bundan da kötü. Özel sektöre risk alması ve daha önce kamu sektörünün yaptığı şeyleri yapması için bir para ödeniyor. Üstelik bu riski almaları için ne kadar ödendiğini bilmiyoruz ve bunu da tahmin etmemiz imkansız. Sıradan bir anlaşma söz konusu olduğunda kamu sektörüyle özel sektör arasında ne kadar parayı ne için ödediğinizi bilirsiniz. Bu politika çerçevesinde onlara bu riski almaları için ne kadar ödendiğini biz bilmiyoruz. 2007 bu tür 622 anlaşma vardı ve 2006'daki Sayıştay raporuna göre sadece üçünde hangi riskler için ne tür ödemeler yapıldığına ilişkin veri vardı.

En temel risk inşaat riski. Kuramsal olarak inşaat riski özel sektörde. Binayı ortaya koymak bir problem. O anlaşma bütünü içinde en büyük risk inşaatla ilişkin. Talep riski, tabii kamu sektörüyle ilgili bu. Bunlar ana riskler. Özel sektörün bu riskleri almak için ne kadar talep ettiğini bilmiyoruz. Bu bilgi İngiltere'de gizli bir bilgi. İskoçya'da bu bilgi açıklandı. İskoçya'da artık bu bilgi ticari açıdan mahremiyetini kaybetmiş durumda ve ticari sırdan çıktı. Biz İskoçya'daki verilerden yola çıkarak özel sektörün yüzde 58 kar elde ettiğini söyleyebiliyoruz. İngiltere'deki bazı hastanelerde 1 milyon pound kovanlar 3 yılda 34 milyon pound gelir alıyorlar. Bu gerçekten çok korkunç büyüklükte bir para. İskoçya'daki bir olgu biliyoruz. Bir yatırımcı 100 pound koyup, anlaşmanın sonunda 84 milyon pound elde ediyor. Burada bir skandaldan bahsediyoruz. Bu doğru bir kamu politikası değil, bu bir finansal skandal ve buna karşı uyanık olmalısınız sizin ülkenizde bu politika tartışıldığında. Bu işten çıkar sağlayacak kişiler tarafından bu politikalar savunuluyor olacak.

İkinci eleştiri noktası da bunun gerçekleştirilebilirliği. Bu analiz sürecinin anahtar kelimesi ilk yüzde 60'lık tesis ve bina oluşumuna ilişkin maliyetler. Bu ödeme hastanenin ödemek zorunda olduğu bir yıllık ödeme. Buradaki problem hastanenin bütçesinin böyle bir ödeme yapmak için düzenlenmemiş olması. O nedenle de bütçesinin

başka kalemlerinden buna yönelik bir kaynak yaratması gerekiyor. Hastane bütçelerinin en büyük kısmı, hastane çalışanlarının maaşlarını ödemeye yönelik olan kısmıdır. Kamu-özel ortaklığında ödemeleri yapabilmek için bütçede kaydırılacak para çalışanlara ödenecek olan paradan olacaktır.

İngiliz Tabipler Birliği baştan beri bu politikaya karşı ve bir araştırmanın da yapılabilmesi onların desteğiyle olabildi. İlk kamu-özel ortaklığı hastane örneğinde özel sektöre bu yıllık ödemeyi yapabilmek için hastane yatak sayısında yüzde 30 bir azaltmaya gidildi. Biz de uygulanmaya başlanan bu teşhisle ilişkisi gruplar, DRT denilen gruplar üzerinden bir ödeme sistemi uygulanıyor. Biliyorum ki sizde de bu sistem yenilerde uygulanmaya başlanıyor.

Hastane verilerini incelediğimizde ve karşılaştığımızda hastanelere verilen para ile hastalıkların gerçek maliyetleri üzerinden hastanedeki maliyetlere bakıldığında karşılanmadığını görüyoruz. O nedenle de bu hastanelerin alacakları gerçekten de ödemesi gerekenin altında kaldı ve bu da hastanelerin borca girmesine yol açtı. Bu borç açığının ortadan kaldırmak için hastaneler, hastane çalışan sayısını azaltma yoluna gittiler. Hastanede bir işletme kurulmasına tröst diyoruz. Bu maliyet baskılarını karşılayabilmek için hastaneler çok tanıdık bazı yollara başvurdular. Uzun süre bakım gerektiren kronik hastalar gibi hastalardan kaçınarak genel otoritelere devrettiler bunu. Kliniklerde çalışanların sayısını azalttılar ve üretkenliği, verimliliği arttırmaya yönelik çabalar içine girdiler. Bu kamu-özel ortaklığı hastanelerinin dörtte üçünde tavsiye edilenden daha yüksek bir yatak işgal oranı oluştu. Daha ayrıntıları var, ama sanıyorum bu açıklıkla ilgili yeterli bilgi vermiş durumdayım. Şimdi sonuç ve yorum cümlelerimi söyleyeceğim.

Bu politika 15 yaşında, fakat başarısına ilişkin iddiaların hiçbir temeli yok, hiçbir somut kanıtı yok. Geleneksel kamu yatırımlarına kıyasla daha pahalı bir politika bu ve hastanelere kamu-özel ortaklığı için ödeme yapmaları için de yeterli para verilmemekte. Kamu-özel ortaklığının sunulması ve başlatılmasıyla

hizmetlerin azaltılması ve onlarda kısıtlamaya gidilmesiyle de doğrudan ilişkili. Bu politikanın burada sunulmasına, uygulanmasına destek veren şirketlerin adlarına bakın. KPMG, Deloitte gibi firmalar. Bu isimleri verebilirim, ama bu isimler tavsiyelerde bulunuyor olabilirler hükümete ve bu tavsiyeler için bile büyük para kazanıyor olabilirler. Yani bu politikaların uygulanmasında onların da bir çıkarı vardır ve mutlaka bunun farkında olmalısınız. Sunumum bu kadar, sorularınız varsa yanıtlamaya hazırım.

SALONDAN- İki soru soracaktım. Hastaneler kurulması için gereksinim nasıl saptanıyordu? Bir gereksinim tartışması vardı.

DAVID PRICE- Bir bölgesel sistem var hangi hastanelere ihtiyaç olduğuna dair. Buna Sağlık Bakanlığı karar veriyor. Ulusal sağlık sistemi içinde uzun bir geçmişi olan ihtiyaç belirlemesi ve değerlendirme sistemi var. Kamu-özel ortaklığıyla ilgili en büyük trajedi, bu ulusal sağlık sisteminin bu bileşenine zarar vermesi ve bir kamu-özel ortaklığı hastanesi inşa edilip finans problemleri yarattığında, bir çözüm de diğer hastaneleri kapatmak oluyor. Bu kapanmalar da bir programa bağlı değil ve keyfi oluyorlar.

SALONDAN- İkinci sorum da şuydu: Bu hastane inşaatı bitti, hizmetlerle ilgili taşeronluğu da anladık, ama bizde mesela sağlık hizmetleri kısmı da bu şirketlere verilebilir diye; yani projeyi alan şirkete sağlık hizmetleri de verilebilir diye bir tartışma var. O var mı?

DAVID PRICE- Hayır, klinik bakım hizmetleri kamu-özel ortaklığı anlaşmasının dışında tutuluyor.

SALONDAN- Peki öbür ülkelerde?

DAVID PRICE- Şu ana kadarki bilgilerim dahilinde, klinik bakımın dahil edildiği anlaşmalara ait bir bilgim yok başka ülkelerde de. Ama anladığım kadarıyla şu anda parlamentoda yürütülen görüşmelerde bunun da içine dahil edilebilme olasılığı gündemde. Makine teçhizatının işleme,

mesela diyaliz yapılacaksa onunla ilgili donanım, malzeme, firma tarafından sağlanıyor. Buna ilişkin hizmetse ulusal sağlık sistemi tarafından sağlanıyor. Bu da hızla değişiyor ve hükümet hızla hekimlerin de ulusal sağlık sistemiyle değil, bu özel şirketlerle anlaşma imzalayacağı istihdam modeline dönüştürmeye çalışıyor.

SALONDAN- Biz geriden geliyoruz, ama onları geçeceğiz sanırım.

DAVID PRICE- Birinci basamak için bu zaten gerçekleşti, onlar ticari şirketlerle bu anlaşmaları yapmaya başladılar, ulusal sağlık sistemiyle değil ve sözleşmeyle zorlandıkları biçimde peçeteleme ve sevk etme uygulamalarını değiştirmeye zorluyorlar.

SALONDAN- Bu özel şirketlerle yapılan anlaşmadan neyi kastediyorsunuz?

DAVID PRICE- Birinci basamakta da kamu-özel ortaklığı var ve bir ayrı model var bunun için. Bu sözleşmelerden bahsederken kamu-özel ortaklığını kastetmemiştim, daha üstteki bir politikadan bahsediyordum. Tüm hekimleri ticari sağlık kuruluşlarının kontrolüne sokmaya çalışan bir yaklaşım var. Bir kamu-özel ortaklığı bunun sadece bir parçası.

SALONDAN- Acaba tıp fakülteleriyle, araştırma hastaneleriyle bir bağı var mı bu kamu-özel ortaklığının?

DAVID PRICE- Eğitim hastaneleri sıklıkla hem büyük, hem en zengin hastanelerdir. O nedenle de en büyük kamu-özel ortaklığı planlarına sahip olabilirler. Kamu-özel ortaklığının en önemli özelliği, yeni iş olanakları çağırıştırmasında. Bir hastanenin içinde kuaförlük hizmetleri de olabilir bu çağırışım veya aynı havaalanlarında sizin arabanızı park etmek için sizden aldıkları para gibi. Edinburg'da tıp fakülteleriyle özel sağlık şirketleri arasında bir ilişki var. Özel sağlık kuruluşları spor yaralanmalarına yoğunlaşmakta ve İskoç rugby futbol takımlarının sorunlarıyla ilgilenmekte. Tıp fakültesinin bu konuyla ilgili mensupları da özel sektörle bu alanda işbirliği yapmakta.

SALONDAN- Acaba bu yıllık ödemeleri yapamayan hastane var mı? Varsa ne oldu?

DAVID PRICE- 1996'da hükümet bir yasa teklifi verdi parlamentoya eğer hastaneler ödeyemezse hükümetin ödeyeceğine garanti eden. Eğer bu garantiyi vermezlerse bankalar bu sistemin içine girmeyecekleri için böyle bir garanti vermek zorundaydılar.

SALONDAN- Son olarak bu kamu-özel ortaklığında özel şirketler tarafından, mesela arşiv, yemekhane bölümü gibi bir sürü kişiler zarar gördüğünde bu zararların hepsini kimden istiyorlar, nasıl istiyorlar?

DAVID PRICE- Tıbbi sorumluluk ulusal sağlık sisteminde. Risk varsa kamuya, kar varsa özele gidiyor. Tıbbi olmayan sorumluluklar artık avukatların ilgi alanına ve başarısına giriyor.

SALONDAN- Ben bu süreçte hükümet dışı kuruluşlar yer alıyor mu? Geçiş sürecinde bir yerlerde varlar mı?

DAVID PRICE- Hayır. Sivil toplum kuruluşları ruh sağlığı dışında ulusal sağlık sisteminin içinde bir role ve işleve sahip değiller.

SALONDAN- Dünyada bu şekilde bildiği deneyimler, uygulamalar var mı?

DAVID PRICE- Bu ilginç bir soru. Kar gütmeyen örgütlerin yapılanmasını aslında hükümet teşvik ediyor. Yani ulusal sağlık sistemi için de hastane işletmeleri de kar amacı gütmeyen kuruluşlar aslında, ama şu an için bunların bu politikanın içinde önemli bir bileşen olduğunu düşünmüyorum.

SALONDAN- Vakıf hastaneleri konusunda durum nedir? Bu sistemle vakıf hastanelerinin ilişkisi nasıl?

DAVID PRICE- O kontratlarla ilgili şekli hatırlayalım. İki yasal yapının olması gerekiyor bir kontratın olması için. Bu da vakıf hastanelerine verilen bir güç aslında ve tüzel bir kişilik sayılıyor. Bu



yapılmasaydı kamu-özel ortaklığı daha ileri bir adım atamazdı. Bu kar amacı gütmeyen tür bir durum, ama tartışabiliriz.

SALONDAN- İlgili ülkeler bu kamu-özel ortaklığına dönüşüm sürecini nasıl yaşadı? Yani sadece hükümetlerin teknik bir programı gibi mi yaşadı? Yani o toplumsal süreçte bu program nasıl algılanmış, nasıl tartışılmış?

DAVID PRICE- Sizin 30 bin kişilik bir yürüyüşünüz oldu. Bizde de gösteriler, yürüyüşler olmuştur hastane kapanmalarına ilişkin ve gazetelerde hiç yer almadı. Bunun neden olduğunu hiç anlamadım. Çok ciddi bir politik çekiciliği var kamu-özel ortaklığının ve kendi görev süreleri içinde politikacılar yepyeni bir bina sağlamış oluyorlar ve bu iyi bir şey onlar için. Toplum da yeni bir binaya, ihtiyaç olan bir yerdeki yeni bir binaya olumlu bakıyor. Ama bir yandan da daha önceden beri daha çok sevdikleri eski binalardaki hizmetin de sonlanmasına karşı çıkıyorlar. İngiltere’de bu kamu-özel ortaklığının paradoksu ulusal sağlık sistemi içindeki en büyük hastane binaları programı. Ama sonuçta İngiliz sağlık sistemi tarihinde en büyük hastane kapanması programına dönüştü. Galiba beş kamu-özel ortaklığı hastanemiz var.

SALONDAN- Daha fazla.

DAVID PRICE- Onların açık kalabilmesi için nelerin kapanacağını izlemeniz lazım.

SALONDAN- Benim iki sorum olacak. Birincisi Sağlık Bakanlığımızın bize yayınladığı ihale genelgesinde 49 yıldan bahsediyor. Burada da bir 25 yıl kamu-özel ortaklığıyla ilgili sözleşme. Bunun bir özel anlamı var mı? Yani 25 olması, Türkiye’de de özellikle 49 yıllık olmasının. İkincisi de, İngiltere’de tıbbi hizmet dışındaki alanda çalışanların özlük haklarının düzenlenmesi konusunda ... özel kurumlar, özel şirketler. Bu konuda çalışmaların maliyeti azaltmak adına onların üzerinde kurduğu sosyal haklarında bir azalmaya gittikleri zaman bu konuda bir örgütlenme çabaları var mı? Bugüne kadar bu yaşandı mı?

DAVID PRICE- Sendikalar var bu tür elemeye çalışan insanları desteklemek için. Ancak emeğiyle çalışan insanların koşullarının giderek kötüleştiği bir gerçek. Bu insanlar özel şirketler tarafından istihdam ediliyorlar artık, hastaneler tarafından değil. Ameliyathaneye hastayı getiren personel artık ulusal sağlık sisteminin bir parçası değil, özel şirketin sözleşmeli çalışanı ve bu çok ciddi bir fark oluşturmakta.

SALONDAN- Amerika değil, Kanada değil, Almanya değil, Fransa değil, neden İngiltere? Neden bütün bu modeller İngiltere’den doğuyor?

DAVID PRICE- Aslında öncü role Amerika Birleşik Devletleri sahiptir; su ve elektrik sektörü üzerinden bunu yapmaya girişmişti.

SALONDAN- Sağlık alanında zaten Amerika’nın ihtiyacı yok, orada her şey özel.

DAVID PRICE- Reagan’ı biliyorsunuz. Amerika Birleşik Devletlerinde bu yerel yönetim, yerel konseyler olmadığı kadar kamunun elinde. Bir yandan özelleştirmeler sürerken, bir yandan yeniden kamulaştırmalar da olmakta. Bir kadın yazar var, onun yazdığı makaleler özelleştirmenin o kadar ciddi açıkları olduğunu gösteriyor ki, bunlar yeniden kamulaştırma için gerekçe teşkil etmekte.

SALONDAN- Ben iki şeyi merak ediyorum. Birincisi bu sürecin sağlıkla ilgili sonuçlarını izlemeye yönelik bir modelleri, sistemleri, önerileri var mı?

DAVID PRICE- Hayır, şöyle bir iddia var: Hastaneler rekabet ederse sonuçlar daha iyi olur. Özellikle kardiak cerrahi alanında böyle hani aslında hiç kimsenin böyle bir veriye sahip olmadığını da söylemekle birlikte. 2010’da tamamlanan bir araştırmalarına ve onları refere ederek söylüyorum, rekabet yaşamı kurtarır. Ama ne yazık ki aynı araştırma ekibi 4 yıl önce başka bir hükümet döneminde “rekabet yaşamlara mal oluyor” da diyebilirdi. Bu tür karmaşık politikaların sonuçlarını klinik çıktı olarak değerlendirmek gerçekten çok zor.

SALONDAN- Bir sorum da bu ortamın moral değerler ve etik ile ilgili sonuçlarıyla ilgili bir şeyler söylenmesi.

DAVID PRICE- 1948'de ulusal sağlık sistemini başlattığımızda vergilerden finansa edilen, erişilebilir, herkesi kapsayan bir sağlık sistemimiz vardı. Bu sağlık sistemi birçok ülke tarafından da örnek alındı. Ulusal sağlık sisteminin tahrip edilmesine ya da yıpratılmasına yönelik çok sayıda girişimlerle karşılaştık. Özellikle herkes için erişilebilir, ücretsiz bir sağlık sistemi noktasında karşı çıkışlar ve saldırılar oldu. Dünya Bankası ve OECD'nin baskılarıyla karma bir finansmana, özel sigortaların da içinde bulunduğu bir finansmana baskıları oldu. Klinik hizmet sağlayıcıların da kamu kapsamında değil, özel sektör temsilcileri olmaları yönünde baskılar oldu. Bunlar uluslararası politik yaklaşımlardı. Fakat bu yaklaşım ulusal sağlık sisteminin temelini oluşturan, entegre, planlanmış ve risklerin bir havuzda toplanmış olan bir yaklaşıma karşı bir saldırıydı. Sistem kamu finansmanı ve kamu hizmet sunumuna dayanmaktaydı. Herkes için erişilebilir sağlık hakkı meselesine karşı bir saldırıdır kamu-özel ortaklığı. Size söylenen, bize söylenen, herkesin erişebileceği bir sağlık hakkının gerçekçi değildir. İkinci Dünya Savaşı sonrasında ülke iflas ettiğinde biz ulusal sağlık sistemini gündeme getirmiştik. Norveç, Danimarka gibi birçok ülke bizden çok daha yoksul ülkeler de ulusal sağlık sistemini gündeme getirmişlerdi. Bu herkes için sağlık hakkının karşılanabilir bir şey olmadığını söylemek doğru değil. Dünya Sağlık Örgütü'nü destekleyen, herkes için erişilebilir sağlık hakkı olmalı diyen, mümkünse vergilerden finansa edilen ve mümkünse kamu tarafından sunulan halk sağlığı çalışanları için tek garanti altındaki yoldur. Maliyet etkili bir biçimde herkes için sağlık hedefine ulaşılacak en güvenli yol budur.

SALONDAN- Kamu-özel ortaklığı kurulan hastanelerin birleşimi nasıl oluyor? Yani sivil toplum kuruluşlarından bir katılım var mı? Yoksa bu ana sözleşmeyi yapan şirketin yönetim kurulunun üyelerinden mi oluşuyor?

DAVID PRICE- Şu dışardaki turuncu konteynırı görüyor musunuz? O bir kamu özel ortaklığı şirketi de olabilir. Orada bir kişi oturur. Sayıştay bu kamu-

özel ortaklığı şirketleriyle ilgili bir rapor hazırladı. Bunun arkasında çok büyük bir organizasyon yok.

SALONDAN- Bu sistemle sağlık sorunlarının yenilerinin ortaya çıkıp çıkmadığını merak ettim ben. Onun yanıtını verdi, ama hasta memnuniyeti ne oldu? Gördüğümüz kadarıyla yeni sistemde hasta memnuniyetinin daha artmış olabileceğini tahmin ediyorum, ama bu gelecekte uzun vadeli kötüye doğru gidiş olabilir. Ama geçici olarak böyle bir tahminim var, bu doğru mu?

DAVID PRICE- Bilmiyorum. Bu yeni bir kalite ölçümü ve bilmiyorum. Bu Amerika'dan gelen bir kavram, yeni yeni yükselen bir kavram olduğunu biliyorum, ama Birleşik Krallık'ta buna ilişkin verilere sahip değilim. Bir kalite ölçüm aracı olduğunu biliyorum, ama veriye sahip değilim.

SALONDAN- Ben şunu öğrenmek istiyorum: Kendisi bir akademisyen, bir üniversitede çalışıyor ve tıp fakültesinde çalışıyor. Hekim mi? Onu kaçırdım, ama halk sağlıkçı olduğunu biliyorum. Bütün bu özellikleriyle akademiye nasıl değerlendiriyor? Akademi bütün bu kocaman girişimin tamamında ya da bir ayağı olan bu girişime nasıl bakıyor? Türkiye'de az çok bilgi sahibiyiz, ama kendisini nasıl hissediyor mesela üniversitesinde?

DAVID PRICE- 14-15 yıldır üç ayrı üniversitede çalıştım. İlki Londra'daki bir okuldu. Biz orada çalışırken hükümet bizim çalışmalarımızdan çok memnun kalmadı ve muhtemelen rektöre "bunları çıkartın" dedi. Rektör "hayır" dedi ve Edinburg'a geçtik. İskoç hükümeti de yaptıklarımızı beğenmedi ve yine üniversiteden uzaklaştırılmamız istendi. Bu tehlikeli çalışmalara devam edersek arkamızda duramayacaklarını söylediler. Parlamentoda profesyonel olmamakla ve taraf olmakla suçlandık. Daha önce hiçbir bireysel araştırmacı bu şekilde adlandırılmamıştı. Dünya Ticaret Örgütü'nün web sayfasında güvenilmez ve ideolojik olmakla suçlandık. Hükümetteki pek çok bakan da "solcular" olarak adlandırdı bizi. Bu çalışmalar için hükümetten herhangi bir ödül yok ve gerçekten epeyce de bir

profesyonel risk alıyoruz. Şimdi Edinburg'dan da Londra'ya geri geldik. Çok destek aldık meslektaşlarımızdan. Hükümete zorluk yarattık, çünkü yaptığımız iş iyiydi ve bilimsel çerçevedeydi. Eğer öyle olmasaydı uyarı almazdık ve olur da herhangi bir hata yaparsak bunu da bize karşı kullanmak için hazırda bekliyorlar.

**SALONDAN-** Bizde sağlıkta dönüşüm programında kamusal hizmetin bazı özelliklerini çok kullandılar ve bu dönüşüm süresi içinde de bundan dolayı vatandaş memnuniyetinde artış oldu. İngiltere bunu nasıl yaşadı? İkincisi, biz kendimiz söylerken yaklaşık 4-5 kat artan bir sağlık harcamasından bahsediyoruz. Bu kamu-özel ortaklığı süreci ve sağlıkta dönüşüm programı İngiltere'de sağlık harcamalarına nasıl yansdı? Bu toplam harcama içerisinde vatandaşların, kullanıcıların sağlık için ayırdıkları parada bir artış oldu mu?

**DAVID PRICE-** İki ilginç soru geldi. İngiltere'de geçmişte de, şimdi de karşılanmamış gereksinimler

vardı sağlıkta. Bir Julian Tudorherath isimli bir hekimin çok refere edilen bir ifadesi var: Yararlanmada terslik kanunu ve sağlıkla ilgili kaynakların en az gereksinimi olan yerlere yoğunlaştığını ifade eder. Bir başka deyimle zengin bölgeler de diyebiliriz. Buna rağmen ulusal sağlık sisteminin hizmet kalitesinin çok iyi olduğunu söylemeliyiz. Ana problem bazı hizmetlerin 300-400 yıllık binalarda sürdürüldüğünü de ifade etmemiz lazım.

Uçakta gelirken Türkiye hakkında okuyordum, hükümetin son 5-6 yılda sağlık harcamalarını iki katı arttırdığını gördüm. İngiltere'de hükümet de benzerini yapmıştı aynı zaman diliminde; OECD ortalamalarına getirmek üzere gayrisafi yurtiçi hasıladan ya da ülkedeki zenginlikten sağlığa ayrılan para arttırıldı. Bu artış kamu-özel ortaklığının gündeme getirilmesiyle de eş zamanlı oldu ve onu finanse etmiş oldu. Ama şu anda ulusal sağlık sistemi son 5 yılda yüzde 20 azattı harcamaları. Şu anda kamu-özel ortaklığı çok utandırıcı durumda.