

Entegre Sağlık Kampüsleri veya nam-ı diğer Şehir Hastaneleri

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulu'nda, orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı (1992). 1992-1994 yıllarında Sakarya'da Geyve Devlet Hastanesi'nde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalına Yardımcı Doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli idari görevlerde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevinde bulundu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Dr. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Kamu özel ortaklığı (public private partnership- PPP) ile Bakanlığın "şehir hastaneleri" diye adlandırdığı büyük kampüs hastaneleri konusu iç içe geçmiş durumdadır. Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı değiştirilerek uygulamaya konan Kamu Hastane Birlikleri ise bu yapıların yönetim biçimini oluşturmaktadır. Bu hastanelerin yerleşim yerlerinde etkili olan Sağlık Bölgelerinin planlaması da konuyla çok yakından ilişkili bir husustur. Kısacası birbirinden bağımsız gibi görünen bu dört konuyu bir arada değerlendirdiğimizde "Şehir Hastaneleri" modelini daha iyi anlamamız mümkün olacaktır. Bütünün parçalarını ayrı ayrı ele alarak anlamaya çalışmanın konunun bütününü kavramamıza yardımcı olacağını düşünüyorum.

Sağlık Bölge Planlamaları

Bilindiği gibi Dr. Behçet Uz, ilk Sağlık Bakanlığı döneminde (1946-1948) Behçet Uz Planı olarak bilinen Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planını hazırlamış, ancak hazırladığı planı kanunlaştırmadan bakanlıktan ayrılmıştır. İkinci kez Sağlık Bakanlığı yaptığı dönemde (1954-1955) Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planı'nın devamı niteliğinde Millî Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütleri hazırlamıştır. Bu program kanuni temele oturtularak tümüyle uygulama imkânı bu-

lamamış olsa da, içerdiği düşüncelerden büyük kısmı ülkemizin sağlık yapılanmasını derinden etkilemiştir. Millî Sağlık Planında ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılıyor, her bölgeye bir tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması düşünülüyordu. Millî Sağlık Programında ise 16 Sağlık Bölgesi yapılanması öngörülmüştü. Her bölgeye beş yüz yataklı tam teşekküllü bir hastane, iki yüz yataklı kadın-doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi ve akıl ve ruh hastalıkları hastaneleri gibi sağlık kurumlarının açılması planlanıyordu (1). Kısacası o günün şartlarında planlanan sağlık bölgelerinde büyük ölçekli Bölge Hastanelerinin açılması hedefleniyordu.

1961 yılında çıkarılan ve uzun yıllar sağlık sistemimize yön vermiş olan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un sağlık teşkilatının kuruluş ve vazifelerini belirten 9. Maddesi de, sağlık teşkilatı içinde Bölge Hastanelerine yer vermiştir (2). 2003 yılından sonra Sağlıkta Dönüşüm Programını uygulayan Sağlık Bakanlığı, Türkiye genelinde 29 Sağlık Hizmet Bölgesi tanımlanmış ve bu bölgelerde Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel sektöre ait bütün sağlık yatırımları detaylı bir şekilde gözden geçirilerek planlama yapılmıştır. Bakanlığın kaynaklarında bu planlamayla, hastaların kendi buldukları Sağlık Hizmet Bölgeleri içerisinde

gerek duydukları tüm sağlık hizmetlerini, uygun fiziksel ortamlarda ve son teknoloji ile almalarının amaçlandığı, hasta ve çalışan memnuniyetinin üst seviyelere taşınması hedeflendiği belirtilmektedir (3).

Planlama kapsamının en önemli unsuru olan hastanelerin rollerinin neler olması gerektiği, hastanelerin rollerine göre Sağlık Hizmet Bölgeleri içerisinde nasıl dağılım gösterecekleri ciddi bir çalışma ve politik kararlılık gerektirmektedir. Mevcut Sayın Bakanımız da, Sağlık Bakanlığının sağlık hizmet sunumu ve sağlık planlaması bakımından, Türkiye'yi 29 Sağlık Bölgesine ayırdığı ve bu bölgeler içinde bölge sağlık merkezi konumunu üstlenecek kapasitedeki "Bölge Merkezi İller" oluşturulacağını çeşitli açıklamalarında dile getirmiştir (4).

Söz konusu Şehir Hastaneleri eğer bu planlamaya uygun şekilde belirlenen merkezlere yapılırsa ve bölge içinde ihtiyaç duyulan tüm sağlık hizmetlerini kapsayacak bir yapılanma tasarlanırsa tutarlı bir politika izlendiğini kabul edebiliriz. Bu durumda "şehir hastaneleri" adlandırmasının doğru olmadığı, kastedilenin gerçekte "bölge hastaneleri" olduğu anlaşılır. Çok sayıda hastane ünitesinin birbirine entegre bir yapıyla bağlandığı, hastaların nihai



yer olarak başvurduğu ve sorunlarının büyük oranda çözülmesini hedefleyecek şekilde gelişmiş ve kapsamlı alt yapıyla donatılmış, sosyal ve ticari alanlarla desteklenmiş yapıları belki şehir hastanesi yerine “hastane şehri” olarak adlandırmak daha doğru olurdu.

Kamu Özel İş Birliği

Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Planında sağlık yatırımlarının yenilendiği ve modernize edildiği, bu meyanda şehir hastanelerinin yapımına başlandığı ifade edilmektedir. Ayrıca Hedef 2.9'u gerçekleştirmek üzere belirlenen hedefe yönelik stratejiler arasında Kamu-Özel Ortaklığı modeli ile insan ve çevre dostu sağlık kampüslerinin tamamlanacağı sayılmaktadır (5). Sağlık Bakanlığının desteğinde Kamu ve Özel Ortaklığı Derneği tarafından 2013 yılında Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı, Yeni Vizyon ve Şehir Hastaneleri başlıklı bir kongre düzenlendi. Bu kongrenin bir finans modeli olarak kamu özel ortaklığı (PPP - Public Private Partnership) projelerinin daha iyi anlaşılabilmesi ve uygulanabilmesini amaçladığı belirtiliyordu (6,7).

Sağlıkta kamu özel ortaklığı konusu 2005 yılında çıkarılan 5396 Sayılı Kanunla 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen Ek 7. Madde

ile hukukilik kazanmıştır (8,9). Buna göre Sağlık Bakanlığının, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı sağlık tesisi yaptırmasına fırsat verilmiştir. Bu şekilde yapılacak kiralama işlemlerine ait kira bedellerinin Sağlık Bakanlığına bağlı Döner Sermaye İşletmelerince ödenmesi öngörülmüştür. Ayrıca Sağlık Bakanlığının tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet alanlarının işletilmesi karşılığında gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine mevcut sağlık tesislerinin yeniletilmesinin önü açılmıştır (9). 2012 yılında çıkarılan 6288 Sayılı Kanunla, bu kapsamda yapılan mal teslimleri ve hizmet ifaları katma değer vergisinden istisna tutulmuştur (10). 2014 yılı başında çıkarılan 6527 sayılı Kanunla, 6428 sayılı kanunun 4. Maddesinde değişiklik yapılmış ve sözleşme eklerinde taraflarca değişiklik yapılması esnekliği getirilmiştir (11, 12).

Sürecin başlamasından 8 yıl sonra, 21.2.2013 tarih ve 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunla, sağlıkta kamu özel ortaklığını başlatan 3359 sayılı Kanunun Ek 7. Maddesi yürürlükten

Alt yöneticilerin bizzat kendi amirleri değil de Kurum Başkanı tarafından merkezi olarak atanmasının yerinden yönetimi tamamen riske edip, uyumlu olması zor ekiplerin oluşmasına yol açtığını düşünüyorum. Merkezi atamalarla siyaseten daha sorunsuz ama “takım olmayan” ekiplerin ortaya çıkması kaçınılmaz oluyor. Netice itibarıyla unvanlar ve kurum isimleri değişik olsa da, eski Devlet Hastaneleri yönetim düzenine dönmüş olduk.

kaldırılmış ve süreçte yaşanan sıkıntıları aşabilmeyi amaçlayan, birçok detayı da içerecek şekilde, yeniden düzenleme yapılmıştır (11). Bu kanunla mevcut sağlık tesislerinin yenilenmesi işlerini, tesislerdeki belli hizmetlerin sunulması ve/veya ticari hizmet alanlarının işletilmesi ve/veya bedelinin ödenmesi karşılığında yaptırılması (6428/Madde 2), sözleşmelerin mahiyeti, süresi, projelendirme, finansman sağlama, yapım, bakım ve onarım, yükleniciye bırakılan hizmetlerin yerine getirilmesi ve ticari alanların işletilmesi ve sözleşme süresi sonunda tesisin devri dâhil birçok husus konu edinmiştir (6428/Madde 4). Bedel ve sözleşme süresinin tespitinde etkili faktörler (6428/Madde 5), borçlanmaya hazine garantisi verilmesi (6428/Madde 12) gibi hususlar bu kanunda yer almıştır.

Bu kanunun çıkmasını takiben Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği 9 Mayıs 2014 te yayımlandı. Hemen ardından 12 Mayıs 2014 günü Yönetmelikte kullanım bedelinin hesaplanması hususunda değişiklik yapıldı. Netice itibarıyla kamuoyunda hakkında çokça söz edilmesine, birçok bölgedeki şehir hastanelerinin ihalelerinin yapılmış olmasına rağmen, mevzuat çalışmalarının 2005 yılından başlayıp 2014 yılına kadar sürdüğü görülmektedir. Aslında burada şaşılacak bir durum olduğunu sanmıyorum. Zira sağlık alanında ülkemizde ilk kez uygulanmaya çalışılan ve sorunlarla yüz yüze geldikçe alt yapısı oluşturulan bir durumla karşı karşıyayız. Ne var ki, bu süreçte birçok belirsizliklerin olması da aynı nedenden kaynaklanıyor. Süreç yönetilmeye çalışıldığı bir yandan mevzuat detaylandırılıyor, bir yandan da yaşanan sorunların üstesinden gelmeyi amaçlayan değişiklikler yapılıyor.

Burada dikkat edilmesi gereken husus, yukarıdaki mevzuatla oluşturulmaya çalışılan sağlıkta kamu özel işbirliği modelinin gerçekte nasıl bir model olduğudur. Bu sorunun cevabının bu ihalelerdeki yükleniciler ve sözleşmelere taraf olan Bakanlık yetkilileri tarafından çok iyi kavranması gerektiğini düşünüyorum. Uygulamada yap-kirala şeklinde bir modele dönerse sürdürülebilirlik tehdit altında kalır. Bu modelde yapıların ve üstlenilen teknik donanımın kalitesinin korunarak servis hizmetinin yüklenici tarafından nasıl garanti altına alınacağı tartışma konusudur. Hastane kapsamında teknik donanım; iklimlendirme, su ve enerji donanımlarından tıbbi gaz ve diğer diğer donanımlara, dijital network ve yazılımlara hatta tam otomasyona kadar varan bir dizi can damarlarını oluşturmaktadır. Hastanede sürdürülebilirlik açısından esas olan görünür fiziki yapılar değil, denetim ve kontrolü karmaşık olan,

uzmanlık isteyen, hizmetleri kesintisiz sürdürülmesi gereken bu yapılardır. Bunların garanti altına alınması tartışma konusu bile edilemez. Eğer bu sorumluluk rekabet oluşturmaksızın yükleniciye verilirse garanti nasıl sağlanacaktır? Eğer rekabet şartlarında farklı sorumlular oluşturulacaksa yüklenicinin yıllar süren hesap verebilirliği nasıl korunacaktır?

Sağlık Bakanlığı eski Müsteşarı Sayın Nihat Tosun, SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisinde yer alan röportajında şöyle söylüyor: *"Bu model, ilk defa Türkiye'nin bulduğu bir model değil. Belki 20 yıldan uzun süredir dünyada denenilen, uygulanan, dezavantajlı kısımlarının bilindiği, bunların azaltılmaya çalışıldığı bir model. Bu Avrupa'da en fazla İtalya, İspanya ve İngiltere'de mevcut. Ancak bütün Avrupa Birliği ülkelerinde yaygın olarak kullanılmaya başlandı, gittikçe de yaygınlaşıyor. Dünyada da en fazla Kanada ve Avustralya olmak üzere diğer bazı ülkelerde de uygulanan bir model. Bu modelin çok önemli bir avantajı Avrupa Birliği'nin Maastricht kriterlerine göre, bu modelle yapılan yatırımların borcunun ülkenin borç stokunda gözükmemesi. Dolayısıyla ülkelerin borçluluk oranları düşüyor, bu da ekonomiyeye pozitif bir etki sağlıyor. Bu model Avrupa Birliği'nin de, ekonomi çevrelerinin de teşvik etmiş olduğu bir model. Bu yatırımcının finansmanı sadece kendisinin sağlaması değil, %20 öz kaynak kullanması, kalan %80'ini de başka fonlardan kredi sağlayarak yaptığı bir model. . . Bir diğer avantaj, sadece Türkiye'de değil, diğer ülkelerde de klasik yöntemle yapılan işlerde yatırımcı inşaatını yapıyor, sonra buradan ayrılırken yatırımı teslim ediyor. Sonraki süreçte kamu bu yatırımın idamesi için, bakım, onarım da dâhil olmak üzere sorumluluğu üzerine alıyor. Bu modelde ise yatırımcı kendi yaptığı inşaatın yani yatırımının teknik ve hizmet anlamındaki idamesini, yatırım boyunca, 15 yıla 15 yıl, 25 yıla 25 yıl yatırım boyunca tamamen kendisi sağlıyor. Özel sektörün esnekliği burada da devreye giriyor. Bu bir anlamda da paranız olmadan işlemlerin gerçekleştirilmesi ve bunun uzun zamana yayılarak geri ödenmesi anlamı da taşıyor"* (13).

Burada yatırıma odaklanıldığını, hastanenin kamu güvencesi altında özel dinamiklerle yönetilmesi gibi bir anlayışın ve yasal alt yapının oluşmadığını anlıyoruz. Ülkemizde kamunun başarısızlığı hastane inşasında mı, yoksa hastanenin işletilmesinde mi? Belki on, on beş yıl öncesine gidersek hastane inşasında da başarısızlıktan söz edebiliriz. Zira 2004 yılında elde edilen verilere göre Sağlık Bakanlığı hastanelerinin inşasının ortalama 7 yıl sürdüğünü hatırlıyorum. İnşa edilen hastanelerin mimarisinin ne tür bir hizmet anlayışına uygun olduğu, ayrı

bir eleştiri konusu. Son dönemde inşa edilen hastane örneklerine bakıldığında, hem inşa süresi hem de hastane yapı kalitesi açısından yetersizlikler olmakla birlikte büyük ilerlemeler kaydedildiği görülmektedir. Hastane işletmeciliğinde Bakanlığın eskisine göre başarılı olduğunu da söylemek mümkün. Ancak bu başarı, geçmiş duruma dayalı olarak izafi olmasının yanında, çok yoğun merkezi kontrolle sağlanmaktadır. Klasik yönetim modelimizle bunun yürütülemeyeceği görüldüğünden model arayışlarına gidilmiş ve sürdürülebilir başarılı işletmeler oluşturabilme çabaları olagelmıştır. Konumuz olan kamu özel işbirliği, bir iş birliğinden çok hastane inşa etme modeline benziyor. Belki bundan da öte önemli bir özelliği, 25 yıla varan uzun bir süre binaların ve teknolojik donanımının bakım ve onarımını garanti altına almasıdır. İşletme açısından özel sektörün rolü belirsiz, hatta öyle bir rolün olmadığı anlaşılıyor. Kısacası sağlıkta kamu özel işbirliğinin, bir ortak işletme değil, sağlık tesisi inşası, bu yapıların güncelliğini koruyarak tanımlanan çerçevede sürdürülebilirliğinin temini ve bu süreye yayılarak bedelinin ödenmesine dayalı bir model olduğu anlaşılıyor. Yani kamu özel iş birliği, şehir hastaneleri ile doğrudan bağlantılı bir model değil; eş zamanlı olması ve böyle bir finans modelinin aynı anda çok sayıda hastane inşasına fırsat vermesi gibi nedenlerle birlikte anılmakta olduğunu sanıyorum.

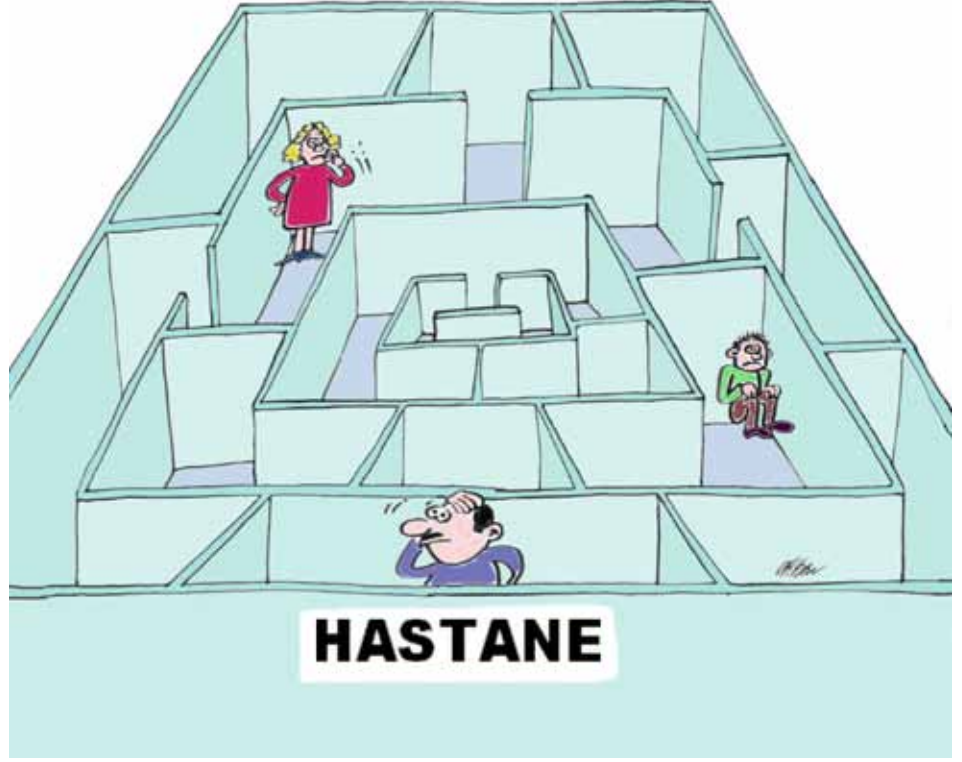
Kamu Hastane Birlikleri

Bakanlık teşkilat yapısını yeniden düzenleyen 11.10.2011 Tarih ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamesinin 29. Maddesi, Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi ile bu hastanelerde her türlü sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun kuruluşunu tarif etmektedir (14). Bu hükümlerle Devlet hastaneleri doğrudan Bakanlık tarafından yönetilen kurumlar olmaktan çok, bağlı kuruluş marifetiyle yönetilmeye çalışılmıştır. Böylece kısmi bir özerklik amaçlanmıştır. 30. Madde bu Kuruma bağlı Kamu Hastaneleri Birliklerinin kuruluşunu anlatmaktadır. Burada bir ilde Birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılmayacağı uyarısıyla karşılaşırız. Yani kamuya ait bütün sağlık kurumlarının yerel bir çatı altında toplanması öngörülmektedir. Aynı madde, Birlik teşkilatının, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluştuğu ve Birliğe bağlı hastanelerin hastane yöneticisi tarafından yönetileceğini hükme bağlamıştır. Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır, ifadesiyle de profesyonel, sorumlu,

hesap verebilir bir "hastane grubu" yöneticiliği oluşturmayı amaçlamıştır.

Kararnamenin 32. Maddenin 3. Fıkra-sında yöneticilerin atama, denetim ve hesap verme usulleri tanımlanmıştır. Burada 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede aslında, uyumlu bir ekip oluşturmak amacıyla her yöneticinin bir üstünün teklifiyle atanması öngörülmüş-ken, 2.1.2014 tarihli 6514 sayılı Kanunun 3. Maddesiyle değişiklik yapılarak Genel Sekreterler ile Hastane Yöneticilerin atamalarının doğrudan Bakan tarafından, hastanedeki alt yöneticilerin atamasının ise Kurum Başkanı tarafından yapılması öngörülmüştür (15). Bu değişiklikle bütün hastanelerin yönetimi doğrudan Bakana bağlanarak fiilen Kamu Hastane Birliklerinin özerk yapılar olması ve kendi kendilerini yönetebilmesi amaçlarından uzaklaşmış oldu. Hele alt yöneticilerin ise bizzat kendi amirleri değil de, Kurum Başkanı tarafından merkezi olarak atanmasının yerinden yönetimi tamamen riske edip, uyumlu olması zor ekiplerin oluşmasına yol açtığını düşünüyorum. Merkezi atamalarla siyaseten daha sorunsuz ama "takım olmayan" ekiplerin ortaya çıkması kaçınılmaz oluyor. Açıkçası bu değişiklikten önce özerklik, profesyonel hesap verebilen yöneticilik, performansla göre yönetici değerlendirilmesi ve yönetim hiyerarşilerinin iyi oluşturulmasını amaçlayan amir yasa hükümlerinin tam olarak uygulandığını ve sağlıklı işlediğini söylemek zordu. Ancak yapılan bu değişiklikle fiili durum düzeltilmek yerine yasallık kazandırılmış oldu. Netice itibarıyla unvanlar ve kurum isimleri değişik olsa da, eski Devlet Hastaneleri yönetim düzenine dönmüş olduk.

Hastanelerin kısmen de olsa özerk, merkezi siyasi otoritenin doğrudan müdahalesi zayıflamış ve yerinden yönetilen kurumlar olmasını hedefleyen 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, yöneticilerin performans denetimi yanında hastanelerin doğrudan gözetim ve denetimi yoluyla hizmet kalitesini ve birer kamu kurumu olarak hastanelerin sürdürülebilirliğini garanti altına almak istemiştir. Kararnamenin 34. Maddesi hastaneleri tıbbi ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulmasını gerekli kılmaktadır. Hatta bu değerlendirmenin sadece Bakanlık tarafından yapılmasını değil, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılmasını öngörmektedir. Ayrıca bu değerlendirme sonucunun hastane yöneticisinden Kurum Başkanına kadar nasıl yaptırım olarak yansıtılacağı da tarif edilmiştir. Bu hükümlerin uygulandığını, yöneticilerin atamalarında veya



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

görevden alınmalarında değerlendirme sonuçlarının işletildiğini söylemek zordur. Kısacası bugüne kadarki uygulamanın yasal hükme ve Kamu Hastane Birlikleri anlayışına uygun olarak seyrettiğini söyleyemiyoruz.

Ülkemizde hastane yönetimi, yüzyıllara dayalı geleneksel "ser tabip" yani başhekim otoritesine ve bilgeliğine dayalı bir anlayışla devam etmekteydi. Daha önce 2004 yılında kaleme aldığım bir makalemde yönetim biçimi Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği ile belirlenmiş olan Devlet hastanelerinin içinde bulunduğu çıkmazı eleştirmiş ve yazıma "Hastane Yönetme Sistemi ve Süper Başhekimler" başlığını koymuştum (16). Burada da anlattığım gibi, dikey bir örgütlenme modeli içinde, hastanenin hemen her sorunu başhekimini ilgilendirmektedir. Başhekim, tıbbi bakım yani hemşirelik hizmetleri başta olmak üzere, teknik hizmetler, lojistik hizmetler ve işletme yönetimi gibi her biri ayrı uzmanlık gerektiren hizmetlerle birinci elden ilgilenmek zorundadır. Bu ağır ve kapsamlı görev yükünün altında kalan başhekimlerin esas görevi olan tıbbi hizmetler ihmal edilmekte, adeta bütünüyle kliniklerde görevli doktorlara terk edilmektedir. Tıbbi hizmetlerin verimliliği, kalitesi, tıbbi gelişmeleri yakalama, akademik gelişimin sağlanması, klinikler arası koordinasyon ve dayanışmanın sağlanması gibi konular neredeyse başhekimlerimizin görev alanının dışında kalmaktadır. Başhekimlik daha çok tıbbi anlamda otoriteyi temsil etse de, gerçekte hastanenin alt yapı sorunları ile uğraşan, fiziki mekân düzenleme gayretleri ile çabalayan, personelin özlük hakları ile ilgilenen bir konumdur. Başhekim, gerçek bir sağlık idarecisi değil, müessese müdürüdür adeta.

Yeni uygulamadan biteviye şikâyette bulunan başhekimler ve hastane yöneticileri tanıdığım gibi, yeni modelin en kötü halinin bile eski yönetim tarzımızdan daha başarılı olacağı umudunu taşıyan Genel Sekreterleri de tanıyorum. Aklıma takılan soru, binlerce yatağa sahip ve çok sayıda hastanenin bir araya gelmesinden oluşan Şehir Hastanelerinin eski yönetim modelimizle yönetilip yönetilemeyeceği veya yeni modelimizin bu yönetime ne kadar hazır olduğudur.

Entegre sağlık kampüslerinin kira bedeli nasıl karşılanacak? Sürdürülebilirlik garantisi edilmiş mi? Hizmet verecek insan kaynağı nasıl karşılanacak? On civarında hastane, 3 bin civarında yatağı olan bir sağlık kampüsünün yönetim ve koordinasyonu hangi modellerle

gerçekleştirilecektir? Mevcut hastane yöneticilerimiz veya yönetim modelimizle bunun üstesinden gelinebilecek mi?

Dikkatlice bakılırsa başhekimliklerimiz hastane müdürlüğü makamının bir üst kurumu haline almıştır.

Hastane yönetimi, tıbbi tanı ve tedavi hizmetlerinin dışında, tıbbi bakım ve genel bakım hizmetleri, konaklama, temizlik, yiyecek ve sosyal etkinlik gibi otelcilik hizmetlerini de içine alan çok yönlü bir yönetim disiplini. Bu hizmetlerin her biri ayrı eğitim ve birikim gerektiren özellikli alanlardır. Yemek pişirme ve servisi, yani lokantacılık özelleşmiş bir meslek dalıdır. Otelcilik hizmetleri için özel orta öğretim ve yükseköğretim kurumları oluşturulmuştur. Halkla ilişkiler, artık müesseselerde kurmuş etkin birimlerdir. Bakım hizmetleri ayrı bir tıp disiplini olarak kabul edilir. Bütün bu hizmetlerin hastane yönetimince üstlenildiğini dikkate alırsak, yöneticilerin sorumluluk alanının ne kadar geniş olduğunu görürüz. Enerji temininden teknik donanım, ulaşım, haberleşme, onarım, yatırım ve alım satım hizmetlerine kadar çok detaylı ve kapsamlı teknik hizmetler de bu yöneticilerin omuzlarına yüklenmektedir. Hastane girdi ve çıktıları, çeşitli alanlarda mal ve hizmet alımları ve en önemlisi üretilen hizmetin satılması ile ortaya çıkan orta veya büyük ölçekli bir ticari işletmenin yönetiminde bu sahada eğitim almamış, birikim elde etmemiş, hizmet basamaklarında başarısını ispatlamamış yöneticilere bırakılması gerçekten cesaret işidir. Hastaneler dışında aylık cirosu milyonlarla ifade edilen hangi ticari işletmeler bir yönetim kurulu dahi olmaksızın alan dışından meslek sahiplerinin yönetimindedir? Hele bu kadar yük altına sokulan başhekimlik



görevinin hekimlikle birlikte yürütülen ikinci görev olduğunu düşünürsek tablo biraz daha berraklaşır; daha doğrusu bence bulanıklaşır (16). Açıkçası yıllardır yüzlerle ifade edilen hastanemizdeki memnuniyet oluşturmamayan yönetim biçimlerinin, kişilerin değil, bu hastane yönetim sistemimizin bir sonucu olduğunu düşündüm. Bütün bunlara rağmen, başhekim olarak başarılı bir hastane yönetimi ortaya koyan hekimlerimizin başarısının, hekimlik mesleğinin seçkinliği ve hekimliğin hikmetle iç içe olmasına bağladım.

Uzun çalışmalar ve araştırmalar sonucunda bir dizi mevzuat tasarımları hazırlanmışken, Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı, Hıfzıssıhha Müessesesi, Devlet hastanelerinin yönetim ve örgütlenme modeli gibi birçok hususu bir arada özetleyen 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, hükümetin yetkisine dayanarak 2011 yılında yürürlüğe girdi. Bu Kararnamenin öngördüğü değişim yönetiminin çok da başarılı yürütülebildiğini söyleyemeyiz. Kurgulanmak istenen sistemin alt mevzuatı gecikmeli hazırlandı. Hazırlanan alt mevzuatın başlangıçta çalışılan modelle arasında sapsmalar oldu; mesela eğitim hastanelerinin yapılanmasındaki öngörüler gerçekleşemedi. Taşra teşkilatında yetki ve sorumluluk sınırları tartışılır oldu. Sözleşmeli yöneticilerin görev almalarının hesap verilebilirlik hiyerarşisi içinde olması planlanmışken merkezi otorite kararları etkili oldu. Eskiden görev başında olan çok sayıda yönetici pozisyonunu kaybedince ciddi bir direnç kitlesi oluştu. Kişisel çekişmeler, illerde sorumlu ve hesap verme yükümlüğü oranında yetki sahibi Genel Sekreterlerle İl Sağlık Müdürleri arasındaki çatışmanın malzemesi haline geldi. Bu önemli değişim, maalesef yeterince yönetilemediği için önemli bir fırsatı kötü harcadığımızı düşünüyorum. Öyle ki, yeni sistemin sağlıklı bir analizinin yapılma ortamı dahi

tam olarak oluşturulmadı; ya da bunun için henüz erkendi.

Konumuz olan Kamu Hastaneleri Birliği işte bu ortamın ürünüdür. Model üzerinde tartışılabilir; ancak kurulmak istenen modelle kurulan model arasındaki diskordansın iyi kavranmasının bu tartışmaya ışık tutması gerektiğini söylemek isterim. Öncelikle Sağlıkta Dönüşüm Programında ön görüldüğü üzere Sağlık Bakanlığının rolü yeniden tanımlanmış, hastane yönetimlerine doğrudan müdahale etmesini önlemek üzere bağlı kuruluş olarak Kamu Hastaneleri Kurumu oluşturulmuştur. Bakanın ana yetkisi bu Kurumun Başkanını atamakla sınırlandırılmıştır. Hastaneler illerde birlikler halinde örgütlenmiş ve Kamu Hastaneleri Birlikleri oluşturulmuştur. Böylece bir yandan ölçek ekonomisinden faydalanılmak istenmiş, bir yandan da Birlik düzeyinde kaynakların dengeli dağılımı ile ihtiyaç alanlarına göre yerel düzenlemelerin yapılması hedeflenmiştir. Her düzeydeki yöneticinin sözleşmeli personel olarak göreve gelmesi sağlanmış, bunların görevlendirilmesinde bir üst amirin teklifi, onun da üstündeki amirin onayı şartı getirilmiştir. Yöneticilerin belirlenen performans kriterlerine göre değerlendirilmeye tabi tutulması planlanmış, alt yöneticinin başarısızlığının yaptırımını sadece kendisine değil, onun görevlendirilmesinde sorumluluk taşıyan üst yöneticisine de tanımlanmıştır. Böylece siyasal müdahalelerden daha uzaklaşmış, varlığını başarısına endeksleyen, ulusal stratejik hedefleri yerine getirme sorumluluğu taşıyan fakat yerelde daha özerk "hastane grupları" oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu model yıllar içinde oturdukça, tasarlanan Sağlık Bölgelerinde sağlık taleplerinin tamamına yakını karşılama hedefinde olan entegre hastane kampüslerinin yönetilebilirliği süreç içinde gerçekleştirilmiş olacaktır.

Uygulamada yukarıdakilerin ne kadarını

başardığımızı takdirinize bırakıyorum. Öncelikle daha baştan Genel Sekreter sözleşmelerinde merkezi siyasi otorite, mevzuatta öngörülenden daha etkin davranmış, yerel siyasetçiler etkilerinin azalmasını sorun olarak Bakanlığa taşımış, bu durum Bakanlık merkezini daha etkili olmaya zorlamıştır. Neticede ana kurgudaki performans esaslı denetim ikinci plana düşmüş, siyasetçiyle ve sendikalarla iyi ya da kötü geçinme kıstas halini almaya başlamıştır. Bunun ardından performans karnelerini dikkate almaya gerek kalmadan görevden almalar ve yer değiştirilmeler yaşanmıştır. Sistem sancıları Bakanlığa daha fazla yansıkça, Bakanlık mevzuat değiştirerek Hastane Yöneticilerini doğrudan atama yetkisini üzerine almış ve hastaneleri "yönetilebilir" kılmak istemiştir. Son olarak bir adım daha atarak, aralarındaki çatışmaya son vermek üzere Hastane Yöneticisi ve Başhekimlik görevinin aynı kişiye verilmesi yönünde uygulamaya geçmiştir. Özetle eski yönetim modelimize adım adım dönüşmektedir. Bu dönüş muhtemel ki, hastane yönetim sorumluluğunu taşıyan ve kendilerini bir çatışma içinde bulan hastane yöneticilerini ve başhekimleri memnun etmiştir. Ancak bu memnuniyetin sorunu gidermeye değil, sorunu geçici olarak örtmeye yaradığı inancındayım.

Eski yönetim modelimize dönüşü ifade etmekle eskinin kötülüğünü ilan ettiğim ve kimseyi suçladığım anlamı çıkmasın. Her modelin kendi imkân, kapasite ve beklenti ortamında değerlendirilmesinden yanayım. Burada esas dikkat çekmek istediğim husus başkadır; değişim yönetiminin ne denli zor olduğu ve her zaman arzulanan istikamette gidilemediğini anlatmaya çalışıyorum. Yeni uygulamadan biteviye şikâyetle bulunan başhekimler ve hastane yöneticileri tanıdığım gibi, yeni modelin en kötü halinin bile eski yönetim tarzımızdan daha başarılı olacağı umudunu taşıyan Genel Sekreterleri de tanıyorum. Değişen beklentiler, değişen öncelikler, değişen kararlılıklar, değişen kadrolar, değişen konjonktür gibi birçok faktör değişim rüzgarının hızını ve yönünü tayin ediyor. Değişimde liderlik kadar zaman ve kıvamın da önemli olduğunu unutmamak gerekiyor. Netice ne olursa olsun aklıma takılan soru, binlerce yatağa sahip ve çok sayıda hastanenin bir araya gelmesinden oluşan Entegre Hastane Kampüsleri veya nam-ı diğer Şehir Hastanelerinin eski yönetim modelimizle yönetilip yönetilemeyeceği veya yeni modelimizin bu yönetime ne kadar hazır olduğudur.

Şehir Hastaneleri

Sayın Cumhurbaşkanımızın Başbakanlığı döneminde "Şehir hastaneleri ile

modern, en ileri teknoloji ile donatılmış hastanelerimize sahip olabilmek benim özel bir projemdir. 12 yıldır bunun özlemi içindeyim." dediği basına yansımıştır (17). Bir başka gazete haberinden de, Sayın Bakan Müezzinoğlu'nun, "Şehir hastanelerinin birinci periyodu olan 24 bin yatak kapasiteli 16 tane hastanenin ihale süreçleri tamamlandı. Önümüzdeki yıl içinde 25 bin yatak kapasiteli kamu-özel iş birliği ile yapılacak hastanelerin ihale süreci başlayacak." dediğini nakletmek isterim (18). Kendisinden duyduğum kadarıyla toplamda 90 bin yatak kapasitesi yapılması planlanıyor.

Sağlık Bakanlığı eski Müsteşarı Sayın Nihat Tosun SD Dergisinde yayımlanan röportajında yer aldığı kadarıyla şehir hastanelerini şöyle tarif ediyor: "Bugünün şehir hastanesi kavramı ile bir şehrin sağlık hizmetlerinin entegre olarak sürdürüldüğü, o şehrin sağlık alanındaki en önemli destinasyonu olduğu yeri kastediyoruz. Bu nedendir ki şehir hastanelerinin yerini seçerken ulaşım açısından, yerleştiği alanın büyüklüğü, gelişme açıklığı, altyapısı açısından şehrin bugününe ve yarınına hitap eden sağlık alanındaki hizmetleri entegre bir şekilde verilecek bir yer olarak tanımlıyoruz. Bundan sonra bir şehirde birkaç tane hastane de olsa, şehir hastanesi dediğimiz zaman orada o şehirde alınabilecek sağlık hizmetlerinin tamamının alındığı bir hastaneyi anlıyoruz" (13). Açıkçası bu tarifte hastanelerle şehirlerin özdeşleştirildiğini, sağlık bölge yapılanmasından söz edilmediğini görüyoruz. Böyle bir yaklaşım bizi Bakanlığın politikaları arasında ilişki kopukluğu yanılsamasına itmemelidir. Şehir hastanesi tabirinin böyle bir izlenime yol açtığı kanısındayım. Projelerin şehirlere hastane inşası değil, entegre hastane kampüsleri olması politika bütünlüğünü göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Kamu Özel İşbirliği Dairesinin web sayfasında kamu özel işbirliği yöntemiyle gündemde olan projeler yer almaktadır. Ocak 2015 itibarıyla durum şöyledir (19):

1- Ön yeterlik ihalesi yapılan projeler:

Eskişehir Şehir Hastanesi: Kamu Özel İşbirliği modeli ile gerçekleştirilecek Proje 715 yataklı Genel Hastane, 127 yataklı Onkoloji Hastanesi, 139 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi ve 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1.081 yataklı bir entegre sağlık kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

2- Teklif sürecinde olan projeler

Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü: Proje 494 yataklı Bölge Hastanesi, 116 yataklı Onkoloji Hastanesi, 246 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 124 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 100 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1180 yataklı bir entegre sağlık kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

3- Nihai teklif sürecinde olan projeler

• İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü: Proje kapsamında 583 yataklı Genel Hastane, 424 yataklı Kadın Doğum Çocuk Hastalıkları Hastanesi, 380 yataklı Kardiyovasküler Cerrahi Hastanesi, 141 yataklı Onkoloji Hastanesi, 300 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, 132 yataklı Psikiyatri hastanesi ve 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 2.060 yataklı bir entegre sağlık kampüsünün yapımı planlanmaktadır.

• Isparta Şehir Hastanesi: Kamu Özel Ortaklığı modeli ile gerçekleştirilecek proje 450 yataklı Genel Hastane ve 305 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olmak üzere toplam 755 yataklı bir entegre sağlık kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

• Bursa Entegre Sağlık Kampüsü: Proje 468 yataklı Bölge Hastanesi, 275 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 264 yataklı Onkoloji Hastanesi, 48 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1355 yataklı bir entegre sağlık kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

4- Sözleşme aşamasında olan projeler

• İstanbul İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü: Proje 441 yataklı Bölge Hastanesi, 359 yataklı Onkoloji Hastanesi, 451 yataklı Çocuk Hastanesi, 451 yataklı Kadın Doğum Hastanesi, 303 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 347 yataklı Nörolojik ve Ortopedik Bilimler Hastanesi, 128 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 2680 yataklı entegre sağlık kompleksinin tasarımı, inşaatı, tefrişatı, tıbbi ekipmanın temini, tıbbi hizmet dışındaki hizmet ve alanların işletilmesini kapsamaktadır.

• Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi: 475 yataklı Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi yapılması planlanmıştır.

• Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye

İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kampüsü: Projede tanımlanan yüksek teknolojiye sahip Sağlık Tesisi yatırımı, Ankara Bilkent'te Bakanlığa tahsisli arazide gerçekleştirilecektir. Proje bir adet Tüketici Güvenliği Referans Laboratuvar Binası, iki adet Enfeksiyon Hastalıkları Referans Laboratuvar Binaları, iki adet İlaç ve Tıbbi Cihaz Analiz ve Kontrol Laboratuvar Binaları, bir adet Biyogüvenlik Seviye 3 (BSL-3-P3) ve Biyogüvenlik Seviye 4 (BSL-4-P4) üniteleri içeren Araştırma ve Referans Laboratuvar Binası, bir adet Deney Hayvanları Üretim, Test ve Araştırma Binası, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu İdari Binası, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İdari Binası, Veri Merkezi, Sosyal Tesis ve Teknik Tesislerden oluşan bir sağlık tesisi yatırımı kapsamaktadır.

- Mersin Entegre Sağlık Kampüsü: Proje 464 Yataklı Bölge Hastanesi, 169 Yataklı Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi, 138 Yataklı Onkoloji Hastanesi, 383 Yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 96 Yataklı Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1250 yataklı bir entegre sağlık tesisi yatırımı kapsamaktadır.

- Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi: 558 yataklı Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi yapılması planlanmıştır.

- Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü: Proje, 420 yataklı Bölge Hastanesi ile 420 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi olmak üzere toplam 840 yataklı bir entegre sağlık tesisi yatırımı kapsamaktadır.

- Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü: Proje 636 yataklı Bölge Hastanesi, 174 yataklı Onkoloji Hastanesi, 498 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 205 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 112 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 150 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1875 yataklı bir entegre sağlık kampüsü yatırımı kapsamaktadır.

- FTR, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri: Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile gerçekleştirilecek olan proje kapsamındaki Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri Afyon, Diyarbakır, Erzurum, İstanbul, Malatya, Samsun, Trabzon ve Van illerinde yer almakta olup toplamda 2400 yatak kapasitelidir.

- Adana Entegre Sağlık Kampüsü: Proje 584 yataklı Bölge Hastanesi, 182 yataklı Onkoloji Hastanesi, 349 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 185 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 150 yataklı Fizik Tedavi ve

Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1550 yataklı bir entegre sağlık kampüsü yatırımı kapsamaktadır.

5- Yapım Aşamasında olan Projeler

- Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü: 900 yataklı Genel Hastane, 258 yataklı Kadın Doğum Hastanesi, 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, 126 yataklı Psikiyatri Hastanesi ve 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1584 yataklı bir sağlık kompleksi projesidir.

- Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü: Proje 495 yataklı Bölge Hastanesi, 299 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 96 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 150 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1040 yataklı bir entegre sağlık tesisi yatırımı kapsamaktadır.

- Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü: Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü Projesi 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 3566 yatak kapasitesine sahip bir entegre sağlık kampüsü olacaktır.

- Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü: Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü Projesi 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 3660 yatak kapasitesine sahip bir entegre sağlık kampüsü olacaktır.

- Bunların dışında Samsun Sağlık Yerleşkesi (900 yataklı), Denizli Sağlık Yerleşkesi (1000 yataklı) ve Şanlıurfa Sağlık Yerleşkesi (1700 yataklı) Ön yeterlik ihale ilanına çıkarılan projeler olarak sayılmaktadır.

Bu bilgilerden anlaşıldığına göre projelerin ortak özelliğinin kamu özel işbirliği modeli ile yapılmasıdır. Kamuoyunda adı çokça duyulan "şehir hastanesi" ifadesi ise sadece Eskişehir ve Isparta'da yapılacak olan sağlık tesislerinde kullanılmıştır. Bunun dışında tarif edilen konseptte uygun sağlık tesisleri "Entegre Sağlık Kampüsü" olarak adlandırılmıştır. Bu adlandırmanın daha doğru olduğu kanısındayım. Ancak kamu özel işbirliği modeliyle yapılması planlanan yatırımla-

rın hepsinin entegre sağlık kampüsleri olmadığı, çeşitli dal hastaneleri, genel hastaneler ve Bakanlığın diğer hizmet binalarının da bu modelle yapılmasının planlandığı görülmektedir. Yine bu bilgilerden anladığımız kadarıyla, ilana çıkarılan projeler dâhil, yapılması planlanan yeni yatak sayısı 30 bin civarındadır. Sayın Bakanın açıkladığı yatak sayılarına göre bu listenin daha da uzaması gerekiyor. Yani şu anda ilan edilen ve ihalesi yapılanlar projenin oldukça sınırlı bir kısmını oluşturuyor.

Yukarıda anlattığım hususları bir araya getirerek anlamaya çalışalım. Sağlık Bakanlığı gerek mevcut tesislerini güncel beklentileri karşılayabilecek modern hastanelere dönüştürmek gerekse mevcut yatak kapasitesine yeni yataklar eklemek üzere dağınık hastane yapılarından farklı olarak birçok hastanenin bir arada entegre bir halde yapılanacağı Entegre Sağlık Kampüsleri inşa etmeye karar vermiştir. Bu hastane yapılması muhtemelen öngörülen Sağlık Bölgelerinin gerekleri ve dağılımına göre planlanmıştır. Kapasite artışı sınırlı olmak üzere esasen niteliksiz hastane yapıları nitelikli hale getirilmektedir. Bu hastanelerin inşasında Bakanlığın ilk defa başvurduğu kamu özel işbirliği modeli uygulanmaktadır. Bu işbirliği yap-işlet-devret modelinden farklı olarak, yap-işletme-bakım, onarımla devamlılığı sağla-kira al gibi bir modele benziyor. Ortaya çıkan bu dev sağlık kurumlarının Kamu Hastaneler Birliği örgütlenmesi altında yönetilmesi ve işletilmesi gerekiyor. Görülüyor ki, Sağlık Bölgeleri ve Sağlık Kampüsleri planlaması, kamu özel işbirliği ve Kamu Hastaneleri Birliği yönetimi birbirinden bağımsız düşünülemez. Bu farklı hususlar tümüyle bir arada sağlıklı olarak yürütülebilirse beklenen sonuç alınabilecektir.

Burada bence bir kısmının cevabı açık olsa da, sağlık camiasında telaffuz edilen bazı soruları dile getirmek istiyorum:

1- Kamu özel işbirliği modelinde yüklenicinin fiziksel mekânları inşa etmesi ve bunları belirlenen standartlar içinde sürdürülebilir olarak hizmet vermesi anlaşılır olmakla birlikte, laboratuvar, görüntüleme gibi tıbbi hizmet alanları, bilişim alt yapısı ve güncellenen yazılımlar, lojistik yönetimi, tıp dışı hizmet alanları vb. husulardaki roller sözleşmelerle ne kadar netleştirilebilmektedir?

2- Eğer bu gibi hususlar sözleşmelerle yükleniciye veriliyorsa rekabet nasıl gerçekleştirilecek, kalite nasıl temin edilecektir?

3- Entegre sağlık kampüsleri ve bunların dışında kalan çeşitli ölçekteki hastaneler, laboratuvarlar ve hizmet binalarının finansman maliyeti, diğer ifadeyle



kira bedeli nasıl karşılanacaktır? Bu kurumların döner sermayeleri yeterli olacak mıdır?

4- Yapılan hastane ve diğer hizmet binalarının hizmet kapasitesi ile yükledikleri borç arasındaki ilişki iyi hesaplanmış ve sürdürülebilirlik garantisi edilmiş midir?

5- Entegre sağlık kampüsleri Sağlık Bakanlığının tanımladığı 29 hizmet bölgesi amaçlarına uygun olarak mı yapılmaktadır? Eğer öyleyse, öncelik sırası nasıl belirlenmiştir?

6- Kampüs alanı olarak seçilen yerler, trafik, ulaşım, şehirleşme vb. faktörler açısından iyi değerlendirilmiş midir?

7- Sağlık insan kaynağımızın kısıtlılığının sağlık sektörünün en önemli sorununu oluşturduğu bilinmektedir. Yani açılacak entegre sağlık kampüslerinde hizmet verecek insan kaynağı nasıl karşılanacaktır?

8- Görülüyor ki bu insan kaynağının karşılanması ancak mevcut kamu tesislerinin kapatılmasıyla mümkündür. Bu gibi durumlarda yerel siyasetçiler, esnaf, eczacılar, medikalçiler, çalışan doktorlar ve diğer menfaat gruplarının direncinin aşılması yönünde hazırlıklar yapılmakta mıdır?

9- On civarında hastane, 3 bin civarında yatağı olan bir sağlık kampüsünün yönetim ve koordinasyonu hangi modellerle gerçekleştirilecektir? Mevcut hastane yöneticilerimiz veya yönetim modelimizle bunun üstesinden gelinebilecek mi?

10- Kamu Hastane Birliklerinin oluşturulması bu Entegre Sağlık Kampüslerinin yönetim modeline nasıl etki edecektir?

11- Yönetici atama ve sözleşme kuralla-

rında yapılan değişikliklerin bu yönetim modeline katkısı olacak mı?

12- Üniversite hastanelerinden daha büyük entegre sağlık kampüsleri yapılmakta olduğuna göre, bunların Tıp ve uzmanlık eğitimiyle ilişkisi ne olacak?

13- Üniversite-Devlet Hastanesi ortak kullanımı yani afilyasyon söz konusu olacak mı?

14- Kurulması planlanan Sağlık Üniversitesi ile entegre sağlık kampüslerinin ilişkisi ne düzeyde olacaktır?

Konu üzerinde mesai harcayanların mutlaka kapsamlı bir şekilde inceleme ve araştırma yaptıkları ve detaylı bilgiye sahip oldukları bir vakiydir. Ancak ülkemiz için yeni olan bu projelerin net anlaşılması ve kamuoyunca daha kolay benimsenmesi için bu bilgilerin paylaşılması ve daha fazla bilgilendirme yapılması gerektiği kanısındayım. Böylece yöneticilerimizin işleri de kolaylaşacaktır. Bu yazımın sahayı yansıma görevi üstlenerek sorumluluk makamındaki yöneticilerimizin işlerini kolaylaştırmada bir nebze de olsa katkı sunmasını dilerim.

Kaynaklar

1) Demirel H.: Dr. Behçet Uz. Sağlık Kültürü ve Tıp Düşüncesi Dergisi, 2009, 8. sayı <http://www.sdplatform.com/Dergi/198/Dr-Behcet-Uz.aspx> (Erişim Tarihi: 10.02.2015)

2) 1961 tarihli ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

3) Akdağ R. TC Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi Özet Kitap. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Haziran 2011, Ankara

4) <http://www.medimagazin.com.tr/hekim/saglik-bak/tr-turkiye-29-saglik-bolgesine-ayriliyor-2-13-35814.html>, (Erişim Tarihi: 17.06.2011)

5) Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017

6) <http://pazarlardanhaberler.com/2013.05.21/saglikta-kamu-ozel-ortakligi-kongresi/> (Erişim Tarihi: 06.01.2015)

7) <http://www.kamuozeortakligi.com/tr/index.php> (Erişim Tarihi: 06.01.2015)

8) 03.07.2005 tarih ve 5396 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun

9) 07.05.1987 Sayılı 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Ek Madde 7.

10) 31.03.2012 Tarihli 6288 Sayılı Katma Değer Vergisi Kanunu ile Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapılması Hakkında Kanun ve Kamu İhale Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Madde 1.

11) 21.02.2013 tarih ve 6428 Sayılı, Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Karamamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun

12) 26.02.2014 tarih ve 6527 Sayılı Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, Madde 23.

13) Tosun N: Eski hastaneler, modern şehir hastanelerinde birleştirilecek. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Mayıs 2014, sayı 30, sayfa 18-23 <http://www.sdplatform.com/Soylesiler/51/Eski-hastaneler-modern-sehir-hastanelerinde-birlestirilecek.aspx> (Erişim Tarihi: 10.02.2015)

14) 11.10.2011 Tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Karamame

15) 2.1.2014 tarih ve 6514 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Karamame İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

16) Aydın S: Hastane "yönet-me" sistemi ve süper başhekimler. SB Diyalog 4:14-16, 2004

17) <http://www.milliyet.com.tr/erdogan-12-yillik-ozlemim/siyaset/detay/1903644/default.htm>

18) <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel/tr-sehir-hastaneleri-24-bin-yatagin-ihalesi-tamam-25-bin-yatak-sirada-1-11-63386.html>

19) <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/Default.aspx?tabid=241&language=tr-TR>, (Erişim Tarihi: 06.01.2015)