

TÜRKİYE'DE KAMU HASTANELERİNİN DÖNÜŞÜMÜ

Sabahattin AYDIN* Eriş BİLALOĞLU**
Bayazıt İLHAN*** Kayıhan PALA**** Yavuz ÜÇKUYU*****

Öz: Bu yazıda 13 Aralık 2025 tarihinde "Kamu Hastanelerinin Dönüşümü" başlığı altında gerçekleştirilen Yuvarlak Masa toplantısının metni yayımlanmaktadır. Toplantıda özellikle 2010 yılı sonrasında Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları ile sağlık hizmetlerinde kamu hastanelerinde ortaya çıkan nesnellikler ve sonuçları tartışılmaya çalışılmıştır. Sağlık hizmetlerinde kamu hastanelerinin dönüşümünü tartışırken, konunun tarihsel ve dönemsel özelliklerini ortaya koyabilmek için tartışma zemini genişletilmiştir. Bu çerçevede, Dünya'da söz konusu dönüşümlerle ilgili paralellikler, özgünlükler yanında; Osmanlı, Türkiye Cumhuriyeti'nde geçirdiği tarihsel süreçler ile 2002'de başlayan ve hala devam eden AKP iktidarının sağlık politikaları da tartışmaya dahil edilmiştir.

Anahtar sözcükler: Sağlıkta Dönüşüm Programı, kamu hastaneleri, 663 Sayılı KHK, 694 Sayılı KHK

Transformation of Public Hospitals in Türkiye

Abstract: This article publishes the text of the Round Table meeting, held on 13 December 2025 under the title "The Transformation of Public Hospitals". The discussion sought in particular to examine the forms that have emerged in public hospitals and their consequences within health services in Turkey following the implementation of the Health Transformation Program after 2010. In addressing the transformation of public hospitals within health services, the scope of the discussion was broadened in order to reveal the historical and period-specific characteristics of the issue. Within this framework, alongside parallels and specificities related to similar transformations worldwide, the historical processes experienced during the Ottoman period and the republics of Turkey, as well as the health policies of the AKP government that began in 2002 and continue to the present, were also incorporated in to the discussion.

Key words: Health Transformation Program, public hospitals, Decree Law No. 663, Decree Law No. 694

Birinci Bölüm

Eriş Bilaloğlu: Hoş geldiniz diyerek başlayalım. Toplum ve Hekim dergisi yuvarlak masa yaptığında, geleneksel olarak bir konuşmacı önce bir çerçeve sunu yapıyor, diğer konuşmacılar da isterlerse hem kendi bağımsız konuşmalarını yapıp, sonra o çerçeve ve sunu üzerinden de değerlendirmeler ya da soru sorabiliyor, katkılar eleştiriler yapabiliyorlar.

Bir ikinci turda da, konuyu tamamlamak üzere, ikinci tur konuşma haklarını tanıyoruz. Bugün esas olarak üç konuşmacımız var, o nedenle süre sınırimız yok. Eğer sizler için de uygunsa, yine bu tarzla devam etmiş olacağız ve ön görüşmesini yaptığım şekilde çerçeve sunumu Sabahattin Bey'den rica ettik. Eğer mümkünse hem sürecin başından bugüne kadar farklı zamanlarda Sağlık Bakanlığın'da icracı olarak ama hemen daima yakın mesafesiyle, ayrıca sağlık politikalarıyla da ilgisi nedeniyle çerçeve sunuyu kamu hastanelerinin

dönüşümü meselesi üzerine yapmasını istedik. Sabahattin Bey buna prensip olarak evet demişti. Yine, mümkünse çok uzun olmayacak biçimde, ikibinli yıllar öncesi gündeme alınabilir, daha eskiye gidilebilir, ama tercihimiz daha fazla konunun 2010 sonrasına odaklanarak yoğunlaşan bir bilgilenmeyi, aktarımı ve tartışmayı yürütmek üzerine olsun diye konuştuk.

Oturumda ben sizlerin özgeçmişlerinden bahsetmeyeceğim. Bunları eğer Toplum ve Hekim ihtiyaç duyarsa, her birimizin özgeçmişlerini yuvarlak masanın başına ya da sonuna ekleyerek bu eksiği tamamlamış olur.

Son olarak da şunu belki söyleyebilirim, bu akış içerisinde mümkünse birbirimizin konuşmalarına o esnada müdahil olmayan bir tarzda yürütelim, sizce de uygunsa.

*Prof.,Dr., İstanbul Medipol Üniversitesi öğretim üyesi 2003-2010 Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

2020-2023 Sağlık Bakan Yardımcısı (ORCID No: 0000-0001-6374-817X)

**Dr., Tıp Doktoru (ORCID No: 0000-0001-8783-5534)

***Dr., Hastanemi Kapatma/Açın Platformu Sözcüsü Tıp Doktoru (ORCID No: 0000-0001-5503-2075)

****Prof., Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fak., Halk Sağlığı A.D.Emekli Öğrt. Gör. Bursa milletvekili, 28. Dönem,

CHP (ORCID No: 0000-0001-5376-3499)

*****Dr., Toplum ve Hekim Dergisi Hakem Kurulu Üyesi (ORCID No: 0000-0003-0908-2877)

Bu bileşimin bu oturum için çok uygun olduğu kanaatindeyim. Biraz önce Sabahattin Bey'in özelliğini söylemiş oldum. Doğrudan Sağlık Bakanlığı'nda da bu sürecin çekip çevrilmesinde de müdahil olması nedeniyle, dolayısıyla çok uygun bir isim bu oturum için. Kayıhan Pala da hem halk sağlıkçı kimliğiyle, hem bildiğim kadarıyla geçmişte üniversitede başhekimlik yaparak, bu dönem içerisinde, şu anda politikayla sağlık politikasıyla zaten, ama genel olarak politikaya ilgisi nedeniyle bu oturum için uygun bir aktör.

Bayazıt İlhan da 99'dan bu yana bir kamu hastanesinde çalışıyor. Göz hastalıkları uzmanı. Kamu hastanelerindeki dönüşümün hem tanığı hem diyelim mağduru, hem de yararlananı gibi bu dönüşümde. Dolayısıyla, iyi bir bileşim.

Benim için de kısmen geçerli bunlar. Ben de kamu hastanesinde 2018'e kadar çalıştım.

Yavuz Üçkuyu arkadaşımız Toplum ve Hekim Dergisi'nin hakem kurulu üyesi. Aynı zamanda derginin "Kamu Hastanelerinin Dönüşümü" başlıklı dosyasının editörü. Gerçekleştireceğimiz toplantı dosyasının içeriği içinde yer alacak. Yavuz Üçkuyu bu nedenle aramızda bulunuyor.

Eğer uygunsa Sabahattin Bey'in bizce süre sınırı olmayan, yani bu yarım saat de olabilir, biraz daha uzayabilir. Çünkü toplam konuşmacı heyetimiz bu kadar. Arzu ettiğiniz uzunlukta, bu sürece ilişkin görüşlerinizi söyleyebilirsiniz.

Ben belki başlangıçta 2-3 tarihe işaret edebilirim size söz vermeden önce. Tabi, bu kamu hastanelerindeki dönüşümün ikibinli yıllar sonrası seyrinde, 2002 yılındaki genel seçimlerden önce, Dünya Bankası'nın bir raporu, Türkiye'de yayımlanan bir raporu var haziran ayı gibi yayınlanmıştı. Ve Dünya Bankası'nın o raporunda Türkiye'deki kamu hastanelerinin yeterliliklerini artırmak için idari ve mali özerklik cümlesi geçiyordu.

Belki bir ikinci tarih olarak, 2007 yılındaki Kamu Hastaneleri Birliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun tasarısına işaret etmek uygun olabilir. Bb kanun aslında belki olması gereken dönüşüme dair ya da ne yapılmak istendiğine dair, ciddi bir bütünlüklü çerçeveyi söylemiş oldu. Bundan da esinlenerek ya da bunun da bir devamı olarak 2011 yılında Kasım ayında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname çıkmış oldu.

Dolayısıyla öyküyü 2002 itibarıyla alırsak, Dünya Bankası raporu ile, böyle bir seyri kimi tarihler olarak söylemek mümkün olabilir.

Sonra tabi, 2017 yılında da 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Kamu Hastane Birlikleri diye adlandırdığımız genel sekreterlikler ve benzeri organizasyonları olan yapı bir biçimde lağvedildi mi diyelim ya da o haliyle sonlandırıldı. Ve sonra bugüne kadarki dönem, devam eden bir süreci hep birlikte yaşamış olduk. Ben daha fazla uzatmış olmayayım. Sonuçta kamu hastanelerindeki dönüşüm meselesini konuşmak üzere hep birlikte başlamış olduk. Buyurun Sabahattin Bey.

Sabahattin Aydın: Eriş Bey ile görüşmemizde ilk bana "2010 sonrasına özellikle vurgu yapalım, oraya odaklanalım" dedi. Ancak unutmayın, ben 2010'da tam Bakanlık'tan ayrıldım. Dolayısıyla, ben bizzat olayları 2010 yıl öncesinde birebir yaşayan biriyim.

2010'dan sonrası genelde çoğu gözlemim. Evet, çok uzaktan gözlemlemedim, birçoğunu çok yakından gözlemleme şansı buldum. Dolayısıyla 2010 sonrası yorumlar, biraz daha Bakanlık'daki icraatlardan çok kişisel gözlemlerim şeklinde olacak. Onu peşinen söyleyeyim. Yine de süreci Eriş Bey çok hızlıca özetledi aslında. Ama izin verirsiniz, o özetlediği yapıyı da ben bir üzerinden geçerek hangisi niye yapıldı? sorularına biraz cevaplar arayarak hızlı bir şekilde 2010'a geçmeye çalışayım. Öncelikle şunu söyleyeyim: bir sunumum yok. Bir sunum yapmayacağım. Kısa kısa notlarım var. O notları da bugün görüşme biraz ertelenince, beşten sonra, biraz not alma şansım oldu, benim için de fırsat doğdu.

Sağlık Bakanlığı'nın istatistiklerine ve sunumlarına baktım. Görüyorum ki, Sağlık Bakanlığı'nın zihninde bile kamu hastanesi kavramı net değil. Önce oradan başlayayım izin verirsiniz. Biraz akademisyenlik tavrıyla konuya tanımdan girme gibi bir alışkanlığımız vardır. Kusura bakmayın. Zannediyorum 2007, 2008'di, hem Ermeni Hastanesi'ni hem de Balıklı Rum Hastanesi'ni ziyaret etmiştim. Ziyaretimde Balıklı Rum Hastanesi yöneticileri, kamu hastanesi olduklarını ima etmişlerdi bana. Düşünün, yani sadece Sağlık Bakanlığı değil, başka kurumlar da kamu hastanesi kavramını farklı anlamda kullanabiliyorlar. Belediye hastaneleri hala var, İzmir Eşrefpaşa Hastanesi gibi. Dolayısıyla bunlar da kamu hastaneleri. Sağlık Bakanlığı, kamu hastaneleri derken; Devlet Hastanesi, Şehir Hastanesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi gibi kendi hastanelerini kamu hastanesi olarak tanımlıyor. Halbuki devlet üniversitesi hastaneleri de var.

Netice itibarıyla böyle olunca, bu arada beklerken Türk Dil Kurumu Sözlüğü'ne, "ya bu kamu nedir?" diye baktım önce.

İki, üç anlamı var, ama iki temel anlamı önemli. Biri halk hizmeti gören devlet organlarının tümü. Evet, muhtemelen biz kamu hastanesini ifade ederken bunu kastediyoruz. Ama unutmayın biz öztürkçeleşirken bazı Osmanlıca kelimeleri, birkaç kelimeyi bir kelimeyle karşılamaya çalışmışız. Osmanlıca'daki, amme, amme menfaati, gibi kavramları kamu menfaati diye söylüyoruz. İkinci bir anlamı daha var: bir ülkedeki vatandaşların bütünü kapsıyor. Bu açıdan Balıklı Rum Hastanesi biz kamu hastanesiyiz derken aslında bu ikinci anlamda doğru söylediğini fark ettim.

Gerçi bugünlerde sürdürülemediği için kapanmak zorunda kaldı, bildiğim kadarıyla bu hastane şimdi. Ama bizim kastettiğimiz bu değil. Bizim kastettiğimiz devlet organlarının tümü, halk hizmeti gören devlet organların tümü mantığıyla bakarsak, kamu hastanesi o zaman devlet ya da kamu kaynaklarıyla sahip olunan ve işletilen hastane türü diye düşüneceğiz. O zaman devlet üniversite hastanelerini de kamu hastanesi diye kabul etmek durumunda kalacağız. Bu açıdan bakmak gerekir.

Tabi bunların dönüşümleri eşit olmadı, oraya da gireceğim. Kısaca, ben özetlersem kamusal finansman ve kamusal yönetim, kamu hastanesinin ana omurgası diye düşünüyorum.

Bir de kafa karıştıran bir durum daha var. Devlet organları diyoruz ama mesela vakıflar devlet organı mıdır? Ama bizim vakıf hastanesi olan gerçekten, bırakın azınlık vakıfları gibi olanları, mesela Vakıf Gureba Hastanesi gibi, hatta Sağlık Bakanlığı'na devredilinceye kadar Ankara Numune Hastanesi gibi, o da biliyorsunuz, Ankara Vakıf Gureba Hastanesi'dir. Bu şekilde mazbut vakıf denen vakıfların hastaneleri de kamu malı kabul edilerek kamu hastanesi kabul ediliyor. Dolayısıyla böyle kavram kargaşasını düzeltmeye çalıştım.

Şimdi izin verirseniz, Eriş Bey'in de söylediği sürece biraz hızlı bir şekilde geçeceğim, ama Eriş Bey izinizle ben biraz daha geriden alacağım çok kısa buraları geçmeye çalışacağım. Vaktinizi almayacağım.

Eriş Bilaloğlu: Bir vakit sorunuz yok Sabahattin Bey, devam edin..

Sabahattin Aydın: Tamam. Yani Osmanlı Devleti döneminde hastanecilik ve eğitim, vakıfların elinde. Aslında Osmanlı, sosyal bir devlet değil. Niye değil? O çağda sosyal devlet kavramı da yok zaten. Dolayısıyla, bu tür hizmetler, daha çok devlet adamlarının bağışları ya da destekleri ile de olsa sonuçta kurulan vakıflar eliyle götürülüyor. O açıdan, bizim cumhuriyet tarihimizde devraldığımız büyük hastanelerimizin aslında hiçbir gerçek devlet hastanesi değil, vakıfların hastaneleridir.

İstanbul'da ki neredeyse çok büyük hastaneler; Hamidiye Etfal, Şişli Etfal, Zeynep Kamil, Haseki, Vakıf Gureba, neredeyse İstanbul'da ünlü olan hastanelerden hiçbirisi devletin hastaneleri değil. Ama ne olmuş? Cumhuriyetle beraber mesela Ankara Numune Hastanesi 1924'te Sağlık Bakanlığı'na verilirken; İstanbul'daki hastaneler biraz İstanbul'un payitaht olmasından kaynaklı, yani belediyenin, şehrinin güçlü olmasından kaynaklı belediyeye verilmiş. Dolayısıyla bakın, kamu hastaneleri de yine bu hastanelerin işletilme ve yönetimleri farklı geliyor buraya kadar.

Ta ki? Ne zamana kadar? 80 darbesinde bir protokol bunlar Sağlık Bakanlığı'na devrediliyor. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı'nın hastanesi gibi görmeye başlıyoruz. Ama sonra Belediye Başkanı'nın açtığı davayla tekrar belediye vesaire, çok büyük bir kaotik bir durum var ortada. Dikkat ederseniz, aynı hastane zaman zaman farklı konumda. Halbuki o hastanede çalışan arkadaşlarımız hep bir kamu hastanesinde çalışıyor oldular. Dolayısıyla kamu hastanelerini, sadece Sağlık Bakanlığı hastanesi gibi görmemek lazım. Burayı hızlı geçiyorum.

İkincisi, Cumhuriyet döneminde bu kamu hastanelerinin işletilmesi, yönetimi zikzaklar yapmış. Refik Saydam'ın olaya bakışı daha ademi merkezîyetçi bir bakış. Onun için Numune Hastaneleri kurarak ya da eski bu tür vakıf hastanelerinin adını Numune Hastanesi diye çevirerek, yenilerini de yaparak yerel yönetimlere aslında bir hastanecilik örnekleri vermeye çalışıp numune hastanelerini ortaya koymuş. Ama arkadan, Behçet Uz gelince daha merkezîyetçi bir görüşle, devlet tek elden yönetir hastaneleri mantığıyla, bütün bu hastaneleri yerel yönetimlerden almaya çalışmışlar. Bu açıdan kamu hastanelerinin böyle git gel süreçleri var. İşte bu süreçte İstanbul'daki belediyeye ait eski vakıf hastanelerin durumu da mahkemelik ve yıllar süren , sonuçta en son çözümünde yani onların Sağlık Bakanlığı'na devri benim de rolüm olan bir görüşmeler sonucunda sonuçlandı. Dolayısıyla bugüne kadar, yani 2000'li yıllara kadar gelmiş sorunlar bunlar.

Uzatmayayım, geçiyorum şimdi, bu kaotik durumu ilk düzeltmeye çalışan yasal yapı aslında 1961 de 224 sayılı yasa, yani sağlıkta sosyalizasyon. Biz sosyalizasyondan bahsettiğimiz zaman hep birinci basamaktaki entegre sağlık örgütlenmesini, sağlık ocaklarını falan öne çıkarırız. Halbuki, 224 sayılı yasa 3 temel ayağa oturuyor. Biri birinci basamak, ikincisi hastanelerin koordinasyonu, üçüncüsü de hiç meclisten geçmeyen maddesi, tasarıdaki sağlık vergisi, yani finansmanı. Birinci basamak ve hastaneleriyle beraber komple düşünülmüş bir yapı. Şimdi, 224'ün finansman kısmı zaten Meclis'te kabul

edilmediği için, biraz kadük çıkmış. Önemli değil. Hastane gündemine geliyorum. Bu kanunun 30'uncu maddesi bütün kamu kurumlarının sahip olduğu hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devrini öngörüyor. Niye? Kayıhan Bey daha iyi hatırlayacaktır. İkincil mevzuatlarda ilçe hastanesiyle il hastanesi gibi sevk zincirinin tanımlandığı bölge hastanesine kadar giden tanımlar var. Ama bu kaotik yapı içinde bu hastane sınıflamasına uymuyor hastaneler. Onun için de bunların topluca koordinasyonu düşünülerek Sağlık Bakanlığı'nın çatısı altında toplanması düşünülmüş. Başarılı mı? Başarısız. Dolayısıyla, neredeyse hiç uygulanamamış bu madde. Bugüne kadar da, bu haliyle hala yürürlükte. Onu söyleyeyim, iptal edilmedi sonraki kanunlarla.

80 darbesindeki git gellerden biraz bahsettim. Sağlık Bakanlığı bu süreçte 1983'te çıkarılan KHK ile yönetiliyor. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı'nın kendi hastanelerinin örgüsel yapısı tamamen 1983 tarihinde 181 sayılı KHK'ya bağlı. Ama bu sadece Sağlık Bakanlığı'nın hastaneleri, bakın bütün kamu hastaneleri değil. Onun için baştan bu tanımlara değinmek istedim. O zaman devlet kurumları ne yapmaya başlamış? 224 teki hastane ayağında koordinasyon sağlanamadığı için, hatta hiç adımı da atlamadığı için, her gücü olan devlet kurumu kendi çözümünü üretmeye çalışmış. Kendi hastanelerini açmaya başlamış.

Polis Hastanesi İçişleri Bakanlığı'nın, Öğretmenler Hastanesi Milli Eğitim Bakanlığı'nın Devlet Demiryolları Hastanesi Ulaştırma Bakanlığı'nın, yine PTT Hastanesi, Ulaştırma Bakanlığı'nın, bunların onlarca örneğini biliyorsunuz. Ha, bir de bu arada sosyal sigortalar kanunu ve SSK hastaneleri ayrı bir hadise. Üniversite hastanelerini hızlı geçiyorum, hiç bahsetmiyorum. Aslında onların da geçmişinde İstanbul Üniversitesiyle başlayan devirler, dönüşümler var. Ama, Ankara, Hacettepe gibi üniversiteler, Gazi gibi üniversiteler kendi hastaneleriyle başlıyorlar, o ayrı. Yani onlarda bir dönüşüm olmadan başlıyorlar. Ama burada da, bir tırnak açayım, hiçbir mevzuatı yok üniversite hastanelerinin. Sadece başhekim ve hastane baş müdürü ile müdürlerinin nasıl atanacağına dair üniversite teşkilat kanunlarında var. Onun dışında hiçbir mevzuatı yok. O süreçten bahsediyorum tabii, ama onlar da kamu hastanesi.

Şimdi, Sağlık Bakanlığı KHK'ya dayalı olarak kendi Bakanlık hastanelerini kamu hastanesi olarak gördüğü için diğer hastanelerle, yani diğer kurumların açtığı hastaneleriyle hiç ilgilenmemiş, görev alanına girmemiş çünkü. Üniversite hastaneleri de, Bakanlığın görev alanına girmemiş. Dolayısıyla aslında Türkiye'de hastanecilikte, kamu hastanelerinde tam bir kaos var. Bunların ne atama durumları, ne yönetim biçimleri, ne de iç teşkilatlanmaları net.

Şimdi böyle bir durumda nereye geliyoruz? 1987'deki Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na. Aslında sizin sözünü ettiğiniz Dünya Bankası'nın o bahsettiğiniz raporu hep sağlıkta dönüşüme bağlarsınız, ama bence o hatalı bir yaklaşım. Aslında 3359 sayılı kanunu, Dünya Bankası'nın sözünü ettiğiniz raporuyla çok özdeş. O anlayış orada var. Hatta net olarak hastanelerin idari ve mali özerkliği, işletme olması tabiri de var kanunda.

Kayıhan Pala: Doğru

Sabahattin Aydın: Ancak biliyorsunuz, Anayasa Mahkemesi birçok maddesini iptal ettiği için, bu kanunun da bir anlamda birçok maddesi ile kadük kalmış durumda. Doğrudur, yanlıştır demiyorum, bu dönüşümü takip edelim diye söylüyorum. Buna rağmen, bu kanun her ne kadar Sağlık Bakanlığı'nı bağlayan bir kanun olsa da benzer bir uygulamayı aynı yıllarda SSK yapmış. SSK hastanelerinin bir kısmı ile Sağlık Bakanlığı'nda sadece Yüksek İhtisas Hastanesi, Anayasa Mahkemesi iptalinden önce uygulanmaya başlandığı için, ucube bir idari mali özerkliği olan hastane işletmelerine dönüşmüş. Ucube diyorum, çünkü alt mevzuatı olmayan bir yapıdalar. Dolayısıyla kamu hastanelerimizin bu kaotik yapısı içinde, bir de böyle bir örnek var.

Şimdi belediyelere gelelim; belediye kanunu aslında belediyelere hastane açma yetkisi veriyor. Yerel yönetimler bu anlamda rahat. Kanun son derece açık ve sağlık hizmetini verme konusunda önlerini açıyor belediyelerin. Belediyeler, normalde merkezi hükümete göre vatandaşla çok daha yakın irtibat kurabilen ve bunun geri dönüşümünü de doğrudan vatandaşlarda görebilen kurumlar. Bu açıdan, gerek birinci basamak sağlık kuruluşlarında gerek hastanecilikte yani sağlık hizmeti sunumunda belediyeler güçlendikçe gönüllü olmaya başlamışlar. Devir esnasında devredilebilen belediye hastaneleri var. Devredilemeyenlerden daha sonra bahsedeceğim devir konusunda, ama belediyelerin hastaneciliği hala da var. İzmir Eşrefpaşa Hastanesi bildiğim kadarıyla kapanmadı. Çok az örnek de olsa, hala bir tarafta devam ediyor, kamu hastanelerinin içinde.

Şimdi üniversite hastaneleri ile ilgili bir iki cümle söyleyip bugüne geçiyorum. İstanbul Üniversitesi'nin eski hastanesi aslında Haydarpaşa Numune Hastanesi'dir. Dikkat ederseniz, Numune Hastanesi derken aslında o Refik Saydam politikasıyla Numune Hastanesi'ne dönüştürülmüş bir hastane aynı zamanda İstanbul Üniversitesi Hastanesi. Üniversite reformundan sonra, yani Darülfünun taşınınca, Avrupa yakasına taşınınca Avrupa yakasındaki birçok hastane üniversite hastanesi olarak tahsis edilmiş. Aslında tahsis edilmemiş, bugünkü afiliasyon, birlikte kullanımın bir başka modelini o yıllarda

yapmışlar. Ama net bir altyapı kural olmadığı için; yönetim kuralları, kim dominantsa yönetimde, bir süre sonra hastane oranın hastanesi olarak kabul edilmeye başlanmış. Örnek vereyim, Hamidiye Hastanesi, Şişli Etfal Hastanesi de İstanbul Üniversitesi'nin kliniğidir; Cerrahpaşa'daki Belediye Hastanesi de İstanbul Üniversitesi'nin kliniğidir. Yukarı Vakıf Gureba Hastanesi de İstanbul Üniversitesi'nin kliniğidir. Ama nasıl olmuş, Cerrahpaşa'nın başındakiler bir süre sonra hakimiyet, yeni kurulan fakülteye geçtiği için fakülte hastanesi kabul edilmiş. Vakfın üst taraftaki hastaneleri, Yukarı Gureba hastaneleri, İstanbul Üniversitesi'nin hastanesi kabul edilmiş. Kurumlar arasında alışveriş gerçekleşmiş. Diğer taraftan Şişli Etfal Sağlık Bakanlığı'nın hastanesi kabul edilmiş. Bunların da aralarındaki hukuki süreç çok karmaşık. Hala İstanbul Üniversitesi ile vakıf Gureba'nın ihtilafı hususları vardır aralarında, bir türlü anlaşılabilen ihtilaf konuları sürmüştür. Aslında bunlar üniversite hastanesi değildir. Orada bir ifadeyi yanlış kullandım. Fakülte hastanesi, tıp fakültesi hastaneleridir. 2547 sayılı kanunla beraber üniversite hastanesi olmuş. Aslına bakarsanız üniversite hastanesi de değil; bu tabir de hiç yok. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin uygulama alanı. Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, üniversitenin herhangi bir uygulama, araştırma merkezi gibi bir hukuki altyapıya sahip olduğu için bir müdürü atanır, bir yönetim kurulu olur. Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi diye açılan, devasa kaynağın döndüğü, devasa personelin çalıştığı kurumlar da aynı mevzuatla yönetilmeye çalışılmış.

Bazı üniversiteler kendi yönetmeliklerini yapmışlar, hiç yapmayanlar da bir şekilde yürütmüş işi. Ama böylece üniversite hastaneleri çıkmaya başlamış. Şimdi üniversite hastaneleri tamamen mevzuattan bağımsız, hangi üniversite nasıl yaparsa, el yordamıyla giden kamu hastaneleri. Geliyorum günümüze, umarım bu geçmiş tarihle sizi fazla sıkımsamışım. Ama hani "Kamu Hastaneleri" canlansın zihninizde diye düşünüyorum.

Şimdi hastanelerdeki bu kaotik yapıyı durdurmak üzere, 2002 de hem hükümet programında tek çatı kavramı geçiyor, hem acil eylem planında tek çatı kavramı geçiyor. Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrudan tek çatıyı ifade etmiyor, ama hastanelerin harmonize edileceğine dair bir ifade var. Şimdi, dolayısıyla, ben onun için Eriş Bey'in hemen Dünya Bankası'yla bunun ilişkisi vardır görüşüne katılmıyorum. Niye dersiniz? Bunu açık yüreklilikle dostane söyleyeyim, Sağlıkta Dönüşüm Programı yapılan çalıştayın sonunda alınan notlardan yazılmış bir metindir. Ve o çalıştayda, bir halk sağlığı uzmanı da vardır. Cemil Özcan Hocam.

Kayhan Pala: Evet, Manisa'dan.

Sabahattin Aydın: Evet, Manisa'dan Cemil Özcan vardır. Belki Dünya Bankası'ndan etkilenme onun üzerinden var diyebilirsiniz.

Hatırladığım kadarıyla Serdar Savaş vardır o toplantıda dışarıdan davet ettiğimiz kişiler arasında yani. Kimler acaba? bu konuda fikir yürütmüş, fikir sahibidir diye Bakanlık tarafından davet edilen kişilerdir. Dar bir çerçevede üst politika belgeleri kapsamında üç günlük süren bir çalıştay sonunda alınan notların küçük bir kitapçık hale getirilmesidir dediğim gibi.

Dolayısıyla bu tek çatı ilk günden beri gündemde, ama bu politikayı hayata geçirmek üzere niyetlenen daha doğrusu görev alan biz bürokratlar buna biraz ayak diredik açıkçası. Niye ayak diredik? 60 darbesinden sonra totaliter bir rejim bile bunu başaramamış, Kurucu Meclis'ten kanunu geçirmiş, hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devriyle ilgili. Gayet net bir maddedir o. Kanun Meclis'te kabul edilmiş, ama bu hayata geçirilememiş. Çünkü çok ciddi direnç alanları var, ciddi çıkar gruplarıyla çatışyorsunuz. Biz önce buna cesaret edemedik. Onun için bir ara formülle ortak kullanım protokolünü hayata geçirdik.

Dolayısıyla kamu hastanelerinin 2002'den sonraki bu ilk dönüşüm hareketi budur: ortak kullanım. 2005'te miydi? 2005'teydi galiba, değil mi? yok, 2005'te devir kanunu var. Ondan önce, ondan bir, bir buçuk yıl önce, 2004 demek ki. Ortak kullanım şu: SSK hastaneleriyle Sağlık Bakanlığı hastaneleri için iki kurum arasında bir protokol imzalandı. Bütün sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin Sağlık Bakanlığı'nın hastanelerini kullanabileceği, devlet memurlarının da SSK hastanelerine gidebileceği bir ortak kullanım. Yani aslında kamu kaynaklarını ortak kullanma hedefiyle ortaya konulan bir uygulamaydı. Ancak bu, sorunları çözmedi. Niye çözmedi? Kurumsal taassuplar, diğer kurumdan gelen kişiye öyle bir bürokrasi sundu ki, vaktinizi almak istemiyorum; eğer ilerleyen saatlerde konu olursa, başımdan geçen olaylardan da örnekler verebilirim. Bir süre sonra tabii, hizmet alan vatandaşlardan ciddi tepkiler gelmeye başladı. Yani bir taraftan işi kolaylaştıracak diye, kamuoyuna duyururken, diğer taraftan vatandaşın gittiği hastanede karşılaştığı engelleri görünce ciddi sıkıntılar yaşanmaya başlandı. Böylece hükümet, bizzat bir kabine toplantısında benim de bir sunum için gittiğim toplantıda, "bu sorun acilen çözülecek, tek çatı altında bunlar toplanacak" diye karar verdi. Ve hızlı bir kanun düzenlemesi oldu.

İşte, 2005'te devir kanunu çıktı. Aslında bu çıkan 5208 sayılı kanundur. Bu kanun, 224 sayılı kanunun 30'uncu maddesinin şerhinden ibarettir, onu söyleyeyim size. İnanın, neredeyse farklı hiçbir şey yok-

tur. Sadece biraz daha detaylandırmıştır. Süreç nasıl yönetilecek, ne yapılacak diye. Ancak, tabi bu çok sancılı bir dönem oldu. Çok büyük dirençler oldu. Evet o dönem, belki de benim hayatımın en zor geçirdiğim günleridir. Çünkü adeta böyle ve eyalet gibi, Türkiye'nin belli bölgelerinde sorumlular tayin ettik. Bana da neresi verildi dersiniz, İstanbul ve Trakya. Trakya'yı uzaktan yönettim. Zaten her ilde bir hastane var, bir SSK hastanesi var, sorun değil. Ama İstanbul'da sendikalarla, SSK hastanelerindeki lobilerle çatışmalar oldu. Kantin tröstleriyle de. O kadar farklı çıkar grupları var ki. Her neyse, bu konumuz değil, bizim için esas olan bu hastanelerin devriyle ilgili süreç hayata geçmiş oldu. Böylece aslında bir anlamda, kamu hastanelerinin büyük çoğunluğunun, hepsinin değil büyük çoğunluğunun, ortak koordinasyonunu yapabilecek bir güç elde edilmiş oldu Sağlık Bakanlığı'nca. Sosyal Güvenlik Kurumu ile olan ilişkileri düzenleyebilecek bir masa kurulabildi, çünkü bu tam net olamıyordu. İkincisi, hastane standartları, kamu hastanelerinin mevzuat alt yapısını oluşturmak konusunda da bir fırsat doğmuş oldu. Onun için bence bu devrin, sadece hastanelerin mülkiyet devri gibi görülmemesi lazım. Kamu hastanelerinin bütün mevzuat altyapılarına da fırsat tanıyan, koordinasyona fırsat tanıyan önemli bir dönüşümdür diye düşünüyorum, açıkçası.

Arada bir hususa da değineyim. Bu hastanelerde çalışan bir çok arkadaşlarımızı etkileyen bir durum olduğu için bunu söylemek gerek. Hükümet her tarafta üniversite açmaya başladı. Vatandaş talep ediyor. Yerel milletvekilleri "biz tıp fakültesi isteriz" diyorlar. Çok sayıda tıp fakültesi açılıyor. Gördük ki, devirde söz konusu olmayan, yani devrin dışında kalan üniversite hastaneleri tarafında ikinci bir kontrolsüz büyüme başlıyor. Bu büyümeyi bir şekilde hem önleyebilmek, hem de kamu kaynaklarını verimli kullanma adına birlikte kullanım fikri ortaya çıktı. Eğer Sağlık Bakanlığı'nın belli nüfuslu bir ilde bir eğitim hastanesi varsa, üniversite kuruldu diye ikinci bir eğitim hastanesi yapılmasın. Zaten bir eğitim hastanesinde eğitim için belli bir nüfusa ihtiyaç vardır. Bu nüfusun ikiye bölünmesi her iki eğitim hastanesini de gerçek anlamda fonksiyonunu görememesi riski ile yüz yüze getireceği için, bu risklere karşı birlikte kullanım düşüncesi doğdu.

Henüz mevzuatı olmadan ilk uygulama Rize'dir. O gün altyapısı olmayan bir uygulamayla başladı. Ama esas uygulama, bir üniversiteyle Bakanlığın arasında protokol imzalanarak yapılan esas uygulama, 2009 yılında Sakarya Üniversitesi ile Sağlık Bakanlığı'nın Korucuk Devlet Hastanesi arasındadır. Böylece yeni bir kamu hastanesi modeli doğdu. Bir tarafta üniversite var, bir tarafta Sağlık Bakanlığı var. Aslında mülkiyet ve finansal yönetim Sağlık Bakanlığı'nda.

Ama finansal yönetim öyle olmakla birlikte, idari yönetimin, üniversitenin onayıyla yapılması gereken bir model ortaya çıktı. Bu da Bakanlık'la üniversite arasında maalesef yıllardır bir türlü çözülemeyen sorunlara yol açtı. Sürekli çatışma alanı haline dönüştü. Bu hastanelerde çalışan personelin de bu sürtüşmelerden nasibini aldığını herhalde yaşayanlar bilir.

Kayhan Pala: Maalesef böyle. Biraz açabilir miyiz konuyu? Sizce bunun nedenleri nedir acaba?

Sabahattin Aydın: Hocam şöyle: Aslında bu tür modeller Batı'da da var. Hatta o kadar farklı modeller var ki, batı ülkelerinde. Mesela İngiltere'de hastaneler NHS'nindir, ama üniversiteler NHS ile afileye çalışırlar. En son KÖO modelleri dışında, neredeyse hepsi böyledir. Amerika'da da çok farklı modeller var. Batı tipi insanlar daha kuralcı. Biz Doğu, insanıyız. Ne kadar kendimiz batıya özensek de davranış biçimiz tek lider, tek önder bekliyor. Yani biz üç kişi yola çıkarsak, birimizi lider seçmezsek aramızda ihtilaf çıkarırız, kültürel olarak böyleyiz. O yüzden, birlikte kullanımda aslında görev tanımları farklı olan iki eşit kurum var. Dolayısıyla kendi görev tanımları çerçevesinde, bu eşit kurumun -hayat felsefesi olarak düşünün- demokratik bir ortamda görev yapmaları lazım. Ama öyle olmuyor. İkisinden biri lider olmaya çalışıyor. Üniversite diyor ki, "Bakanlık kim oluyor? Akademik kurullar biziz, üniversiteye biz karar veriyoruz" diyor. Asistan eğitimi ile ilgili Sağlık Bakanlığı'nda, tıpta uzmanlık mevzuatını, kanunda da işaret edildiği şekliyle belirleyen bir kurum. "Asistanları ben yetiştireceğim, sahada ben kullanacağım öyleyse, bu asistanların yönetimiyle ilgili söz sahibi olmalıyım" diyor. Efendim, üniversite diyor ki "biz üniversiteyiz, başhekimleri de yetiştiren kurumuz, başhekim gibi yöneticileri biz atarız", diyor. "Bakanlık kim oluyor?" diyor. Bakanlık ise "hastane benim, başhekimimi benim atamam lazım" diyor. Ben tarafları okumaya çalışıyorum. Bu sefer hülleler arıyorlar. Öğretim üyesi olsun, Rektör evet desin, Bakan evet, desin vb. Bazen günlerce başhekim atanamayan üniversite hastanelerimiz oldu, Rektör ve Bakanın uzlaşmamasından dolayı. Bazen de Bakanın Rektörü dinlemeden atadığı, Rektörün çatışma içinde olduğu, Tıp Fakültesi Dekanı'nın çatıştığı hastane modelleri çıktı karşımıza. Arada ne bileyim, daha detayına girdiğimizde hasta bakma vesaire detayı da var, ama oralara girmiyorum. Birlikte çalışan hekimlerin mesailerini, iş dağılımı açısından da çok ihtilaflar var. İster istemez Sağlık Bakanlığı hizmet odaklı, vatandaş odaklı, "vatandaşının ihtiyacı görülmelidir" diyor. Üniversite diyor ki, "bizim akademik görevlerimiz var, bizim asli görevimiz vatandaşın hizmetini görmek değil, daha iyi eğitim vermektir" diyor, "araştırma yapmaktır" diyor vesaire. Bu öncelikler de çatışma alanı haline geldi. Onun için, sözünü ettiğim şeyler bir art niyet değil;

bu tür kurumların farklı öncelikleri, farklı hedefleri ve farklı bakışları var. Ama bence en kritik husus, demokratik bir şekilde birden fazla eşitin, bir yerde bir takım oluşturacağı bir kültüre biz çok rahat adapte olamıyoruz. Birinin öne çıkması gerekiyor. Bunu siyasette de görüyorsunuzdur siz muhtemelen. Evet, sanırım sorunun cevabı oldu. Eğer yetersizse, sonra açtığımızda devam ederim.

Kayhan Pala: Ben özellikle, finansmanla ilgili bölümün etkisinin de vurgulamasını beklerdim. Sonra da konuşabiliriz. Ama şunun için söylüyorum, örneğin dekanlıkların ya da öğretim üyelerinin, bizim asıl işimiz hasta bakmak değil derken bu performans adındaki hizmet başı ödeme sisteminin getirdiği ek ücretler yüzünden, aslında eğitimin de araştırmanın da bir kenara bırakıldığı da bir gerçeklik olarak karşımızda duruyor. Dolayısıyla buradaki temel çatışma, belki birazdan tartışırız biraz, Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye'deki sağlık ortamını kendisinin konsolide etmesiyle ilişkili gibi de görünüyor diye bu çerçeveyi çizmek istedim.

Sabahattin Aydın: Sadece altını çizeyim, performans konusu başlı başına bir oturum konusu. Orada aslında üniversitelerin kendi performans ve eğitim hastanelerinin kendi performans hedeflerinde eğitime ayrılacak süre çok nettir. Aslında orada performans, performans kelimesi bile hatalı, o da bizim hatamız. Yanlış bir kelimeyle devreye girdik. Aslında bu teşvik modeli, performans sistemi değil. Bu teşvik modelinin teşvik unsurlarında eğitim de var. Ama oralar hep görülmüyor, çünkü insanlar en kestirmeden en belirgin gördüğü şeye odaklanarak tartışma yapıyor. Ben yani sadece bu sorunuza cevap için söyleyeyim. Bakın, ben Haseki Hastanesi'nde, biliyorsunuz, kısa bir dönem şef olarak çalıştım.

Kayhan Pala: Evet.

Sabahattin Aydın: Baktım ki şef arkadaşlar kaşelerini veriyorlar, harıl harıl sanki polikliniklerde onlar hasta bakıyor gibi, bir puan yazdırıyorlar, kendilerine. Toplantı yaptım. "Arkadaşlar", dedim, "bakın, ben aynı zamanda Müsteşar Yardımcısıyım. Gidip geliyorum, ama meslekten kopmak istemiyorum. Haftada bir gün ameliyatlara giriyorum bu hastanede. Size örnek olmak için kaşe bastırmıyorum. Hiçbir hastaya ben baktım diye kayda geçirmiyorum. Hatta özel bir hastam varsa ve baktımsa, böyle asistan arkadaşına ya da uzman arkadaşına gönderiyorum diyorum ki, reçetesini yazar mısın? Senin hastan olsun, benim kaşem yok diyorum. Ama aldığım döner sermaye, bakın sizden farklı mı?" Evet, küçük bir fark vardı. Niye? Çünkü eğitim sorumluluğu taşıyanların o performans skalasındaki hedefleri hasta bakmak değil, onun için o konu ayrıca tartışılabilir. Bence orada anlayış

farkından dolayı, hep herkes bir yeri görüp ona göre yargıya varıyor; Gazali'nin fil metaforu vardır; biliyorsunuz, kör nereyi tutarsa orası zanneder. Hep tartışma bunun üzerine gitti.

Evet, ben, izin verirsiniz devam edeyim. Birlikte kullanımdan bahsettim. Geldik şimdi 2010 sonrasına, 663 sayılı KHK'ya. Şimdi 663 sayılı KHK idari ve mali özerk hastane modeli değil. Önce altını çizeyim. Evet, ben artık o tarihte görevde değilim, 663 çıktığında. Ama, 663'ün hazırlık çalışmalarında bulunduğum için, süreci ve mantığını az çok biliyorum. Bunun ana mantığı şudur: bakın, aynı yıllarda, daha doğrusu ondan önce Kamu Temel Kanunu hazırlanmıştır. Bu kanunun ana mantığı, merkezi bir hükümetten yerel yönetimlere yetki devredilen 657 sayılı kanundaki, merkeziyetçi ve devlet memuru odaklı devlet yapısını daha esnek bir yapıya dönüştürmeyi amaçlayan ve önce belediyeleri ama sonra işte bölücülük vesaire gibi bazı konularda itirazlar gelince, belediyelerden bazı görevleri özel idarelere devrederek özel idarelerin güçlendirildiği, ama belediyelerin de bu arada güçlendirildiği bir anlayışa dayanıyordu. Bu kanun Meclis'ten geçti. Aynı zamanda bu kanun, emeklilik yaşını da 65 yaşa götürüyordu o zamanlar. O zamanki Cumhurbaşkanımız Ahmet Necdet Sezer bu kanunu veto etti. Aslında, 663 sayıdaki KHK'nın ana kurgusu bu kanunla beraber çalışılmıştı. Çünkü bu kanunun ana fikri, dediğim gibi, daha çok yerel yönetimlerin güçlendirildiği bir ülke öngörüyordu. Artı, dediğim gibi, devlet memurluğunu, yani bir tek performansla memur olup, disiplin suçu işlemeyen ömür boyu iş yapmasanız da bir performansınız olmasa da iş güvenceleri olan bir yapıdan da uzaklaştırmaya çalışıyordu. Bugün doğrudur, yanlıştır tartışılır, ama bu kanun veto edildi.

Benim yorumum, burası tamamen kişisel görüşüm, ilk günlerde yeni iktidar olan hükümet, kendi vizyonu ile bunları yapmak istedi. Ama bir süre sonra iktidarın da bir güç olduğunu fark edince o zaman merkeziyetçi otorite iktidarlara büyük fırsat veriyor. Tamamen şahsi yorumum, böyle düşünerek herhalde diyorum, kanunu tekrar meclise getirmedim. Kanun tekrar Meclise gelseydi revize edilip geçebilirdi. Hiç revize edilmeden de geçse yine Cumhurbaşkanı'nın ikinci veto hakkı yoktu. Dolayısıyla, ama belli ki iktidar kanadı da bu kanunun kendi iktidarı için çok uygun olmadığı kanaatine varmıştır diye düşünüyorum.

663 Sayılı KHK, ülkemizin nüfusu düşündüğümüzde ise 80 milyon, 85, 87 milyona da çıktık şimdi, merkezden yapılan yönetimin çok etkili olmadığı, merkezin çok hakim olamadığı düşüncesiyle daha çok yerinden yönetim mantığı ile kurgulanmış bir kanun hükmünde kararname. Ana mantığı nedir?

Ana mantığı hastaneleri, gruplar. Bunun Batı'da çok örnekleri vardır, bazıları kooperasyon der, bazen holding kelimesini kullanır Kamu hastaneleri için bile. Yani, mesela, en basiti nedir? kooperasyona Avustur-ya'da örnekler vardır. Gruplayıp, bu grup hastanelerin ölçek ekonomisini de kullanarak, birbirleriyle kay-nak paylaşımını da sağlayarak, birinin eksikliğini diğeri tamamlayarak, belli lokasyondaki hastaneleri güçlen-dirmek ve kendilerinin birçok kararları kendilerinin almasını sağlamaktır.

Hani buradan Eriş Bey'in bağlantı kurmaya çalıştığı Dünya Bankası'nın raporuyla ilişki kurmak için özerklik denebilir bir ilişki var dersiniz, bu tam bir özerklik değil, bunu söyleyeyim. Ama doğrudur, birçok kararı kendilerinin alabildiği bir yetki devri var orada. O açıdan olur, ama mali özerklik hiç yok zaten. Mali özerklik, eğer siz kamuya bağlıysanız ve kamu size para veriyorsa, üniversiteler de dahil bugün özerk kurumlar değil, çünkü kamudan parasını alıyor. Dolayısıyla, kamunun doğrudan bütçe verdiği bir kurumun özerk olması, mali olarak özerk olması mümkün değil zaten. Öyle bir şeyin de hiç akıllardan geçtiğini düşünmüyorum. Ben de şahit olmadım.

Sadece büyükşehir, İstanbul gibi büyükşehirlerde birden fazla hastane grubu yapılmak zorunda kalındı. Çünkü çok sayıda hastane var. Sadece, o şehrin nüfusu değil. Anadolu'nun nüfusu da oraya kayıyor. Ankara'da kısmen böyle. Buralarda bu gruplamalar bütün bir şehri değil, şehri, birkaç grup, oluşturarak hastane grupları oluşturuldu. Kamu hastaneleri, KHK'da 663'te küçük illerde de yakın illeri bir araya getirerek bir grup oluşturuldu. Bir de bunların yönetici atama mantığı da şuydu: Doğrudan Bakan atamıyordu. Önce bunlar bir kurum altında toplandı, Kamu Hastaneler Kurumu başlığı altında. Kamu Hastaneler Kurumu'nun ayrılmasının da mantığını söyleyeyim biraz. Niye böyle bir kuruma ihtiyaç duyuldu? Açıkçası, Bakanlık koltuğuna oturan kişi Bakan, siyasi baskılardan ve telkinlerden kurtulamıyor, öyle ki kendisi kendi iradesi dışında birçok atama yapmak zorunda kalıyor. Bu biraz, acaba hastane yönetimlerini bu siyasi telkinlerden, siyasi baskılardan kurtarabilir miyiz? Çünkü bunlar Bakanlığın altında da yapılabilirdi. Bir TUBİTAK gibi bir kurum yaparak. Acaba bunları biraz daha Bakanlık'tan uzaklaştırabilir miyiz? Bakanlığın siyasi tasallutundan uzaklaştırabilir miyiz? diye bir düşünce vardı. Şimdi, Bakan onun için doğrudan kurum başkanını atıyordu. Ondan sonraki atamada onay rolü vardı, sadece genel sekreterlerin atamasında. Ama daima herkes bir altını öneriyor, bir üstünün onayını alıyordu. Yani böylece zincirleme olarak yönetimde bir uyum öngörülüyordu. Yönetim mantığı açısından, merkezi olarak örgütlenme böyle tasarlandı. Ama 663 sayılı KHK'nın yumuşak karnı da vardı. Onu da söyleyeyim. O da taşra örgütlenmesini çok iyi tanımlayamadı.

Daha çok merkezden yani, söyledim, yerinden yönetim öngörüp yerinden yönetimdeki teşkilatlanmayı çok net ortaya koymadı. Daha çok merkezi olarak ne yapılacağını tasarladı. Kurumun yetkileri belliydi. Her şey belliydi. Ama yerinden yönetim deyince şöyle: kendi kurumlarını örgütlemişti, hastaneler, hastane grupları o zaman Genel Sekreterlik gibi bir tabir kullanıldı. Çok eleştiri aldı, Komünist Partinin Genel Sekreteri en yetkilidir burası da öyle midir falan diye. Ama müdür diyemiyorsunuz, direktör demeniz Türkçe değil. Efendim, başkan diyorsunuz başka anlama geliyor. Doğrudur demiyorum ama o gün öyle bir kelime kullanılmış Genel Sekreter diye bunun en üstündeki kişi.

İkinci bir şey, hastanelerdeki başhekimlikler doktorların ikinci göreviydi. Doktorların bu ikinci görevi olduğu anlayışından da biraz eleştiri alıyorduk. O konuda son derece haklı eleştiriler çok fazla. Düşünün, yani, 4 işlemden sonra, biyoistatistik, o da çoğu zaman ezberleyerek geçilir. Halk sağlığı olarak siz bilirsiniz. Ama normal tıp eğitiminde biyoistatistik hızlıca, hele bir de birinci sınıfta veriliyorsa öğrenci hiç anlamadan geçer. Sonra da lisedeki öğrenim dışında hiç matematik bilmez. Ama ondan sonra ayda milyonlarca paranın döndüğü bir bütçeyi yönetme sorumluluğu veririz biz doktorlara. Bereket versin, seçilmiş zeki insanlar olduğu için adapte oluyorlar. Aksi takdirde, alelade bir insanı oraya koysanız bu eğitimle hastaneyi yönetmesi mümkün değil. Bu da zaten, bu sadece bizim değil, bütün dünyada tartışılan bir sorundur: hastanenin tıbbi yönetimi ile diğer idari işleri acaba farklı profesyoneller tarafından yapılın mı diye. Bu konuda uzlaşma yok. Birçok ülkede deneyenler var. Üst yönetici, hekim dışı olsun anlayışıyla yapılan uygulamalar var. Sonra bu yöneticilerin sağlıktan anlamaması, hekimlerle diyalog kuramamasının doğurduğu sorunlar var. Hekim olsun diyenler var. Biz önce, 663 sayılı KHK çıkmadan önce bunu başhekimlerimizi eğiterek çözmek istedik. Mesela İstanbul'da o dönemdeki bütün başhekimlerimiz sağlık yönetiminde yüksek lisans eğitimine başladılar. Zorunlu tuttuk başhekimlerimize, bunu. Ve hala da şu anda bile yönetici olan, o dönemden eğitimini, sağlık yönetimi eğitimi almış başhekimlerimiz var. Hani aklıma gelen ilk örnek Çamsakura'nın şu andaki başhekimidir mesela. 663 çıkınca da acaba biraz o tartışmalarda hekim dışı bir yönetici, yani, işletme yönetimi, yönetim bilimini okumuş bir yönetici hastanenin üst yönetimine devralsa, tıbbi yönetimi de başhekim yürütse gibi bir düşünceyle 663'e bu da kondu. Buradaki kavram kargaşası da 663'ün büyük hatasıdır, onu da söyleyeyim. Bir değişim yaparken, dönüşüm yaparken kelimeler, kavramlar çok önemli, çok hassas. Sizin kastettiğinizle uygulayıcının algıladığı aynı olmuyor, eğer kavramı çok net ortaya koyamamışsanız. Başhekim bizde eskiden gelen, ser tabipten gelen, hekimbaşından gelen, aslında en

yüce kişidir kurumda. Dolayısıyla siz Batılıların medikal direktör dediği bir kişiye başhekim dersiniz, hastane yöneticisi dediğiniz kişiyle makam kavgasına başlarlar. Amir memur ilişkisi kurmaya başlarlar. Nitekim bu çatışmaları da hastane içinde 663'te görmeye başladık. İkinci hatası, 663'ün, yereldeki görev sınırlarını çok öngöremedi demiştim, biraz önce ısrarla. Konuyu buraya getirmek istiyorum. Kamu Temel Kanunu'nun veto edilip bir daha geçmediğini belirttim ama yerel yönetimleri, İl Özel İdareleri'ni güçlendiren başka düzenlemeler gerçekleşmişti. Bu durumda özel idare ve valinin yetkileriyle hastane yönetiminin yetkileri çatışmaya başladı. Çünkü biz güçlü hastane yöneticileri oluşturmaya çalıştık, ama halbuki sağlık müdürü valinin danışmanıydı. Yani sağlık konusundaki memuruydu. Hastane yönetimi ise sağlık müdürünün memuruydu. Yani hiyerarşi böyleydi. Dolayısıyla vali herhangi bir talepte bulunduğunda emir komuta zinciriyle bu talep yerine getirilirdi. Valileri suçluyor değilim. Yerel milletvekillerimiz, iktidar ve muhalefeti hiç ayırmadan milletvekilleri siyasi güçlerini kullanarak talepte bulunurlar. İl den talepte bulunurlar, Belediye Başkanın'dan talepte bulunurlar. Bu talepleri bazen çok masum bir hastanın işinin görülmesi de olabilir, bir hastaya rapor verilmesi de olabilir. Bunlar illa gayrimeşru talep olmak zorunda değil, ama işin kolaylaştırılmasını istiyorlar. Fakat bazen istedikleri talebin sırasıyla, içeriğiyle meşru olmadığını da bilemeyebilirler. Şimdi, bunlar bu tür talepler, bakın, vekiller, yerel yöneticiler, belediye başkanları ve valilik, özellikle valiler hastanelere biz emredemiyoruz, bizim sözümüzü dinlemiyor şeklinde bir serzenişe başladılar. Ciddi olarak bütün illerden bu tür bir tepki gelmeye başladı. Dolayısıyla bu yereldeki güç artışında denge sağlayamadı 663 sayılı KHK.

Yine 663 KHK'nın bir başka sıkıntılı yönü, kamu hastanelerini güçlendirme hedefi gibi halk sağlığı hizmetlerini de güçlendirebilmek mantığıyla yapılan düzenlemeydi. Kamu Hastaneleri Kurumu olduğu gibi müstakil bir Halk Sağlığı Kurumu olsun, Sağlık Bakanlığı denetimle mevzuatla uğraşsın. Bunlara biraz üçüncü gözle dışarıdan bakabilsin. Aslında Avrupa'da bazı hastanelerin, özür dilerim Sağlık Bakanlıkları'nın adı Halk Sağlığı Bakanlığı'dır. Doğrusu da bence budur. Aslında halk sağlığına iyi odaklanması gerekiyor Sağlık Bakanlığı'nın. Öyle ki çok sektörlü olarak bakması lazım. Yani halk sağlığını merkeze alıp sanayiye de, eğitime de, ulaşım da, her şeye karışabilir duruma gelmesi lazım, sağlık temelli olarak normları koyarken. Bakanlık yine o durduğu politik pozisyonla bunu yeterince başaramıyor. Örnek vereyim size, okul gıdalarıyla ilgili bir karar alacak, Ticaret Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı ile uzlaşıyor. Ticaret Bakanlığı engel olmaya çalışıyor. Bunun bir iktidarla ilgisi yok arkadaşlar. Bu tarih boyunca böyle.

Efendim restoranlarda tuzu kaldıracağım, sigarayı yasaklayacağım diyorsunuz, Turizm Bakanlığı çok rahatsız oluyor. Turistler kaçacak diyor gibi. Bu tür şeylerden etkilenmemesi adına Halk Sağlığı Kurumunu da güçlü bir kurum haline getirelim düşüncesiyle Halk Sağlığı Kurumu da ayrılmış oldu. Burada yapılan teknik bir hatayı da söyleyeyim. Hıfzıssıhha Merkezi, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi kapatıldı gibi bir intiba oldu. Bence KHK'nın en büyük hatası Hıfzıssıhha Merkezi'nin adını kaldırmış olmasıdır. Keşke o adı korunsaydı. Aslında, Halk Sağlığı Kurumu diye kurulan kurum, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi'nin güçlendirilmesinden ibaretti. Oradaki yapı, 663'teki, okursanız görürsünüz, olduğu gibi kurumu korur. Onun dışındaki halk sağlığı ile ilgili Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ndeki yapıları da oraya taşır. Ama, Hıfzıssıhha Merkezi adını kaldırıp Halk Sağlığı Kurumu koyunca, biraz Türkçeleştirme gayretinden de kaynaklandı bu. Kamuoyunda, güçlendirmeye çalıştığınız bir yapının, zayıflatıldığı gibi bir algı oluşmaya başladı. Bu da bir handikaptır 663 de. Ama en büyük problem, bütün bu anlattıklarımın sonrasına esas husus: Kamu Hastaneleri Kurumu'nun ildeki bölgelerdeki temsilcisi Kamu Hastaneleri Genel Sekreterleri, Halk Sağlığı Kurumu'nun yereldeki temsilcisi Halk Sağlığı Müdürü. Bir de İl Sağlık Müdürü var. Bu sefer üçlü bir yapı oluştu. Bu üçlü yapı arasında, aynen biraz önce birlikte kullanıma verdiğim cevap gibi hiyerarşi kavgası başladı, bu üçlü yapı arasında. Sağlık Müdürü, "ben müdürüm niye hastanelere müdahale edemiyorum?" diye serzenişte bulundu. Yine aynı Sağlık Müdürü, Halk Sağlığı Müdürü'ne "benden il valisi istedi, niye şunu yapıyorsunuz ya da yapmıyorsunuz? diyebilirdi. Bu da ildeki görev dağılımında çok net olamamasından kaynaklandı. Sonuç itibarıyla ben yine de savunuyorum, 663'teki kamu hastaneleri modeli kötü bir model değildi. Hastanelerimizin en çok harekete geçtiği, kendilerini güçlendirdiği, hasta odaklı hastaneler haline gelmeye çalıştığı, kendi inisiyatifleriyle yaptıkları sevk sistemlerinin, randevu sistemlerinin, HBYS'lerin hızlı bir şekilde geliştiği bir dönemdir o dönem. Ama bir yığın, problem ürettiğini de açıkça söylemiş oldum.

Bu üretilen problemlerden en çok rahatsız olan kesim bizzat iktidarın kendisiydi. Çünkü sahadan bu şikayetler her basamaktan geliyordu. İl yöneticilerine, sağlığın il yöneticilerinin aralarındaki hiyerarşi problemlerinden geliyordu. Valilerden geliyordu, belediye başkanlarından geliyordu, milletvekillerinden geliyordu. Bu şikayetler artınca hükümet 663 KHK'yı değiştirme iradesini ortaya koymuş oldu.

Dolayısıyla 663'ün hemen arkasından çıkan, yani 2017'de çıkan 694 sayılı KHK bir anlamda 663'ü yürürlükten kaldıran, kaldırma operasyonudur. Peki ne yapıldı kaldırılırken? Bir kısım yapılar

korunmaya çalışıldı, mesela çok sayıda hastanesi olan illerde hepsi birden sağlık müdürüne bağlı olduğu düşününce denetimi zorlaşmaktadır. Çoğu zaman illerimizde sağlık müdürü de bir pratisyen hekimdir. Bereket versin, son zamanlarda öyle olmuyor artık. Bu arada, Türkiye Cumhuriyeti tarihinde ilk halk sağlığı uzmanını Sağlık Müdürü olarak atayan ekip de biz olduk. O da bize nasip oldu. Bir tarafta düşünün, eğitim hastaneleri var, bir tarafta da pratisyen bir sağlık müdürü var ya da uzman bir sağlık müdürü var. Ben İstanbul'da, belki bilmiyor olabilirsiniz, 2001-2002 yılları arasında Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü yaptım. O zaman eğitim hastanelerine sağlık müdürünün giremediğine şahit oldum. Bırakın yönetmeyi, bırakın sözünün geçmesini. Yani, o kaotik ortam buralara kadar gidiyordu. Şimdi böyle bir ortamda tekrar sağlık müdürünü güçlü kılmak gerektiği için, daha doğrusu bilindiği için yeni 694'te yeni bir yapı kurulmaya çalışıldı. Aslında, eski genel sekreter denen kişiler "Başkan" adıyla Sağlık müdürü yardımcısı yapıldı. Diğer bir husus, yöneticilerimizin maaşları çok düşüktü. Bir doktoru Sağlık Müdürü yaptığınız zaman maaşı düşüyordu. Doktorlar bu görevleri isteyerek kabul etmiyordu, istemiyordu. Onun için sağlık müdürlüklerine biz yetişkin doktor bulamıyorduk. Bazı küçük illerimizde doktor dışı kişiler sağlık müdürlüğüne vekalet ediyordu. 694'le de bu sorunu çözme niyetiyle sağlık müdürünü de sözleşmeliye geçirip maaşını artıracak bir model bulunmuş oldu. Böylece 694'ten sonra, Türkiye genelinde birçok akademisyen de sağlık müdürü olmaya başladı. Sağlık müdürü olunca kaybolan özlük hakları engellenmiş oldu. 694 bir anlamda eskiye bir dönüştür. Eskiye dönüş derken kötü bir yapı olmuştur demiyorum, ama 663'ün kurmaya çalıştığı yapı ortadan kaldırılmıştır. 663'ün mahsurları da bu sayede kalkmıştır. Yani bence palyatif bir adımdır bu.

Bu arada, bir şeyi söylemeyi unuttum. Bir de 669 sayılı KHK var. O da asker hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri. Daha önce bu 5208'de devir yapılırken asker hastaneleri istisna tutulmuştu. Ama ona rağmen o ortak kullanımdan bahsettim ya size. O zamanki Genelkurmay Başkanı'yla görüşülerek onun da onayını alarak ortak kullanıma asker hastaneleri de dahil edilmeye çalışılmıştı. Ama oradaki askeri bürokrasisinde buna evet denilerek, uygulamadaki zorluklarla engellenmiş oldu. Niye onlarda ortak kullanıma dahil edilmek istendi? Onu da anlatayım. Türkiye'de o tarihte asker hastanelerin doluluk oranı %10 civarındaydı. Dolayısıyla düşünün, böyle büyük bir atıl kapasite var bir tarafta, diğer tarafta hastanelerde kuyruk var. Diğer taraftan orada çalışan hekimlerin de pratiği yok neredeyse. Çalışan bir Ankara GATA var. Bir de kısmen İstanbul Haydarpaşa GATA var. Onun dışındaki bütün asker hastaneleri çoğu yerde boştu. Ben yıllarca Van'da çalıştım, oradaki

ömrümün üçte biri de asker hastanede geçmiştir. Çünkü biliyorsunuz, terör zamanıydı, hem Hizbullah hem PKK'nın şehir içinde olduğu bir dönemdi. Savaş cerrahisi yapmak zorunda kaldık. Asker hastanesinde biz sivil olmamıza rağmen, yeterli doktor olmadığı için orada bu tür hizmetler verildi. Bazen hastayı bize gönderdiler, bazen biz gittik. Neyse, sonuçta Türkiye'deki asker hastanelerinin durumu bu olduğu için, ortak kullanım ile beraber zaten böyle bir işbirliği anlayışı vardı üst yönetimde. Ancak pratiği çok sonuç vermemişti. Biliyorsunuz asker hastaneleri de FETÖ olayından sonra Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş oldu. Dolayısıyla şu anda üniversite hastaneleri, nadir belediye hastaneleri ve nadir vakıf hastaneleri haricindeki bütün kamu hastaneleri tek bir çatı altında birleşmiş oldu.

Bu arada 663'ünün getirdiği çok önemli bir husus daha var. Onun altını çizeyim. 663 aynı zamanda Sağlık Bakanlığı'nın görev tanımlarını da yapan bir yasa. Daha önce söylemiştim, 1983'ten beri aynı KHK ile yönetildiği için Bakanlık, görev tanımları, hastanelere müdahale etmeyi yani kamu hastanelerinin bütününe müdahale etmeyi dahi, net çizmeyen bir yapıydı. Onun için de diğer kamu hastanelerinin hepsi aslında ruhsatsızdı. Tırnak içinde, Sağlık Bakanlığı'nın hastaneleri de ruhsatsızdı. Yani bir ruhsat normu yoktu ortada ki ruhsat olsun. Burada ruhsatsız derken, "vardı da mı almadık" denmesin, çünkü ruhsatı gerekli görecektir durumda değil hastaneler. 663 şöyle bir hüküm getirdi, Türkiye'de sağlık beyanında bulunan her hizmet ruhsata tabidir. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı'nın aslında sağlığı odağına, merkeze alan bir otorite haline gelmesini sağlamış oldu. Ve bu yüzden ben sağlık hizmeti sunuyorum diyen kişilerin sosyal medyada bile denetimini yapabilir hale geldi. Ceza verebilir hale geldi. Her türlü sağlık hizmeti veren kuruluşun ruhsatlanmasıyla ilgili altyapı oluşturmaya çalışıldı. Ve kamu hastaneleri de dolayısıyla sağlık hizmeti sundukları için ruhsata tabi kurumlar haline geldiğinden Sağlık Bakanlığı, kamu hastanelerinin ruhsatlandırmasına yönelik bir altyapı, bir alt mevzuat oluşturdu. Tabii Türkiye'de güncel şartlara uyabilecek kamu hastanesi çok azdı. Bunu da unutmayalım. Yok denecek kadar azdı. Bu hastanelerin yapılarına göre bir güncel mevzuatınızı oluştursanız çok ilkel kalırdınız. Onun için eskiden beri mevcut yürüyen kurumlar, kamu hastaneleri, şu anda hepsi geçici bir ruhsatlandırma ile görevlerine devam ediyorlar.

Normalde Sağlık Bakanlığı'nın özel hastanelere koyduğu kurallar gibi kamu hastanelerine de kurallarını net koyup bundan sonra açılacak kamu hastanelerinin bu standarda göre açılmasını sağlaması lazım. İster üniversite açsın, ister belediye açsın, ister başka bir mazbut vakıf açsın.

Dolayısıyla, kamu hastanelerinin 663 ile beraber ilk defa ruhsatlanabilir kurumlar haline geldiği bir döneme girmiş olduk. 694 KHK bu konuya hiç girmemiş oldu. Cumhurbaşkanlığı sistemine geçilince 703 sayılı KHK ile de 694 komple lağvedildi. Aslında hiç bir hükmüne dokunulmadan Cumhurbaşkanlığı 4 No'lu kararnamesi ile biliyorsunuz, teşkilatlar aynen kanunlardan çıkarılıp oraya aktarıldı.

Şimdi, buradan baktığımızda, bu bilgilerden sonra, devlet hastanelerimiz var, eğitim araştırma hastanelerimiz var, üniversite hastanelerimiz var. Bu devlet hastanesi ve eğitim araştırma hastanesi dışında entegre hastane diye belirttiğimiz küçük ilçe hastanelerimiz var. Sağlık Bakanlığı bu hastaneler tek düze olmadığı için, bunları ABCD diye, ayrıca kendisi kategorize ediyor. Üniversiteyle, Devlet Hastanesiyle ve Eğitim Araştırma Hastanesinin afilasyonu (birlikte kullanım) sonucunda ortaya çıkmış bir hastane modeli daha var. Üniversite benim hastanem diye yazı yazıyor, Sağlık Bakanlığı benim hastanem diyor. Bu arada, bir parantez, bazen öyle nahoş durumlar var ki, eğitim hastanesi de olmayan bir ilde açılmış bir tıp fakültesi olduğunda ne yapacaksınız düşünün. Yani, sizin kendi programınızda eğitim hastanesi dahi orada açmayı düşünmemişsiniz. Ama tıp fakültesi açılmış. O zaman devlet hastanesi hızlıca eğitim hastanesine dönüştürüp, birlikte kullanımla üniversite açılıyor. Bir de böyle hastanelerimiz var tabii. Burada üniversitenin desteğini alarak o devlet hastanesinin eksiklerini eğitim kadrosuyla tamamlamaya çalışılıyor ve böylece eğitim hastanesi vasfı kazandırılmaya çalışılıyor. Böyle örneklerimiz de oluşmuş oldu. Bu arada dediğim gibi az sayıda belediye hastanesi devam ediyor.

Kafa karıştıran bir hastane grubu mazbut Vakıf Hastaneleri. Mesela Vakıf Guraba Hastanesi. Biliyorsunuz, aslında vakıflar, tüzel kişiliktir, ama özel kuruluşlardır. Tarihten gelen, vakfın yöneticilerinin kalmadığı devlete kalmış vakıflar, Vakıflar Genel Müdürlüğü tarafından yürütülür. Bunlara da mazbut vakıf denir. Aslında çoğu zaman vakfın senedine, kuralına uyulmaz. Devletin bir birimine bağlanmış devlet kurumları haline gelmişlerdir. Osmanlı'dan gelen vakıfların büyük çoğunluğu aslında böyle mazbut vakıflar, Vakıflar Genel Müdürlüğü'nün yapısı altındadır. Ama bir kısmı da, İstanbul hastanelerinde örnek verdiğim gibi o dönemlerde belediyeye devredilmiş ve süreçte sorunu çözülmüştür. Azınlıkların vakıf hastaneleri, devlete devretme gibi bir durum olmadığı için, Lozan'la onların hukuku korunduğu için, bunlar azınlık vakıf hastaneleri olarak devam etmişler. Balıklı Rum Hastanesi örneğini verdim. Bu şekilde, bu kavram kargaşasının içinde bulunan az sayıda hastane hala var. Bugün vakıf hastanelerini, Bezmialem hariç o çünkü Vakıflar Genel Müdürlüğü üzerinden kamu

hastanesi kabul ediliyor, diğer bütün vakıf hastanelerini Sağlık Bakanlığı mevzuatı gereği özel hastane olarak kabul edip ona göre ruhsatlandırılıyor.

Eriş Bilaloğlu: Sadece bir saptama olarak söylüyorum. Şu anda yaklaşık bir saat oldu başlayalı.

Sabahattin Aydın: Çok hızlı geçeceğimi zannediyordum. Özür dilerim.

Eriş Bilaloğlu: Ben gayet memnunum açıkçası. Sadece, çok sayıda soru ya da katkı da olacaktır diye düşünüyorum. Çünkü gerçekten bu kamu hastanelerinin dönüşümünü, bence bir kısmında sorumlu olarak bir kısmında da gözlemci olarak tarif ettiniz. Böyle birisi ile birlikte konuşuyor olmak bence hem hepimiz için bireysel anlamda iyi bir şans diye düşünüyorum. Dergi açısından da hoş bir katkı olacak. Çok sayıda aklıma soru da geliyor. Bunu söyleyeyim isterim. Evet buyurun.

Sabahattin Aydın: Yarım saatte bunları anlatırım zannettim. Ama sessiz dinleyen bir kitleyi görünce hızımı alamadım. Kusura bakmayın.

Kayihan Pala: Estağfurullah, çok güzel oldu. Ama eğer şu bağlam üzerinden biraz devam ederseniz, bütünlük içersin diye söylüyorum, bir tanesi şehir hastaneleri meselesi.

Sabahattin Aydın: Oraya geliyorum. Geliyorum.

Kayihan Pala: Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nin kamu hastanelerinin dönüşümündeki makro çerçeve açısından rolünü açarsanız.

Eriş Bilaloğlu: Bir ek de ben söyleyeyim. Sonra da açabiliriz tabi. Ama finansman açısından bu süre boyunca değişimler oldu. Çünkü Sağlıkta Dönüşüm Programı finansman meselesine de bir müdahililikte bulundu. Ve bu müdahale, kamu hastanelerinin dönüşümünde de sadece finansman değil, finansmanın beklenen etkisi olarak çalışanların özlük halkları da dahil, istihdam süreçleri de dahil bir süreci tetiklemiş oldu. Dolayısıyla bu finansman açısından dönüşümün de kamu hastanelerindeki dönüşüme etkisine ilişkin de birkaç notu eğer eklerseniz, ne güzel olur.

Sabahattin Aydın: Tamam. Şimdi, zaten tam kamu hastanesi portföyünde hangi hastaneler var diye sayıyordum. En son mazbut vakıflar dedim. Bir şey söyleyip şehir hastanelerini de bu listede sayacağım.

Vakıf üniversite hastaneleri konusu: benim şahsi kanaatim bu hastaneler kamu değil özel. Ama, Anayasa vakıf üniversitelerini kamu tüzel kişiliğine haiz diye ifade ediyor. Bu açıdan mevzuat karşısında mahkemelere yansıdığına çelişkili kararlar

verilebiliyor. Ama Sağlık Bakanlığı, yani benim görev aldığım günden itibaren vakıf üniversite hastanelerine olabildiğince eğitim açısından imtiyaz mecburen veriliyor, kadro vesaire açısından, altyapı açısından ama onun dışında- tamamen özel hastane mantığıyla davrandı.

Kayıhan Pala: Burada bir araya girebilir miyim? Bizim sağlık komisyonundaki son görüşmelerde buradaki çelişkinin varlığına işaret ettik. Sağlık Bakanlığı Vakıf Üniversitesi Hastanelerine, özel hastane olarak bakıyor. Ama SGK bunları tamamen kamu hastanesi olarak değerlendiriyor.

Sabahattin Aydın: Aynen öyle.

Kayıhan Pala: SGK mevzuatına da kamu hastanesi diye koymuş durumdalar. Burada çok ciddi bir çelişki var gerçekten.

Sabahattin Aydın: Yüzde yüz haklısınız. Zaten aslında ben oraya geliyorum. Bakın, problem, çelişki bu işin esasında var. Şimdi, siz istihdamı iş kanununa göre yapacaksınız, diğer alım satımları tamamen özel sektör mantığıyla yetkilendireceksiniz, ama sosyal güvenlikle ilişkiye geldiğinizde bir dakika diyeceksiniz durum farklı, sen kamusun diyeceksiniz. Onun da dayandığı gerekçesi var. İsterseniz süre uzayacak ama Eriş Bey, yani tam yerine geldi. Sağlık Komisyonun da olduğu için de, Kayıhan Hocama fayda faydam olur diye düşünüyorum. Bir olay anlatayım, izin vererseniz. Bakanlıkta daha ilk günlerde görev aldığımda, bir vakıf üniversitesi hatırlamıyorum şu anda hangisi olduğunu, yatak ücretlerinin onaylanması için bir yazı göndermiş Bakanlığa. Biliyorsunuz, Sağlık Bakanlığı o günkü mevzuatta, hala da öyledir, kamu hizmet bedellerini belirler ki maalesef belirlemiyor. SGK'nın belirlediği listeyi onaylıyor. Yetkisi öyle olmasına rağmen yapmıyor. İkincisi de özel hastanelerin yatak ücretlerini onaylar, belirler değil onaylar. Yani, Bakanlık kayıtlarında, ne olduğu kayıtlı olur. Fahiş bir fiyata izin vermemek kaydıyla. Şimdi vakıf üniversitesi hastanesi böyle bir başvuru yapmış, onaylayın diye. Ben onaylayacağım, ama burası özel hastane mi değil mi? bilmiyorum. Bu sorunun cevabını arıyorum.

Ne yaparsınız siz, benim yerinde olsanız? YÖK'e yazı yazdım. Böyle bir taleple karşılaştım, bu hastanenin statüsü hakkındaki görüşünüzü bildirin diye. YÖK'le maalesef o yıllarda, çok kötü diyaloglar vardı, devlet kademelerinde. YÖK yazıma cevap vermedi. Dolaylı olarak öğrendiğimde Bakanlık'tan gelen yazılara cevap vermeme konusunda talimatlandırılmış bürokrasisi. Bunun üzerine Bakan Bey'e gittim, dedim ki, "böyle, böyle? YÖK'e sordum ama cevap alamıyorum, alamayacağımı da öğrendim. Ne yapmamı önerirsiniz?" Sn. Recep Akdağ Bakan,

"sence ne dedi?" Bana göre özel hastaneydi. Bunlar bütün işleyişle özel davranıyorlar. O zaman özel hastane kabul ettim. Yani tamamen kendi kanaatimizdi. O da, hiç itiraz etmedi. Sağlık Bakanlığı'ndaki çalışma tarzımı bilirsiniz çoğunuz. Ya mevzuatını oluşturmuşumdur, bir konuda davranacaksam, ya da var olan mevzuata uyarak bir iş yapmaya çalışmışımdır. Ama ortada boşluk var. Ne yaparsınız? Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin kapsam maddesini değiştirdik. Resmi gazeteye gönderdik. Yani kapsam maddesine vakıf üniversite hastanelerini ekledik. Sadece küçük bir değişiklik. Yönetmelik yayınlandığı gecenin sabahında beni Başkent Üniversitesi Rektörü Mehmet Haberal Hoca aradı. Haberal ile ulusal hastalık yükü çalışmasını yürütüyorduk, bu yüzden şahsi diyalogum da vardı. Başkent Üniversitesi ile aramızda rapor gidip geliyordu. Onun için de sık sık görüştüğümüz bir dönemdi. İsmimle hitap ederek, "Sabahattin sen ne yaptın?" dedi bana. Resmi Gazeteyi görünce beni aklına getirmiş belli ki. "Hocam, ne yapmışım?" dedim. "Sen, bizi dedi özel hastane ilan etmişsin. Yönetmelik çıkarmışsın?" dedi. "Olabilir" dedim, "Hocam, süreç böyle gelişti, bu konuda çaresiz kaldım. Bakan Bey de benim görüşüm neyse o görüşte davran dedi. Ben de böyle davrandım" dedim. "Ben bu üniversitenin talebine cevap vermek için önce mevzuat altyapımı oluşturuyorum, onu da böyle oluşturdum" dedim. "Ama şunu söyleyeyim, ben sizin görüşünüze saygı duyuyorum. Türkiye'de bu konuda öncülük yapan, ilk ortaya çıkan üniversitelerden birisiniz. Size de sorayım dedim resmi olarak. Sizden gelen görüş her neyse ona göre davranayım" dedim. "Üniversite olarak sorayım, görüşünüzü alayım. Ama şunu söyleyeyim, ben kuralcı bir insanım, çelişkili, ikircikli davranmamaya özen gösteririm. Özelseniz, özel gibi davranırım, kamuysanız kamu gibi davranırım" dedim. "Özelseniz Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne tabi tutarım, kamuysanız, kamu hastaneler kurallarına tabisiniz diye yazı yazarım" dedim. Alımlarınızı, satımlarınızı o zaman kamunun kurallarına göre yapacaksınız tabi. Tabii çok bozuldu, benim bu sözüme. Sonra ne oldu dersiniz? Danıştaya başvurdu. O madde iptal oldu. Yönetmeliğin kapsam maddesindeki vakıf ibaresi Anayasa'da yer alan kamu tüzel kişiliği ibaresine aykırı bulunduğundan özel hastane yönetmeliği kapsamına alınamaz diye bir görüşle, Danıştay'da iptal edildi. Bu husus konumuzun çok dışında, ama Kayıhan Bey, komisyonda olduğunuz için bu hatıramı paylaşayım dedim.

Kayıhan Pala: Sağolun

Sabahattin Aydın: Şimdi, geldik şehir hastanelerine. Şehir hastaneleri deyince, belki sorularla finansman vesaire çok tartışma olacak, ama, ben önce

kabaca söyleyeyim. Şehir hastaneleri nereden çıktı? Eriş Bey müsterih olsun. Dünya Bankası'nın raporunda hiç şehir hastanesinden bahsetmiyor.

Kayhan Pala: Dünya Bankası'nın raporunu söyledim.

Sabahattin Aydın: Şunu da söyleyeyim, belki ilginizi çekebilir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hiçbir yerinde de şehir hastanesinden bahsetmiyor.

Kayhan Pala: Evet, çok iyi biliyorum.

Sabahattin Aydın: Dolayısıyla, şehir hastaneleri aslında spontan olarak süreçte karşılaşılan sorunları nasıl çözebiliriz? arayışının bir ürünüdür. Çözmüşür, çözmemişir bunları beraber tartışabiliriz, ayrı mesele. Ama böyle bir arayışın ürünüdür. Türkiye'deki hastanelerin ortalama ömrü çok eski. Hiçbiri, hiçbir hastanemiz Marmara Depremi'nden sonraki depreme ve deprem yönetmenliğine uygun değil. Yani hele ondan sonra çıkan yönetmelikler de oldu biliyorsunuz. Aslında bugün itibarıyla külliyen bütün hastaneler deprem riskiyle boşaltılması gereken hastaneler, o gözlükle baktığınızda. Sağlık Bakanlığı şimdi o zaman, ciddi bir sıkıntı içinde, buna karşılık. Bu hastaneleri hızlıca yenilemesi gerekiyor. SSK'dan devraldığı hastanelerin bir kısmında deprem güçlendirmesi, mesela Samatya öyledir başlanmış, ama binaya gidip görüyorsunuz zaten SSK hastaneleri tip olarak çağdaş bir hizmet vermeye uygun değildir, biliyorsunuz. Uzun tren vagonu gibi hastane yapılarıdır. Hepsisi öyledir, Okmeydanı da öyledir, eski Göztepe de öyledir. İstanbul'daki örnekleri veriyorum. Bir de deprem güçlendirmeyle beton blokları aradan çıkınca sedye geçmeyen koridorlar, sandalye dönmeyen odalar yani deprem güçlendirmesi yapılan hastaneler de böyle bir tablo içinde.

Dolayısıyla, Bakanlığın hızlıca hastaneleri renove etmesi gerekiyor. Yıkıp yeniden yapması gerekiyor. Bakıyoruz kamu ihale kanunu ile yapılmış hastanelerin ortalama inşaat süresi 7-7,5 yıl. Yani, bir kaynak bulsanız bütün devlet hastanelerini yıksanız, yeniden yapmaya kalksanız, 7 yıl bekleyeceksiniz ki böyle bir şansımız yok. Hasta, vatandaş hizmet alacak, sürekli hizmeti kesmememiz lazım. O zaman ki Bakanımızın güzel bir sözü vardı. "Herkes, aracı durdurur tamire verir, biz tren giderken bozuk treni tamir etmek zorundayız" diyordu. "Treni durdurmadan gideceğiz" diyordu. Şimdi, böyle bir yapıda, hızlı bir hastane inşaatına ihtiyacınız var.

Şunu söyleyeyim son zamanlarda çok tartışılan bir konunun cevabı da olmuş olur. O zaman yatak sayısını arttırma düşüncesiyle ortaya çıkmadı şehir hastaneleri. Eski hastaneleri kapatalım, bununla onların

yerine yeni yatak yapalım. Dolayısıyla ana mantık buydu ortaya çıktığında. Dikkat ederseniz, birçok ilde hastaneler kapatılmaya başlandı. Ciddi bir kamu tepkisi oluştu. Siyaset tepki gösterdi. Tabi sadece siyaset makamı değil, bir hastanenin yer değiştirmesi ciddi çıkar gruplarının kaybına yol açıyor. Yeni çıkar grupları oluşturuyor gibi bir yığın karmaşık durum var. Vaktimiz olsa onları tartışırız, ama onlar uzun konular şimdi. Dolayısıyla bu düşünceyle yola çıkıldı.

Dünya'daki örneklerle bakıldığında milli sağlık sistemi olan ülkelerde ortaya çıkmış bir model KÖO hastaneleri. Nerelerde? İspanya'da, İngiltere'de, İtalya'da. İtalya'da örnek görmedim, gitmedim. Ama İngiltere ve İspanya'da bizzat gidip kendim de hastanelerin inşaatlarını yapıtlarının modellerini inceleme fırsatı buldum. Ben şehir hastaneleri projesinde doğrudan görev almadım. Ama bu fikrin ilk oluştuğu günlerde, neden oluştuğunda varım ekibin içinde. O açıdan, anlatıyorum size. Yoksa ondan sonraki proje döneminde hiçbirinde rolüm olmadı. Ta ki Bakan Yardımcısı olunca mevcut problemler ile ilgilenmek durumunda kaldım. Şehir hastaneleri tabiri de yanlış biliyorsunuz. Kamu özel ortaklığıyla yapılan hastaneler daha çok ulusal kamu sağlık sistemi olan, kamu sağlık sistemlerinin kendilerini güncelle adapte etmek için buldukları bir ara yoldur diye tanımlıyorum ben. Herhangi bir yerden bir nakil değil. Gözlemime dayanarak kendi kanaatimi söylüyorum burada. Bir anlamda, Türkiye'de aslında kamu hastanelerini güçlendirme ve kamu sağlık sistemini güçlendirme gayretiyle Sağlıkta Dönüşüm Programı'yla yola çıktığı için, hızlı bir şekilde bu yola girmiş oldu, mevcut örneklerle bakarak.

Galiba Acıbadem Hastanesi'nde idi. Sağlıkta Dönüşüm Programını anlatıyordum. Özel sektör toplanmış, dinleyicilerden biri kalktı, bana "ne zaman devlet hastanelerini özelleştireceksiniz?" diye sordu. Hani siz liberalsiniz ya? diye düşünüyor. "Devlet hastanelerini özelleştirmeyeceğiz ama korkarım bir gün sizi devletleştireceğiz, o zaman anlarsınız ne yapmak istediğimizi" demek zorunda kaldım.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, dolayısıyla ilk günden itibaren kamu sağlık sistemini nasıl güçlendiririm? mantığıyla davranmıştır. Ama unutmayın ki liberal bir ekonomi var, orada bir piyasa şartları var. Ekonomi zorluyor sizi, o ayrı bir konu. İnşallah oralara girsek tartışırız onu. Dolayısıyla KÖO modelinin ortaya çıkışı bu, bu düşünce. Biz kısa sürede devlet hastanelerini nasıl yenileriz. Yenileriz diyorum bakın, çünkü eskilerini kapatma düşüncesiyle başlandı bu projeler.

Ama süreç içinde dünyadaki sağlık hizmeti konsepti çok hızlı değişti bu dönemde. Nasıl değişti? bakın 2000'li yılların başında bir ülkenin nüfusuna göre yatak sayısını azaltması sistemin iyi performansı olarak

kabul ediliyordu. Dolayısıyla Türkiye’de de bu mantıkla, kamu hastanelerinde yatak sayısını arttırma gibi bir kaygı olmadı şehir hastanelerine başlarken. O yüzden eski hastaneleri kapatarak bu işi yapma düşüncesi ortaya çıktı. Zaten kamu hastanelerinin doluluk oranı %57 idi, altmışın altındaydı, onu da söyleyeyim. Tabi ki yine büyük şehirlerdeki hastanelerimiz farklı, ama Türkiye genelinde hala doluluk oranı çok yüksek değildir, kamu hastanelerine toplamda baktığınızda. O da homojen bir dağılım olmaması daha doğrusu heterojen bir ülkede yaşıyorsunuz. Heterojen bir dağılımda sağlık hizmetini homojen sunmada ne kadar uğraşırsanız uğraşın ideali yakalanmanız mümkün olmuyor. Şehir Hastaneleri böyle mantıkla çıktı. Ama ortalama inşaat süresi üç buçuk yıl, şehir hastanelerinde 3 yıl hatta.

Kayhan Pala: Kayseri Şehir Hastanesi 9 yılda bitti biliyorsunuz değil mi?

Sabahattin Aydın: Hangisi.

Kayhan Pala: Kayseri

Sabahattin Aydın: Hocam, haklısınız. Ben size onların detaylarını da anlatabilirim. Ortalama üç buçuk yıl dedim. Tabii ki hiç bitmedeyebilirdi Kayseri. Yani arka planda detaylarına girdiğimizde, onları rahatlıkla anlatırım orada sıkıntı yok. Bir çoğunu ihaleye alan firma böyle bir hastaneyi yapamayacağını, bu finansmanda bunun altından kalkamayacağını gördü. Bu finansman modeliyle para miktarından bahsetmiyorum. Dolayısıyla iki üç kere el değiştiren yapılar oldu, Şehir Hastaneleri oldu. Bu ülke ilk defa bunu deniyordu. Dolayısıyla bu açıdan, tabi ki dediğiniz problemler var. Sonuç itibarıyla bu niyetle ortaya çıktı. Ama Şehir Hastaneleri bu kadar büyük mü olmalıydı? Bu kadar devasa mı olmalıydı? Bunlar oturup tartışılması gereken konular. Bakın şimdi, bizim eski devraldığımız kamu hastanelerinde yatak başına, kapalı alan 50 ila 80 metredir bu dönemde.

Özel hastanelerde bir farklılık oldu. Hatırlarsanız, özel hastanelerin daha lüks ve daha konforlu olduğu imajı yerleşti. O dönemde bir özel hastanemiz, Gebze’deki bir özel hastanemizin yatak başına kapalı alanı 250 metrekareye çıkmıştı. Bizim, Şehir Hastaneleri’nden KÖO ile yapılan hastanelerimizde, 380 metrekareye varan kapalı alan var. Bunlar tartışılabilir. Niye böyledir? Sonuçta siz, bu devasa projelerde proje ihalesi yapıyorsunuz. Dünya’da yarışmış dereceli kişiler, hastane mimarları devreye giriyor. Önünüze böyle projeler geliyor. Bunlar iyi analiz edilmeli mi? diye ders alınıp değiştirilmeli mi? bunlar hepsi uzun uzun tartışılacak konular. Ama sonuç itibarıyla Şehir Hastanesi’nin ortaya çıkış mantığı budur. Hızlı sürede kamu hastanelerini renove etmektir.

Süreçte dediğim gibi, eski hastaneleri kapatmama gibi bir eğilim başladı. Siyaseti bir yana bırakın, özellikle çıkar gruplarıyla çok büyük çatışmalar çıkıyor sonuçta. Şehir içindeki siz Ankara Numune Hastanesi’ni kapattığınız zaman karşısındaki medikalçileri, eczaneleri, hepsini Meclis kapılarına gönderiyorsunuz. “Biz, dükkanlarımız ne olacak?” diye arayışlar başlıyor. Bunun gibi bir yığın problemlerle uğraşıldı. Bakanlığın sonraki dönemlerdeki kararları eski hastaneleri kapatmama yönünde oldu. Hatta benim Bakan Yardımcısı olduğum dönemde, eski hastanelerin bir kısmını da bu arada yıkıp yapma gibi yatırım projeleri üzerine çalışıldı. İhaleleri yapılanlar var.

Bayazıt İlhan: Bir soru soracağım bu hastanelerle ilgili. Şimdi biliyorsunuz, taşınacak hastanelerin mekanlarının da ihaleyi alan şirketlere verilmesi gündemi vardı. Ondan da vazgeçildi sanıyorum.

Sabahattin Aydın: İlk kanunda hiç öyle bir şey yok, onu açıkça söyleyeyim. Ne kanunda, ne mevzuatta ne de niyette böyle bir şey yok, o bu işe karşı çıkanlar tarafından oluşturulmuş ve argümandı. Çünkü şehrin merkezindeki yerleri onlara verme gibi bir şey yoktu. Sadece hastanenin arazisini tahsis etme var biliyorsunuz, bu inşaat. Onun dışında eski hastanelerin verilmesiyle ilgili, yani benim Sağlık Bakanlığı’nda olduğum hiçbir dönemde gündem dahi olan bir konu değildi. Hiç bir mevzuata girmede bu, onu söyleyeyim. Böyle bir şey de, gündeme hiç gelmedi. Ama hani Şehir Hastanesi’ne karşı çıkma argümanında kullanılan argümanlar bunlar. Bunlar hiç olmadı. Hatta örnek vereyim, mesela, Yüksek İhtisas boşaltıldığında Ankara Üniversitesi, aslında biliyorsunuz mülkiyeti Ankara Üniversitesi’ne aittir, hemen geri istedi, haklı olarak istedi hastanesini. Hiçbir alanda verilmedi böyle bir şey. Ne mevzuatta vardı, ne de niyette vardı.

Böyle bir durum yok ama şu vardı: Tam olarak belki gerçekleşmedi. Şehir Hastaneleri şehir dışında yapıldığı için yeni bir rant alanı oluşturuyor doğal olarak. Bu rant alanı projelerde hesaplanıp bunların yatırım maliyeti içine konulması, yani daha doğrusu, giderden düşülmesi şeklinde, yüklenici firmanın işleteceği ticari alanlar, devletin işleteceği ticari alanlar gibi hesaplamalar yapılarak oradaki rant bir anlamda maliyetten düşürmeye çalışıldı. Bu tür şeyler var, bu projelerin içinde. Bunlar ne kadarı Sayıştay denetimine yansımış işte, bir kısmı yapılabilmiş, bir kısmında eksikler var. Metrekare hesap problemleri var. Yani detaylara indiğinizde bir sürü hususlar tartışılır. Ama ana fikirde bunlar var.

Bayazıt İlhan: Elazığ, Bilkent ve Etlik Şehir Hastaneleri’nin ihalelerini Danıştay, kapatılacak hastanelerin arazi ve binalarının ihaleyi alan şirketlere devredilmesi nedeniyle iptal etti, 2012’de. Sonra mevzuat değişikliği yapıldı, ihaleye yeniden çıkıldı.

Sabahattin Aydın: Hocam, bakın, o ihaleyi bilmiyorum, ama hiçbir Şehir Hastanesi'nde mevcut hastanenin işletmesi ona verilecek diye bir kural yok. İşletmesi verilemez, çünkü hastaneye siz P1'i nasıl ödeyeceksiniz? Hiçbir kamu hastanesinin işletmesini vermiyorsunuz, kaldı ki Şehir Hastanesi'nin bile işletmesini tam olarak ona vermiyorsunuz? Bakın, P2'nin hizmet kalemlerinde 5 yıllığına ihaleyi alan firmanın ilk önce hakkı olarak ona verilir. 5 yıldan sonra piyasa araştırmasıyla serbest piyasaya açılır, P2 hizmetleri.

Bayazıt İlhan: Kapatılan hastanelerin ticari olarak kullanım hakkını söylüyorum hocam.

Sabahattin Aydın: Hocam, kapatılan hastanenin ticari olarak kullanım hakkı, Şehir Hastaneleri'nin ne mevzuatında vardır, ne kanunda vardır. O ihalede özel olarak bir madde kondu da, bu hastaneyi avantajla geçirelim, dendiye ise bilmiyorum, ama şehir hastanesi konseptinde böyle bir uygulama yoktur. Muhtemel ki Danıştayın iptali de bu yüzdendir.

Eriş Bilaloğlu: Peki devam edeceğiz. Buyurun.

Sabahattin Aydın: Peki, şimdi dikkat ederseniz, sismik izolatör kavramını da biz Türkiye'de bu hastanelerle öğrenmiş olduk. Çünkü, ana fikir deprem kuşağında depreme dayanıklı binalar yapılması düşüncesi olduğu için de bu sismik izalatörler vesaire devreye girmiş oldu. Şimdi Şehir Hastaneleri'nin finansman kısmı çok tartışılır. Bence hastane çalışanları açısından baktığımızda, onları çok etkileyen bir durum değil bu.

Hastane çalışanlarını etkileyen kısım şu: aynen birlikte kullandığımızdaki problemi, Şehir Hastaneleri'nde de gördük. Şehir Hastaneleri'nde tüm medikal süreçler Sağlık Bakanlığı'nın personeliyle görülür, tüm medikal süreçlerin yönetimi. Onun dışında P1 hizmetler denen, aslında kira deniyor, kira değil kullanım demek daha doğru. Binanın kirası adı altında, başlangıçta 25 yıl, ama şimdi ortalama 18 yıla düştü onlar. 18 yıl boyunca bütün giderleriyle diyelim ki cihazlarının bakım anlaşmaları dahil, asansörün bakımları dahil, her türlü tamirat dahil yükleniciye ait olmak üzere olan kiradan bahsettiğimiz için, aslında Sağlık Bakanlığı'nın bakım onarım giderlerinin hepsinin içine giydirilmiş bir kiradan bahsediyoruz. Kullanım bedeli dediğimiz bu. Böyle bir finansman modeli var. Ama sonuçta bu finansmanı karşılayanla çalışan kullanıcısı gibi ihtilaflar, itirazlarda bulunabiliyor. Bir de şöyle bir durum var. Mesela, diyelim ki bizim normal devlet hastanemizde bir MR bozuldu, servisi aradınız. Servis 3 gün sonra geliyor dedi; geldi ve bir parça değişecek, o da yurt dışından gelecek dedi. MR'nız bir ay yattı. Aslında bu ciddi bir kayıptır. Buradaki maliyeti, hasta ödüyor, sırası geliyor, tedavi olmuyor, kanserdir bir teşhis gecikiyor, vesaire vesaire.

Şehir Hastaneleri'nde bütün bunlar kurala bağlıdır. Her bir aksaklığın yapılabileceği yani tamir süresi için verilmiş bir süre vardır. Mesela daha da basit, söyleyeyim. Yere bir bardak düştü, kırıldı, bunun buradan silinme süresi bile yazılıdır sözleşmelerde. Bu süre geciktirildiği zaman işletme yapan tarafından ceza puanı eklenir ve ceza puanları birikerek ay sonunda mahsup edilir. Sayıştay raporlarına bakarsanız, en çok mahsup edilebilmiş, edilememiş eleştirileri buralardadır. Tam edilememiştir, tam öngörülemediği. Dolayısıyla aslında bizim görmediğimiz kamu hastanelerindeki bu halka yıkılmış maliyetler burada direkt firmaya yıkılmış maliyetlerdir. O açıdan, firma hızlı bir sürede ceza puanı alıp ay sonundaki ödemeden kesilmemesi için, bu konuda problemler çıkarmaya başlıyor. Bizim yönetim, "hayır, senden kaynaklandı" diyor, vesaire. Bu şekilde Şehir Hastaneleri'mizde, aynen üniversite Bakanlık işbirliği hastanelerinde olduğu gibi yönetim çatışmaları oluyor, bu süreç içinde. Bu çatışmalar, zaman zaman Sağlık Müdürlük'lerine, oradan Bakanlığa iletiliyor. İhtilaf çözüm yöntemleri, mutabakat zaptları yapılması gibi bir yığın süreçler var. Bakan Yardımcısı olduğum dönemde bununla biraz uğraşmak zorunda kaldım. Bu ayrı bir şey. Yani bu modeli biz henüz tam öğrenmemiş durumdayız. Öğreneceğiz zamanla.

Ama şu var ki bizim müteahhitlerimiz büyük hastane inşa etmeyi öğrendiler. Yurt dışındaki projelere talip olmaya başladılar. Bu da olayın ayrı bir yönü. Bunlar ne kadar bizim müteahhitimiz? onu tırnak içinde söylüyorum, en çok inşa eden firma Türk, ama yurt dışında daha çok meşhur olmuş bir firma. Sonuç itibarıyla Şehir Hastaneleri'nin finansman modeli dediğim gibi, çalışanlara çok yansımıyor, ama Şehir Hastaneleri'nin bu tür iş aksamaları yansıyor. Burada bir handikap söyleyeyim: bir işin olumsuz yönünü. Henüz bu yönetimi çok iyi öğrenemediğimiz için, o bahsettiğim ceza puanlarını takip eden yani hastane işleyişinde en ufak bir aksaklığın dakikasına kadar aksamasının takibini edecek bir kontrol masası vardır hastanelerde. Bizim, hiçbir hastanemiz, kültür olarak hiçbir hastane yönetimi, böyle bir kontrol masasını yönetecek donanımına tam olarak sahip değil. Bunlar işte belli iş, hizmet iş açma, açıldığı saniye bellidir, dakika bellidir. Bunun şu kadar zamanda tamamlanması gibi dijital altyapısı vardır. Ama birçok Şehir Hastanemiz'de bu masanın esas yönetimini şirket desteğiyle yapmaya çalışıyorlar. Bu tabii büyük bir çelişki. Bunu hızlı bir şekilde düzelmesi, kamunun buralardaki gücünü artırılması lazım; kontrol mekanizmalarını güçlendirmeliyiz. O zaman göreceksiniz, o mahsuplaşmalar çok daha netleşmeye başlar. Diğer yandan, yüklenici firmalar bu tür hataları en hızlı bir şekilde, dinamik bir şekilde çözebilecekleri modeller bulurlar, diye düşünüyorum.

Şehir Hastanesi'nin bir problemini daha söyleyeyim, finansman açısından. P1'le beraber P2 hizmetleri de ilk yükleniciye verildiği için, yani P2 hizmetleri aslında bütün bizim diğer hastanelerimizde var olan hizmet giderleri, laboratuvar giderleri, röntgen, radyoloji giderleri, sarflar, sterilizasyon, yemek, güvenlik, vesaire aklınıza gelebilecek bütün hizmetler, tıbbi ya da gayri tıbbi. Şimdi, bu hizmetleri fiyatlandırmada Şehir Hastaneleri çok rasyonel davranmamış görünüyorlar. Öyle hatalar yapmışlar ki, şöyle söyleyeyim, örnek vereyim size. Mesela radyolojiye teklif verirken belli öngörülen miktarın %80'ine kadar olması kaydıyla %15 indirim, onun üzerine %40 daha indirim vermişler mesela. Yani bu dediğimi direkt bir hastanenin örneğinden veriyorum. Şimdi, bu şu demek: bir özel hastanenin %200 farkı kabul etmeyip ceza ödeme pahasına %500 fark aldığı bir radyoloji filmini, devlet hastanesi ya da üniversite hastanesinin aslında kurtarmadan verdiği hizmeti, bu arkadaşlar önce %15, sonra %40 indirimle kabul etmişler. Bu süreç içinde bakınca yürütülemez olan hizmetler var. Buradan ceza yiyenler var, ciddi ihtilaf konuları var. Bunları, düzeltebilmek için bazen ihale esnasında bunlar fark edilince, başka kalemlerden dengeleyerek, sürdürülebilir bir maliyet oluşturmaya çalışılmış; böylece tekliflerde çeşitlilikler oluşmuş. Bu yüzden her Şehir Hastanesi'nin kullanım bedeli eşit değil mesela.

Kayihan Pala: Göremiyoruz Sabahattin Bey, bunu göremiyoruz, "ticari sır" nedeniyle. Ticari sır gerekçe gösterilerek, ben Milletvekiliyim soru önergeme Bakan yanıt vermiyor.

Sabahattin Aydın: Hocam, bu ticari sır niye? Sır yani, hangi kanundan kaynaklanıyor? Her hastanenin, ödenen bedeli belli.

Kayihan Pala: Herhangi bir kanundan kaynaklanmıyor.

Sabahattin Aydın: Her hastanenin ödenen bedeli belli.

Kayihan Pala: Nereden belli?

Sabahattin Aydın: Ya, bütçeye konmuş durumda.

Kayihan Pala: Hayır ama toplu olarak koyuyorlar Sabahattin Bey, hastane bazında koymuyorlar.

Sabahattin Aydın: Topluca koyuyorlar. Yani bu ticari sır şeyini ben anlamıyorum, neye dayanıyor ya böyle bir şey? Maliye böyle bir şey diyorsa bilmiyorum, ama bunun bir gizliliği yok. Yani bu gizlenecek bir şey değil. Ben size söyleyeyim. Farklılıklar var mı var? Tabi olması da gerekiyor, yoksa sürdürülemez.

Bir handikap daha söyleyeyim. Şehir Hastaneleri'nin problemleri az değil. Ama bu problemler, bu süre-

cin öğrenilmesiyle ilgili. Bir de ekonomik labilitele-
rin yüksek olduğu yerlerde çok daha kriz oluyor. Şöyle söyleyeyim size. Şehir Hastanesi teklif verirken insanlar eliyle gördüğü bütün hizmetler, yemekha-
ne, temizlik, güvenlik aklınıza ne gelirse kim eliyle görüyor? İşçiler eliyle gördürüyor. Yani istihdam etti-
ği insanlar eliyle, bunların bedelini nasıl hesaplıyor? Asgari ücret üzerinden hesaplıyor. Fazla verilecekse asgari ücretin üzerine farkla hesaplıyor. Sonra eko-
nomik krizi bahanesiyle hükümet yıl ortasında asga-
ri ücreti arttırıyor. Halbuki bu adamların sözleşmesi yıllık bazda geçerli. Bu durumda Şehir Hastanesi,
çalışan personelinin maaşını ödeyemez hale geliyor. Hani "çok büyük rantlar aktarılıyor" deniyor ya, ba-
kın, ben iyidir, azdır, ucuzdur, pahalıdır demiyorum. Bunlar masaya yatırıldığında, değerlendirmek için çok ciddi analizler gerek. Ama öyle örnekler var ki, Ankara Bilkent Hastanesi'ni hatırlar mısınız? Bilkent-
te bir ara çalışan personel eylem yaptı hastanenin önünde. Millet zannetti ki Sağlık Bakanlığı'na pro-
testo, hayır yükleyici firma maaşlarını gününde öde-
yemiyordu, onun için.

Kayihan Pala: Hatırlarsanız, geçen sene Sağlık Ba-
kanı Fahrettin Koca, Plan Bütçe Komisyonu'nda bizim sorularımıza yanıt vermek üzere bir görsel çıkardı. Dedi ki Şehir Hastaneleri'nin tahmin edilen maliyeti 322 milyar euroya kadar çıkacak idi.

Sabahattin Aydın: Doğru.

Kayihan Pala: Bu korkunç bir rakam.

Sabahattin Aydın: Şimdi şöyle: teorik olarak kur-
duğunuzda, Şehir Hastaneleri'nin kurgusunda, artışların hem dövize, çünkü krediler döviz ya, al-
dıkları krediler Euro ya, hem oraya hem de asgari ücrete bağlanmış. Dolayısıyla o Fahrettin Bey'in, Bakan Bey'in söylediği kötü senaryo olarak, bunların her ikisinin de artışı birbirinden bağımsız artışı, sanki üzerine bileşik faiz gibi düşünün bir artış öngörüyor.

Zaten bunu hızlı bir şekilde kanuni düzenleme ya-
parak asgari ücrete değiştirtti Fahrettin Bey. Yani bu-
radaki bu ikiliği kaldırdı. Bu bilinçli yapılmış mıdır? O
günün ekonomi şartları mıydı bilmiyorum. O sözünü
ettiğiniz olay böyle bir durumdan kaynaklanıyor. O
yetmedi, bence o dönemde yapılmış çok güzel bir
şey daha var. Tavan ve taban da belirlendi. En fazla
ödenebilecek miktar da şimdiden belirlendi. En az,
ödenecek miktarda belirlenmiş oldu. Niye en az?
Siz tavan koyacağım deyince doğal olarak tabanda
koymanız gerekiyor. Yani, eşitlikçi bir yaklaşım için.
Dolayısıyla, o tabloda gerçekten ödenecek rakamlar
onun yarısı bile değil şu anda.

Eriş Bilaloğlu: Hocam, şu anda 90 dakikalık bir maç
bitirdik.

Sabahattin Aydın: O zaman şöyle, soru olursa yanıtlayayım. Şehir Hastaneleri çok tartışılacak bir konu.

Eriş Bilaloğlu: Yok devam edin, bilgi vereyim istedim.

Sabahattin Aydın: Şimdi, sonuç itibarıyla, bazı yataklar kapatılmadı, bazı yataklar kapatıldı. 2003 yılında, Sağlık Bakanlığı'nın 107.000 civarında, pardon, Sağlık Bakanlığı değil, bütün kamu hastanelerinin, yani Sağlık Bakanlığı'na devredilen, o zaman devredilmemiş olan hastaneleri de ekleyerek söylüyorum, 107.000 civarında bir yatak sayısı vardı. Bu da normalde tüm yatakların içinde %90 civarıydı. Bu, yani özel sektör kamu dengesi açısından önemlidir bu bilgiler diye söylüyorum. Ama bütün buna rağmen doluluk oranı da %60'ın altındaydı, Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nin. Yani özel %8, %9 gibiydi, o günlerdeki yatak sayısı bakımından baktığınızda. Yatak sayısı açısından olaya bakarsanız böyle, ama notlarıma baktım. Odamda birlikte çalıştığım gençlere sürekli saha araştırması yaptırıyordum, hatırlarsanız. O günlerde, özel hastaneler 250 civarındaymış. Mevcut hastane sayısı tabii. Ama kamudaki uzman doktorların %60'ı, klinisyen doktorlarının %90'ı özelde çalışıyormuş, muayenehaneler dahil. Yani aslında bizim görmediğimiz bir özel sektör var o günlerde ve öyle bir var ki kamu hastanesinde tedavi edilen hasta da özel sektörden gelerek tedavi edilmek zorunda. Öyle bir yapı var, model var. Klinisyenin %90'ı ne demek? Çok büyük bir rakam. Şimdi, tabii bu kayıt bir yerde yok. Dediğim gibi, bunu kendi notlarından çıkardım. O günkü saha araştırmalarından öğrenebildiğimiz şeyler.

Bugün bütçe sunumunda 989 sağlık tesisi olduğunu söylüyor, Bakan Bey. Yatak sayısını 173. 000 küsur olarak veriyor. Dolayısıyla 107.000 yatağın 170 bine çıktığını görüyoruz. Demek yaklaşık 65.000 yatak artışı olmuş. Kapatılmayan hastanelerin etkisi olsa gerek bu. Bir de bazen yeni yapılan hastanelerin daha fazla yatakla yapılmış olanları var. Ama unutmayın, bu yatak sayısı çok yanıltıcıdır. Bunlara, bakılarak bir sonuç çıkarılmaya çalışılmasın.

Eski hastanelerdeki yataklar koğuştur. SSK hastanelerinin yataklarının dahil olduğunu söyledim. Yeni yapılan hastanelerde, Şehir Hastaneleri'ni bir tarafa bırakın, devlet bütçesiyle yani genel bütçeyle yapılan hastaneler de farklıdır. Dolayısıyla yatak sayısı tek başına bir şey ifade etmiyor. Orada esas olan hastanedeki kapasitenin ne olduğu. O zamanlar SSK hastaneleri ve üniversite hastanelerindeki doluluk oranı Bakanlığa göre daha yüksek, Sağlık Bakanlığı'na göre. Bugün yüksek mi? Değil mi tartışılır, şehrine göre farklı. Şimdi, bu kamu özel ortaklığı ile 29.500'e yakın yatak eklenmiş bugüne kadar. Dolayısıyla sözünü ettiğim, bu 173.000 küsur, 174.000 yatağın,

yaklaşık 30 bini, Şehir Hastanesi'yle, kamu özel ortaklığıyla gelmiş. Tabii Şehir Hastanesi'ni, dilimiz alıştı diye kullanıyoruz; çok yanlış bir kavram diye ısrarla söylüyorum. 224 mantığıyla düşünürseniz sevk basamakları, ilçe hastanesi il hastanesi eşittir şehir hastanesi ve bölge hastanesi. Yani tam bir kavram kargaşası var burada. Bir de genel bütçeden yapılan Şehir Hastanesi diye adlandırdığımız hastaneler var. Artık marka gibi algılandı ya Şehir Hastanesi, kamuoyu tarafından. Yaklaşık 10.000 yatakta onlar olmuş. Bunlar olabildiğince büyük, konfor düzeyi KÖO modelindeki Şehir Hastaneleri'ne benzeyen hastaneler. Bunlar da toplam yeni yatakların içinde. Üniversite hastaneleri: şu anda 70 kadar üniversite hastanesi var. Kamu hastanelerinden bahsediyoruz ya, 44.000 yatağı var. %16'yı üniversite hastaneleri kapsıyor. % 17'yi KÖO modeli kapsıyor.

Bakanlığın payı, %63 gibi. Geriye kalan yaklaşık %20 'de özel hastanelerde. Bugün, Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre Bakan Bey'in sunumunda da verilmiş özel hastane sayısı 526. Yatak sayısını vermiyor, ama 60.000 yatak sayısının var olduğu kayıtlarda mevcut.

Fakat şunu söyleyeyim size, özel hastanede yatak sayısı sanal bir rakamdır, gerçek değildir. Özel hastaneler Bakanlık standartlarına göre 2 kişilik oda gösterir, bir yatak koyarlar. Küçük hastaneler böyle değildir, ama büyük hastaneler genellikle böyledir. Dolayısıyla yarısı değil, ama en azından 40.000 civarında fiili yatak vardır diye tahmin ediyorum. Sebebinin de söyledim. Örnek vereyim size, mesela bir eğitim hastanesi olarak, bir Vakıf Üniversitesi Hastanesi ruhsatı 400 yataklıdır, ama fiili yatak sayısı 250'dir. Bakanlık standartlarına göre 400 yataktır. Ama siz özel hizmet mantığıyla davrandığınızda, bu yatak sayısı düşer. Dolayısıyla özel hastanedeki yatak sayısı numerik olarak %20-%21 gibi, ama fiili ne olduğunu bilmiyorum. Şimdi kamu hastanelerini, burada noktalayayım, izin verirsiniz. Diğer arkadaşlarının görüşlerini dinleyeyim.

Ha, bir şey gördüm, Bakan Bey'in sunumunda, onu da paylaşayım, izin verirsiniz. Dedim ya, esas amaç neydi? Depreme dayanıklı ve hızlı bir şekilde dönüşen hastaneler yapmaktı. 2002'de 774 hastane görünüyor, irili ufaklı. 2025'te, 900 küsur hastaneye çıkmış. Aslında hastane sayısı 200 kadar artmış. 214 tane yeni hastane yapılmış. Yani dolayısıyla artan hastane sayısı bu. Ama 580 tane hastane de renove edilmiş, yani yeniden yıkılıp yapılmış. Bu açıdan baktığınızda hastanelerin %80'i bu dönemde yenilenmiş. Yani o zamanki hedef, sadece KÖO modeliyle değil, genel bütçe imkanları da seferber edilerek %80 oranında başarılmış. Yatak sayısı da bu arada, neyse o artık teferruat, yatak sayısı nitelik olarak arttığı için %85'i kadarının da yatak sayının vasfı değiştirilmiş. Burada keseyim, izninizle.

Eriş Bilaloğlu: Teşekkür ediyoruz. Doğrusu bence bütünlüklü bir çerçeve oldu. Ama konunun genişliği nedeniyle, aslında, benim baktığım yerden eksik başlıklar da var. Ee, toplam planladığımız oturumun üçte birini yapmış olduk.

İkinci Bölüm

Sabahattin Aydın: Biraz uzun oldu, kusura bakmayın.

Kayhan Pala: Teşekkür ediyoruz.

Eriş Bilaloğlu: Olsun. Ben açıkçası sorun görmüyorum. Bilmiyorum, dergi adına oturumun sahibi olarak Yavuz Bey'de müdahil olmadı. Demek ki ihtiyaca uygun bir akış oldu.

Bir iki cümle ile devam edeyim ikinci tura başlamadan önce: en başta ikibin yılı sonrası için üç tarihe vurgu yaptım. Dünya Bankası'nın 2002 Haziran Raporu'nu hatırlatarak kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe ilişkin böyle bir cümle geçiyordu dedim. İkincisi, 2007'deki pilot yasa tasarısından ve 2011'deki 663 sayılı KHK ve 2017'de çıkan 694 sayılı KHK'yi söylemiş oldum. Olabildiğince yüksüz söyledim bunları.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bileşenlerinden biri de kamu hastaneleri için idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri cümlesiydi. Ama bir eksiklik tamamlandı, siz 2000 öncesine değinerek 1987 yılında kabul edilen 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na işaret ettiniz. Çok kritik bir şey, 3359 sayılı yasa. Onun söylenmesi iyi oldu.

Ben de 2000 öncesine değinseydim, Yüksek İhtisas Hastanesi'nin pilot bir projesi vardı. 1995'te bir sağlık işletmesi çalışması olarak. Yani aslında 95'li yıllarda Yüksek İhtisas Hastanesi özel olarak seçilmiş, bir proje olarak üzerinde çalışılmıştı. Bu da söylenebilirdi.

İlk oturumda Sabahattin Bey ne yaptı? Kamu hastaneleri tanımına ilişkin, Türkiye'de tarihsel seyir içerisindeki çelişkili görünen diyelim ya da farklı gelişim süreçlerini anlatmış oldu konuşmasında ve 1980'lere kadar bizi getirdi. Sonra 80 sonrası döneme işaret etti. Ve belki bir vurgu olarak, aslında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kaleme alınış sürecinde daha özgün olduğunu, dünyadaki neoliberal sağlık reformları ile birebir irtibatlandırmasını çok uygun bulmadığını ifade etti. Ben böyle anladım en azından.

Dolayısıyla, o sağlık reformlarından farklı olarak Türkiye'ye özgü bir yaklaşımla değerlendirildiğini ve daha sonraki ifadelerinde de aslında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ilk günden itibaren kamu sağlık hizmetlerini güçlendirmek için yola çıkan bir

program olduğunu söylemiş oldu. Ve daha sonra da, 2011 yılındaki 663 sayılı yasanın da kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğinden çok, 2007'li yıllardaki, kamu yönetimindeki yeni kamu yönetimi anlayışına yönelik olarak Türkiye'deki arayışların bir uzantısı, daha doğrusu o atmosferde hazırlanmış yerel yönetimler üzerine inşa edilmiş hastanecilik faaliyetiyle daha ilişkili olduğunu, böyle bir mantıkla hazırlandığını söyledi.

Ve bugün itibarıyla 694'te yapılan değişiklikle bir geriye dönüş olduğunu, geriye dönüş derken olumlu ya da olumsuz anlamda bir vurgu yapmadığını belirtti. Ama her halükarda, bugün hala Türkiye'de idari ve mali özerklik açısından herhalde kamu hastanelerinde alınması gereken bir yol olduğu sonucunu da, ben bunu da biraz çıkartmış oldum. Bunu düzeltirseniz. Eğer yanlış bir yorum yaptıysam.

Sabahattin Aydın: Son cümleye biraz şerhim olur ve onun dışında çok güzel bir özet oldu. Mali özerklik olmayacağını söyledim. Üniversitelerin bile olamadığını söyledim.

Eriş Bilaloğlu: Evet ben o zaman son değerlendirmemi çıkarmış olayım. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir bileşeni olarak, idari ve mali özerklik vizyonunda geline bir nokta var. Bunun zorluklarından bahsedildi. Şimdi eğer uygunsa şöyle devam edelim. Özgün, kendi bir sunumu da olabilir, ya da bence bu sunum üzerinden de, kendi eleştiri ya da katkılarınızı da belirten bir konuşma olabilir. Yavuz arkadaşımız da müdahil olmadığı, biz bunların tümünü dergiye nasıl alacağız demediği sürece biz devam edeceğiz. Konuşmacılara ilk tur için arzu ettikleri bir süre verdikten sonra, ikinci tur konuşmalarımız olacak.

Şimdi Kayhan Pala'ya söz vermek istiyorum.

Kayhan Pala: Bence önemli bir çerçeve çizdi, Sabahattin Bey. Ben o çerçeveye, birazdan değineceğim, ama Türkiye'deki kamu hastanelerinin dönüşümünü ben de kendi çerçeveden bir parça dile getirmeye çalışayım. Benim, Türkiye'de kamu hastanelerin dönüşümü diye asıl söyleyeceğim tarih, 24 Ocak 1980. 24 Ocak kararlarıyla Türkiye, özellikle küreselleşme adındaki bu küresel kapitalizme, yani sermayenin kolaylıkla girebileceği bir alana doğru kendi yönünü çevirince, sağlık, o tarihe kadar Türkiye'de henüz ticareti yapılabilen metalaştırılan bir kavram değilken, o tarihten sonra biraz bazı tarihlere atıfta bulunarak söyleyeceğim, Türkiye'de sağlık sermaye birikimi ve kar maksimizasyonunun yeni bir alanı olarak gündeme gelmeye başladı. Şimdi, 24 Ocak kararlarını okuduğunuzda bunu doğrudan görmemiz mümkün değil, ama sermaye rahatlıkla da her yere girecek, sermaye için sınırların kaldırıldığı bir sistemi hayata

geçirecek olunca nereye gidebileceğini görüyorsunuz. Özellikle hayatta işte en sevdiğimiz insanın sağlığı söz konusu olduğunda herhangi bir şekilde bir harcamadan kaçınamayacağımız, hatta borçlanacağımız bir alanın sermaye birikiminin dışında tutulması da mümkün olmayacaktı. Dolayısıyla 24 Ocak 1980 bu açıdan önemlidir.

12 Eylül 1980 darbesi ise 24 Ocak 1980 kararlarının uygulanması için çok daha uygun bir zemin hazırlamıştır. Bu toplantının doğrudan konusu değil, ama onu da burada anmadan geçmek doğru olmaz. Şimdi, aslında 1983 ile Özal Hükümetleri'yle başlayan ve Özal Hükümetleri söz konusu olduğunda ANAP'ın kendi hükümet programına sağlık alanı çerçevesine baktığımızda sağlık alanının doğrudan özelleştirileceği kavramının bile yer aldığı bir çerçeveyi buraya koymam lazım.

1983 ile 2002 arasında sağlık alanında birçok reform kavramı tartışmaya açıldı, gündeme getirildi. Hatta bu alanda bazı Sağlık Bakanlığı'nın Türk Tabipleri Birliği'nin ya da başka kuruluşların düzenlemiş olduğu kongreler yapıldı. Ama düzenlemelerin hayata geçmesi o zamanki hükümetlerin yapıları nedeniyle, koalasyon hükümetlerinde bu işleri hayata geçirmenin kolay olmaması yüzünden, 2002'ye kadar bu alanda çok ciddi bir mesafe katedilebilmiş değil.

Orada, Dünya Bankası meselesine birazdan gireceğim, ama 1980'in hemen sonrasında Dünya Bankası'nda kamu hastanelerine özgü yayınların, hatta kitapların çıktığı, bu kitapların odağında da hükümetlere, özellikle çevre kapitalist ülkelere, "siz bu kamu hastaneleri meselesine bir parça dikkat edin, burayı böyle herkesin her hizmeti istediği zaman, kolay alabileceği biçimde değil, bazı temel hizmetleri veren, ama onun dışındaki hizmetler için ise hem sunum modelinde hem finansman modelinde farklı bir yapıya doğru yönelen bir mekanizmayı kurun dediğini anımsayalım. O farklı mekanizmalardan kastım, kabaca söyleyeyim, sağlığın finansmanında bir sigorta modeline geçme, hatta ek ve tamamlayıcı bir sigorta modeline geçme önerisi var. Bunda da yalnızca tek sunucu ana aktörün kamu hastaneleri olmasının doğru olmayacağı yaklaşımı, hatta o yıllarda Dünya Bankası'nın başını çektiği bazı akademisyenlerin de zaman içerisinde "ya bir dakika özel sektör daha verimlidir" diyerek bu işin bir biçimde tartışılmasına yol açtığı makaleleri hatırlayalım, ki gelinen noktada verimlilik söz konusu olduğunda, özel sektörle kamu sektörleri arasında ciddi bir farkın olmadığı, yalnızca bağımsız akademisyenler tarafından değil, Avrupa Birliği raporlarına da Dünya Sağlık Örgütü raporlarına da girilmiş durumdadır.

Ona şimdi 2002'e geldiğimizde Dünya Bankası, Türkçe bir rapor yayımladı. Sabahattin Bey de çok yakın-

dan bilecektir. Ve benim bildiğim kadarıyla Dünya Bankası'nın Türkçe yayınladığı ilk rapordur. O rapor haziran ayında senin söylediğin gibi, ortaya çıktığında daha Kasım'a yani seçime epeyce bir zaman var. Türkçe olmasının nedeninin ne olduğunu biz o dönem kendi aramızda tartışarak sorguluyorduk. Fakat şöyle bir şey gördük: Sabahattin Bey'in dikkatini çekmiştir ve okumuştur. Bizim akademik camiamızdaki bazı arkadaşlar, ben de dahil, 2002 seçimleri öncesinde iktidara aday, ana akım partilerin, programlarındaki sağlık alanını incelediğimizde Dünya Bankası'nın bu raporu ile çok yakın, hatta bire bir örtüşen bazı kavramların olduğunu da raporlamıştık. Dolayısıyla daha 2003'teki Sağlıkta Dönüşüm Programı ilan edilmeden, iktidara gelebilecek bazı partilerin programlarında bunların izlerini gördüğümüzü söyleyeyim. Bu arada bu kitabın İngilizcesi 2003 yılının yanılmıyorsa mart ayında yayınlandı. Yani kitap İngilizce de yayınlandı, ama ilk versiyonu Türkçedir. Türkçe versiyonu yayımlandığında, İngilizce metinle karşılaştığımızda ufak tefek bazı değişiklikler olduğunu da söyleyeyim.

2003 yılında az önce Sabahattin Bey'in söylediği gibi bir Sağlıkta Dönüşüm Programı açıklandı. Bizler bunun Dünya Bankası direktifleri doğrultusunda hazırlanmış bir program olduğunu iddia ettik. Ama iddia ederken niyetten bağımsız bazı kanıtları ortaya koyarak bunları söyledik. Örneğin, Dünya Bankası raporunda diyordu ki: Türkiye aile hekimliği sistemine geçmelidir ve nasıl bir aile hekimliği sistemine geçilmesine ilişkin bir çerçevesi vardı, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda bunu destekliyordu. Dünya Bankası raporunda diyordu ki kamu hastanelerinin mevcut durumu kabul edilemez. O mevcut duruma ilişkin bir çerçeve çiziyordu. Ve onun tanımladığı hastaneyi kamusal bir sağlık hizmeti sunan değil de işletmeye dönüştüren bir yapının, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda da olduğunu görüyoruz. Dolayısıyla bunun bununla ilişkisi vardır diyebiliyorduk.

Bir örnek de finansman yönteminden vereyim, Dünya Bankası diyordu ki Türkiye sağlık sisteminin finansmanını, sosyal sağlık sigortası sistemiyle yapması gerekir. Bizde bunun adı sosyal sağlık sigortası değil de "genel sağlık sigortası" olarak kondu. Dünya Bankası raporunda söylenen, mevcut o andaki aktörlerin yani SSK, Bağkur, Emekli Sandığı'ndan söz ediyorum, birleştirilmesi ve tek çatı altında toplanması ve bir sosyal sağlık sigortası biçiminde sunulması gerçekleşti. Dünya Bankası raporunda da yazan alt kırılımları ile üç temel özelliği vardır bunun ve aynen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda da varlığını koruyordu.

Bu üç temel özellik neydi? Türkiye'de yaşayan her yurttaş genel sağlık sigortası kapsamına alınacak.

Herkes prim ödeyecek. Prim ödeme gücünden yoksun olanlar, eğer bu durumu ortaya koyarlarsa, devlet onların primlerini ödeyecek. Prim ödeyenler, hizmetten yararlanma sırasında kullanıcı ödentisi adıyla bir ödentiye de karşılayacaklardı. Bunun Dünya Bankası tarafından dile getirilmesinin temel gerekçesi her basamak arasındaki bir geçiş hem de hizmetin gereksiz, aşırı kullanımının önlenmesi diye ifade ediliyordu. Ayrıca Dünya Bankası diyordu ki genel sağlık sigortası, kurulduğu zaman, tamam primini ödesin, ama hizmete ulaşırken bir miktar kullanıcı ödentisi versin, ama bunu temel teminat paketindeki hizmetlerle sınırlı olarak alabilsin. Peki temel teminat paketi? Paket o hizmeti karşılamıyorsa hizmet nasıl olacak? O zaman da iki yol öneriyorlardı. Bir, tamamlayıcı sigorta yaptırın ki bunu gidin özel sektörden karşılayın. Yani tamamlayıcı sigorta yaptırmıyorsanız özel sektörden parasıyla karşılayın, işin özünü böyle ortaya koymak lazım. Bunları makalelerde de yazdığımız için ayrıntılarına girmiyorum. Dolayısıyla Sabahattin Bey sizin niyetinizden bağımsız olarak, bizim Dünya Bankası direktifleri doğrultusunda hazırlanmış bir program dememizin iki metni karşılaştırdığımızda bulduğumuz ortaklıklarla doğrudan ilgisi vardır. Ve bunu da sizin saydığınız o üç günlük çalıştayda yer alan bazı kişilerin Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü ve benzer örgütlerle olan ilişkileri üzerinden tanımlanmış olma ihtimali de elbette vardır, bunu belki siz daha sonra yorumlarsınız. Şimdi 2003'te Sağlıkta Dönüşüm Programı ilan edildiği andan itibaren...

Sabahattin Aydın: Kayıhan Bey, burada bir şey hatırlatabilir miyim?

Kayıhan Pala: Tabii.

Sabahattin Aydın: Yani, söylediklerinizin bir kısmına eleştirilerim var da. Sözüünüzü kesmek istemiyorum ama teminat, temel teminat paketi şu anda 5510 sayılı kanun'da hiç de Dünya Bankası'nın dediği gibi değil, sonsuz olarak tanımlanmıştır. Sürdürülebilirlik tartışmaları yapılıyor, onun için sürekli olarak. Temel teminat paketinin tanımı nasıldır? Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmeti tanımlanan her şeydir. Gördüğünüz gibi, hani sadece bir örnek veriyorum, diğerlerine de böyle itirazlarım var da. İlk detayına girdiğimizde. Bilginiz olsun diye söylüyorum.

Kayıhan Pala: Sabahattin Bey şöyle, ben kurumsal olarak metinleri karşılaştırdığım bir çerçeve çizdim. Uygulamaya birazdan geleceğiz. Uygulamada bazı değişiklikler olduğu yaklaşımınıza ben de katılıyorum. Temel teminat paketinin başlangıçta öngörüldüğü gibi dar olmamasının en önemli nedenlerinden birisi toplumun buna karşı ciddi itirazlarının olması. Yeri gelmişken söyleyeyim siz de takip edi-

yorsunuzdur. OECD'nin 2 hafta önce yayınladığı raporda Türkiye son 10 yılda sağlık hizmetlerinden memnuniyetin 30 puanla en fazla düştüğü ülke olarak tanımlandı. %71'den %41'e düştü, Türkiye'deki memnuniyet. Ve bu %41'le memnuniyetin en düşük olduğu 3 ülkeden bir tanesi. Yani bir zamanlar biz tırnak içinde söylüyorum, "AKP iktidarları tarafından sağlığı o kadar iyileştirdik ki toplumda memnuniyet çok yüksek arttı" denilen bir çerçevenin çok gerisine düşülmüş durumdadır. Burada bu çerçevenin gerisine daha da düşülmesini engellemek için yapılan bir takım işler de var. Temel teminat paketi bugün sonsuz değil, her şeyi kapsamıyor, ama büyük ölçüde temel teminat paketinin kapsama alanının geniş olduğu söylenemez. Örneğin, yeni piyasaya çıkan ilaçlar ve tedaviler konusunda bir kapsama alanı darlığından ve ilaç politikasının Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilen bir döviz kuru üzerinden tanımlanmış olmasının getirdiği eksiklikleri de masaya yatırmak lazım. Bu gün itibarıyla daha bugün Meclis'te konuşulduğu için söyleyeyim Sağlık Bakanlığı'nın ilaç için kabul ettiği Euro kuru 21,67 lira zannediyorum. Oysa gerçek kur bunun iki katından daha fazla...

Sabahattin Aydın: Bunlar teknik konular. Tartışabiliriz istiyorsanız. Arzu ederseniz.

Kayıhan Pala: Şimdi 2003'ten itibaren kamu hastanelerinde bir dönüşüm olacağı, zaten sizin de sözünü ettiğiniz bu kamu hastaneleri diye tanımlanan, işte "idari ve mali özerk işletmeler" kavramıyla karşıma çıkmıştı. Bunun zaman içerisinde bir değişim gösterdiğine tanıklık ettik. Ama bir tek rakam vererek aslında bu değişimin nereye oturduğunu yargılayabileceğimiz bir durum var. Şöyle ki, 2002 yılında Türkiye'deki sağlık harcamaları içerisinde bütün hastanelere aktarılan pay %32, 2023'te OECD verisi %58, 2024 TÜİK verisi %54. Dolayısıyla şu anda Türkiye sağlık sistemi bütün harcamaları içerisinde hastanelere aktardığı parayı yarıdan fazlaya çıkarmış olan ve OECD ülkeleri ortalaması 39 iken, çok yüksek hastane harcaması yapan bir duruma gelmiş durumdayız. Bu bir anda olmadı. Bu 2003'te o düğmeye basıldıktan sonra bir biçimde ve yalnızca kamu hastaneleri üzerinden değil, az önce Sabahattin Bey'in saydığı, kamu hastaneleri grubu içinde bütün hastaneler birlikte özel hastanelerin de kapsam içerisine girmesiyle yola devam etmiş oldu.

Burada birkaç tane önemli noktayı söylemem gerekir. Şimdi kamu hastane birlikleriyle ilgili ilk kanun teklifini hatırlayın Sabahattin Bey. Bizim çok eleştirdiğimiz bir mütevelli heyet yapısı tanımlanmıştı. O mütevelli heyet yapısında, örneğin hiçbirinin hekim olma zorunluluğu yoktu. Ticaret Odası temsilcisi vardı, Tabip Odası temsilcisi yoktu gibi bir yaklaşımla gündeme gelmişti. Biz bunu çok eleştirmiştik.

Ama daha sonra, bu taslak, bu tartışmalarla, sanıyorum kamuoyu yeterince ikna olmadığı için karar vericiler tarafından geri çekilerek başka bir versiyonuyla gündeme geldi. Onun öyküsünü de siz anlattığınız için ayrıca oraya girmeyeceğim. Fakat burada, özellikle kamu hastaneleri derken, ağırlıkla Sağlık Bakanlığı hastanelerini kastederek söylüyorum, bir kere hastanelerin finansman yapısında bir değişiklik olmaya başladı. Eskiden 2002 ve biraz sonrasında hastanelerin harcamaları içerisinde kamu bütçesinden aktarılan kaynakların bir yeri vardı. Fakat giderek bu yer özellikle genel sağlık sigortasının kurulmasından ve döner sermayelere oralardan kaynak aktarılmasından sonra kendisini döner sermayeye bırakmış oldu. Öyle ki, bir süre sonra bütün hastaneler, kamu hastanelerinden söz ediyorum. Tıp fakülteleri hastaneleri de bunun içindedir. Elektrik, su, doğal gaz paralarını da gelen döner sermayeden ödemek zorunda kaldı. Dolayısıyla ilk etki kamu hastanelerinin finansman yapısıyla ilgilidir.

Bu arada, örneğin, daha önce hastanelerde kendisinin pişirdiği yemekler çıkarken, yemeklerden, güvenlik hizmetlerinden başlayıp daha sonra tıbbi görüntülemeye kadar varan bir düzeyde dışarıdan hizmet satın alma yaklaşımı benimsendi ki, Sabahattin Bey, sizde biliyorsunuz bu aslında özelleştirmenin bir parçası olarak tanımlanan bir yaklaşımdır. Özelleştirme her zaman mülkiyet devri ile karşımıza çıkan bir durum değil. Bugün itibarıyla Sağlık Bakanlığı yetkilileriyle de konuştum, Bakanlığın birçok hastanesinde görüntüleme hizmetleri taşeron şirketler tarafından veriliyor. Taşeron şirketler tarafından verilmenin kalitesizliği öyle bir noktaya gelmiş durumda ki Bursa'daki bir soruşturmadan söz edeyim size. Bu verilen raporlar kısa sürede ve bazıları herhangi bir şekilde o görüntülemeye bakılmadan verildiği anlaşıldığı için, bazı ciddi sağlık sorunlarının atlandığı, kanser tanılarının geç konduğu, bu yüzden de ölümlere yol açtığı belgelenmiş durumda. Yani bunlar iddiayı aşmış durumdadır. Sağlık Bakanlığı yetkilileri de, yaptığımız konuşmalarda bunun farkında olduklarını ve bunu nasıl düzeltebileceklerine ilişkin bir çerçeveyi tartıştıklarını bana iletmış oldular. Ama bu farkındalık bu süre içerisinde sağlık sermayesine ciddi kaynak aktarırken kaç hastanın sıkıntıya girmesine yol açtığı konusu ayrı bir tartışma meselesidir. Şimdi dedik ki finansman yapısı değişti.

Aslında finansman yapısıyla birlikte burada orada çalışanların özlük haklarında da ciddi bir değişim oldu. Eskiden, hekimlerden örnek verelim. Hekimlerin maaşı emekli olduklarında emekliliklerine yansıtacak büyük ölçüde bir maaştı. Maaşlar düştüğü açık söylemek gerekirse, ancak şimdi geline nokta maaş toplam gelirin önemli bir bölümünü oluşturmaktan çok uzak olduğu için, ister istemez döner sermaye-

den arttırılacak pay ve burada size katılıyorum, Sabahattin Bey. Mesela performans, diye anılan sistemin adının yanlış olmasından başlayarak bir yanlış yaklaşımın getirmiş olduğu bir süreç. Oradaki finansman yapısıyla birlikte istihdam dinamiklerini de değiştirmeye başladı. Bu da aslında ilk haliyle özellikle getirilen sistem hizmet başına ödeme mantığıydı. Hekime deniyordu ki, ne kadar hasta bakarsan, ne kadar fazla ameliyat yaparsan, ne kadar fazla tetkik yaparsan o kadar fazla gelirin olur. Bu hizmet başına ödeme yöntemidir. Bunun performans değerlemesiyle ilgisi yok. Aslında performans değerlemesi olsa o hekime bir hedef belirleyip, atıyorum senin günlük hasta bakma kapasiten 40'dır deyip, eğer 38'le 40 hasta arasındaysa, senin performansın yüzde doksanlarda harika diyebileceğimiz ve bunu her zaman nicelik üzerinden değil, nitelik üzerinden de ölçebileceğimiz bir mekanizmanın getirilmesi gerek. Mesela benim bu sisteme ilişkin en temel eleştirilerimden bir tanesi nicelik ölçümünü çok yüksek bir noktaya çıkarmış, nitelik ölçümünü ise geri planda bırakmış olmasıdır. Bu hem eğitim araştırma hastanelerinde hem de tıp fakültelerinde, hem eğitimi, hem de araştırmayı oldukça geriye düşürdü. Öte yandan, yani bugün halen Sağlık Bakanı'nın maalesef savunduğu bir kışkırtılmış talep yaratılmasını da masaya yatırmamız gerekir.

Yani şu anda Türkiye'de insanlar ortalama onbir kez hekime başvuruyorlar. Sağlık Bakanı'nın hedefi 2027'de bunun 13'e çıkması. Çünkü sistem öyle bir hale gelmiştir ki, artık hekime başvuru sırasında hekimin ayırdığı süre, bunun kalitesi gibi bir kavram kesinlikle söz konusu değildir. Bunun yerine kaç hasta bakıldığı üzerinden ve bakılan hastanın o kişiye getireceği gelirin miktarı üzerinden bir tartışma yürütmektedir. Yeri gelmişken, şunu da söyleyeyim Sabahattin Bey de mutlaka biliyordur. Bakın, Ankara'dan örnek vereyim. Ankara'da bir yan dal ihtisası yapan bir meslektaşımız yan dalı bitirip Ankara'daki Şehir Hastanelerine ertesi hafta tayin olduğunda o yan dalda kendisini eğiten profesörün toplam gelirin 2 katı kadar gelir alabiliyor. Dolayısıyla kamu hastanesi diyoruz, ama istihdam dinamikleri açısından kamu hastanelerinde de ciddi bir farklılık ve eşitsizliğin olduğunu söylemen gerekir. Ya da ki başka açıdan bir örnek, bugün yine Mecliste gündeme getirildiği için de söyleyeyim. Örneğin Ankara'dan bir örnek. Ankara Tıp Fakültesi'nden bir meslektaşımız 67 yaş geldiği için yaş haddinden emekli olduktan bir hafta sonra, yaş haddi sınırları şehir hastanelerinde, eğitim araştırma hastanelerinde 72 olduğu için oraya gidip göreve başlayarak 5 yıl daha orada çalışma olanağı elde ediyor. Şimdi ben 72 yaş doğrudur yanıltır için bu örneği vermiyorum. Kamu hastanesi dediğimiz meselede farklı yaklaşımlar olduğunu gündeme getirebilmek için söylüyorum.

Bu arada tabi geri ödeme yöntemlerinde değişiklik olmaya başladı. Şimdi, ağırlıklı olarak, daha önce kamu bütçesinden ihtiyaca göre bir bütçeleme yaparken, döner sermayenin gündeme gelmesinden sonra ve özellikle Bakanlığın global bütçeye geçmeden önceki dönemlerinde ister istemez bu "hizmet başı ödeme" meselesi, ya da bugün itibarıyla konuşulan ama henüz tam ne olduğu konusunda Bakanlığın uluslararası literatürdeki karşılığını dışında ülkemizdeki uygulamasının ne olacağını tam bizimle paylaşmadığı, "değer bazlı ödeme" denilen bir ödeme sistemi gibi, kamu hastanelerinde finansman konuşurken ödeme sistemlerinde de ciddi bir farklılık olduğunu söylememiz gerekir. Bu farklılıklar neye yol açtı diyecek olursanız bir kere burada söyleyeyim, Sabahattin Bey de, ben de onun gibi bir sağlık yöneticisi olarak kamu hastanelerinin tek elde toplanması yaklaşımını olumlu buluyorum. Yani daha öncesinde büyük bir kargaşa vardı. Hepimiz o dönemleri yaşadık. O kargaşanın giderilerek kamuya ait hizmet sunan birimlerin tek elde Sağlık Bakanlığı'nda toplanması doğru bir iş. Ama SSK dışındadır. Oranın konumu başkaydı.

Bu işi yaparken, örneğin SSK'yı Sağlık Bakanlığı'na bağlarken SSK ilaç fabrikasının kapatılmaması üzerinden de bu tartışmayı yürütmemiz gerekir. Ya da sizin söylediğiniz gibi Hıfzıssıhha'nın adının değiştirilmesi değil yalnızca. Yani bir sürü örnek üzerinden bunu tartışabiliriz. Bir takım farklılıklar üzerinden de bu olaya bakmamız lazım. Örneğin siz de görmüşsünüzdür, birkaç hafta önce Sağlık Bakanı dedi ki, Düzce'de, "ilk kez kuduz aşısı üretmeye başlayacağız". Oysa biliyorsunuz, Hıfzıssıhha 1928'li yıllardan ikibinli yılların ortasına kadar, uluslararası aşılari üreten hatta Türkiye tüketimi dışında yurt dışına da gönderen bir yerdi. Dolayısıyla bence bu dönüşüm yalnızca isimlerdeki farklılıkla değil, arka plandaki sağlığı ticarileştiren bir rotayı göstermesi bakımından daha büyük bir önem taşıyor. Onu da vurgulamak isterim.

Yeri gelmişken şunu söyleyeyim, örneğin bu 663 ile geçilen kamu hastane birliklerinden vazgeçilmesi sonrasında şimdi bunun bir genel müdürlüğe dönüştürülmüş olması, biraz süreçteki yöneticilerle de konuşarak edindiğim izlenim, daha henüz rayına oturabilmiş değil. Bu değişim henüz çok iyi yönetilebilir durumda değil. Dolayısıyla burada sanıyorum şunun da altını çizmemiz gerekir. Aslında Sağlık Bakanlığı, eğer iddia edildiği gibi 663'ten vazgeçme, ağırlıklı olarak işte FETÖ meselesiyle ilişkili değilse, o zaman Sağlık Bakanlığı'nın yönetsel yaklaşımının aslında çok da doğru bir yaklaşım olmadığının itirafı olarak da değerlendirilebilir.

Burada en önemli noktalardan bir tanesi de bu dönüşüm içerisinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi'dir. Şu anda o konuya çok girebilir miyiz bilmiyorum. Zamanımız nedeniyle biraz dağıtma endişem var. Ama Sağlık Bilimleri Üniversitesi adı altında Eğitim Araştırma Hastaneleri'nin Türkiye'nin değişik yerlerinde bu sisteme dahil olması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi aslında gerçek bir klasik 2547 üniversitesi değil. Bir Sağlık Bakanlığı mütevelli heyeti hastanesi olması ve buradaki akademik kadroların ilanından o akademik kadroların o hastanelerdeki işlevlerine kadar, aslında bizim gördüğümüz klasik bir tıp fakültesi değil. Tıp fakültesinin, öğrenci eğitimi, uzmanlık eğitimindeki işlevleriyle örtüşmemesi gibi tartışma alanları var. Bu da Şehir Hastaneleri de içinde olmak üzere kamu hastanelerindeki değişim, açısından ayrıca tartışılması gereken alanlardan birisi.

Şimdi bence, Sabahattin Bey'in konuşmasında benim en önemli bulduğum yerlerden bir tanesi, aslında, en başından itibaren bir desantralizasyon, sağlıkta bir desantralizasyon girişiminin düşünülmüş, ama daha sonra bunun merkeziyetçi bir yapı ile tercihle değişime uğradığını vurgulanmış oldu. Evet, bu bence çok önemli bir şey. Ancak burada şunu hatırlatmak isterim. Desantralizasyon aslında Dünya Bankası belgelerinde de, özellikle siz de bilirsiniz, bu Avrupa Sağlık Reformu diye Dünya Sağlık Örgütü'nün bir kitabı vardır, Türkçe'ye de çevrildi, Sağlık Bakanlığı tarafından. Orada da aslında bu özelleştirmeye giden yolun bir basamağı olarak tanımlanıyor. Dolayısıyla burada bir mülkiyet devri söz konusu olmasa bile, ki şehir hastanesinde birazdan vurgulayacağım, orada bir tartışma alanı var, sağlık hizmetlerinin metalaştırılması girişiminin bir parçası olarak tartışmaya çok açık bir durumdur diye düşünüyorum.

Şimdi çok fazla uzatmayayım, ama Şehir Hastaneleri konusunda birkaç şey söylemek isterim. İlk olarak şunu söyleyeyim Sabahattin Bey, bu Şehir Hastaneleri meselesi Sağlığa Dönüşüm Programı içerisinde yok, sonradan gündeme geldi. Ama, nerde var biliyor musunuz, bizdeki Şehir Hastanesi modelinin tıpkısı, Türkçeye çevirirseniz görürsünüz. 2002 yılında Dünya Bankası'nın yayınlamış olduğu belgede var. Eğer isterseniz, ben onu size gönderebilirim. Kaynak bende var. Dolayısıyla diyor ki Dünya Bankası bizim gibi ülkelere, "siz diyor, kamu hastaneleri için şöyle bir model seçin". O modellerden bir tanesi, bir kaç modelden söz ediliyor. Onlardan bir tanesi bizdeki kamu özel işbirliği diye adlandırılan Şehir Hastaneleri modeli. Tıpa tıp örtüşüyor, en ufak bir farklılık yok. Bunu yıllardır, söylüyoruz, gösteriyoruz. Dolayısıyla Türkiye bu modeli nasıl buldu? Örneğin İngiltere'de ben de gittim, inceledim, bunlardan bir kaçını. Hem de iki ayrı şehirde. Ve oradaki yöneticilerle de İngiliz Tabipler Birliği yöneticileriyle de bunu tartışma olanağı da buldum.

Şimdi, biliyorsunuz, bu modelden İngiltere vazgeçti. Çünkü bu modelin birçok makalede, hatta İngiliz Parlamentosu'nun raporlarında İngiliz Sağlık Sistemi NHS'nin finansmanını çok ciddi olumsuz etkileyecek kadar zararlar verdiği ortaya kondu. Ki bunlardan bir tanesi de biliyorsunuz iflas etti. İflas ettiğinde, Carillion PFI, o trusta bağlı şehir hastanesi diye bizde bilinen bu hastaneden hizmet alan insanlar açıkta kaldı ve hem parlamentoda, hem medyada büyük bir tartışma konusu oldu.

Dolayısıyla şimdi Şehir Hastanesi modelinde sizin de söylediğiniz gibi tartışılacak çok teknik ayrıntı var. Mesela yine ben de size katılıyorum. Neden 300 metrekaresin üstünde? bazılarında 328, siz 380 dediniz, yatak başına kapalı alan tercih edildiği belli değil. Oysa ben İngiltere'de ve Belçika'da yeni kurulmuş iki hastaneyi ziyaret etme olanağı buldum. İkisi de 200 metrekaresinin altında yatak başına kapalı alana sahipti ve oldukça geniş, ferah hastanelerdi. Şimdi bu hastanelerle bu kadar 380 m²'ye varan bir alan gündeme geldiği zaman, bunun finansman yöntemiyle doğrudan ilgisi var. İnşaat maliyeti yüksek, ısıtma maliyeti yüksek, soğutma maliyeti yüksek, temizleme maliyeti yüksek, ulaşım maliyeti yüksek.

Bir biçimde otelcilik hizmetinin daha iyi verildiği algısı var. Evet, olumlu izlenim veriyor insanlara. Ama bunun oradaki nitelikli sağlık hizmetiyle ilgisi çok sınırlıdır. Bir de şunları hatırlayalım, hatırlarsanız, İstanbul'da hastanesine el konulan Sağlık Bakanlığı'nın evet, Mehmet Müezzinoğlu, O'nun Meclis'te yaptığı bir sunum sırasında, bende raporlar var. Aslında, KÖİ modeliyle yapılacak Şehir Hastanesi sayısı 34 olarak açıklanmıştı. Hatırlar mısınız Sabahattin Bey, sonra bu 34'den, 18'de sınırlandı. Ben bütün iki Sağlık Bakanı'na da bunu sordum. Yani 34'den 18'e, sınırlandırmanın amacı nedir? Ya da siz de söylediniz ben bir tanesine gittim, gezdim yazın. Antalya Şehir Hastanesi adı şehir hastanesi, ama kamu bütçesinden yapılmış bir hastane. Diğer şehir hastaneleri modelinin de tıpatıp aynısı. Diğer şehir hastaneleri özelliğinden ayrı tabi, ayrı derken orada bir şirket yok. Orada bir başhekim var tamam, demek ki bu piyasa yöntemi ile finansman yöntemiyle bir sıkıntı ya da örgütlenme yöntemiyle bir sıkıntı ya da başka bir sıkıntı meydana gelmiş olmalı ki, başlangıçta 34 olarak ilan edildi ve niyetlenen bu finansman sisteminden vaz geçilmiş durumda. Ancak 18 tanesi bu sistem içerisinde şimdilik ve öyle de kalacak gibi görünüyor.

Burada şöyle sıkıntılar var. Bakın, defalarca dava açıldı, soru önergesi verildi, Meclis'te konuşuldu. Yalnızca bu hastanelerin toptan P2 bedelleri açıklanıyor. Hastane bazlı bir açıklama asla yapılmıyor. Tabi sizin de söylediğiniz gibi hastane arasında fark

olabilir, ama ne kadar fark olabilir acaba? Bunu bizim ortaya koyup bir görmemiz lazım. Şu anda bunu görmekten uzağız.

Bir kaç şey daha söyleyip bitireyim. Bir tanesi bilmiyorum. hatırlıyor musunuz, şirketlerden birisi, Borsa'ya bir satış başvurusu sırasında, o şu anda işlettiği hastaneyi kendi varlığı olarak gösterdi. Bu konuda ciddi bir tartışma oldu. Ve biz bunu Bakan'a sordugumuzda, yazılı olarak da sordugumuzda Bakanlar yanıt veremedi. Şimdi ben yanıtların verilmemesinden şunu anlıyorum, kendi yüzüne de söyledim, demek ki bu hastanenin varlık olarak sunulması meselesine sizin ciddi bir itirazınız yok. "Hani bunlar devlet hastanesiydi?" diyeceğimiz soru işareti burada havada asılı kaldı.

Şimdi bir şey söylediniz, dikkatimi çekti. Mesela hastanelerin yenilenmesi meselesi çok haklısınız, yani, kim iktidara gelse o zamana kadar zaten eskimiş olan ve 99 Depremi'nden sonra neredeyse hiçbiri yeni mevzuata göre uygunluk taşımayan hastanelerin yenilenmesi, yeniden yapılması, yeni hastanelerin yapılması ihtiyacı vardı, bu tartışılmaz, ama tercihler bu ihtiyaca dönük mü yapıldı?

Ben iki örnek vereyim size. Örneğin, bir tanesi hepimizi çok üzen bu 6 Şubat Depremlerinde yıkılan, Hatay Devlet Hastanesi. Yıkıldığı sırada Adı Hatay Eğitim Araştırma Hastanesi ek binasıydı. Ama biliyorsunuz o aslında Hatay Devlet Hastanesi'ydi. Bunu niye söylüyorum, çünkü bu hastane uzun zaman önce depremsellik yönünden raporlanmış ve orada hizmet sunmanın uygun olmadığı raporlanmış bir hastane. Buna rağmen Sağlık Bakanlığı bakın, bu hastane böyle raporlandığı halde burada hizmet sunmaya devam edin diyor. Hastaneyi kapatmayı bile düşünmüyor, bir açıklamaya göre içerisinde 66 kişi öldü. Yine Hatay'da başka hastaneler de var, ama konuyu uzatmamak için bir örnek üzerinden gitmeyi tercih ediyorum. Yani depremsellik iddiası çok yerinde ama, uygulamayla bu iddia arasındaki ilişki bana sorarsanız zayıf.

Şimdi bir de bu 322 milyar Euro meselesinin biraz daha aydınlatılmasına ihtiyacı var. Çünkü siz bunun yarısı kadar bile değil dediniz. Yani 160 milyar euro değil, öyle anlıyorum. Varsayalım ki 150 milyar Euro. Yani yüzelli milyar Euro. 18 hastaneden söz ettiniz, yatak sayısı bağlamında hakikatten çok ciddi bir rakam. O yüzden biz kamudan özele bir kaynak aktarma aracı olarak kullanılıyor diye bir tartışma yürütüyoruz.

Bu tartışmadaki en önemli sıkıntı şeffaflığın olmaması. Sağlık Bakanlığı'nın başından beri bize verdiği yanıtlarda, ticari sır bunu açıklayamam demek yerine burası bir kamu özel ortaklığıdır.

Ve biz bu süreçte şu rollere sahibiz, finansmanı şudur, özellikleri budur diyebilmiş olsaydı, o zaman belki tartışma başka bir alana taşınabilirdi. Ama bunu hiç bugüne kadar diyememiş durumdadır. O yüzden de Şehir Hastaneleri bir çok açıdan şehrin dışına yapılması, şehir içindeki hastanelerin kapatılması, oradaki ikili sistemin örtüşmemesi ve Sayıştay raporlarında uzun yıllardır aynı hataların yazılıyor olmasına rağmen bunda herhangi bir değişiklik yapılmamış olması açısından tartışmaya çok açıktır.

Bir örnek vereyim size, aynı şehirde bir devlet hastanesi ve Yozgat'tan söz ediyorum, Yozgat Şehir Hastanesi, Yozgat Devlet Hastanesi'nin hizmet aldığı çamaşır yıkatıldığı şirketten hizmet alıyor. Aynı şartlarda ama Sayıştay raporuna göre ikisi arasında hiçbir biçimde kabul edilemez 14 kat fiyat farkı var. Şimdi, burada bir tuhaflık var, yani hizmet bedelinin tamamını biz ödüyoruz, ama o hizmet bedelini öderken bunun bir standardının olması gerekir. Ayrıca şunu da söylemek gerekir Sabahattin Bey, biliyorsunuz, P2 hizmetler için ayrılmış bir kaynak. Aslında Sağlık Bakanlığı bütçesinde neden yalnızca P2 değil de az önce sizin sayısını verdiğiniz 900'ü aşkın diğer hastanelerinin döner sermayesinden aktarılan paralarla alınan hizmetler yerine, burada genel bütçeden böyle bir şey tercih ediliyor sorusu da bugüne kadar yanıtız kalmıştır. Dolayısıyla burada bir şeffaflığa ve tam olarak kaynakların ortaya konulmasına ihtiyaç var.

Sözümü şöyle bitireyim. Kabaca her yıl Sağlık Bakanlığı bütçesinin %10'u P1 ve p2 için bu hastanelere kaynak olarak aktarılıyor. Takdir edersiniz ki bu çok büyük bir rakam. Kendim hesapladım, bu kadar kaynağı şehir hastanelerine vermesek, bunun yerine Sağlık Bakanlığı'na personel istihdam etsek, 150 binden fazla yeni sağlık çalışanını istihdam edebileceğimiz bir rakam bu. Oysa Sağlık Bakanlığı bırakın 150 bini, Aile Sağlığı Merkezleri'nde grup elemanı diye adlandırılan hiçbir güvencesi olmayan, 20 bin kadar kişiyi bile istihdam etmeye yanaşmıyor.

Gerekçe olarak da diyor ki, bütçem yetersiz. Aslında benim bakım bütçesinin yetersizliğinden daha çok bütçeyi uygularken ki tercihlerde bir hata olduğu biçimindedir. Dolayısıyla Türkiye'de kamu hastanelerindeki değişim, ağırlıklı olarak insanların doğumda beklenen yaşam ümidini uzatmaya, sağlıklı geçen günleri uzatmaya değil, ağırlıklı olarak, özellikle işte yılda 12, 13 defa doktora gitmek de içinde olmak üzere çok yüksek sayıda MR ve tomografi kullanmak için olmak üzere özel sektöre ciddi bir kaynak aktarma meselesine dönüşmüştür. Yoksa kişi başına en yüksek MR çekiminin kişi başına en yüksek tomografi çekiminin bizim ülkemizde olmaması gerekirdi diyerek ben burada kesmiş olayım.

Eriş Bilaloğlu: Evet, teşekkür ediyoruz. Bir, süreci 24 Ocak 1980 kararlarıyla başlatan, dolayısıyla hem genel olarak kamuda, özel olarak kamu sağlığı hizmetlerindeki dönüşümün ana çıkış noktasının 24 Ocak kararları olduğunu belirten bir perspektifle başlamış oldu.

Sonra bunu Şehir Hastaneleri dahil, toplamda kamudaki dönüşümün finans alanında da ciddi bir müdahaleyle olduğuna dair örneklerle bir çerçeve çizmiş oldu.

Sabahattin Aydın: Özür dilerim. Bazı konularda, yani en azından yanlış bilgiler olan yerleri düzeltmek isterim. Ama son turda mı söyleyeyim onları?

Eriş Bilaloğlu: Diğer konuşmacılar da sözlerini tamamladıklarında kendi sözlerinize ilişkin eksik bulduğunuz, ilave etmek istediklerinizi söylemek; diğer konuşmacıların söylediklerine ilişkin itiraz, eleştiri, düzeltme her neyse, onları yapalım diye önermiştim. Yine son olarak, arzu ederseniz bir üçüncü turda yaparız. Ama böyle ilerleyelim diye düşünüyorum. Evet, söz sizde Bayazıt.

Bayazıt İlhan: Ben de çok teşekkür ediyorum hem Sabahattin Hocama hem Kayıhan Hocama. Çok iyi bir çerçeve oldu konuyu tartışabilmek ile ilgili. Süreyi dikkatli kullanarak özellikle Sabahattin Hocam'ın sunumundaki bazı noktalara dair görüş belirtmek istiyorum.

Kamu hastaneleri deyince, esas bunların amiral gemisini Eğitim Araştırma Hastaneleri oluşturuyor, hem yatak kapasitesi bakımından hem verilen hizmetin yoğunluğu ve referans merkezi olması açısından. Eğitim Araştırma Hastanesi'nin durumu çok önemli ve hakikaten Sabahattin Hoca'nın da söylediği gibi, Eğitim Araştırma Hastanelerinin sayısında çok büyük bir artış var. Bunların üniversitelerle ortak kullanımı konusunda çok tartışmalı konular var. Ve, hani çok çarpıcı bir şey söyledi, yani bir devlet hastanesinin olduğu bir ilde hiç Eğitim Araştırma Hastanesi bile yokken tıp fakültesi açılıyor. Daha sonra oradaki devlet hastanesi tabelası bakıyorsunuz bir günde indirilip oraya eğitim ve araştırma hastanesi ünvanı veriliyor. Bunun gibi çok örneğe rastladık. Hakikaten, 2002 yılından sonra ben size bir kaç veri söylemek istiyorum. 48 tane devlet tıp fakültesi açılmış, bunların 45'inin hastanesi yok. Yani kamu hastaneleriyle ortak kullanımla devam ediyor.

Şu anda Hocam bahsetti, Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile ortak kullanımda olan 69 tane Eğitim Araştırma Hastanesi var. Hakikaten dünyada eşi benzeri olmayan bir durum bu. İstanbul merkezli üniversiteden söz ediyoruz. Türkiye'nin dört bir yanında 69 tane

hastanesi var. Bu üniversite ile ilgili çok tartışmalı konulara değinebilir. Burada ne gibi sorunlar çıkıyor? Siz yönetimle ilgili sorunlara değindiniz. Hem rektör-lüklerle hem de Sağlık Bakanlığı bürokrasisi ile arada oluşan sorunlara değindiniz. Çalışanlar açısından da çok önemli problemler var. Özlük hakları açısından çok önemli problemler var. Akademik kadroya geçebilme, geçememekle ilgili çok önemli problemler var. Yani, Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nde bakıyorsanız, bir doçent 5 yılı doldurduğunda hemen profesör ünvanı alabiliyor. Ama bir bakıyorsunuz 20 yıllık doçent, doçent kadrosuna bile alınmamış. Bunun gibi çok örnek var. Son dönemlerde çok kamuoyuna yansımaya başladı. Ortak kullanımındaki hastanelerde başhekimle öyle yetkiler verilmiş ki hocanın sözleşmesini feshediyor, hocanın orada sağlık hizmeti vermesine engel olabiliyor bir başına. Bunun gibi hani örneklerini görebiliyoruz. Hakikaten çok problemler başlıklar var. Özlük hakları dediğim gibi, yani akademik kadroya geçebilen ile geçemeyen hekimler arasında özlük haklarında farklılıklar oluşuyor. Aynı işi yapan uzman hekimlerin özlük hakları arasında farklılıklar oluşabiliyor, bu da gerçekten çalışma barışını bozan ciddi bir problem.

Ortak kullanımla ilgili başka şeyler de var Sabahattin Hocam, bazı hastaneler mesela birden fazla üniversite ile ortak kullanım yapabiliyor. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi öyledir. Dün öğrendim, Gaziantep Şehir Hastanesi mesela, hem Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile hem Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi ile ortak kullanımda. Düşünebiliyor musunuz bir hastanedeki akademisyenlerin de bir kısmı bir üniversitenin hocası, bir kısmı başka bir üniversitenin tıp fakültesinin hocası. Yani neden böyle olduğuna dair kamuoyuyla paylaşılmış bir açıklamanın da olmadığını görüyoruz.

663 sayılı kanun hükmünde kararname ve kamu hastaneleri ile ilgili açıklıkla çok samimi şeyler söylediniz. Yani bu sistem neden çalışmadı? 6 yıl sonra neden vazgeçildi? Hakikaten dönüp bakmamız gerekiyor. Bunun mesela kamuya maliyeti nedir? Kamu Hastaneleri Kurumu diye bir kurum kuruldu. Onun için kocaman bir bina kiralandı. İllerde genel sekreterlikler binaları kiralandı. İstihdamlar yapıldı, değil mi? Bunların pek çoğu kiralık binalardı ben hatırlıyorum. Daha sonra bu olmuyor dendi, vazgeçildi. Siz olmamasına yol açan esas sebebin, bir takım yetki karmaşaları, yöneticiler arasında yaşanan sorunlar olduğunu söylediniz. İnanın bana, hani bu 663 sayılı kanun hükmünde kararname yayınlandığı zaman biz sabahleyin fark ettik. Bu da ayrı bir yönetim sorunu. Yani bu kadar, siz kamu sağlık yönetiminde değişiklik yapacağınız zaman belki de bunun bir taslağını açıklarsınız. Görüşler alırsınız, olası riskleri tartışsınız. Hiç böyle bir şey yapılmadı.

Bir KHK ile sabah kalktık. Bütün kamu hastanelerinin rejimi değişmiş, Sağlık Bakanlığı'nın, yönetim biçiminde önemli değişiklikler var. Eğilim Araştırma Hastanesi'nde şeflikler kaldırılmıştı bu süreçte hatırlarsınız. Bunun gibi çok köklü değişiklikler, bir KHK ile bir sabah kalkıyorsunuz karşınıza çıkıyor. İnanın bana, ertesi gün biz şunu fark ettik. Mesela bir ilde, sağlık müdürü, halk sağlığı müdürü ve genel sekreter. Bunların arasında bir yetki karmaşası çıkacağını, ve sağlık müdürünün yetkisinin ciddi biçimde tırpanlandığını, buradan bir yetki sorununun çıkacağını biz ertesi sabah, yani KHK'yı gördüğümüzde fark ettik. Hastanelerde bir hastane yöneticisi bir başhekim atanmasının yaratacağı sorunları. Hastanenin yöneticisi hekim olmak zorunda da değildi, hatırlayacaksınız. 4 yıllık okul yüksek okul mezunu, 5 yıllık bir kamuda ya da özelde iş deneyimi yeterliydi bir hastaneye yönetici olabilmek için. Bir ilde genel sekreter olmak için 8 yıllık kamuda ya da bir özel sektörde deneyim yeterliydi gibi, hakikaten ciddi problemler yaratacağı baştan belli bir KHK ile karşılaştık. Ve 6 yıl sonra bundan vazgeçildi. Şimdi hakikaten dönüp bakıp bunun maliyetini görmek ve bir özelleştirisini yapmak gerekiyor, Sağlık Bakanlığı açısından.

Siz performans adının yanlış olduğunu söylediniz, çok yerinde biçimde. 2022 yılında hatırlayacaksınız, Fahrettin Bey, Fahrettin Koca Bakanımız da "biz performans sisteminin fişini çektik" dedi ve "onun yerine teşvik sistemi getirdik" dedi. Ben çok da aradaki farkı anlayabilmiş değilim. Temel ödeme diye bir şey var, bu iyi bir şey. Yani sizin döner sermayeden alacağınız ödemenin bir kısmı garanti ödeme oluyor. Bu avantajlı bir şey ama teşvikteki puan hesabıyla performans sistemindeki puan hesapları arasında hekimin geliri açısından, ya da sistem yönünden kayda değer bir fark olmadığını söylemem gerekir. Hani söz açılmışken, bu yeni kamu hastaneleri düzeninde hekimlerin, asistan hekimlerin, hemşirelerin, memurların özlük haklarında, ödeme sistemlerinde ciddi problemler var.

Kayıhan Hocam az önce kısmen değindi. Mesela bakın benim maaşım beş kalemden oluşuyor, Sabahattin Bey. Bir kısmı, sadece toplam gelirimin üçte birinden azı emekliliğime yansıyan ücret. Bunun yanında sabit ödeme diye bir şey var. Hatırlarsınız, daha sonra seyyanen verilen bir zam var devlet memurlarına. Bunun yanında temel ödeme diye bir şey var, bir de teşvik ödemesi var. Beş kalemden oluşuyor ve ben gelecek ay elime ne geçeceğini bilmiyorum. Bununla ilgili hakikaten ciddi karmaşa yaşıyoruz. Aldığımız ücretin önemli bir kısmı da bizim elimizde değil. Hastanenin performans puanı deniliyor. Hastanenin katsayısı deniliyor. Hekimin, hemşirenin kontrolünün dışında pek çok faktör var. Bir de az önce söylediğiniz gibi ortak kullanım nedeniyle

üniversite kadrosuyla ilgili ortaya çıkan uyumsuzluklar var. Bu da özlük haklarında, çalışma barışında kamu hastanelerinde ciddi problemlere yol açmış durumda.

Şehir Hastaneleri'nin yapımıyla ilgili, doğru anladıysam, siz bunun esas olarak hastanelerin yenilenmesi motivasyonundan doğduğunu söylediniz. "Kamu ihale kanunu ile yapılan yenilemeler ortalama 7 yıl sürüyordu, burada daha hızlı yapılıyor" dediniz. Ben bunun Şehir Hastaneleri, kamu özel işbirliği hastanelerindeki durumu açıklayacak yeterli sebep olduğu konusunda ikna değilim Sabahattin Hocam. Yani, burada çok problemli yanlar var. Genel bütçeden ihaleyle yapılan 3 yılda tamamlanan gayet güzel hastaneler de biliyoruz. Az önce Kayıhan Hocam söyledi. Yani 7, 8 yılda bitmeyen Şehir Hastaneleri de biliyoruz. Kayseri örneğini verdi. Ben de bir örnek vereyim. Etlik Şehir Hastanesi de planlanandan 5 yıl sonra bitti hatırlarsanız. Yani 2017 yılında bitecekti, 2022 yılında bitti. Üstelik de bu gecikme nedeniyle, müeyyide uygulanıyor mu uygulanmıyor mu onu da bilmiyoruz. Bu gecikmeden dolayı oluşan kamu zararının giderilmesi ile ilgili ne yapılıyor? Mesela Etlik Şehir Hastanesi'nde 5 yıllık gecikme nedeniyle, 18 yıl ödenecek olan P1 ödemeleri mesela 13 yıla çekilecek mi? Bunları bilmiyoruz. Açıklanmıyor.

Sabahattin Aydın: Özür dilerim. Cevap gibi olacak ama çok teknik bir bilgi olduğu için söyleyeyim, geciktiği yıl kadar ödeme kesiliyor. O 18 yıl nereden çıktı? 25 yıldır, 18'e neye düştü? Bahsettiğiniz sebeplerle düştü. Yani çok net. Aslında kamuoyuyla paylaşılmış durumda. 18 yıl denmesinin sebebi, gördüğünüz gibi, 7 yıl düşmüş aşağıya.

Bayazıt İlhan: Hocam, şöyle, hakikatten eğer böyleyse bunu açıklıkla konuşmak gerekir, ne yazık ki bunlar hiç açıklanmadığı için bilmiyoruz. Biz genel olarak şehir hastaneleri sözleşmelerini 25 yıldan, 18 yıla düşürülmesinin...

Sabahattin Aydın: Hayır, hayır. 18 yıla düşmesi, bu tür kararlar, bu tür gecikmeler vesaire ceza puanı olarak söyledim ya bir mahsuplaşma vardır. Bir de bu ceza puanlık süreyi azaltma vardır. Yatırımdaki mahsurlar yani gecikmeler süreye yansır. Aylık işletmedeki problemler ay sonunda ödenen paraya yansır. Dolayısıyla, hani Kayıhan Bey diyor şu kadar para olacak bunları bilmiyoruz. Niye? her ay ödenende bir sürü mahsup kesilenler vardır? Bütçeye konan paranın hepsi ödenmez, anlatabildim mi? Bu biraz karmaşık bir yapı. Bilmediğimiz için her birine kendimizce bir anlam veriyoruz.

Kayıhan Pala: Bir şey söyleyeceğim. Bakın, 2025 yılını yakından takip ediyorum. 2025 yılında 101 milyar lira konmuştu P1 ve P2 için, ekim ayında bu 104 mil-

yar olarak gerçekleşti. Yani, ekim ayında toplam bütçeye konan zaten 3 milyar aştı. Kasım aralık aylarını henüz görmüyoruz. Yani bütçe, başlangıçta konanın daha üzerinde. Tahminlere göre bu yıl %16 üzerinde Şehir Hastanelerine bir ödeme yapılacak, o bilgiyi de vermiş olayım.

Sabahattin Aydın: Doğrudur çünkü, maliye bütçeye koyarken, o oradaki kesintiyi de öngörerek koyar. Yani maliye, biliyorsunuz, bütçeyi denk getirebilmek için bazen ek bütçeyle tamamlayacağı yerleri bile eksik bile koydukları olur. Dolayısıyla dediğiniz örnekler doğru olabilir.

Eriş Bilaloğlu: Bu parantezi kapatalım. Evet devam edelim hocam.

Bayazıt İlhan: O zaman hani 3 yılda zamanında biten şehir hastaneleri için 25 yıl ödemelerin yapılacağını anlıyoruz, sizi söylediklerinizden.

Sabahattin Aydın: Evet, başka sorun yoksa.

Bayazıt İlhan: Tabii, bir şey söylediniz, yani bu sismik izolator kavramıyla Şehir Hastaneleri'yle tanıştık dediniz. Aklıma şu geliyor. Yani şimdi biz inşaat sektöründeki teknolojik gelişmeleri takip edebilmek için kamu özel işbirliği yöntemiyle mi hastane yapmak zorundayız? Genel bütçeden yaptığımız zaman, kamu ihale kanuna göre hastane yaptığımız zaman sismik izolatorü akıl edemiyor muyuz? Bizim bunları akıl edecek kamuda ve özelde inşaat mühendislerimiz, bürokratlarımız yok mu? Yani daha nitelikli inşaat yapmak için, kamu özel işbirliğini mi tercih etmek zorundayız? Ben hakikaten bu konuda da tereddütlüyüm.

Şöyle tamamlayayım sözlerimi. Bu hani kent merkezindeki mevcut hastanelerin kapatılması meselesi. Hastane sayısı üzerinden siz bunu değerlendirdiniz. Bunun da doğru bir işlem olduğunu ifade etmeye çalıştığınızı anladım. Ben hastanenin kapanmaması meselesini, mevcut hastanelerin çevresindeki esnafın, farklı çıkar guruplarının tırnak içinde baskısına bağladığınızı gördüm. Biz Ankara'da Hastanemi Kapatma diye bir platform kurmuştuk. Hakikaten bir çıkar gurubu muyuz bilmiyorum, Ankara'daki bütün dernekler, sendikalar, meslek odaları var. Hastaneler, kapanmasın diye çaba harcıyoruz. İstiyoruz ki kolay ulaşılabilen yerlerde kent merkezindeki hastaneler sağlık hizmeti vermeye devam edebilsin. Dolayısıyla biz mevcut hastanelerin korunmasının ve sağlık hizmetlerine devam edebilmesinin kamu sağlığı açısından, sağlığa erişim açısından önemli olduğunu düşünüyoruz. Tabii ki eksiklikleri giderilmeli, tabi ki koğuş sisteminden vazgeçilip nitelikli yatak sistemine dönüştürülebilmesi. Bunun için gerekli düzenlemeler yapılabilmesi.

İşte bu bizim eski hastane meselesi var ya, Sabahattin Bey. Biz 50-60 yıllık hastaneleri eski hastane deyip yıkıyoruz. İnanın bana, ben bir yazımda bunu belirtmiştim, Avrupa da 1400 yıllık hastaneler var, o binalar korunuyor. O, binalar, o kentin hafızası, o ülkenin hafızası, insanlar o kenti, o binalarla o hastanelerle tanıyor.

Cumhuriyet dönemine devredilmiş 2 tane benim hatırladığım hastane vardı. Ankara Numune Hastanesi ve Bursa'da Memleket Hastanesi. İkisini de kapattık. Ankara Numune Hastanesi, siz buraya Gureba Hastanesi dediniz. Yani Ankara'nın tarihi önemde hastanelerinden bir tanesi. Bursa Memleket Hastanesi bildiğim kadarıyla 7-8 yıldır boş yatıyor. Kent merkezindeki önemli bir hastane, o kentin hafızası bu. Şimdi kapatılmalarına itiraz ettiğimiz için baskı gurubu ya da çıkar gurubu olarak değerlendirilmememiz gerektiğini düşünüyorum. Teşekkür ediyorum.

Eriş Bilaloğlu: Çok soru ve konuşulacak çok konu birikti. Bende bir şişkinlik oluştu.

Sabahattin Aydın: Aslında o şişkinlik bende daha fazla var. Çünkü bir kısım, söylemler benim ifadelemeye cevap olarak söylendiği için bende çok daha fazla. Ama ne yapayım, bitirmek zorundaydım.

Eriş Bilaloğlu: Sizlere söz vereceğiz. Ben de Doktor Sami Ulus Çocuk Hastanesi'nde uzun yıllar çalıştığım için doğrusu, oranın binasının yıkılmaması gerektiği konusunda çok duyarlıyım. Ne diyeyim, hakikatten bir hafızadır oranın binasının her şeyi. Ama o bina yıkıldı, şimdi daha güzeli yapılacak. Ne demek daha güzel bilmiyorum. Yapılıyor yapılacak belki de, ama o binanın o mirası işte o mimari falan, sıkıntı diye düşünüyorum. Niye? Çünkü kamu kavramı değişmiş durumda. Yani aslında bundan her ne anlaşıyorsa kültürel varlık, sahip olduğumuz geçmiş var kamunun içerisinde.

Ama ne kadar önemsiyorsunuz bilemeyeceğim, Türkiye Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü vardı. Kamu, evet amme bu enstitü ne oldu?

Her halde dayanamadı değişime. Hacı Bayram Veli Üniversitesi'ne devredilmiş oldu. Şimdi kamu konusunu önümüzdeki günler, yıllar içerisinde, ben de dünya yeniden ele almak durumunda, çünkü ihtiyaçlar çağırıyor bunu.

Konumuzla ilgili kısma ilişkin birkaç cümle söyleyeyim, sonra sizlere dönmüş olacağım tekrar. Ee, Aslında ikibinlerde, hikaye belli bir noktaya gelmişti. Kamu harcamaları sağlıkta çok arttı, argümanı yaygın olarak söyleniyor, kullanılıyordu hatta kanıksanmış kabul edilmiş bir noktaya gelinmişti.

Sabahattin Aydın: Ben, ben hep buna itiraz ettim. Daha fazla kamu harcaması yapılması gerekir, yanlış yoldayız diye hep söyledim.

Eriş Bilaloğlu: Evet ama sanki Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın da tezlerinden bir tanesi, çıkışında kamu harcamalarının arttığını da ima ediyor ve sürdürülemez görüyordu.

Sabahattin Aydın: Kamu harcamaları bakın, Sağlıkta Dönüşüm Programı kamu harcamalarını artırmayı hedeflemişti. İMF ile IMF heyetiyle hatırlar mısınız? gözden geçirme şeyi vardı, önceki hükümette IMF ile yapılan anlaşmadan dolayı. Toplantılara ben katıldım ve IMF ile kavga ettim. Sağlıkta biz daha fazla para harcayacağız. Tasarruf yaptırılmazsınız bize diye. Yani öyle öyle bir düşünce hiç olmadı. Bunlar sadece argümanlar olarak kullanıldı sahada.

Eriş Bilaloğlu: Evet, şöyle devam edeyim. Bu dünya ölçeğinde de söylenen bir şeydi. Sağlık harcamaları arttı.

Sabahattin Aydın: Orası doğru çünkü liberal politikaların ana hedefi o, Kayıhan Bey güzel söyledi onu. Seksenden beri Türkiye'de var olan yani 24 Ocak kararlarıyla var olan politikada argüman da o. Oradan dolayı yanlış suçlamayayım. Doğru, haklı söylediğiniz bir şey var, ama Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda sürekli biz sağlık harcamasının artması gerektiğini dile getirdik. Yanlış harcaması artışı ile verimsizlik başka şeyler.

Eriş Bilaloğlu: Bir de devamı da var aslında bu iddianın ya da bu argümanın. Sağlık harcamalarının attığı Dünya ölçeğinde söylenen bir şeydi.

Türkiye'ye bakıldığında, aslında Türkiye o tarihlerde OECD ülkeleri içerisinde en az kamu harcaması yapan bir ülkediydi.

Kayıhan Pala: Bugün de öyle, hala epey gerisindeyiz.

Eriş Bilaloğlu: Evet, evet. Kamu sağlık harcamaları açısından o günlerde, yani Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel hedefleri arasında sağlık harcamalarının kontrol altına alınması yer alıyordu diye hatırlıyorum. Dolayısıyla Türkiye öyle bir noktada değildi, ama böyle bir argüman vardı. Kamu sağlık sistemi finansmanında en büyük pay %40 ya da %39 olabilir her neyse kamu hastanelerineydi aslında, Türkiye OECD ülkeleri arasında 2'nci ve 3'üncü basamak sağlık hizmetlerinde %53, bir ortalama oranla en yüksek oranda kamu harcaması yapan bir pozisyondaydı. Öyle bir noktadaydık ve kamu hastanelerindeki dönüşümün 3 başlığı, yani finansman, hizmet sunumu ve organizasyon. Bu üç alanda da bir süreç yaşandı. Global bütçe ve teşhis

ile ilgili gruplar serisi de karma olarak uygulanıyor. Bu ikisi bir uygulama sürecine girdi ve aslında bu, belki bu toplam söylem içerisinde biraz eksik kalmış olabilir diye düşünerek söylüyorum. Hekimlik uygulamalarını da doğrudan etkileyen ve değiştiren bir sürece girdi. Örneğin teşhisle ilişkili gruplar, kamu sağlık hizmetlerinde de, özellikle hekimlerin hekimlik uygulamalarını, karar verme kapasitelerini kısıtlayan bir dönüşüme yol açtı.

Biraz önce, özlük haklarından da bahsedildi, gelirlerin emekliliğe yansımaları, toplam gelirlerin içerisinde döner sermayeden, ki o dönem ek ödeme adındaydı. Kayıhan'ın sıklıkla kullandığı bir şeydir. Anasından daha fazla bir ek ödemenin olduğu bir gelire dönüştü hekimlerin gelirleri. Ben burada hekim diyorum, siz tüm sağlık çalışanları açısından da düşünebilirsiniz. Ama hekimler ana aktör olarak, burada ele alınıp incelenebilir. Dolayısıyla aslında kamu hastaneleri hizmet sunumunda da bir dönüşüm yaşandı. Ve bu dönüşüm toplamda yılda hekime başvuruyu artırmış olsa da sağlık hizmetlerinin niteliği açısından arzu edilen bir ilerlemeyi değil, aksine belki içeriği de düşüren kaliteyi/niteliği de düşüren bir gelişmeye de yol açtı.

Yavuz Üçkuyu: Sabahattin Bey'e geçmeden, ben de kısa bir söz alabilir miyim?

Eriş Bilaloğlu: Evet, tabii buyurun.

Yavuz Üçkuyu: Yani, hem Sabahattin Hocama da bazı şeyleri sorarak açmasını sağlamış olurum. Bir de şöyle. Yani ben de biraz heyecanlandım, çünkü dergi okurları açısından da ilgi çeken bir sayı olacak, bayağı meraklısı olacak, öyle görüyor.

Ben de, hani özellikle Sabahattin Hocamın sunusu üzerinden, bir iki noktayı, açmasını isteyeceğim. Osmanlılardan Türkiye'ye kamu sağlık hizmetleri tarihini iyi özetledi bence. Osmanlı'da yaygın ve sistematik bir kamu sağlık hizmetinin olmadığı anlaşılıyor, daha çok vakıflar üzerinden bağışlarla yürümüş hizmetler.

224 sayılı Sosyalizasyon Yasasına sahip çıktı. 224 sayılı Sosyalizasyon Yasası, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kamusal olarak verilmesi konusundaki en önemli yasal dayanak oldu. Ve ondan sonra sağlık hizmetlerinin kamusal konusunda yasanın öngördüğü bir örgütlenmeye gidildi. Ve sağlık hizmetlerinin kamusal özelliği genişledi. Şimdi, temel nokta şu: Osmanlılarda kamu sağlık hizmeti çok fazla yok, 224'le beraber kamu sağlık hizmetlerine ilişkin önemli bir adım atılmış. Dünya'da da bunun sosyal devlet uygulamaları içinde önemli örnekleri var. 224 bu konuda dünya örneklerini izliyor.

Burada hizmete yön veren temel anlayış, kamu ya-

rarı. İnsanların daha rahat yaşamaları, sağlığa daha rahat erişmeleri, eğitime daha rahat erişmeleri gibi başlıklarda doğru, iyi kabul edilen kamu yararı kavramı söz konusu.

Bütün Dünyada ona ne dersiniz bilmiyorum, çünkü kendinizde bu liberal görüşleri biraz eleştirdiniz, dediniz ki "biz tam tersine Sağlığa daha fazla bütçe ayrılmalı, hizmetlerden insanlar daha fazla yararlansın istiyoruz" dediniz. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın da hedefinin bu olduğunu söylediniz.

Dünyada özellikle kamu hizmeti, kamu yararı konusunu çalışan kişiler, akademisyenler diyorlar ki; kamu hizmetinin üretiminde eğer finansman genel bütçeden sağlanırsa ve hizmet üretimi de kamu tarafından yapılırsa, bu sadece hizmetin niteliğinin yükselmesi açısından değil, aynı zamanda o toplumdaki gelir eşitsizliklerini, adaletsizlikleri azaltma konusunda da bir işleve sahip olur. Çünkü, yüksek gelirlilerden bir transfer söz konusudur. Bu hizmeti genel bütçe finansmanı ile kamusal olarak ürettiğinizde, hani burada da tartıştığımız şeyleri, harcama yanlışlıklarını en aza indirmiş oluyorsunuz.

Şimdi, evet, sağlık alanında düzenlenmesi gereken kaotik bir tablo çizdiniz. Ama bu kaotik durumun düzeltilmesi, örneğin kamu eliyle genel bütçeden finanse edilmesi ve bütün bu yatırımların kamu eliyle yapılması da bir seçenek dahilindeyken bunun tercih edilmemiş olması ve hatta ve bunun dünyadaki uygulamalar çerçevesinde onlarla uyumlu biçimde Türkiye'de de gerçekleşmiş olması üzerine ne diyorsunuz? Birinci sorum bu.

İkinci sorum da şu: Kayıhan Hocam da söz etti. Hani kısırtılmış sağlık hizmetinden. Kısırtılmış sağlık hizmeti aynı zamanda kamu hastanelerinde önemli bir hizmet yükü olarak karşımıza çıkıyor. Kısırtılmış sağlık hizmetinin ortaya çıkabilmesinin önemli bir nedeni de birinci basamak sağlık hizmetlerinin, koruyucu sağlık hizmetlerinin neliği ile, örneğin basamaklar arası sevk sisteminin olmaması ile ilgili değil midir? Yani eğer orası piyasalaştırılırsa, koruyucu sağlık hizmetlerine örneğin yeteri kadar kaynak ayrılmazsa, sevk sistemi de uygulanmazsa; kontrolsüz durumların ortaya çıkması, kontrolsüz hasta başvurularının ortaya çıkması, hatta hastalıkların ortaya çıkması beklenmeyen bir durum mudur? O nedenle hani bu kamu hastanelerindeki dönüşüm meselesindeki, buradaki artan finansal hareketleri, genişleyen hizmet üretimini, Türkiye'de uygulanan haliyle aile hekimliği sisteminin öngörülmesi gereken faturası olarak değerlendirmek de mümkün değil midir? Bunları sormak isterim.

Sabahattin Aydın: Kısa kısa cevaplar vermeye çalışacağım. Çünkü aslında her başlığı ayrıca tartışmak isterim ben sizlerle, ama çok vakit alır. Bir de diğer-

lerine cevap veremem diye korkarım. Elden geldiğince bazılarını işaretledim, notlar da aldım. Öyle görüyorum ki bazı konularda sistemin içinde olmamıza rağmen hepsini bilmiyoruz. Yani yanlış anlamayın. Bilgi eksikliği-nin getirdiği bazı yanlış kanaatler var. Onları düzeltmeye çalışacağım, daha çok. Yoksa görüş farklılığına saygı duyarım. Siz öyle, düşünürsünüz, ben başka düşünürüm, tartışmaya da gerek yok. Ya da tartışıp bir orta yol bulmaya çalışırız, o ayrı bir konu. Ben esas daha çok bilgi konularına değinmeye çalışacağım.

Mesela, Eriş Bey, sondan başlayayım, TİG global bütçeleme değer bazlı ödeme gibi kavramlar kullandı. TİG, tanı ilişkili gruplar konusu. SSK'nın paket hizmet satın alma diye uyguladığı, geçmişte özel hastanelerden bir uygulaması vardı, hatırlar mısınız? SSK hastanelerinin yeterli olmadığı yerlerde. Bu paket uygulamamız çok ilkel bir şeydi. Yani resmen paçallayıp bir rakamla pazarlık etmekte. Şimdi SUT'ta da maalesef benzer paketler var. Niye? İşte hizmet başı ödeme, harcamayı artırdığı için. Ben bu harcamayı artırmayayım, dolayısıyla bunun için SUT kapsamında oluşturduğu bir model. Çok sağlık ekonomistlerinin tavsiye ettiği bir model değil. Çünkü bu hizmetin niteliksizliğini getiriyor arkasından da. Hizmet başı ödeme de tavsiye edilen bir şey değil, o da harcamayı arttırıyor, doğal olarak tüketimi arttırıyor. Şimdi, sağlıktaki bu tür ödeme modellerinin hemen hemen hepsinde bir risk vardır. Hiçbiri mutlak iyi değildir. Onun için de, acaba karma model mi yapsak? gibi tartışmalar hep yapılır, sağlık ekonomistleri tarafından. Tanı ilişkili gruplar dünyada bir dönem çok popülerdi. Niye? İşte sözünü ettiğim bu paketlerin daha adil hale gelmesi, niteliksizliğe dönüşmeden hastanın taşıdığı risklerin ve verilen hizmetten elde edilen çıktıların da pakette bir etkisinin görülsün. Hizmet finanse edilirken bu TİG paketleri daha adil bir dağılım sağlansın diye tasarlanmış bir model. Her hastalık için her tedavi için bir eşirilikçi bir standart olmadığı için de bazı hastanelerden veri alarak otomatikman sistemin kendi kendine maliyetlerini ve fiyatlamaları oluşturduğu bir model bu aslında. O zaman bu modelin en yaygın kullandığı yer Avustralya'ydı. Şimdi TİG öne çıktı böyle, bir sorunları giderme anlamında, biz de bunun üzerine çalıştık, bir proje yaptık. SSK, daha doğrusu SGK, sonuçta bütün bu çalışmalara katkı vermesine rağmen, sonuçta bunun kendi adına bir tasarruf getirmeyeceğini görünce hiç uygulamaya koymadı. Yani Türkiye'de TİG hiçbir gün uygulanmadı.

Sadece Sağlık Bakanlığı, madem bir proje yaptık, eğer bir hastanenin hizmet sunumunda bu TİG hiz-

met başına ödemeye göre (ki Kayıhan Bey eleştirdi haklı, ben de eleştiriyorum onu) daha adil oluyor ise hastanelerimize, en azından belli bir orandaki parayı bu TİG analizleriyle gönderelim diye bir dönem denedi. Ama bu da bir süre sonra Bakanın hastaneler konusundaki özgür karar verme, yine o benim söylediğim, siyasetin gücünü zayıflattığı görülünce yavaş yavaş terk edildi. Şu anda TİG Türkiye'de hiçbir şekilde uygulanmıyor, yani bu bilgiyi düzeltiyim.

İki global bütçeleme; bu global bütçelemeye haklısınız.

Aslında bizim Türkiye'deki bir global bütçeleme değil, tavanlı bütçeleme bu aslında, global bütçeleme değil. Sonuçta Sağlık Bakanlığı SGK'dan alması gereken parayı tam alamadığı için, yıl sonunda alacağımız para yaklaşık belli, öyle ise bunu 12 aya bölerek tahsil edelim, anlayışıyla verilmiş bir karar, bir uygulama. Dolayısıyla bu global bütçeleme çıktığı günden beri Sağlık Bakanlığı'nda hizmet başı ödeme bitmiş durumda. Dolayısıyla aslında global bütçeleme olmadığı gibi hizmet sunum ve finansman sözleşmesi de kalkmış durumda. Hesapları daha çok Maliye yaptığı için belirlenen miktarı sadece SGK arayıcılığıyla göndermiş oluyor. Bu yüzden global bütçeleme çıktığından beri Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi genel bütçe yanında adı döner sermaye olan ikinci bir sabit bütçeden oluşuyor. Bu açıdan, o en baştaki hizmetin karşılığının finanse edilmesi modeli tam olarak işlemiyor. Bu global bütçeye, sonra üniversiteler de, girmeye heveslisi oldular. Bildiğim kadarı üniversitelerin de bir kısmı global bütçeyle para alıyor. Global bütçeleme dediğimiz hizmetin karşılığı değil, giderlerinizin karşılığı alınan bir para. Dolayısıyla aslında bu resmen genel bütçeden konmuş ikinci bir kalem gibi.

Hani biraz önce bir arkadaşım söyledi, "maaşım 5 kalemde oluşuyor dedi" ya, hastanenin de bütçesi birkaç kalemde oluşuyor böylece. Şimdi dolayısıyla global bütçeleme konusu tek başına tartışılması gereken bir husus. SGK'nın denetim gücünü elinden alan bir modele dönüştü. SGK, denetim gücünü hakkaniyetle yapabiliyor muydu? O ayrı bir tartışma konusu.

Şimdi gelelim değer bazlı ödemeye. Budan kim bahsetti? Galiba Kayıhan Bey bahsetti yanlış hatırlıyorsam.

Kayıhan Pala: Hayır, hayır, ben söyledim, ama söylemeye çalıştığım şey şu: Bu gün Sağlık Bakanı diyor ki, değer bazlı ödemeye geçeceğiz. Konuşmalarım yanlış anlaşılmasın.

Sabahattin Aydın: O zaman güzel. Şimdi değer bazlı

ödeme konusunda da biraz çalışmış biriyim, bu telaffuz edilince dikkat kesildim. Ben değer bazlı ödemeye tam olarak geçilebileceğini düşünmüyorum. Bunu samimiyetle kendi şahsı kanaatim olarak söylüyorum. Dünyada değer bazlı ödeme henüz her hizmet kaleminde tanımlanabilmiş bir model değil. Herkes kendine göre belli hastalıklarda belli bir kısmını kapsamaya çalışıyor. Mantiğı yanlış değil, bakın, mantığı şu: hani diyorsunuz, diyoruz ya, "bizim döner sermaye performans sistemimizde sadece nicelik var, nitelik yok". Nitelik değer bazlı ödemeyle. Niceliği bir tarafa bırakalım, verilen hizmetin niteliğine bakarak finanse edelim anlayışıyla ortaya konan bir ödeme modeli bu. Onun için de cazip tabiki. Sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu taşıyan Bakan da haklı olarak, "ben bunu yapmak isterim" der.

Ama bizim şu andaki altyapımızla, yakın bir dönemde buna bütünüyle geçileceğini zannetmiyorum. Belki bir iki tanı grubunda en fazla geçilebilir. Mesela yaşlılara, diyelim ki kalça protezi çok yaygın, prostat kanseri tedavileri gibi belli kalemlerde belki düşünülebilir, ama uzun vadede hala tartışılan bir konu. Yine söylüyorum, amaçları açısından kötü bir şey demiyorum. Fakat pratiği oldukça zor bir yapı.

Ek ödemenin gelirden fazla olduğunu da bir örnek verdiniz. Hatta birkaç tane. Haklısınız yani, bir ek ödemenin ana maaştan fazla olmaması gerekir. Zaten Fahrettin Bey'in Bakanlığı zamanında "temel ödeme" oluşturarak, bir anlamda bu miktarı ek ödemeden çıkarılarak gerçek ek ödemenin maaştan daha az olmasını sağlayacak düzenleme yapıldı.

Belki Eriş Bey hatırlayacaktır. Ben saklarım hep slaytlarımda; karıştırsam bilgisayarımda bile bulurum. Rahmetli Füsün Sayek'in, 2002'de bir açıklaması vardı. Milliyet gazetesinden o haberi kesip slayt yapmıştım. "Çok şey mi istiyoruz" diyordu. "Maaşlarımızın bir kat daha artmasını istiyoruz" Yani zannettiğiniz gibi hekimlerin, maaşları yüksek değildi 2002'de. Talep edilen en azından bir kat daha artıyordu. Yani %100 artıştan bahsediliyor. Sağlık Bakanı hekim düşmanı ya da sağlık personeli düşmanı değil, hiçbir Bakanın da böyle olduğunu düşünmüyorum. Sonuçta Bakanlıklar kendi çalıştıkları personelinin refahını isterler. Bakanlıklar en fazla personelinin maaşlarının artışıyla uğraşırlar. Ben, maaş artışlarla ilgili arayışlar yapılırken eski Sağlık Bakanımız Mete Tan ile bile görüştüğümü hatırlıyorum. "Ne yapmıştınız? tam güne nasıl geçmiştiniz?" diye. Rahmetli Mete Tan bana, o günkü bütün mevzuat tasarımlarını verdiği gibi karşılaştığı sorunları ve maaş artışlarının nasıl eriyip gittiğini anlatmıştı. Şimdi Bakanlık, maaş artışı ile ilgili taleple gittiği zaman maliyenin genel bir bakışı vardır. Kamu diyoruz ya, maliyenin kamuya bakışı da çok farklıdır. Kamu personelinin belli bir dengesi vardır maliyenin gözünde. Memurların emek-

lilik gelirleri derece ve kademeye ilgilidir. Makamların farkı ek göstergeyle ilgilidir, anlatabildim mi? Bütün her şey bu skalalara göre gider. Siz maaş artışını istediğinizde, öğretmenler ister, memurlar ister, polisler de ister, dolayısıyla bütçe yetmez. Sizi de aynı memur statüsünde gördüğü için size özel olağanüstü bir maaş artışı sağlamıyor. Ekstradan maaş artışından bahsediyorum, genel kamu politikasının dışında. O zaman Sağlık Bakanlığı da bunu döner sermaye üzerinden finanse ederek bir anlamda sağlık çalışanlarının maaşını arttırmaya çalıştı. O bahsettiğiniz ek ödemede, ek ödemenin maaştan çok daha fazla olması Sağlık Bakanının özel gayretidir, başarısıdır. Model doğrudur, yanlıştır. Tabiki eleştiriliyor: "O zaman, ek ödeme buy-sa benim maaşım niye az?"

Doğrudur, ilk bakışta eleştiriler haksız değil. Bende aynı gözle bakınca eleştiriyorum, ama bunların arkasında böyle sağlık çalışanlarına kaynak aktarmak gibi bir niyet var. Özel sektöre değil de "kamu sağlık personeline" kaynak aktarma gibi niyet var. Sonradan, dediğim gibi, Fahrettin Bakan zamanında bunun bir kısmı temel ödeme adı altında Bakanlığın yönetmelikle yaptığı bir maaş ekine dönüştürülüp, ek ödeme azaltılmaya çalışıldı. Dikkat ederseniz toplam maaşı düşürmeden yapılan bir düzenleme. Bunların o yüzden diyorum, her bir başlığın uzun uzun tartışılması gerekir. Niye öyle adım atıldı? Niye böyle yapıldı? Bu sonuç niye elde edildi? çok uzun tartışılması gerekir. Geçiyorum bu konuyu.

Şimdi, sorulara tersten başladım böyle kusura bakmayın. Yavuz bey, benim 224'e verdiğim önemin altını çizdikten sonra "224'le beraber kamu hizmetlerine adım atılmış oldu" diye bir ifade kullandı. Evet 224'e tabi önem veriyorum. Hiçbir zaman için de, Aile Hekimliği'ne geçerken de 224 tu kaka eden olmadı. Bakanlıkta da diyen olduğunu bilmiyorum o dönemde. Ama aile hekimliği karşısında, "vay bunlar sağlık ocağına karşı" gibi söylemler olunca, kamuoyunda tevatürler böyle ürtüyor.

Birincisi, 224'le beraber kamu hizmetlerine adım atılmadı. Yani sosyalizasyonun hakkını verelim, ama ondan önceki Refik Saydam'ın, efendim Behçet Uz'un gayretlerini yabana atmayalım. Her ne kadar kanun olmasa da bakın, Ulusal Sağlık Planı, Milli Sağlık Planı önemli belgeler; Meclis'ten, bizzat Meclis kayıtlarından bu planları çıkartıp okudum.

Kayhan Pala: Çok önemli belgelerdir Sabahattin Hocam.

Sabahattin Aydın: Dolayısıyla, yani Cumhuriyet tarihinde bu kamu hizmetleri üzerine çok kafa yormuş bizim Bakanlarımız var, bürokratlarımız var, yani bunlar göz ardı edilmesin diye söylüyorum bunu. Devam ediyorum, 224'ü geçiyorum.

Finansmanın genel bütçeden olması konusu. Yine Yavuz Bey dedi. "İşte, bilim adamları böyle söylüyor. Finansman genel bütçeden olursa, hizmetler kamu tarafından verilirse daha hakkaniyetli olur" mealinde bir ifade kullandı. Şimdi benim finansmanın nereden verildiği konusunda hiçbir ön yargım yok. Yeter ki sağlık hizmetleri hakkaniyetli bir şekilde, yeterli bir şekilde finanse edilsin. Bu finansmanı ister Bismarck sistemiyle yapın ister Semashko sistemiyle yapın, neyle yaparsanız yapın, ama yeter ki, sağlık hizmetlerini, sağlık sistemini finanse edin.

Ücretsiz sağlık hizmeti diye gerçekçi bir kavram yoktur. Bakın, bu hayalidir, yanıltmacadır; her hizmetin bir bedeli vardır. Devlet de verse bunun bir bedeli vardır; özel de verse, başkası da verse. Sonuç olarak bunun bedelinin karşılanması lazım. Sağlık harcamalarının artırılması konusunda; bakın, Türkiye çok hızlı yaşıyor. Avrupa'nın 50 yılda 60 yılda geçtiği süreci 35 yılda geçtik. Dolayısıyla yaşlanmadan dolayı, ortalama beklenen yaşam süresinin uzamasından dolayı, sağlık sektörü beklenen artışından dolayı Avrupa Birliği'nin öngörüsü sağlık hizmetlerine ayrılan kaynağın GSYİH'ya oranının yılda %1,5 kadar daha artacağı yönünde. Eğer bu doğru bir varsayım, öyle düşünelim, eleştirebiliriz, bunun arka planda başka niyetler var diyebiliriz, ama doğru bir varsayım, bizim sağlık harcamalarımızı da kendi gayri safi milli hasılamız içinde artırmamız gerektiği sonucuna ulaşırız. Çünkü biz daha hızlı yaşıyoruz. Büyük bir ihtimalle ki daha fazla artış, daha hızlı artış sağlamak zorunda kalacağız. Nasıl finanse edildiği, tartışmasına katılmıyorum. Bilim adamlarının bu yolla, finanse edilse daha verimlidir, yok o yoldan finanse edilse daha verimlidir, düşüncesine katılmıyorum. Okuduğum birçok literatürde de bu kadar kesin bir bilimsel sonuç görmedim, onu da söyleyeyim. Farklı görüşler var, örnekler var, ama kesin bir sonuç yok.

Ama şunu söyleyeyim size. Genel bütçeden, yani bir kısıtlılığa, polemiğe girmeden ayrılabilirse bu kaynakların ayrılması fikrinin daha doğru olduğunu düşünüyorum. Bakın, daha yararlı olduğunu söylemiyorum, bilmiyorum ama daha doğru olduğunu düşünüyorum. Niye daha doğru olduğunu düşünüyorum, eğer vergi toplayabilen bir ülkeyse, hakkaniyetli vergi toplamayı başarıyorsanız niye bir de adını prim koyarak başka bir vergi toplayasınız, anlatabildim mi? Aslında, prim sistemi, vergi toplayamayan bir devletin adı değiştirilmiş başka bir yöntemle vergi toplama usulü.

Kayihan Pala: Sağlık vergisi.

Sabahattin Aydın: Evet, sağlık vergisidir. Bir adım daha ileriye gideyim. Bakın, o konuyu çok hızlı geçtim. 224 sayılı yasanın gerekçe metnini de

Meclis zabıtlarından çıkarıp baştan aşağı okudum. 224 sayılı yasanın taslağıyla Meclis'ten geçmiş, kanun hali aynı değil. Arada kabul edilmemiş maddeleri var, Meclis'te. Bir maddesi de sağlık vergisi. Ve gerekçe metninde diyor ki Nusret Hoca, bu temel sağlık hizmetleri zannedildiği gibi ucuz değildir. Bütün tabana yayılacak her vatandaşa ulaşacak bir hizmettir. Bu pahalı bir hizmettir. Bunun için ek kaynağa ihtiyaç vardır. Bunun için de sağlık vergisi konmalıdır, diyor gerekçesinde.

Eriş Bilaloğlu: Sosyalleştirme yasasının çıktığı tarihi süreçle ilgili özel bir oturum yapalım.

Sabahattin Aydın: Olabilir tabii. Dolayısı hangi adla olduğu önemli değil, bunu sağlık vergisi olarak koyun ya da "sin tax" derler, yani "günah vergisi" sigara gibi sağlığa zararlı ürünlere vergi koyun. İster böyle vergiler koyun, ister çok iyi adaletli bir vergi sisteminiz var ve herkesten hak ettiği şekilde vergiyi alabiliyorsanız genel vergiden finanse edin, hiç önemli değil. Önemli olan sağlığı finanse edin. Sağlığa şuradan tasarruf edeceğim, buradan tasarruf edeceğim diye vatandaş sağlığı hizmetinden mahrum etmeyelim, önemli olan bu. Şimdi dünyadaki örnekler, dediniz ya? dünyada genel bütçeden finanse eden ülkeler tabii ki var.

İlginç bir şey söyleyeyim size. Hani biraz önce adını söyledim. Semashko Kızıl Ordu'nun sağlık komiseridir, Rus Kızıl Ordu'sunun.

Kayihan Pala: Sonra Sağlık Bakanı, Semashko.

Sabahattin Aydın: Ama aslında Kızıl Ordu'nun sağlık komiseridir, sonra Sağlık Bakanı. Komiser iken Avrupa gezisine çıkıyor. İngiliz sağlık sistemini, Rusya'ya adapte ediyor. Aslında Semashko diye ayrı bir model yok yani. Kamu finansman modelini biraz daha, o totaliter rejime adapte edilmiş. Ben gittim, Moskova'da sağlık kuruluşlarını gezdim. Ama ne yazık ki o komünist döneminde gezme şansım olmadı. Bu şeyden sonra, presteroikadan sonra gezdiğimiz için.

Eriş Bilaloğlu: Gorbaçov dönemi sonrası.

Sabahattin Aydın: Gorbaçov sonrası gezdiğimiz için hızlı bir şekilde nasıl bir finansman kaosu içinde olduklarını, bizim yapmadığımız, asla yapmayı aklımızdan geçirmediğimiz bazı kamu sağlık kuruluşları çalışan doktorlara özelleştirdiklerini, kurumları işletme olarak onlara devrettiklerini görünce "eyvah!" dedim. Bunlar hani Dünya Bankası'nın etkisiyle, tırnak içinde söylüyorum, "bunlar bizden çok Dünya Bankası'na teslim olmuşlar!" diye de hayıflanmadım değil. Dolayısıyla çok farklı örnekler var. İngiltere, evet, belki 90 yıla yaklaştı, 90 yıldır ayakta duran, belki dünyada değişmeden duran en köklü sağlık

sistemidir. Ama unutmayın, bakın, NHS Direct iken kanunları NHS Foundation'a döndü, O da yetmedi NHS Trust'a değiştirildi. Yani kısmen liberalleştirdiler, vakıflaştırdılar sistemlerini.

Kayihan Pala: 2012'den itibaren çok sıkıntılı bir sürece girdiler.

Sabahattin Aydın: Evet, o yetmedi, KÖO sistemini soktular devreye. O görüşe katılmıyorum, Kayihan Bey, "İngiltere KÖO modelini tamamen terk etti, işte iflas etti" diye örnek verdiniz ya? Evet, o zaman, hastane sayısını eğer 29'dan 18'e düşürdüyseniz, Türkiye'de terk etti, anlamı çıkar, eğer terk etmek buysa.

Kayihan Pala: Şimdi burada kastım şu, artık KÖO sistemiyle hastane yapmıyorlar.

Sabahattin Aydın: KÖO sistemi, ben diyorum ki, bu darboğazda yapılan bir şeydir. Hani deprem için bunun, "tek gerekçe olduğuna inanmıyorum" dedi ya bir arkadaşımız, bu gerekçelerle, siz darboğazı aştığınız zaman, eğer milli geliriniz arttı, bütçeniz izin veriyorsa, tabi ki genel bütçeden yaparsınız. Ama unutmayın, genel bütçeniz eğer açık veren bir bütçeyse bizim bütçemiz gibi, yaptığınız her ekstra yatırım aslında bir dış borçlanmadır ya da iç borçlanmadır. Yani dolayısıyla bir kamu hastanesinin maliyetini hesaplarken de borçlanma maliyetini ayrıca hesaplamanız lazım. Onun için kamu hastane maliyetlerini çok doğru hesaplayamaz, arkadaşlarımız. Hemen ihale bedeli maliyet zannedilir ya, bu ihale bedeli bütçeye eğer borçlanmayla konduysa, kaç yıllık borç alındıysa o kadar yıllık onun faizi vardır. Yani KÖO'ya benzer, aslında o finansman modeli de. Bu sizin borçlanma gücünüze ya da borçlanmayan bir bütçeye sahip olmanızla ilgili. Dolayısıyla tabi ki günün birinde borçlanmadan bu işi yapabilecek gücünüz varsa modeli değiştirirsiniz.

İflas konusuna geleyim. Orada da bir karışıklık var. Şimdi KÖO'nun iflası demek, KÖO hastanesinin devletleştirilmesi demek, arkadaşlar başka bir şey değil. Yani KÖO iflas ettiğinde kapatılmaz. Çünkü KÖO'daki sözleşmenin tek bağlayıcı yönü yurt dışından aldığı kredinin ödenebilmesidir. Kreditörler biliyorsunuz, bunlar genellikle Exim bankaları oluyor. Avrupa Eximbank veya işte İslam Kalkınma Bankası gibi Exibanklar. Şimdi Eximbanklar bu krediyi verirken kredinin geri dönüşünü garanti etmek isterler. Bu işin doğasında olan bir şey.

KÖO'da doğrudan hazine garanti yoktur. Birçok devlet kredisinde olduğu gibi yoktur. Ama açıkçası kanunlarda örtülü garanti vardır. Örtülü garanti dediğim şu: eğer işletici ben bu işi yapamıyorum derse kreditör kuruluş işleticiyi aradan çıkarır, benim muhabatım devlet der. Hastane senin der.

Ben kredi verdim. Kanunda böyle bir ifade olmasa da sistemin doğası bu.

Dolayısıyla devlet krediyi ödeyerek bu hastanenin o gün sahibi olur. Hani, "şehir hastanelerini kamulaştırılabilir falan" gibi, bazen söylentiler de duyuyorum, özellikle muhalefet partisinden, sistemi bilmeyen milletvekili arkadaşlardan. Ya, kamulaştırmak demek aslında "krediyi ben ödeyeceğim" demektir, anlatabildim mi? Onu ödediğiniz zaman, bütün içerdeki işleri personelinizle mi yaparsınız? Yine hizmet alımı yoluyla mı sağlarsınız? Keşke bu hususları da da tartışabilsek, hani o özelleştirmenin bir alt birimi olarak söylenen bu taşeronlaşma falan konularını. O artık sizin tercihinizdir. Dolayısıyla, bu konuya da biraz değinmiş oldum.

Gelelim birinci basamak konusuna. Yavuz Bey, ben uzun uzun anlatmak isterim. Benim hastaneden çok üzerine çalıştığım konu birinci basamaktır. Bu konuda Nusret Fişek'in neredeyse bütün yazılarını gözden geçirmiş biriyim. Dünya'da da 30 civarında ülke gezdim, birinci basamağını inceleyeyim diye. Onun için aslında burada vaktinizi almamak için o konuya pek girmiyorum. Bu hususta biraz yaram da büyük olduğu için girmiyorum. Onun için affınıza sığınırım. Şimdi, Aile Hekimliği Sistemi'ne geçişle ilgili söylenen "işte Dünya Bankası'nın raporunda vardı, onun için geçtiler" gibi Kayihan Bey'in ifadesiydi yanılmıyorsa. Doğrudur, orada vardır ama unutmayın, Nusret Hoca'nın Hacettepe Yayınları'ndan olan Halk Sağlığı kitabında aile hekimliğinin hangi durumda hangi toplumda olacağına dair gayet güzel bir ifade var. Ben çok severim o ifadeyi. Aile hekimliği ona, o buna üstündür demiyorum. Nusret Fişek Hoca orada gelişmiş toplumla gelişmemiş toplum arasındaki analizi de yaparak anlatıyor. Onu da dikkatinize sunarım.

Şimdi, maaşın emekliliğe yansımalarıyla ilgili husus. Yine ifade ettiğim gibi, daha ziyade bilgi eksikliklerine değineceğim. Görüş ayrılıklarının üzerine gitmek istemiyorum. Onlar uzun vakitte tartışılabilir konular. Şimdi, yanılmıyorsa 2008'e kadar istihdam edilen bütün memurlarda emekli maaşı aldığınız maaşla ilgili değil, dereceniz ve kadememizle ilgili. Bu açıdan, memur olan arkadaşlar için söylüyorum ve eskiden istihdam edilenler için söylüyorum, döner sermaye ödemenizin emekliliğe sayılıp sayılmaması anlamsız bir ifadedir. Ama bu, bu tarihten sonra işe girenler için çok anlamlıdır onu da belirtiyim. Çünkü o tarihten sonra sosyal güvenlik rejimi yatırdığınız prim oranında emekli maaşı alma kuralına bağlı. Burada da bir bilgi paylaşım sizinle. Aslında 5510 sayılı yasa tasarısı, her ne kazancı varsa hepsi prime esas olması şeklinde idi. Komisyonunda değiştirildi. Değiştirilmesine de en çok sebep olan

işçi sendikalarıdır. “Siz emekli zenginler oluşturacaksınız, bu ülkede” gibi itirazları hatırlıyorum o günlerden. Meclis zabıtlarından detaylarına ulaşılabilir. Ama eleştiri haklı, bence de kanunun esas hali daha doğrudur. Bir kuruş bile gelirimiz varsa bunun piri-mini ödeyip niye emeklilikte bize bir hak doğurmuyor. Doğrusu budur. Ama bazen, teorik doğrularınız pratiğe yansıyamıyor.

Hıfzıssıhhanın kapatılması yine gündeme geldi ya, kuduş aşısıyla bağlantılı olarak. Şimdi, arkadaşlar, Hıfzıssıhha aklımda kaldığı kadariya hücre düzeyindeki son aşı uygulamasını 1997’de yaptı.. Son aşı tesisine kilit vurulduğu yıl da 1999. Sebebi de artık dünyada ilaca benzer şekilde GMP kuralları, bunların faz çalışmaları gibi kurallar aşılar için de benimsenince bunlar kabul edilemeyen aşuya dönüştü. Dolayısıyla Hıfzıssıhhanın aşı anlamında bütün tesislerini kapatması 1999 yılıdır. Yani aslında Hıfzıssıhhanın bizim için çok önemli olan kısmı, bu hükümetten çok önce kapatılmış durumdadır. Bu arada bir hatıramı aktarayım: Hıfzıssıhhayı gezerken JICA programının desteğiyle üretilmiş aşilar gördüm; büyük cam bidonlar içindeydi. Bunları üretiliyorduk, Japon işbirliği ajansı olan JICA projesiyle sonrakı yıllarda kurulan bu üretim bandında üretim GMP şartlarında olmadığı için aşı kullanılamıyordu. Sonra da imha edilmeyi bekliyordu. Dikkat edin diğer üniversiteler gibi eski tesis değil bu daha yeni. Böyle ucube durumlar vardı Hıfzıssıhhada. Hıfzıssıhhanın tarihi açısından baktığımızda kuruluş yılları itibarıyla dünyada örnek bir kuruluş. Dolayısıyla, son durumuna bakıp, onu karalamak doğru bir yaklaşım değil. Ben hala o ismi koruyarak bugünkü anlamda çağdaş bir adım atılsa çok doğru olurdu diyorum. Nitekim, Fahrettin Bey’i hatırlarsanız Aşı Üretim Enstitüsü’nün adını Hıfzıssıhha koymuştu. Eğer sonradan değiştirilmezse, o zamanki bütün ihaleler Hıfzıssıhha aşı üretim tesisi diye yapıldı. Keşke onun yanına bir de Refik Saydam adını koyarak yapılsa daha da doğru olurdu diye düşünüyorum.

Bir konu da şu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Doğrusu, ben unuttum onu. Haklı olarak birçok arkadaşımız buna geldi, takıldı, ki oradaki eleştirilerin yüzde doksanına katılıyorum, onu peşinen söyleyeyim. Sağlık Bilimleri Üniversitesi’nin mütevellisinde Sağlık Bakanlığı’nın olduğunu söylediniz ya Kayıhan Bey? Sonrakı kanun değişikliğinde o müteveli kadük hale geldi. Ben Bakan Yardımcı olduğum dönemde resmi olarak Sağlık Bakanlığı adına müteveli’ye atandım. Hiç bir gün müteveli toplantısına katılmadım, çünkü öyle aktif bir yapı yok. Kanun tamamen kadük, önce bu noktayı belirtiyim. İlk kuruluşunda biraz sınırlı da olsa biraz yetkisi varmış. Sonra bir kanun değişikliğiyle tamamen diskalifiye edilmiş. Üniversite ile Bakanlık arasındaki tartışmaların bazen böyle kanunlar düzeyine taşındığı anlaşılıyor.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi’nin çıkış mantığını söyleyeyim.

Sağlık Bakanlığı’nın eğitim hastanelerindeki doçentlerin profesör olamaması. Özlük hakkı sorununun biliyorsunuz, doçent de olsa hatta profesör de olsa bir uzman hekim kadrosunda çalışıyor. Doçent ve profesörlüğü ona hiç bir artı vermediği gibi hem de asistan eğitiyor. Üniversitedeki hocayla kıyaslayın, hatta üniversiteden ayrılmış bir profesörün gelip Sağlık Bakanlığı’nda çalıştığını düşünün. Uzman hekim kadrosunda çalışıyor ve uzmanla özlük haklarında çok büyük bir fark oluşturmuyordu. Bunun üzerine, bu sorun hükümetin en başındaki kişiye taşındı ve Sağlık Bakanlığı’nın da özellikle doçent olmuş başarılı doktorların profesör olmak için üniversiteye gitmek istediği, böylece eğitim hastanelerinin kan kaybettiği gibi eleştiriler de oldu. Hatırladığım kadariya o günlerde 350 ya da 360 tane akademisyen vardı, Sağlık Bakanlığı’nın kadrolarında bu şekilde mağdur olan. Buna bir çözüm üretilmesi talimatı o zaman hükümetin başından verildi. Yani bu insanların mağduriyeti giderilsin, bunlar da akademisyense üniversitedekilerle eş değerde özlük haklarına kavuşsun diye. Bu sorunun giderilmesi için böyle bir çözüm üretildi. Detayı tartışılabilir, ben Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile ilgili farklı görüşlere sahibim. Gündemimiz bu olmadığı için burayı geçiyorum. Ancak şunu belirteyim; Sağlık Bilimleri Üniversitesi’ni tıp eğitimi açısından öyle küçümsemeyin. Özellikle yurt dışında tıp fakültesi açma yetkisinin olması, Türkiye’nin sağlık diplomasisi ve eğitim diplomasisi açısından önemli. Türkiye’deki faaliyetler için söylemiyorum. Uluslararası tıp fakültesi adıyla açtığı tıp fakültesinde Türkiye’nin bilimle ilişkili olduğu ülkelerin hekimlerini burada eğitimi, tabip yetiştirmesi önemli bir şey. O ülkelerde bir anlamda bizim sağlık elçilerimizi oluşturuyor. Yani olumlu icraatları var. Bu ayrı mesele ama yapılması kurgulanması, bizim Sağlık Bakanlığı hastaneleriyle olan ilişkisi tartışılacak, çok derinlemesine tartışılacak bir konu.

Yine Kayıhan Bey’in verdiği bir örneğe değineyim. Bir şirket sorumlu olduğu KÖO hastanesini varlık teminatı göstererek bir başka yatırımında kullanmak istedi. Doğru söylüyor. Bunu ilk duyduğumuzda biz de çok şaşırmiştık. Fakat bu uluslararası borsaların kurallarını görünce, yani bu liberal ekonomiden hatta daha açık, kapitalist ekonomiyi pek iyi bilmediğimizi gördüm. Sizin herhangi bir yerde mülkünüz olmasa bile cironuz bile, teminat haline gösterilebiliyor. Dolayısıyla, ticari anlamda, eğer bir işletmeyi devralmış ya da bir yerde bir ileriye yönelik bir geliri öngörülen bir yapı ile sözleşme yapmışsanız bunun bile bir teminat olarak gösterilebildiğini öğrenmiş oldum. Ama hala hazineyle bildiğim kadariya

tartışmalar devam ediyordu, ben görevdeyken sonra ne oldu bilmiyorum, ama Kayıhan Bey'in söylediği doğru. Öyle bir olay oldu.

Şimdi Sayıştay raporlarında Şehir Hastaneleri'yle ilgili hemen her yıl bulgular yer alır. Bazıları bir türlü giderilemez. Bunlar imkan, kapasite ve yasal alt yapı nedeniyle çözülemeyen hususlar. Örnek vereyim, her sene trijenerasyon sistemlerinin yeterince denetlenmediği gelir. Trijenerasyon sistemi hastane çalışmadan önce teslim alındığı için, çalışmadan önce alınan bir enerji tüketiminin hesaplanması gibi bir durum vardır. Ya da damga vergisiyle ilgili bir madde vardır. Sürekli damga vergisi tahsil edilmiyor diye Sayıştay eleştirir yapar. Halbuki özel suretle yapılan sözleşmelerde buna yer yoktur. Yasal düzenlemeyle giderilebilecek bir sorundur bu. Böyle bizim diğer kanunlarımızla çelişen bazı hususlar her yıl Sayıştay raporunda yer alır. Bunun dışında eksik uygulama yanlış uygulama var mıdır? Tabii ki onlarda Sayıştayca yapıp edilip düzeltilir. Ama düzeltilemeyen ve her yıl rapora giren gerçekten böyle maddeler yok değildir. Daha önce bu modeli tam öğrenemediğimizden bahsetmiştim. Sadece Sağlık Bakanlığı ya da üslenici şirketler değil söz konusu olan. Türkiye'nin kamu sistemi de KÖO modellerine belki hava terminallerinde, yollarda, adapte oldu ama sağlıkta henüz tam olarak uyum sağladığını düşünmüyorum açıkçası.

"Şehir Hastaneleri'nin bütçesi Sağlık Bakanlığı bütçesinin %10'unu oluşturuyor" dedi Kayıhan Bey. Tabii eğer P2'yi de dahil ederseniz, evet, 9 küsur görünüyor Bakanlığın sunumunda. Ama P2'nin bütün hastanelerde olduğunu düşünürseniz altıda birini oluşturuyormuş. Bu da bence doğru bir ölçü değil. Kayıhan Bey'i eleştirmek için söylemiyorum, kendi adıma analiz yapıyor olsam bu da doğru ölçü değil. Bakanlığın hastaneler için harcaması içindeki rolüne bakmak lazım ki daha yüksek bir oran çıkar, doğal olarak. Bu arada Şehir Hastaneleri'nin verdiği hizmetle diğer hastanelerin toplam hizmetini de kıyaslamak lazım. Yani bir olaya bilimsel bir analizle bakıldığında farklı değişkenler ortaya çıkar. Neticte olumlu ya da olumsuz çıkabilir tabi, o konuda bir ön yargım yok.

Birden fazla üniversiteyle birlikte kullanım uygulamasından bahsedildi, doğru. Bu olmalı mı? Bu nasıl olur? Birden fazla kullanım maalesef bir üniversiteyle işbirliğinde olan hastanenin ya büyüklüğüyle ilgili ya da üniversite kadrosunun kısıtlı oluşu ile ilgili bir olay. Mesela en güzel örneği bunun, işte zaten verilen örnek oydu, Ankara Bilkent. Şimdi Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'yle afiliye. Ama Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nin herkesi kadrosuna almadığı gibi, öyle bir kadrosu yok, öyle bir niyeti de yok yani.

Topluca düşünelim üniversitenin kendi özel mantığıyla. Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nin kuruluş mantığını anlatmıştım. Sağlık Bakanlığı'ndaki akademisyenlerin özlük haklarını korumaktı. Yani özlük derken, sadece maaş düşünmeyin. Doçentlik jürisine bir profesörün girebilmesi de bir özlük hakkı. Yani akademisyenlerin bu haklarını korumak için ortaya çıkmış bir kanundu. Şimdi böyle bu durumda Bilkent'te diğer akademisyenlerin özlük hakkını nasıl koyacaksınız? O zaman da diyorsunuz ki, Sağlık Bilimleri Üniversitesi'yle de burayı afiyele edelim, onların da özlük haklarını koyalım. Dolayısıyla bu ikili yapı, iki üniversiteli yapı böyle bir ihtiyaçtan ortaya çıkmış, palyatif bir çözüm.

Zamanla böyle palyatif uygulamaların nasıl kalıcı çözüme dönüştürüleceği üzerinde düşünülmesi gerekir diye düşünüyorum.

"663 KHK bir sabah da oldu", deyiverdi Bayazıt Bey, "bir sabah kalktık, 663 olmuş" dedi. Öyle değil. Kayıhan Bey anlattı aslında, taslak kanunun çıktığını ve tartışıldığını, Taslak Kanunu'ndaki mütevellî heyetin var olduğunu, kamudaki tepkiyle bunun kaldırıldığını söyledi. Gördüğünüz gibi, aslında olay öyle bir günde çıkan bir şey değil. Gerçekten kamuoyunda çok tartışılan bir yapı. Ve gerçekten de kamuoyunda tartışmalar sonucu da bir mütevellî heyet öngörüsünden bile, vazgeçilen bir yapı. O açıdan hani o bilgiyi biraz düzeltmek isterim.

"Özlük, hakkı 5 kalemden" dendi. Yüzde yüz haklı. Onun da sebebini kısmen söylemeye çalıştım. Korkarım emekli olduğunuzda emekli maaşınız da birkaç kalemden oluşacak, niye biliyor musunuz? Çünkü derece ve kademeye göre, emekli olduğunuzda emekli maaşınız diğer memurlar gibi olduğu için düşük kalacak. Fahrettin Bey'in Bakanlığı zamanında, emekli ek ödemesi diye bir kanun çıkarıldı biliyorsunuz, dışarıda ayrıca ikinci bir iş yapmayan hekimlerin emekli maaşına bir ek yapıldı. Hatta bu kanun sonradan değiştirilerek bu ek ödeme daha da artırıldı. Bunlar gördüğünüz gibi, aslında hekimleri koruyabilmek için yapılan dolambaçlı yollar. Keşke böyle olmayıp doğrudan olsa. Ama işte bu 657 mantığı ve devlet memurluğunda herkese eşitlikçi bakmanın da böyle çıkmazları var.

Eski hastanelerin yıkılmaması konusunda yüzde yüz haklısınız. Özellikle tarihi binaları vay, bu hastane, bu bina, efendim, deprem riski var, yıkılım fikri, hiç akıl alacak bir şey değil. Ben bunu kabul edemem. Orası hastane olarak kullanılamayabilir, ama Sağlık Bakanlığı'nın bir mülküdür. Daha doğrusu hazinenin sağlığa tahsis ettiği bir mülküdür. Hazine bunları uygun şekilde değerlendirir. Eğer bir sağlık markası ise, sağlıkta da değerlendirilebilir. Bu arada tarihi binayı renove edip korumakla orayı yine

hastane olarak kullanma inadını karıştırmayalım. Mesela İstanbul Üniversitesi'nde Çapa ve Cerrahpaşa hastanelerinin yerinde hastane olarak renove edilmesini uygun bulmuyorum. Bu tarihi binalar olduğu yerde restore edilmeli ve mümkünse üniversite hastanesi olarak kullanılmamalı. Tıp fakültesinin kültür binası olabilir, sergi binası olabilir. Yani yine Tıp Fakültesi'nin olabilir sorun değil. Ama bugünkü hastane konsepti içinde 12 tane hastayı bir koşu yatırımla siz cerrahi operasyon yapamazsınız. Bunun bir anlamı yok. Buraları oda olarak da böldüğünüzde burada bina diye bir şey kalmıyor. Hastane yapmak isterseniz de yıkıp yenisini yapıyor ve tarihi yok ediyorsunuz. Diğer taraftan Ankara Numune Hastanesi'ni görüyorsunuzdur, nasıl değerlendirilmeye çalışıldığını. Sağlıkta illa hastane olmak zorunda değil, büyük kalabalıkların girmeyeceği bir şekilde depremle de takviye edilmiş binalar haline getirilebilir bunlar. Tarihi dokunun korunması çok elzem, yani lazım değil elzem bir hadise. Sırf bu yüzden bina yıkılıyorsa bu doğru bir yaklaşım değil. Mesela Vakıf Gureba Hastanesi'nin eski tarihi binası korundu. Ama onun yanında Frank Amfisi vardı, benim de ders okuduğum. Frank Amfisi'nin yıkılmasına biz çok üzüldük. Frank Anfisi, tarihi bir amfi olmanın ötesinde, üniversite reformundan itibaren bir başka sembolü de var. Bizzat Frank'ın adının oraya verilmesi bizim açımızdan önemli bir husustu. Dolayısıyla bu kurumlar adlarıyla da yaşatılmalı. Hıfzıssıhha için de aynı şeyi söylüyorum.

Ben bu arada sabah biraz şöyle İstanbul'daki hastanelerin tarihlerine bir bakayım dedim. Mesela bunlara bakarken Ankara Numune Hastanesi'nin Vakıf Gureba'nın Ankara'daki karşılığı ve Ankara Gureba Hastanesi olduğunu öğrendim. O zaman biz eski tarihte Gureba Hastanesinin ne anlama geldiğini biliyoruz. En azından o binanın varlığıyla biliyoruz. Mesela, İstanbul'da Haseki Vakfı kadın hastanesidir. Bezmialem Valide Sultan Vakfı erkek hastanesidir. Yani, kadın ve erkek hastanelerine ayrı ayrı vakıflar kurulduğunu buradan o hastanelerin varlığıyla görüyoruz. Dolayısıyla bu hastanelerin yıkılmasını kim savunabilir?

Eriş Bilaloğlu: Evet, tarihe sahip çıkılma konusunda fikir birliğimiz oldu. Özellikle söylemek istediğiniz bir düzeltme, ya da farklı yaklaşım varsa onu alalım. Yoksa Kayıhan Bey ve Bayazıt Bey'e görüşlerini almak üzere bir söz verip toparlayalım

Sabahattin Aydın: Son birşey eklemek isterim. Biz akademisyenler olaya bakarken daha peşinen bu olumludur, ya da olumsuzdur, bunun olumsuz yerini bulayım ya da olumlu yerini bulayım gibi bir yaklaşımda bulunmuyoruz; aksi siyasi bir yaklaşımdır. Siyasetçiler böyle bakmakta haklıdır, çünkü sürekli bir tez savunmak ve o tezle kendini kabul ettirmek zorundalar. Ama biz akademisyen bakışıyla, böyle bak-

mamız lazım. En kötü şeyde mutlaka iyi bir yol var olabilir, en iyi zannettiğimiz bir şeyde mutlaka, mahsurlu, hatalı yer olabilir. Böyle bakarsak, biz olayları çok daha rahat çözümleriz. Teşekkür ederim.

Eriş Bilaloğlu: Evet, teşekkür ediyoruz.

Kayıhan Pala: Sabahattin Bey'in saptamalarını çok önemli buldum gerçekten. Bu Toplum ve Hekim dergisi için de çok zenginleştirici bir toplantı olacak. Ben yalnızca bir şey söyleyerek bitireyim.

Dediğiniz gibi, konuşmalarımızı, eğer akademik bir bakış açısıyla devreye giriyorsak kanıta dayalı, en azından o kanıtın bize gösterdiği yer üzerinden tartışmamız lazım. Dolayısıyla Aile Hekimliği ve Dünya Bankası raporu ve Nusret Hoca üzerinden söylediğiniz çok doğru. Yani Aile Hekimliği'ni gelen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda Dünya Bankası istedi de yapıyorsunuz üzerinden bir tartışma yürütmüyorum.

Ve her iki dökümanı karşılaştırdığımızda ortak neler var? Aile Hekimliği'de, bunlardan bir tanesi üzerinden bakıyorum.

Kişisel görüşümü söyleyeyim. Küba'da sistemi yerinde gözlemiş, İngiltere'de 3 ayrı yerde sistemi yerinde gözlemiş birisi olarak. İyi bir aile hekimliği sistemine bir tıp doktorunun, bir halk sağlığının karşı çıkması mümkün değil. Bizim itiraz ettiğimiz Türkiye'deki uygulama biçimiyle bir sistemdir. Yoksa aile hekimliği sistemi değil, konu bu değil, başka zaman konuşuruz. Ama şöyle bir atıfta bulunayım.

Yıllar önce, Sağlık Bakanı Recep Akdağ'la, bir panelde konuşmacıyız. Sanıyorum daha o zaman 2011'den önceydi, yani Hıfzıssıhha kapatılmamıştı. Aşı ile ilgili, biliyorsunuz kendisi de pediatrist. "150 milyon dolar civarında bir yatırımı yapmamız lazım. Bu yatırımı yapmak yerine dışarıdan satın almak daha ucuz. Biz o yüzden bunu tercih ediyoruz" demişti.

Sabahattin Aydın: Değişti biliyorsunuz, ondan sonraki Bakanlar bu yatırımı yapmaya başladılar.

Kayıhan Pala: Ama hayat pandemide bunun çok daha yüksek bir tutarını yalnızca bir aşı için bizi vermek zorunda bıraktı. Bunu da burada not etmiş olayım.

Konuşmamı şöyle bitireyim şunu diyeceğim: şimdi Dünya Bankası dokümanında iki bakanlığa özgü bir değerlendirme de var. Diyor ki Dünya Bankası Çalışma Bakanlığı sağlığın sunumundan çekilmelidir. Siz de hatırlarsanız, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda da buna atıf vardı. Dolayısıyla burada bir benzerlik var. Dünya Bankası diyordu ki, Sağlık Bakanlığı da doğrudan hizmet sunumundaki

sorumluluğunu azaltmalıdır. Bunu da biz Sayın Bakan'ın ağzından hatta bir sürü yerde geçen şöyle bir şeyle duyduk. "Artık Sağlık Bakanlığı kürek çeken değil, dümen tutan bir Bakanlık olacak." Dolayısıyla hizmet sunumundan çekilme meselesi üzerine bir atıfta bulunduğunu tümüyle olmasa bile. Dolayısıyla.

Sabahattin Aydın: Ya bu Dünya Bankası sadece azaltma değil, tamamen çekilmek diyor. Tamamen oradaki liberal mantık hizmet sunmasını diyor.

Kayihan Pala: Ama, şu cümle ne diyor peki? Sağlık Bakanlığı artık kürek çekmeyecek, dümen tutacak.

Sabahattin Aydın: Doğru. Yani o cümle kullanılıyor. Doğru.

Kayihan Pala: O cümleyi bizzat Recep Bey kullandı. Recep Akdağ kullandı

Sabahattin Aydın: Tabi. O doğru.

Kayihan Pala: Dolayısıyla Dünya Bankası ile Türkiye'de uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı arasında bir ilişki kurarken akademik bakış açısıyla bu kanıtlara dayalı olarak kurmuştuk diyerek konuşmamı bitiriyorum

Eriş Bilaloğlu: Evet, teşekkürler.

Bayazıt İlhan: Değerli konuşmalar tartışmalar oldu. Bende Toplum ve Hekim dergisine teşekkür ediyorum. Umarım hekimlerimizin, kamuoyunun dikkatini çeken bir toplantı olur.

Ben, özellikle geçen yıl yaşadığımız yenidoğan çetesi skandalı üzerinden bir iki şeyi söylemek istiyorum. Türkiye'de sağlıkta bazı şeylerin kötü gittiğinin önemli bir işareti olduğunu düşünüyorum. Sonuçta, kamu eliyle yapılan, verilen sağlık hizmetlerinin ayrı bir önemi var. Bakın, siz eğer kamunun sağlık hizmetlerindeki yerini azaltırsanız, özellikle yenidoğan yoğun bakım gibi kritik alanları, özel sektöre terk ederseniz, bu tür kötü niyetli uygulamaların önünü açmış oluyorsunuz ve dünya çapında bir skandala imza atmış oluyorsunuz.

Örneğin benim önümde Sağlık Bakanı'nın son bütçe sunumundaki yoğun bakım yatak sayıları var. Bakın özel sektörün toplam hastane yatak sayılarını Sabahattin Hocam da söyledi. %20 civarında gözüktüyor. Ama yenidoğan yoğun bakım yataklarının yarısı, yarısından fazlası özel sektöre terk edilmiş durumda. Hatta ben bakmıştım, bu skandal İstanbul'da oldu, orada %70'i buluyor. Yani, %70'i özelleşmiş bir sağlık hizmetinden söz ediyoruz. Bu hakikaten büyük bir skandalın önünü açmış durumda. Umuyorum bu durum bize ders olur.

Ama son bir yılda bunun da ders olmadığını, devlet hastanelerine tüm Türkiye'de sadece 97 tane yenidoğan yoğunbakım yatağı alındığını görüyoruz. Çok açık, sağlığa yatırım yapmak ve kamunun ağırlığını artırmak gerekiyor. Teşekkür ediyorum.

Kayihan Pala: Ben bir dileğimi söyleyerek bitireyim. Bence bir ara yüz yüze gelip bunları tartışalım. O zaman güzel olur, hem bilgilerimizi artırmış hem de birbirimizle tartışmayı daha güzel yapmış oluruz diye.

Eriş Bilaloğlu: Kamu hastanelerinin dönüşümü konusunda bir yuvarlak masa yaparken tırnak içinde iki tane sorun olacağını tahmin etmiştik.

Bir tanesi, kamu hastanelerinin dönüşümünü tartışırken tüm bir Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ve bunun diğer ayaklarına da temas etmek zorunluluğu. İkincisi, bir zaman dilimiyle sınırlamak istesek de, örneğin 2010 sonrasında daha fazla yoğunlaşım desek de öncesine geri girişler olacağını tahmin ediyorduk.

Belki bir üçüncüsü, evet, aktörler arasında Sabahattin Bey gibi bir isim de olduğunda bu oturumun doğal olarak yuvarlak olmaktan çok o aktör odaklı olacağını tahmin ediyorduk.

Bu da doğaldı, çünkü bu sürecin içerisinde yer almış yapıcı olarak yer almış kişileri daha fazla dinlemenin ve onların görüşlerine burada yer vermenin önemli olduğunu düşünüyorum. Böyle de seyretti. Ama bu öngördüğümüz, olmasında da sakınca görmediğimiz bir şeydi. Aslında bugün konuştuğumuz ve Sabahattin Bey'in söylemlerinin çok önemli bir kısmı Toplum ve Hekim dergisi içerisinde tartışılmış, karşı argümanlarıyla olabildiğince yanıtlar da verilmiş başlıklar. O nedenle burada yeniden o detayları konuşmaya da çok gerek yok diye düşünüyorum. Son cümle olarak ne söyleyebiliriz? Herhalde kamu dediğimizde tüm toplumun yararını gözetken, vatandaşın cebine ek vergi, sağlık vergisi ve benzeri yollarla el uzatmayan, kar amacı gütmeyen, birbiriyle rekabet yerine dayanışma içerisinde olan bir sağlık hizmet aktörlerinin, yani kamu sağlık hizmeti hastanelerinin yer aldığı ve nitelik konusunda da herhalde doğru ölçütlerle denetlenen bir kamu hastaneciliğine ihtiyaç var.

Ne yazık ki buna oldukça mesafesi olan ve o mesafenin gittikçe artacağı endişesi taşıdığımız bir 2025 sonundayız. Giderek niteliğin düştüğü ve hizmetler açısından da sorunların olduğu bir dönem öngörüyorum, önümüzdeki yıllarda. Ama bunları hep birlikte değerlendiren, hem akademik olarak hem de siyasi olarak değerlendiren tartışmalara ve iletişimlere ihtiyaç var.

Sabahattin Aydın: Beyazıt Bey'in son söylediğine bir açıklama yapmak istiyorum. İstanbul'da yeni doğan çetesi olayından bahsederek oradaki yataklardan bahsetti ya. Arkadaşlar, İstanbul çok farklı bir durumda maalesef.

Osmanlı döneminden çok hastane miras kaldığı için Cumhuriyet tarihinde kamu adına İstanbul'a sağlıkta yeterince yatırım yapılmamış. Tabi ben biraz abartarak söylüyorum. SSK hastaneleri, üç tane SSK hastanesi yapılmış koca bir İstanbul'a. Bir de Sağlık Bakanlığı'nın Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi var. Tüm Türkiye'de yaygın kamu sağlık hizmetleri götürülürken İstanbul inanılmaz bir şekilde ihmale kurban gitmiş. Bu durum sağlıkta sosyalizasyon politikasının uygulanmasında da böyle. Yeterli sağlık ocağı yok İstanbul'da. İlk defa 2003'te yanılmıyorsam mecburi hizmet kuralarında İstanbul'a 200 tane pratisyen hekim kadrosu açıldığı zaman, bu tutum şaşkınlıkla karşılanmıştı. "Siz aile hekimliğine geçeceğiz diyorsunuz, sağlık ocaklarına durmadan doktor atıyorsunuz" şeklinde tepkilere şahit olmuştuk. İyi de, birinci basamak diye bir kültür bile yerleşmemişti. Bu açığı özel sektör kapatmış. Her tarafta poliklinik var, muayenehane var; birinci basamak hizmetini bunlar vermeye çalışıyordu. O da koruyucu hekimlik değil, daha ziyade, ayakta tanı, tedavi.

Hastaneler nasıl? Aynı şekilde kamunun veremediği bütün hizmet özel hastaneler tarafından verilmeye çalışılmış. Üniversite hastanelerinde maalesef o kadro güçlülüğüne, o altyapı gücüne rağmen, biraz önce verdiğim rakamlarda da görüleceği gibi, hocalarımızın büyük çoğunluğu, neredeyse hepsi aynı zamanda özel sektörde çalışma gibi bir yol buldukları için, onların varlığı kamu sağlık hizmetinde belirgin bir fark yaratmamış.

Bu açıdan ben İstanbul'u şöyle değerlendiririm. Türkiye üniter bir devlettir, ama İstanbul ayrı bir eyalet sanki; adeta rejimi bile farklı. Bu Cumhuriyet tarihi boyunca böyle olmuş. Bilmiyorum, Osmanlı döneminde payitaht olarak da farklı mıydı? Bu yüzden İstanbul'da daha farklı, daha çeşitli özel sektör örnekleri bulabilirsiniz. Çünkü İstanbul, tamamen, kapitalist bir anlayışın oluşturduğu özel sektörün üzerine kurulu bir şehir gibi adeta.

İstanbul'a kamu sağlık yatırımları bu dönemde görünür oldu. Bu dönemde bir Çam Sakura yapıldı, biliyorsunuz, Göztepe, Okmeydanı eski SSK hastanelerinin yerine Şehir Hastanesi adıyla dev hastaneler yapıldı. Benzer şekilde Kartal'da yenilenerek büyük hastanesine kavuştu. Sancaktepe, Mehmet Akif, Kanuni Sultan Süleyman, Ümraniye vs. daha inşası devam eden hastaneler. Bu dönemde İstanbul'a çok önem verildi. Ama bakın, aile hekimliğinin

de de İstanbul'un sorunu tam çözülebilmiş değil. O kadar yoğun bir kentleşme olmuş ki, aile hekimine bulacağımız yer, yani kamu olarak yer bulma şansınız yok. Özel olarak bulduğu zaman da maaş kiralının çok yüksek olduğu hekimin altından kalkamadığı bir durum ortaya çıkıyor. İlçe belediyeleriyle anlaşarak parklara nasıl sağlık ocakları inşa etmeye çalıştığımızı hatırlıyorum. Şimdi bu, biliyorsunuz bu durum yasal alt yapıya kavuştu. Belli ölçekteki parkların içinde birinci basamak sağlık kuruluşuna yer ayrılması mecbur tutuldu. İstanbul'da kamu sağlık hizmeti sorununu çözmek için çok büyük gayretler gösterildi.

Eriş Bilaloğlu: Evet, ben de konu dışı şunu eklemiş olayım. Tabi İstanbul'da sağlık ocağı yapma ya da aile sağlığı merkezi açmayı geçtik, depremlerde toplanma alanı bırakılmadı. Hem de deprem beklenen bir ilde. Nereelerde toplanılacak deprem olursa?

Sabahattin Aydın: Evet, maalesef çok haklısınız.

Eriş Bilaloğlu: Alan kalmadı. O toplanma alanları kimlere hangi rant amacıyla kimler verdi onları? Ama şu notu ben kayıtlara geçsin diye söyleyeyim. Recep Bey'in bütçe sunularına klasik olarak başladığı bir dönemlendirme vardı. İşte Refik Saydam dönemi, Behçet Uz dönemi gibi gibi. 1982-2002 arasında Sağlık Reformları teorik hazırlık dönemi der.

Sabahattin Aydın: Doğru.

Eriş Bilaloğlu: Biraz önce siz söyleyince 2002'ye geldiğimizde sağlık ocağı yoktu diye.

Biz de şöyle adlandırıyoruz 1982 ile 2002 arası dönemi: Neyse o kadar var olan kamunun da çökertilmesi dönemi. Aslında 1982- 2002 arasında kamu o kadar çökertildi ki gerçekten ne gelirse gelsin daha iyi olacak bir noktadaydı Türkiye 2002'de. Ne hekimlik uygulamaları, ne birinci basamak ne kamu hastaneleri açısından elle tutulabilir bir şey yok, kalmamıştı 2002'ye gelindiğinde. Çünkü bilinçli bir politika olarak kamu çökertilmişti.

Gerçekten hepinize katkısı, çabası için teşekkür ediyorum. Belki son olarak Yavuz bir şey söyler...

Yavuz Üçkuyu: Ben de, hem Toplum ve Hekim dergisi hem de kendi adıma bilgilendirmeleriniz, eleştiri, katkı ve önerileriniz için hepinize çok teşekkür ediyorum. Umarım, bu "Yuvarlak Masa"da ifade edilenler, kamu sağlık hizmetlerinin genişletilmesi konusunda, daha geniş tartışmalara kaynaklık eden etkinliklerden birisi olur.