

# Şehir hastaneleri üzerine bir başucu kitabı

Ertuğrul Oruç

*Türkiye’de Sağlıkta  
Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri,  
Türk Tabipleri Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu  
Derleyen: Kayıhan Pala  
İletişim Yayınları, İstanbul, 2018*

AKP hükümetinin sağlıkta yeni icraatı olan şehir hastaneleri projeleri, 2017 yılının ilk aylarında üç adet şehir hastanesinin açılması<sup>1</sup> ile birlikte ülke gündemine somut olarak girmiş oldu.<sup>2</sup>

Türk Tabipleri Birliği (TTB), şehir hastaneleri hakkında yaptığı haberler, düzenlediği raporlar, çıkardığı broşürler ve *Toplum ve Hekim* dergisinde<sup>3</sup> yayınladığı makaleler sayesinde Türkiye’de şehir hastaneleri konusunda ilk başvuru referans kurum haline geldi.

“TTB Şehir Hastaneleri İzleme Grubu” tarafından hazırlanan, Kayıhan Pala’nın derlediği, 2018 Haziran ayında İletişim Yayınları’ndan çıkan *Türkiye’de*

1 Yozgat, Mersin ve Isparta Şehir Hastaneleri.

2 O günden bugüne Adana, Kayseri ve Elazığ Şehir Hastaneleri olmak üzere üç adet daha şehir hastanesi açıldı.

3 TTB’nin üç ayda bir çıkardığı teorik yayın organı.

*Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri* kitabı bu yoğun raporlama, haberleştirme ve yazma süreçlerinin sonucunda ortaya çıkmış. Kitap, bu süreçte TTB'nin yayın organlarında yayınlanan makalelerden ve farklı disiplinlerden yazarların yazılarından oluşuyor. Ayrıca, şehir hastaneleri konusunda Türkçede yayınlanmış ilk kitap olma özelliğini taşıyor.

Kitapta şehir hastanelerinin finansman modeli olan Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) modelini, bu modelin sağlık ortamına etkilerini, istihdam koşullarını, Türkiye'de yaşanmış hukuki süreçleri, TTB'nin tavrını, Birleşik Krallık ve Türkiye'deki şehir hastaneleri deneyimlerini konu alan toplam 15 makale yer alıyor.

### **Şehir hastanelerinin finansman modeli: Kamu-özel ortaklığı**

Daha önce köprü<sup>4</sup> yapım ihalelerinde **çokça gündeme gelen** KÖO modelinin, farklı uygulama şekilleri mevcut.<sup>5</sup>

Pala'nın sunuş yazısında şehir hastanelerinde uygulanan KÖO modeli şu şekilde tanımlanmış:

KÖO, devletin bir özel şirket grubuyla uzun süreli sözleşme ilişkisi kurmasına dayanan bir yatırım ve hizmet modeli. Bu modelde hastane özel şirketler tarafından inşa edilerek devlete uzun süreliğine (en az 25 yıl -EO) kiraya verilmekte, devlet de hem şirketlere kira ödemekte hem de çekirdek hizmet<sup>6</sup> dışındaki bu hizmetleri bu şirketlere devretmektedir.<sup>7</sup>

Raşit Tükel'in de belirttiği gibi:

Sağlık Bakanlığı'nın kiracı olduğu bir hastane işletme modeli olan şehir hastaneleri, bedelsiz olarak şirketlere tahsis edilen Hazine arazileri üzerine şirketler tarafından kuruluyor. (...) Sağlık bakanlığı, kiracı olmasının yanı sıra şehir hastanesini inşa eden şirketten hizmet satın alıyor. Şirketler hastane içi ve çevresinde yaptıkları tüm ticari işletmelerden de kazanç elde ediyorlar.<sup>8</sup>

Kitapta pek çok yazar, KÖO modelini, dünyada 1980'lerden itibaren adım adım uygulamaya koyulan, sağlığı piyasalaştırarak sermayeye kâr alanı yaratan, AKP'nin 2003'ten beri Türkiye'de "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adıyla uygulamakta olduğu neoliberal sağlık reformlarının bir devamı olarak gördüklerini belirtmiş. Bu anlamda KÖO, yazarlarca "kamudan özele yüksek miktarlarda para

4 Osmangazi ve Yavuz Sultan Selim Köprüleri.

5 Yap-İşlet-Devret, Yap-Kirala-Devret, Yap-İşlet gibi. Şehir hastanelerinde uygulanan KÖO, Yap-Kirala-Devlet modeline uymakta. Oysa Osmangazi ve Yavuz Sultan Selim Köprüleri ihaleleri Yap-İşlet-Devret modeliyle tasarlanmış (a.g.e., s. 16).

6 Poliklinik, ameliyat ve servis hizmetlerini içeren tıbbi hizmetler.

7 Kayıhan Pala, "Sunuş" yazısı içinde, a. g. e., s. 8.

8 Ayrıca ihaleyi alan şirketlere katma değer vergisi muafiyeti getirildiği belirtilmiş. Raşit Tükel, a.g.e., s. 217-218.

aktarımı”<sup>9</sup>, “talan yoluyla sermaye birikim aracı”<sup>10</sup> gibi nitelermelerle kamunun kaynaklarının sermayeye aktarıldığı bir model olarak tanımlanmış.

Kitapta üzerinde durulan önemli konulardan biri de KÖO modeli ile birlikte, devletin vatandaşlarına sağlamakla yükümlü olduğu kamusal sağlık hizmetinden çekildiği ve bu nedenle KÖO modelinin sağlıkta uygulanan bir tür özelleştirme olduğu.

Pala, sunuş yazısında Türkiye'nin şehir hastaneleri modelini İngiltere'den aldığını söylemiş. Birleşik Krallık'ta yaşanan KÖO deneyimini anlattığı makalede ise, 1992'de yürürlüğe giren sistemin kamuya çok yüksek maliyetler getirdiğini vurgulamış. Yakın dönemde üstlenici şirketlerden birinin iflası ile sonuçlanan sürecin incelenmesinin Türkiye'deki uygulamanın geleceğine dair öngörüler çıkarmak için faydalı olacağını belirtmiş.<sup>11</sup>

### **Kamu yararını değil, sermayeyi gözetten bir model**

Cavit Işık Yavuz'un ve kısmen Tükel'in makalelerinde, çekirdek hizmet dışında kalan hizmetleri<sup>12</sup> veren emekçilerin<sup>13</sup> şirket elemanı olacağı söylenmiş. Yavuz, ayrıca, faaliyete geçen şehir hastanelerinde 19 hizmet kaleminin özel ortağa devredildiğini, Adana Şehir Hastanesi örneğinde 19 ayrı taşeron (alt işveren) firmanın faaliyet gösterdiği belirtmiş.<sup>14</sup>

Yavuz'un makalesinde ve Türkiye'deki şehir hastaneleri örneklerinin anlatıldığı yazılarda sağlık emekçilerinin şehir hastanelerinde yaşadığı sorunlar olarak şunlara değinilmiş:

- Az kişi ile, çok iş yaptırılması,
- Daha kısa sürede, daha çok tetkik/hasta baktırılması,
- Çalışma saatlerinin esnetilmesi (uzatılması),
- Çok farklı denetleme ve takip mekanizmalarının (kamera ile, iş kıyafetlerine çip takarak izleme gibi) uygulanması ve bunun sonucu olarak “sürekli izleniyorum” duygusunun yaratılması,
- Giyinme/soyunma ve ortak bir alanda vakit geçirme mekânlarının olmaması,
- Hastane döner sermaye hak edişlerinin yatırılmaması veya bu hak edişlerin çok azalması,
- Hastalara “müşteri” gibi davranılmasının dayatılması,
- Tüm bunların sonucunda tükenmişlik ve yalnızlaşma yaşanması.

9 a.g.e., s. 221.

10 a.g.e., s. 13.

11 Sürecin detaylarını öğrenmek için TTB'nin İngiliz Tabipler Birliği'ne yazdığı mektuba ve İngiliz Tabipler Birliği'nin TTB'ye cevabına yer verilmiş (a.g.e., s. 138-154).

12 Temizlik, güvenlik, bakım, yiyecek ve içecek hizmetleri gibi tıbbi olmayan hizmetler ile görüntüleme, laboratuvar gibi tıbbi destek hizmetleri.

13 Tıbbi destek hizmetlerinde çalışan sağlık emekçileri de dâhil.

14 a.g.e., s. 237.

Yazarların KÖO modelinde saptadıkları diğer sorunlar şunlar:

- KÖO yöntemi ile yapılan şehir hastanelerinin, klasik ihale yöntemi ile yapılan hastanelere göre kamuya maliyetinin çok daha yüksek olması,<sup>15</sup>
- İhaleyi alan şirkete %70 hasta yatağı doluluk garantisi verilmesi, böylece başvuruda (talepte) oluşacak muhtemel azalmaların getirdiği maliyetin kamuya yüklenmesi (riskin kamuya aktarımı),
- Şehir hastanesinin açıldığı il merkezindeki hastanelerin (devlet hastanesi, eğitim araştırma hastanesi gibi) yatak sayılarının, açılan şehir hastanesi yatak sayısı kadar azaltılmak zorunda oluşu (hastanelerin kapatılması), böylece il merkezindeki toplam yatak sayısında artış olmaması, %70 yatak doluluk garantisinin bu yolla sağlanmaya çalışılması,
- KÖO sözleşmelerinin ticari sır kapsamında değerlendirilerek sözleşme maddelerinin kamudan saklanması,
- Kira bedellerinin dolar üzerinden belirlenmiş olması,
- KÖO harcamalarının bütçe gider kaleminde gösterilmemesi,
- İhaleyi alan şirketin her türlü borçlarına tam hazine garantisi verilmesi.

## **Şehir hastanelerinin yerleşim yerine ve fiziki yapısına ilişkin sorunlar**

Şehir hastaneleri binalarının uygun olmayan araziler üzerine, şehir merkezine uzak kurulduğuna veya kurulmasının planlandığına pek çok yazar tarafından değinilmiş. Şehir içindeki kamu hastanelerinin kapatılmış olması ve şehir hastanesinin şehir merkezine uzak konumu nedeniyle, hastaneye acil yetiştirilmesi gereken hastaların hastaneye ulaştırılmasında çok büyük zorluklar yaşandığı mevcut şehir hastanesi deneyimlerinin anlatıldığı yazılarda çokça vurgulanmış.

Yazarların değindiği şehir hastaneleri binalarının fiziki sorunlarını sıralarsak:

- Çok büyük ölçekli yapılan hastaneler olduğu,
- Bir birimden diğerine gitmenin çok zaman aldığı,
- Acil ihtiyaç halinde hastaların yardımına zamanında gitmekte zorluk yaşandığı,
- Binanın hastaneden çok, alışveriş merkezine benzediği,
- Servis odalarının olması gerekenden geniş, poliklinik odalarının olması gerekenden dar ve güneş ışığı almayan tarzda yapıldığı,
- Bir sorun yaşandığında sorunu çözecek muhatap bulunamadığı,
- Her türlü sorun için belli bir kod girilerek şirket sorumlusunun aranmak

---

15 a.g.e., s. 125. Yalnızca bir örnek: “Kayseri Şehir Hastanesi’nin (1583 yataklı) toplam sabit yatırım tutarı yaklaşık 427 milyon TL iken, yapılan ihalede belirlenen bina karşılığı ödenecek yıllık kira bedeli 137 Milyon TL olarak açıklanmış. Kayseri Şehir Hastanesi için “kira” adı altında şirketlere 25 yılda fazladan ödenecek tutar yaklaşık 3 Milyar TL. Buna karşın, Erzurum’da klasik ihale yöntemi ile 2011’de yapılan 1200 yataklı hastane 193 milyon TL’ye mal olmuş.”

zorunda olduğu, bu nedenle çalışanların “özel şirkette çalışıyorum” hissiyatı yaşadığı.

### **Kitabın eleştirel değerlendirmesi**

Kitapta da çokça vurgulandığı üzere, şehir hastaneleri sürecinde uygulanan KÖO modeli, daha önce kamu tarafından uygulanmış, alışıl gelmiş ihale şartlarına benzemeyen, kendine has, çokça düzenleme içermektedir. Bunların başlıcalarını sıralayacak olursak:

- Şirkete bedelsiz olarak arazi tahsisi,
- Devletin en az 25 yıl boyunca sabit yatırım maliyetinin katbekat üzerinde çok yüksek tutarlarda kira ödemesi,
- Şirketin hastane içi ve çevresindeki ticari işletmelerden kazanç elde etmesi,
- Çekirdek hizmetler dışındaki hizmetlerde çalışan emekçilerin şirketin elemanı olması,
- Hastaneyi kâğıt üzerinde Sağlık Bakanlığı'nın, gerçekte ise şirketin yönetmesi,
- Devletin %70 yatak doluluk garantisi vermesi,
- İhaleyi alan şirketin her türlü borçlarına tam hazine garantisi verilmesi,
- Kira bedellerinin dolar üzerinden yapılması.

Görüldüğü gibi KÖO'nun, “riskin kamuya, kârın sermayeye” aktarıldığı bir finansman modeli olduğu gayet açık.

Keza kitabın sunuş yazısında Pala'nın “Ülkemizde şehir hastaneleri ile ilgili **en başta gelen sorun** hastane binalarının ve donanımının kamuya yüksek maliyetidir”<sup>16</sup> diyerek ve devamında şehir hastaneleri için öngörülen temel sorun alanlarını belirttiği sıralamanın en başına “[F]inansman yöntemi (kamuya çok yüksek maliyet, taşınacak kamu hastanelerinin ödeme güclüğü, Hazine garantisi ve iflas durumunda izlenecek yol)”<sup>17</sup> sorununu yerleştirerek bu gerçeği vurguladığını görüyoruz.

Ayrıca KÖO modeli için T. Sabri Öncü'nün “talan yoluyla birikim” benzetmesi, Mustafa Sönmez'in ayrıntılı tablolar ile KÖO modelinin ekonomik boyutunu sergilemesi, Pala'nın ve Tükel'in makalelerindeki benzer atıflar, Çiğdem Toker'in KÖO modelini “bütçeyi hasta eden model” olarak tanımlaması, benzer bir vurguya işaret etmekte.

### **Sağlık üretim sürecinin önemi**

Elbette KÖO modeli konusunda bu vurgular çok önemli. Şehir hastanelerinin maliyeti kamuya çok büyük bir yük getirmekte. Bu yadsınamaz bir gerçek. Ancak biz, yazarların ön plana çıkardığı ve çokça vurguladığı finansman modelini esas

<sup>16</sup> Kayhan Pala, “Sunuş” yazısı içinde, a. g. e., s. 10. Vurgu bize ait.

<sup>17</sup> a. g. e., s. 11. Vurgu bize ait.

sorun alanı gören yaklaşımın tersine, en başta odaklanılması gereken yerin **sağlık emek (üretim) süreci** olduğunu düşünüyoruz.

Sağlık emek sürecine odaklanmamızın esas nedeni, şehir hastaneleri projelerinin (yalnızca Türkiye’de değil, dünya çapında):

- Kamunun kaynaklarını talan edercesine yapılmayabileceğini,
- Şehrin merkezine yakın yerlerde “uygun arazilere” yapılabileceğini,
- Doğaya ve çevreye duyarlı “yeşil projeler” olabileceğini,
- İl içindeki yatak sayısını da artıracak tarzda düzenlenebileceğini düşünmemizdir.

Yukarıda saydıklarımızın sermaye açısından vazgeçilemez, taviz verilemez şeyler olmadığını söylemiş oluyoruz.

Ancak buna karşın, sağlık emek süreci üzerinde, yani emekçiler üzerinde, sermayenin kendi kârını olabildiğince artırmak adına,

- Denetim, takip ve açık/örtük baskı mekanizmalarını uygulamadan,
- Esnek ve güvencesiz şekilde çalışmayı dayatmadan,
- İşin yoğunluğunu ve üretkenliğini artırmadan bu tür projelerin **var olamayacağını**,

sermayenin bunlardan vazgeçemeyeceğini iddia ediyoruz. Bu nedenle sağlık emek sürecine ve sağlık emekçilerine bu derece başat bir rol atfediyoruz.

Uygulanan, adım adım uygulamaya koyulan ya da koyulması planlanan sağlık emek sürecini kafamızda canlanması için biraz açalım. Şöyle ki:

- Hastaneye başvuran hasta sayısının, hastaların muayene olma sürelerinin, muayeneden çıkıp tahlillerini verme ve bu tahlillerinin sonuçlarını alma zamanlarının, tekrar kontrol muayenesine geliş günlerinin vs. tüm ayrıntılarıyla hesaplandığı ve belirlendiği,

- Sağlık emekçilerinin nerede, ne zaman, ne sıklıkla, hangi işlemi yapacağını planlayıp, herhangi bir fabrikadaki yalın üretim<sup>18</sup> tekniklerinden hiçbir farkı olmayan, günden güne kurulan emek denetimi süreçlerinin (standartlaştırma/ tek tipleştirme, işi olabildiğince parçalara ayırma, aşırı uzmanlaşma, tedavi kılavuzlarını ve algoritmalarını dayatma, toplam kalite uygulamalarını uygulama gibi) sağlık emekçilerine dayatılarak mümkün olan en yüksek kâr elde etmeye çalışan bir üretim sürecinden bahsediyoruz.

Kârın kaynağı emekçinin artık emeğidir. Dolayısıyla sermayenin sağlık üretim süreci üzerindeki hâkimiyetini kurmaması, kendi varlığı ile çelişecektir.

Hakkını teslim edelim, Yavuz’un “Şehir Hastanelerinde Çalışanların İstihdam Koşulları ve Özlük Hakları” yazısında sağlık emekçilerinin şehir hastanelerinde çok önemli rolü olduğuna dair vurgular mevcut. Ancak biz sağlık emekçilerinin rolünün yalnızca önemli olduğunu söylemiyoruz, tüm bir sistemin onlar üzerine

18 Yalın üretim kavramının mükemmel bir anlatımı için bkz: Sungur Savran, “Yalın Üretim ve Esneklik: Taylorizmin En Yüksek Aşaması”, *Devrimci Marksizm*, Sayı: 3, s. 131-173.

kurularak devam ettirildiğini iddia ediyoruz.

Bununla birlikte kitaptaki yazarların vurguladığı çekirdek hizmetlerde çalışan sağlık emekçilerinin her ne kadar şirket bünyesine geçirilmeyeceklerse de, kâğıt üzerinde memur olarak devam edecek olsalar da bir şirket gibi yönetilen şehir hastanelerinde, iş güvencelerinin yakın gelecekte tehlike altında olduğu vurgusu çok yerinde.

### Şehir hastanelerine karşı nasıl bir mücadele?

Sağlık emekçilerinin sistemdeki önemini bir kere doğru tespit edince, şehir hastaneleri projelerine karşı yürütülecek olan emek mücadelesinin nasıl olması gerektiği açığa çıkmış oluyor. Hedeflenmesi gereken yer, sağlığın üretim sürecidir. Üretim sürecinin esas unsuru sağlık emekçileri olduğuna göre, onları içermeyen bir mücadele ile sermayenin sağlık alanına yaptığı şehir hastaneleri vb. saldırılar bertaraf edilemez.

Şehir hastaneleri kitabı, üretim alanını hedefleyen mücadeleler konusunda (grev, iş durdurma, iş yavaşlatma gibi) sessiz kalmakta. Yalnızca böyle bir fiili mücadele deneyimi yaşanmadığı için değil bu sessizlik. Bizce, sağlık üretim sürecinin önemine dair tespit eksikliğidir bu sessizliğin nedeni.

Keza, Pala'nın sunuş yazısında şehir hastaneleri için öngörülen temel sorun alanlarının en başında “finansman yöntemi”ni saydığı sıralamanın **en sonuna** “sağlık çalışanlarının istihdam ve özlük hakları”nı<sup>19</sup> yazması bu savı desteklemektedir.

### Toplumun sağlığı hastane yaparak düzelir mi?

Toplumun sağlık problemlerinin hastane yaparak düzeleceği yaklaşımı, yalnızca Türkiye’de değil dünya çapında, hükümetler tarafından şehir hastaneleri projelerine meşruluk kazandırmak adına ön plana çıkarılmakta. Sağlığı, yalnızca sağlık hizmetlerinden ibaret görmemizi, hatta yalnızca polikliniğe gitmek, tahlil yaptırmak, film çekirtmek olarak algılamamızı isteyen bir bakışın ifadesi.

Şehir hastaneleri kitabında bu iddiaya cepheden karşı çıkış yer almamakta. Oysaki gelebilecek tepkilerden çekinmeden bunun yalan olduğunu açıkça yazmalıyız. Biz biliyoruz ki toplumun sağlığına etki eden faktörlerin ezici bir çoğunluğu siyasi, sosyal ve ekonomik faktörlerdir. Bu faktörlerde tam bir iyilik (sağlıklılık) hali sağlanmadıkça, toplumların tam bir iyilik (sağlıklılık) halinden söz edilemez<sup>20</sup>. Örneğin işsiz bir bireyin, sendikal örgütlenme hakkı olmadan

19 Kayıhan Pala, “Sunuş” yazısı içinde, a. g. e., s. 11. Vurgu bize ait.

20 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “Yalnız hastalık ve sakatlığın olmaması durumu olarak değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerde tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır (“iyilik hali” İngilizce metindeki “wellness” sözcüğünün karşılığıdır). 4 Ekim 2018, <http://www.who.int/about/mission/en/>. Bu tanımda “siyasal” alanın bilerek ihmal edildiği gözden kaçmamalıdır. DSÖ’nün

güvencesiz çalışan bir işçinin ya da göç etmeye zorlanmış bir mültecinin sağlıklı olmadığını söylemek için hastaneye gidip gitmediğini bilmeye gerek yoktur. Hatta kişinin sağlık hizmetine ulaşıyor olması bile sağlıklı kabul edilmesi için bir kriter olamaz.

Sağlığa etki eden faktörlerde “tam bir iyilik hali” sağlamak, sağlık hizmet sunumunu artırmakla değil, ülkede sosyalizmi tesis etmekle mümkündür. Elbette sosyalizmi inşa aşamasında da sağlık hizmetlerine ihtiyaç olacaktır. Sağlık hizmeti söz konusu olduğunda, biz daha hasta olmadan verilecek koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelenmesi gerekir, hastane yapmanın değil. Koruyucu sağlık hizmetleri düzenli aralıklarla, yüksek teknolojikli aletlere gereksinim olmadan, çalışma ve yaşam alanlarımızda (iş yerimiz, evimizin yer aldığı mahalle gibi) verilebilir. Bu şekilde kurgulanmış, ücretsiz, nitelikli ve ulaşılabilir sağlık hizmetleri ile toplumun sağlık düzeyindeki ilerleme desteklenebilir.

### **KÖO modelinin çıkış noktası**

Başka bir nokta: KÖO modelinin nereden çıktığına, buna nasıl ihtiyaç duyulduğuna dair tartışma, kitapta yer alan pek çok yazıda kendisine yer bulmakta.

KÖO teorisyenlerinin KÖO’ya niçin ihtiyaç duyulduğuna dair nedenler arasında saydığı toplumun artan sağlık ihtiyacı talebine kamunun sağlık bütçesinin yetmediği, gerekli yatırımlara gerekli kaynak kalmadığı, kamunun verimsiz özeline çok daha verimli olduğu gibi tezlere kitapta prim verilmediğini görüyoruz. Ancak, yazarlar arasında KÖO’nun nereden çıktığına dair net, üzerinde ortaklaşılın bir yaklaşımın da olmadığını söyleyebiliriz.

Biz her zaman 20. yüzyılı belirleyen en önemli olayın Ekim Devrimi olduğunu söylüyoruz. 20. yüzyılda hiçbir toplumsal, ekonomik, siyasal olay yoktur ki Ekim Devrimi’nin izini taşımasın. Bu olayda da durum budur. Yüzyılın başından itibaren dünya emekçilerinin, sosyalizmin nefesini enselerinde hisseden kapitalistlerden mücadele ile aldığı hakların, sosyalizme ulaşma hedefiyle yola çıkan ülkelerin kapitalizme teslim olması sonrasında birer birer geri alındığına şahit oluyoruz. İşte KÖO, 20. yüzyılın sonunun emekçilere bıraktığı bu kötü mirasın ve ek olarak, kapitalizmin dünya ölçeğinde yaşadığı derin krizlerin ve bununla bağlantılı olarak burjuvazinin işçi sınıfına karşı geliştirdiği saldırı stratejilerinin sonucu ortaya çıkan “şimdilik” son modeldir.

### **Sonuç**

Yukarıda saydığımız eksikliklerine rağmen Şehir Hastaneleri kitabı, bu

---

bu tanımı 1948 yılında, sosyalizmin dünya çapında prestijinin çok yüksek olduğu bir dönemde, yayınlanan tüzüğünde ilk kez yer verdiği hatırlanırsa bu ihmal edişin nedeni anlaşılabilir. Öte yandan, “sosyal” alanın sağlığını tanımlı içine girmesini, kapitalist dünyanın kendi işçi sınıfına vermek zorunda kaldığı bir ödün olarak okumak gerekir.



alana merak duyan okur için detaylı bilgi sunmakta. Ancak, kitapta yer alan her makalenin kolay okunup sindirilebileceğini iddia etmiyoruz. Yine de, *Şehir Hastaneleri* kitabının konuya yabancı okurun dahi çok farklı konu başlıklarında belli bir bilgi düzeyine erişmesine yardımcı olan bir başucu kitabı niteliğinde olduğunu söyleyebiliriz.