



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



Volkan OLCA

SAĞLIK ALANINDA KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARI: TÜRKİYE ÜZERİNE BİR
İNCELEME

Maliye Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2019



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



Volkan OLCA

SAĞLIK ALANINDA KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARI: TÜRKİYE ÜZERİNE BİR
İNCELEME

Danışman

Doç. Dr. Emine KIZILTAŞ UZUNALI

Maliye Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2019

Akdeniz Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Volkan OLCA 'nın bu çalışması, jürimiz tarafından Maliye Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Serpil AĞCAKAYA (İmza)

Üye (Danışmanı) : Doç. Dr. Emine KIZILTAŞ UZUNALI (İmza)

Üye : Dr. Derya YAYMAN (İmza)

Tez Başlığı: Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklıkları: Türkiye Üzerine Bir İnceleme

Onay: Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tez Savunma Tarihi : 07/01/2020

Mezuniyet Tarihi : 06/02/2020

(İmza)
Prof. Dr. İhsan BULUT
Müdür

AKADEMİK BEYAN

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklıkları: Türkiye Üzerine Bir İnceleme” adlı bu çalışmanın, akademik kural ve etik değerlere uygun bir biçimde tarafımda yazıldığını, yararlandığım bütün eserlerin kaynakçada gösterildiğini ve çalışma içerisinde bu eserlere atıf yapıldığını belirtir; bunu şerefimle doğrularım.

İmza

Volkan OLCA





T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
BEYAN BELGESİ



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Adı-Soyadı	Volkan OLCA
Öğrenci Numarası	20165234010
Enstitü Ana Bilim Dalı	Maliye
Programı	Tezli Yüksek Lisans
Programın Türü	(X) Tezli Yüksek Lisans () Doktora () Tezsiz Yüksek Lisans
Danışmanının Unvanı, Adı-Soyadı	Doç. Dr. Emine KIZILTAŞ UZUNALI
Tez Başlığı	Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklıkları: Türkiye Üzerine Bir İnceleme
Turnitin Ödev Numarası	1238398201

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmasının a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana Bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 280 sayfalık kısmına ilişkin olarak, 26/12/2019 tarihinde tarafımdan Turnitin adlı intihal tespit programından Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nda belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve ekte sunulan rapora göre, tezin/dönem projesinin benzerlik oranı;

alıntılar hariç % 7

alıntılar dahil % 7 'dir.

Danışman tarafından uygun olan seçenek işaretlenmelidir:

(X) Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşmıyor ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylarım.

() Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşıyor, ancak tez/dönem projesi danışmanı intihal yapılmadığı kanısında ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylar ve Uygulama Esasları'nda öngörülen yüzdelerle sınırlarının aşılmasına karşın, aşağıda belirtilen gerekçe ile intihal yapılmadığı kanısında olduğumu beyan ederim.

Gerekçe:

Benzerlik taraması yukarıda verilen ölçütlerin ışığı altında tarafımda yapılmıştır. İlgili tezin orijinallik raporunun uygun olduğunu beyan ederim.

20/01/2020

Danışmanın Unvanı-Adı-Soyadı
Doç. Dr. Emine KIZILTAŞ
UZUNALI

İÇİNDEKİLER

ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
GRAFİKLER LİSTESİ.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xii
FOTOGRAFLAR LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xv
ÖZET.....	ii
SUMMARY	iv
TEŞEKKÜR.....	vi
ÖNSÖZ.....	viii
GİRİŞ	2

BİRİNCİ BÖLÜM KAMU HİZMETİ KAVRAMI

1.1. Kamu Hizmeti Tanımı	8
1.1.1. Kamu Hizmetlerinin Niteliği Bakımından Sınıflandırılması	10
1.1.1.1. Kamu Kesiminin İşlevi Bakımından Kamu Hizmetleri	11
1.1.1.2. Kamu Kesiminin Yarattığı İşlev Bakımından Kamu Hizmetleri	11
1.1.1.3. İktisadi Nedensellik bakımından Kamu Hizmetleri	11
1.1.2. Kamu Hizmeti Türleri	13
1.1.3. Sunulacak Kamu Hizmetlerini Belirleme	14
1.1.4. Kamu Hizmeti Gördürülme Usulleri	16
1.1.5. Kamu Hizmeti Sunumunda Yaşanan Değişimler.....	20
1.2. Özelleştirme Kavramı	25
1.2.1. Türkiye’de Özelleştirme ve Yöntemleri.....	29
1.2.2. Türkiye’de Özelleştirme Uygulamaları.....	31
1.3. Kamu Özel Ortaklığı Kavramı ve Anlamı	33
1.3.1. Kamu Özel Ortaklık Modelinin Tarihçesi.....	35
1.3.2. Kamu Özel Ortaklık Modelinin Uygulanma Nedenleri	36
1.3.3. Kamu Özel Ortaklığı ve Özelleştirme	38
1.3.4. Kamu Özel Ortaklık Modelinde Yönetişim Kavramı	39
1.3.5. Kamu Özel Ortaklık Modelleri	41
1.3.5.1. Yap Devret Modeli	44
1.3.5.2. Yap-Kirala-İşlet-Devret Modeli	44
1.3.5.3. Yap-Devret-İşlet Modeli.....	45
1.3.5.4. Yap-İşlet-Devret Modeli.....	45

1.3.5.5.	Yap-Sahiplen-İşlet Modeli	46
1.3.5.6.	Restore Et-İşlet-Devret Modeli	46
1.3.6.	Dünya Geneline Uygulanan Kamu Özel Ortaklık Modelleri	47
1.3.6.1.	Gelişmekte Olan Ülkelerde Uygulanan Kamu Özel Ortaklık Modelleri	50
1.3.6.2.	Avrupa Birliğinde Uygulanan Kamu Özel Ortaklık Modelleri	51
1.3.6.3.	Devletler Bazında Uygulanan Kamu Özel Ortaklık Modelleri	51
1.3.6.4.	Projeler Bazında Uygulanan Kamu Özel Ortaklık Model Örnekleri	55
1.3.7.	Türkiye’de Kamu Özel Ortaklık Modeli	56
1.3.8.	Türkiye’de Uygulanan Kamu Özel Ortaklık Modeli Örnekleri	58
1.3.9.	Kamu Özel Ortaklık Sözleşme Süreci	61
1.3.10.	Kamu Özel Ortaklık Modeli Avantajları ve Dezavantajları	65
1.3.10.1.	Kamu Özel Ortaklıkları Avantajları	65
1.3.10.2.	Kamu Özel Ortaklıkları Dezavantajları	66

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARI

2.1.	Kavramsal Olarak “Sağlık”	68
2.1.1.	Sağlık Hizmeti	70
2.1.2.	Sağlık Hizmeti İçerisinde Arz-Talep İlişkisi	74
2.1.3.	Sağlık Hizmetinin Sunumunda Değişim	76
2.1.4.	Değişen Sağlık Hizmetinin Sunumu	81
2.1.5.	Sağlık Hizmeti Sunumunun Finansmanı	83
2.1.6.	Özel Sektörün Sağlık Hizmet Sunumunun Sağlık Sektörü Üzerindeki Etkileri ..	85
2.1.6.1.	Sağlık Hizmetinin Üretim Faktörlerinin Verimliliği Üzerindeki Etkisi	85
2.1.6.2.	Sağlık Personelinin Üzerindeki Etkisi	86
2.1.6.3.	Doktor-Hasta İlişkisi Üzerindeki Etkisi	86
2.2.	Sağlık Sektöründe Dünya’daki Kamu Özel Ortaklık Uygulamaları	87
2.2.1.	Fransa	89
2.2.1.1.	Hôpital 2007 Programı	91
2.2.1.2.	Sud-Francilien Hastanesi	92
2.2.2.	Birleşik Krallık	94
2.2.2.1.	Birleşik Krallık ’ta Sağlık Sektörü İçerisindeki KÖO Hastaneleri	96
2.2.2.1.1.	Norfolk ve Norwich Hastanesi	97
2.2.2.1.2.	St. Bartholomew ve Royal London Hastanesi	99
2.2.2.1.3.	Southmead Hastanesi	100
2.2.2.1.4.	Midland Metropolitan Hastanesi	103

2.2.2.2. Birleşik Krallık Kökenli Firmaların Farklı Ülkelerdeki Gerçekleştirdiği KÖO Hastaneleri.....	104
2.2.2.2.1. Majadahonda Puerta de Hierro Hastanesi	104
2.2.2.2.2. Aedas & AHR Mimarlık	107
2.2.2.3. Birleşik Krallık Sağlık Sistemi İçerisinde KÖO Modeline Eleştiriler	108
2.2.2.4. Birleşik Krallık Sağlık Sektöründe KÖO Modeli Kazanımları.....	109
2.2.3. Avusturalya	110
2.2.4. Hindistan	112
2.2.4.1. Rajhata Eyaleti.....	114
2.2.4.2. NITI Aayog.....	114
2.2.5. Filipinler	115
2.2.5.1. Filipin Ortopedi Merkezi	117
2.2.5.2. Philippine General Hospital.....	118
2.2.6. Norveç	119
2.2.7. Singapur	121
2.3. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklık Modeli	124
2.3.1. Türkiye’de KÖO’nun Sağlık Hizmetinde Yasal Çerçevesi	124
2.3.2. Türkiye’de Kamu Özel Ortaklıkları içerisinde Sağlık Sektörünün Payı.....	128
2.3.2.1. Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmet Sunumuna Getirileri.....	130
2.3.2.2. Türkiye’de Kamu Özel Ortaklık Modeli İmtiyazları ve Projelerin Süreleri	131
2.3.2.2.1. Ankara Etlik Şehir Hastanesi	132
2.3.2.2.2. Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri.....	134
2.3.2.2.3. Konya Karatay Şehir Hastanesi	135
2.3.2.2.4. Gaziantep Şehir Hastanesi.....	136
2.3.2.2.5. Tekirdağ Sağlık Yerleşkesi	136
2.3.2.2.6. Kocaeli Şehir Hastanesi	137
2.3.2.2.7. İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	138
2.3.2.2.8. İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi	139
2.3.2.2.9. Şanlıurfa Şehir Hastanesi	140
2.4. Dünyada ve Türkiye’de Gerçekleşen Sağlık Harcamaları ve KÖO Modelinin Etkisi.....	143

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIK MODELİ ÜZERİNE İNCELEME

3.1. Türkiye’de 2019 Yılı İtibariyle Faaliyete Geçmiş Olan Şehir Hastanelerine Yönelik Analizler.....	153
3.1.1. Çalışanlar Açısından Şehir Hastaneleri.....	153
3.1.2. Vatandaş Açısından Şehir Hastaneleri	154
3.1.3. Sağlık Sistemi Açısından Şehir Hastaneleri.....	155
3.2. Şehir Hastaneleri Hakkında Sayıştay Raporları.....	157
3.3. Türkiye’de Şehir Hastaneleri Araştırması	158
3.3.1. Araştırmanın Amacı	159
3.3.2. Araştırmanın Önemi	159
3.3.3. Araştırmanın Yöntemi.....	159
3.3.4. Verilerin Analizi.....	161
3.3.5. Şehir Hastaneleri Üzerine Yapılmış Çalışmalar.....	162
3.3.6. Şehir Hastanelerinin İncelenmesi.....	163
3.3.6.1. Adana Şehir Hastanesi.....	163
3.3.6.2. Mersin Şehir Hastanesi.....	167
3.3.6.3. Isparta Şehir Hastanesi	170
3.3.6.4. Yozgat Şehir Hastanesi.....	173
3.3.6.5. Kayseri Şehir Hastanesi.....	177
3.3.6.6. Manisa Şehir Hastanesi	180
3.3.6.7. Elazığ Şehir Hastanesi	184
3.3.6.8. Eskişehir Şehir Hastanesi	187
3.3.6.9. Bursa Şehir Hastanesi.....	191
3.3.6.10. Ankara Şehir Hastanesi	195
3.3.7. Bulgular	201
3.3.7.1. Şehir hastanelerinin Toplam Fiziki Maliyetleri	201
3.3.7.2. Şehir Hastanesi ile Erzurum Devlet Hastanesi Maliyet Karşılaştırması	201
3.3.7.3. Şehir Hastanelerinin Ulaşım Maliyetleri.....	202
3.3.7.4. Şehir Hastanelerinin Türkiye Sağlık Hizmeti Sektörüne Kazanımları	202
SONUÇ.....	204
KAYNAKÇA	209
EKLER.....	222
Ö Z G E Ç M İ Ş.....	254

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. 1. Piyasa İçerisinde Kamu Hizmet Sunumu.....	22
Şekil 1. 2. Hindistan LÖK Politikası	27
Şekil 1. 3. Hibrid Yönetişim Oluşum Şeması.....	41
Şekil 1. 4. Altyapı Ve Kalkınma Projesine Özel Sektör Katılım Spektrumu.....	43
Şekil 1. 5. KÖO Projelendirme Süreci	62
Şekil 2. 1. Sağlık Hizmeti Şekilleri	71
Şekil 2. 2. Liberal Anlayış ile Sağlık Hizmet Sunumu.....	78



GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. 1. 2013-2018 dünya işçi göçmenlerin dağılımı.....	16
Grafik 1. 2. Kamu Hizmeti Arz-Talep Eğrisi	23
Grafik 1. 3.Denge Durumu Kamu Hizmeti Dağılımı	23
Grafik 1. 4. IMF Öncesi Kamu Hizmeti Harcama Grafiği.....	23
Grafik 1. 5.IMF Sonrası Hedeflenen Kamu Hizmeti Harcama Grafiği.....	24
Grafik 1. 6. Yöntemlerine Göre Özelleştirme	30
Grafik 1. 7. 1968-2018 Arası Özelleştirme Uygulaması Tutarları	31
Grafik 1. 8.1986-2018 Yılları Arasında Elde Edilen Özelleştirme Gelirleri (Milyon ABD Doları).....	32
Grafik 1. 9. 1986-2018 Yılları Arasında Hazineye aktarılan Miktar (Milyon ABD Doları) ...	32
Grafik 1. 10.1990-2018 Yılları Arasında En Çok Projeye Sahip Olan İlk 10 Ülke	47
Grafik 1. 11. 1990-2018 Yılları Arasında KÖO Projelerinde Yatırım Miktarı Bakımından İlk 10 Ülke \$	48
Grafik 1. 12. 2007-2040 Yılları Arasında Bölgelere Göre Altyapı Hizmet Talebi	49
Grafik 1. 13. KOÖ Proje Süreçlerinin Gelir Seviyesine Göre Dağılımı (1-100 Puan) (2018).	49
Grafik 1. 14.1990-2018 Yılları Arasında GOÜ’de KOÖ Proje Tutarlarının Sektörlere Göre Dağılımı	50
Grafik 1. 15. 1990-2018 Yılları Arasında Sektörlere Göre Gerçekleşen KÖO Proje Sayısı ...	50
Grafik 1. 16. AB Ülkelerinde Gerçekleşen KOÖ Proje Tutarları (2014-2018) Milyar Avro .	51
Grafik 1. 17. Birleşik Krallık ‘ta KÖO’ların Sayı Bakımından Sektörler Açısından Dağılımı (1993-2017)	52
Grafik 1. 18. .Birleşik Krallık Sektörler Açısından Yatırım Tutarı 1993 -2017 (Milyon ABD Doları).....	53
Grafik 1. 19. 1990-2018 Yılları Arasında Arjantin Sektörlere Göre KÖO Sayısı	53
Grafik 1. 20. 1990-2018 Yılları Arasında Arjantin Sektörler Açısından KÖO Yatırım Tutarları	54
Grafik 1. 21. 1990-2018 Yılları Arasında Güney Afrika KÖO Sektörler Açısından Dağılımı	54
Grafik 2. 1. Türkiye’de KÖO Uygulandığı Sektörler ve Proje Sayıları	128
Grafik 2. 2. Türkiye’de KÖO Modellerinin Sayı Bakımından Sektörler Bazında Yüzdesel Gösterimi	129

Grafik 2. 3. Türkiye’de KÖO Yatırım Tutarlarının Sektörlere Göre Dağılımı (ABD Doları)	
.....	129
Grafik 2. 4. Türkiye’de Yıllar İtibariyle Sağlık Bütçesi (Milyar TL)	144
Grafik 3. 1. Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Turizmi.....	150



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. 1. Kamu hizmetleri öncelikler piramidi	14
Tablo 1. 2. Yap-İşlet-Devret Şeması	19
Tablo 1. 3. Yönetim ve Yönetişim Karşılaştırma	40
Tablo 1. 4. Kamu Özel Ortaklık Modelleri	42
Tablo 2. 1. Dünya Sağlık Hizmetleri Sıralaması	88
Tablo 2. 2. Birleşik Krallık Sağlık Sektöründe KÖO Kronolojik Sırası	95
Tablo 2. 3. Hindistan Sağlık Sektöründe KÖO Mevzuatı Düzenlemeleri.....	113
Tablo 2. 4. Türkiye’de Faaliyete Geçmiş Şehir Hastaneleri.....	131
Tablo 2. 5. Türkiye’de Faaliyete Geçmiş Şehir Hastanelerinin Maliyetleri.....	142
Tablo 3. 1. Türkiye’de Faaliyete Geçmiş Şehir Hastaneleri.....	161
Tablo 3. 2. Adana Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri	164
Tablo 3. 3. Adana Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri	165
Tablo 3. 4. Mersin Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri	168
Tablo 3. 5. Mersin Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri	168
Tablo 3. 6. Isparta Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri.....	171
Tablo 3. 7. Isparta Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri.....	172
Tablo 3. 8. Yozgat Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri	174
Tablo 3. 9. Yozgat Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri	175
Tablo 3. 10. Kayseri Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri	178
Tablo 3. 11. Kayseri Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri	178
Tablo 3. 12. Manisa Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri.....	181
Tablo 3. 13. Manisa Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri.....	182
Tablo 3. 14. Elazığ Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri.....	185
Tablo 3. 15. Elazığ Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri	186
Tablo 3. 16. Eskişehir Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri.....	188
Tablo 3. 17. Eskişehir Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri.....	189
Tablo 3. 18. Bursa Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri	192
Tablo 3. 19. Bursa Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri	193
Tablo 3. 20. Ankara Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri.....	196
Tablo 3. 21. Ankara Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri	198
Tablo 3. 22. Şehir Hastaneler Toplam Fiziki Maliyetleri.....	201
Tablo 3. 23. Alternatif Olarak Erzurum Devlet Hastanesinin Tercihinde Hastane Sayısı	202

FOTOGRAFLAR LİSTESİ

Fotoğraf 1. 1. Türkiye’de KÖO ile İlgili Düzenlemelerin Kronolojik Sıralaması	57
Fotoğraf 1. 2. Türkiye’de KÖO ile İlgili Düzenlemelerin Kronolojik Sıralaması	58
Fotoğraf 2. 1. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Tarafların Sektörler Açısından Sayısı	81
Fotoğraf 2. 2. 2000-2018 Yılları Arasında 1000 Kişiyeye Düşen Yatak Sayısı	82
Fotoğraf 2. 3. Sud-Francilien Hastanesi	93
Fotoğraf 2. 4. Norfolk & Norwich Hastanesi	97
Fotoğraf 2. 5. St. Bartholomew ve Royal London Hastanesi	99
Fotoğraf 2. 6. Southmead Hastanesi	101
Fotoğraf 2. 7. Midland Metropolitan Hastanesi	104
Fotoğraf 2. 8. Majadahonda Puerta de Hierro Hastanesi	105
Fotoğraf 2. 9. Yeni Cleveland Sağlık Kliniği	107
Fotoğraf 2. 10. Victoria Bendigo Hastanesi	111
Fotoğraf 2. 11. Türkiye’de KÖO Hakkındaki Yasal Mevzuat	126
Fotoğraf 2. 12. 2021 Yılına Kadar Faaliyete Geçecek Olan Şehir Hastaneleri	132
Fotoğraf 2. 13. Ankara Etlik Şehir Hastanesi	134
Fotoğraf 2. 14. Konya Karatay Şehir Hastanesi	135
Fotoğraf 2. 15. Gaziantep Şehir Hastanesi	136
Fotoğraf 2. 16. Tekirdağ Şehir Hastanesi	137
Fotoğraf 2. 17. Kocaeli Şehir Hastanesi	138
Fotoğraf 2. 18. İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	139
Fotoğraf 2. 19. İstanbul Şehir Hastanesi	140
Fotoğraf 2. 20. Yıllar itibariyle Türkiye Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	144
Fotoğraf 2. 21. Bazı OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının GSYİH’ye Oranı	145
Fotoğraf 3. 1. TL/ABD Doları Değişim Grafiği	151
Fotoğraf 3. 2. Adana Şehir Hastanesi	163
Fotoğraf 3. 3. Adana Şehir Hastanesi Konumu	166
Fotoğraf 3. 4. Mersin Şehir Hastanesi	167
Fotoğraf 3. 5. Mersin Şehir Hastanesi Konumu	169
Fotoğraf 3. 6. Isparta Şehir Hastanesi	171
Fotoğraf 3. 7. Isparta Şehir Hastanesi Konumu	172
Fotoğraf 3. 8. Yozgat Şehir Hastanesi	174
Fotoğraf 3. 9. Yozgat Şehir Hastanesi Konumu	176

Fotoğraf 3. 10. Kayseri Şehir Hastanesi	177
Fotoğraf 3. 11. Kayseri Şehir Hastanesi Konumu	179
Fotoğraf 3. 12. Manisa Şehir Hastanesi.....	181
Fotoğraf 3. 13. Manisa Şehri Konumu	183
Fotoğraf 3. 14. Elazığ Şehir Hastanesi	184
Fotoğraf 3. 15. Elazığ Şehir Hastanesi Konumu	186
Fotoğraf 3. 16. Eskişehir Şehir Hastanesi	188
Fotoğraf 3. 17. Eskişehir Şehir Hastanesi Konumu	190
Fotoğraf 3. 18. Bursa Şehir Hastanesi	191
Fotoğraf 3. 19. Bursa Şehir Hastanesi Konumu	194
Fotoğraf 3. 20. Ankara’da kapatılan Şehir Hastaneleri	195
Fotoğraf 3. 21. Ankara Şehir Hastanesi.....	196
Fotoğraf 3. 22. Ankara Şehir Hastanesi Konumu.....	199

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AEP	: Acil Eylem Planı
AFP	: Alternative Financing And Procurement
ARH	: Bölgesel Hastane Ajansı
AÜHFD	: Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi
AÜSBFD	: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi
AYM	: Anayasa Mahkemesi
b.	: Baskı
BM	: Birleşmiş Milletler
BIST	: Borsa İstanbul
c.	: Cilt
CHFS	: Sud-Francilien Hastanesi
CPF	: Merkezi İhtiyat Fonundan
çev.	: Çeviren
DB	: Dünya Bankası
DoH	: Filipinler Sağlık Departmanı
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E.	: Esas
EPS	: Établissements Publics De Santé
FTR	: Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon
GIO	: Global Infrastructure Outlook
GİB	: Gelir İdaresi Başkanlığı
GOÜ	: Gelişmekte Olan Ülkeler
GSMH	: Gayri Safi Milli Hâsıla
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
HOD	: Helseog Omsorgs Departementet
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
IMF	: Uluslararası Para Fonu
IP	: Entegre Kalkan Planı

IPW	: Infra PPP World
İDT	: İktisadi Devlet Teşekkülü
K.	: Karar
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KİK	: Kamu İktisadi Kuruluşu
KİT	: Kamu İktisadi Teşebbüsü
KÖİ	: Kamu Özel İşbirliği
KÖSİB	: Kamu Özel Sektör İş Birliği
KÖSO	: Kamu Özel Sözleşme Ortaklığı
KÖO	: Kamu Özel Ortaklığı
KDÇ	: Kadın Doğum Çocuk
KVC	: Kardiyolojik Vasküler Cerrahi
LPG	: Liberization, Privatization And Globalization
LÖK	: Liberalleşme, Özelleştirme ve Küreselleştirme
M.Ö.	: Milattan Önce
M.S.	: Milattan Sonra
md.	: Madde
MAINH	: Hastane Yatırımını Destekleme Ulusal Misyonu
MDG	: Binyıl Kalkınma Hedefleri
N&N	: Norfolk Ve Norwich Hastanesi
NAV	: Norveç Kamu Refah Ajansı
NCIS	: Çoklu Disiplinler İçin Bir Tıp Merkezi
NDCS	: Diş Bakımı
NHB	: Exemplar Health
NHCS	: Kardiyoloji
NHS	: National Health Service
NIS	: Norveç Ulusal Sigorta Programı
NITI	: National Institution For Transforming India
NNI	: Nörobilim
NSC	: Cilt
O&M	: İşletme Ve Bakım
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖİB	: Özelleştirme İdaresi Başkanlığı
PFI	: Public Finans Initiative

PFP	: Privately Financed Projects
PGH	: Philippine General Hospital
PPP	: Public Private Partnership
PPI	: Private Participation in Infrastructure
PPPC	: Public Private Partnership Center
PSP	: Private Sector Participation
RİD	: Restore Et İşlet Devret
RG	: Resmi Gazete
s.	: sayfa
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SSCB	: Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
ŞHİG	: Şehir Hastaneleri İzleme Grubu
TDK	: Türk Dil Kurumu
vd	: ve devamı
vol	: Cilt
SNEC	: Göz
TBB	: Türkiye Barolar Birliği
TİGEM	: Tarım İşletmeleri Genel Müdürlüğü
TTK	: Türk Ticaret Kanunu
UHC	: Evrensel Sağlık Sistemi
YPK	: Yüksek Planlama Kurulu
Y.y.	: Yüzyıl
YDİ	: Yap Devret İşlet
YKİD	: Yap Kirala İşlet Devret
YİD	: Yap İşlet Devret
YSİD	: Yap Sahiplen İşlet Devret
YP	: Yap Devret
WHO	: World Health Organization
WPV	: World Population View

ÖZET

Liberal anlayış ile birlikte yabancı sermaye yatırımlarının rolü özellikle 1980’li yıllardan itibaren ülkelerin kalkınma politikaları içinde gittikçe daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. Bilhassa gelişmekte olan ve/veya gelişmemiş ülkelerin sermaye kıtlığı göz önünde bulundurulacak olursa, liberal anlayış ile sermaye kıtlığı çeken ülkelerin sorunlarının ortadan kalkacağı ve diğer makroekonomik göstergeler üzerinde bunun olumlu etki oluşturacağı izlenimi oluşmuştur. Devletlerin kamu hizmetlerinin finansmanında alternatif yöntemler arayışı ile özel sermaye ile arasında yaptığı sözleşme sonucunda ortaya çıkan kamu özel ortaklıkları, devletlerin kısa vadede hizmet sunumunu gerçekleştirmesini sağlamaktadır. Sağlık sektöründe, kamu özel ortaklıkları hizmet sunumu itibariyle verimsiz kalmaktadır. Sağlık bir vatandaşlık hakkı ve temel insan haklarından biri olması dolayısıyla tam kamusal mal niteliğindedir. Piyasa içerisinde metaya dönüştürülmesi hizmete erişimde eşitsizliğe neden olacaktır.

Bu çalışmanın amacı, KÖO modelini açıklamak ve KÖO modeli ile sağlık hizmeti üretiminin avantaj ve dezavantajlarını ortaya koymaya çalışmaktır. Çalışmada örnek olay araştırması için 2019 yılı itibariyle faaliyetini devam etmekte olan Türkiye’deki on şehir hastanesine ilişkin ulaşılabilen veriler kullanılmıştır. Bu veriler ile sağlık sektöründe KÖO modellerinin verimliliği kamu maliyesi açısından incelenmektedir.

Çalışma, kamu hizmeti kavramının ve sunumunun tarihteki evriminden başlamaktadır ve sağlık hizmetlerinin sunumu özeline indirgenmektedir. Zaman içerisinde kamu hizmetlerinin sunumunun bir kısmının özel sektöre devredilmesiyle sağlıkta özelleştirme kavramı ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetinin sunumunda günümüzdeki alternatif yöntemlerden birisi ise KÖO modelidir.

Çalışmada önce, dünyadaki sağlık sektöründe gerçekleşen kamu özel ortaklıkları incelenmektedir. Bu doğrultuda da sağlık hizmetleri kalitesi açısından seçilen ülkeler: Fransa, Birleşik Krallık, Avusturalya, Filipinler, Hindistan, Norveç ve Singapur’dur. Çalışma içerisinde seçilen ülkelerin sağlık sistemleri ve sağlık sistemi içerisinde var olan kamu özel ortaklık projeleri incelenmiştir. Seçilen dünya ülkelerinin sağlık sistemleri ve sağlık sistemleri içerisinde var olan kamu özel ortaklıkları, Türkiye’de var olan projelerle karşılaştırılmıştır.

Çalışmanın son aşamasında Türkiye’de 2019 yılı sonu itibariyle faaliyette olan şehir hastaneleri hakkındaki mevcut araştırmalar ve Sayıştay raporlarına yer ele alındıktan sonra, tarafımızca resmi kaynaklardan elde edilen şehir hastanelerine ilişkin bazı maliyet unsurları

derlenmiştir. Elde edilen bu verilerden maliyet araştırılması yapılmıştır. Çalışma incelemesinde hastanelerin toplam fiziki maliyetleri hesaplanmıştır. Bu maliyet içinde yapılacak olan hastanenin arazi bedelleri ve kapatılan hastanelerin arazi bedelleri dâhil edilmiştir. Ayrıca şehir hastanelerinin ulaşım maliyetleri de hesaplanmıştır. Yapılan araştırma sonucunda modelin kazanımları ve maliyetleri karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgulardan yararlanılarak, Türkiye’de sağlık sektörü içerisinde kamu özel ortaklıklarının etkin ve verimli olup olmadığı tartışılmıştır. Bu alandaki kamu yararının ençoklaştırılabilmesi için için öneriler geliştirmektedir.

Anahtar kelimeler: kamu hizmeti, özelleştirme, kamu özel ortaklığı, sağlık hizmeti, sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı



SUMMARY

PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS FOR HEALTH SECTOR: A STUDY ON TURKEY

With the liberal comprehension, the role of foreign capital investments has become progressively significant in the development policies of countries since 1980. Considering capital scarcity of especially developing and undeveloped countries, the impression is that problems of the countries having a liberal comprehension with capital scarcity will be overcome and that the result of this will influence macroeconomic indicators positively. The Public- Private-Partnerships that emerged as a result of the agreement of the states with the private equity due to their eschewing the financing of the services enable the states to actualise their services in the short term. On the contrary, services performed by public-private partnerships in the health sector remain inefficient. Since health is a citizen's right and also one of the basic human rights, it's regarded as a public good. Its transformation into a commodity within the market leads to inequality in access to services.

The purpose of this study is to explain the PPP model and to reveal the advantages and disadvantages of PPP model and healthcare production. This study case for the ongoing research activities for the year 2019 was used for the data can be accessed on the city hospital in Turkey. With these data, the efficiency of PPP models in the health sector is analyzed in terms of public finance.

The study starts from the evolution of the concept of public service and its delivery in history and is reduced to the specialization of the delivery of health services. Over time, the concept of privatization in health emerged with the transfer of some of the public services to the private sector. One of the alternative methods available today in the delivery of healthcare is the PPP model.

In this study, first public private partnerships in the health sector in the world are examined. In this regard, the countries selected in terms of healthcare quality are: France, the United Kingdom, Australia, the Philippines, India, Norway and Singapore. Public private partnership projects in the health systems and health systems of the selected countries were examined. In selected countries in the world have their health systems and health systems, which are public-private partnerships, which have been compared with projects in Turkey.

In the final stage of the study to criticism about the city hospitals that are in service in Turkey it is given to research and the Court of Auditors report. From these data obtained, cost research was made in the study. In the study examination, the total physical costs of the

hospitals were calculated. Land costs of the hospital to be built within this cost and land costs of the hospitals closed are included. In addition, transportation costs of city hospitals were calculated. As a result of the research, the benefits and costs of the model were compared. This study, Turkey is concerned that the public-private partnership in the health sector is to be effective and efficient. It develops recommendations to maximize public interest.

Key Words: public service, privatization, public private partnerships, health service, public private partnerships in health service



TEŞEKKÜR

İnişler ve çıkışlarla dolu tez sürecim boyunca beni yalnız bırakmayan, akademi içerisinde tekrar tutunman için elinden geleni yapan, bana her zaman güvenen, bir sorun ile karşılaştığımda kendisi ile kolaylıkla iletişim kurabildiğim, akademiye tekrar sarılmama sağlayan, akademi içerisindeki rol modelim ve hatta yol göstericim olan Doç. Dr. Emine KIZILTAŞ UZUNALİ 'ye teşekkürlerimi sunarım.

Tez sürecimin sonunda bana elinden geldiğince yardımcı olan, tezimle ilgili gerekli irdelemeleri yapan, sürekli pozitif enerji veren, süreç içerisinde sürekli iletişim halinde olduğum sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Derya YAYMAN 'a teşekkürlerimi sunarım.

Tez sürecimin sonunda savunma tarihim konusunda elinden gelen tüm fedakârlıkları yapan, tez çalışmamı daha da geliştirmek için düşüncelerini esirgemeyen, iletişim konusunda asla problem yaşamadığım değerli hocam Prof. Dr. Serpil AĞCAKAYA 'ya teşekkürlerimi sunarım.

Lisans ve yüksek lisans dönemim boyunca bana maliye alanını sevdiren, disiplinli çalışma sistemini bana aşılayan değerli hocam Prof. Dr. Zeliha GÖKER 'e teşekkürlerimi sunarım.

Çalışma hayatı içerisinde çok yönlü düşünce sistemini bana aşılayan, tez sürecim boyunca bana bütün imkânları sağlayan, her zaman beni destekleyen ve her zaman bana güvenen değerli hocam Serdağ YILDIRIM 'a teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışması içerisinde düşünceleriyle bana yeni fikirler sunan, çalışmamın her aşamasında bana destek olan değerli hocam Mustafa DEDEAĞA 'ya teşekkürlerimi sunarım.

Tez sürecim boyunca teknik konularda yardımlarını esirgemeyen, sorun yaşadığımda hızlı bir şekilde çözümler üreten ST Medya çalışanları Serdar TOSUN ve Berk KARASOY 'a teşekkürlerimi sunarım.

Akademi içerisinde yeni fikirler üretmemi sağlayan ve tecrübelerini paylaşmak konusunda hiç çekinmeyen, ellerinden geldiğince beni destekleyen ve bana güvenen değerli dostlarım Mehmet GÜNEŞ 'e, Yasin OĞUZ 'a, Tolga Evrim TÜRKAN 'a, Berk YILDIRIM 'a Türker ÇELİK 'e, Mehmet MOR'a, Hüseyin GİRİŞKEN'e teşekkürlerimi sunarım.

Karakterimin oluşmasında büyük katkıları olan, çocuk olmanın güzelliklerini bana yaşatan, yanlarındayken kendimi her zaman mutlu hissettiğim ve artık aramızda olmayan dedem Yaşar OLCA ve anneannem Saime BAŞPINAR 'a teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her evresinde yanımda olan, beni ben yapan, eğitim hayatımın her anında bana maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, bana her zaman güvenen babaannem Fikrîye OLCA 'ya, babam İbrahim Halil OLCA, annem Zehra OLCA, kardeşlerim Arda ve Batuhan OLCA 'ya teşekkürlerimi sunarım.

Her zaman hayata pozitif bakmamı sağlayan, lisansın ve yüksek lisansın yükünü benimle birlikte taşıyan, mutluluğu ile mutlu eden, benim için belki de hayatın ta kendisi olan, aldığım kararlarda sürekli yanımda bulunan kız arkadaşım Nurbanu KESKİN 'e teşekkürlerimi sunarım.

“TÜRK, ÖĞÜN, ÇALIŞ, GÜVEN” sözüyle hayatıma yön veren, yaşam tarzıyla bana emsalsiz bir örnek olan, kendisini anlamaya çalıştığım ama asla tam olarak anlayamayacağım, imkânsız başarıma alışkanlığıyla hayatımın her anında kendisine olan saygımın daha da arttığı aziz milletimin kurtarıcısı ulu önder Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK 'e teşekkürlerimi sunarım.

ÖNSÖZ

Kamu hizmetleri hakkında yapılan araştırmalar neticesinde devletler tarihinden de eski olduğu ve devletleri oluşturan temel unsur olduğu görülmektedir. Kamu hizmetleri yıllar içerisinde sürekli bulunan dönemin ve coğrafyanın şekline göre değişmekte ve devletlerin ekonomik sistemine yön vermektedir. 1980’li yıllardan sonra hizmetlerin özelleştirmesi ile şekillenmeye başlayan kamu hizmetleri 2000’den sonra yeni bir form ile karşımıza çıkmaktadır. Bu yeni form ise “Kamu Özel Ortaklıkları” ‘dır. Kamu özel ortaklıkları dünya ekonomisinde giderek yaygınlaşmaktadır. Öyle ki günümüzde tüm sektörlerde örnekleri bulunmaktadır. Sağlık sektöründe de bulunan kamu özel ortaklıkları Türkiye’de şehir hastaneleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de 2017 yılı itibariyle sağlık piyasası içerisinde yerini alan şehir hastaneleri maliyet analizi yapılarak irdelenmiştir. Maliyet fayda analizinin değişkenleri ile konuya farklı bir perspektif kazandırılmıştır.

GİRİŞ

Bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda ortaya çıkan devlet kavramı tarih boyunca farklı görevler üstlenmiştir. Tarih içerisinde yaşanan değişimler ile bağlantılı şekilde atfedilen görevler de değişmiştir. 1929 öncesi jandarma devlet anlayışı, 1929 sonrası ortaya çıkan refah devleti anlayışı ve 1970’li yıllardan sonra ortaya çıkan liberal kapitalist devlet anlayışı ile sürekli olarak devletlerin kamu kesiminde ve yapısında köklü değişikliklere sebep olmuştur.

Kamu hizmetlerinin sunumuna bakış açısı, o dönemde hangi iktisadi düşüncenin geçerli olduğuna göre değişmektedir. Klasik düşünce savunucusu A. Smith’in devlete bakış açısına göre “devlet zorunlu bir fenadır”. Devletin en önemli ve tek fonksiyonu; sadece tam kamusal malların ve hizmetlerin sunumudur. Bu düşünceden hareketle reel piyasalarda “piyasaların temizlenmesi” ve “görünmez el” varsayımının geçerli olduğunu kabul edilebilir. Çünkü devletin piyasaya müdahale etmesini gereksiz görmüştür klasik görüş yanlıları. Klasik görüş yanlıları için piyasalar kendi başına zaten dengededir. Herhangi bir müdahale ise bu dengeyi bozacaktır, bunun temelinde yatan neden devletin özel sektör kadar tecrübeye ve bilgiye sahip olmamasıdır. Hantal bir yapıya sahip olan devletin tam kamusal mallar dışında üretim yapması mali açıdan etkinsiz olacaktır ve reel piyasalardaki dengeyi bozacaktır düşüncesini savunmaktadırlar.

1929 yılına kadar geçerli olan Klasik düşünce, 1929 senesinde ortaya çıkan büyük buhrana çözüm üretememiştir. Ekonomik problemlerin had safhaya ulaştığı bu dönemde tek çözümün piyasaların temizlenmesi ve görünmez elin ortaya çıkması için beklemeye bırakmak düşüncesi, dönemin iktisatçıları için mantıklı bir çözüm önerisi değildi. Dönemin iktisatçılarından J. M. Keynes’in 1936 yılında yayımladığı “İstihdam, Faiz ve Paranın Genel Teorisi” adlı kitabıyla başlayan Keynesyen görüş; devlete yeni fonksiyonları yüklenmiştir. Büyük buhranın altında yatan temel sebebinin “efektif talep yetersizliği” olduğunu belirten Keynes’e göre en etkili çözüm, devletin kilit rol oynadığı maliye politikalarıydı. Çünkü piyasalarda eksik rekabet ve eksik istihdam mevcuttu. Bu politikalarla devlete yüklenen temel fonksiyonlar da değişmeye başladı. Devlet bu dönemde, kamusal mal ve hizmet üretimi dışında ekonomik ve sosyal hayata da müdahale etmiştir. Böylelikle klasik düşünceye göre yalnızca özel sektör tarafından üretilebilecek mal ve hizmetler devlet tarafından da üretilir hale gelmiştir. Keynesyen görüş devletlerin eksik istihdamı gidereceğini, piyasanın tek başına başarısız olduğunu öne sürmüştür.

Devletin ekonomi içerisindeki payının oldukça büyük olduğu 1950-1970 yılları Altın Çağ olarak bilinir. 1970’li yıllarda önceki dönemlerde önemli başarıları olan Keynesyen görüşün birtakım eksiklikleri ortaya çıkmaya başlamıştır. Keynesyen görüşün yetersiz kalmasındaki en büyük eksik; ekonomiye talep yönlü yaklaşmasıdır. 1974 petrol krizi sonucunda patlak veren stagflasyon krizi Keynesyen düşüncenin öngöremediği bir durumdur. Çünkü stagflasyon krizi, Keynesyen düşüncenin temel dayanaklarından birisi olan Philips eğrisini geçersiz hale getirmiştir. Eksikliklerden bir diğeri 1976-78 petrol krizlerinin arz yönlü bir kriz olmasıdır. Keynesyen düşünce, ekonomik istikrarsızlıkların ancak efektif talep düzeyinden kaynaklanacağını belirtmiştir. Arz cephesinden gelecek bir krize çözüm önerisi bulunmamaktadır. Ayrıca kamusal hizmetlerin keynesyen görüş ile artması devletlerin kronik bütçe açıklarına neden olmuş ve bu da devletlerin mali açıdan zayıflamasına neden olmuştur.

Keynesyen görüşün zayıflamasıyla yeni bir düşünce akımı kabul görmeye başladı. 1970’li yıllardan kabul görmeye başlanan Neoliberal yaklaşım Keynes’in savunduğu refah devleti anlayışına karşıydı. Bu yaklaşım piyasa başarısızlıklarını savunan Keynes’ e karşı devlet başarısızlıklarını savundu.

Özellikle Buchanan ve Tullock ’un önderliğinde Kamu Tercihi Teorisyenleri, siyasal süreç aktörlerinin başarısız olduğunu vurgulamışlardır. Siyasal partiler oy maksimizasyonu, seçmenler fayda maksimizasyonu, bürokratlar ise bütçe maksimizasyonunu hedeflemektedirler. Siyasal süreç aktörlerinin kendi çıkarları peşinde koşmalarının devleti hantallaştıracığını verimsiz bir duruma sokacağını belirtirler. Dolayısıyla bu iktisadi yaklaşımı savunan teorisyenlere göre devlet, piyasalardan kesinlikle uzak tutulmalıdır.

1970’li yıllardan itibaren başlayan ve 1980’li yıllardan itibaren daha da hızlanan küreselleşme süreci ile devletin ürettiği mal ve hizmetler piyasalaştırılmaya başlanmıştır. Bu durumun temel sebebi sürekli güçlenen ve daha da güçlenme potansiyeli olan özel sektördür. Rekabetin var olduğu piyasalarla güçlenen özel sektör, daha az maliyetle daha fazla çıktıyı hedefleyerek kâr maksimizasyonunu arttırmaktadır. Kâr maksimizasyonuna yönelik bu tutumu özel sektörün bilgi, teknoloji ve tecrübesini arttırmıştır. Bu bağlamda kamunun yetersiz kaldığı alanlarda kamu hizmetinin gerçekleştirilmesi için yeni bir alternatif oluşmuştur. Bu alternatif kamu hizmetini piyasalaştırarak özel sektörden yararlanma düşüncesiyle ortaya çıkan kamu özel ortaklık modelidir.

Türkiye’de 1980’li yıllardan itibaren başlayan liberalleşme ile birlikte özelleştirmeler başlamıştır ve 1990’lı yıllardan itibaren kamu özel ortaklıklar kurulmaya başlamıştır. Sağlık alanında, ilk kez 1988 yılında Numune hastanesinin bakım ve onarımı için dış kaynak kullanılmıştır. Türkiye’de sağlık alanında kamu özel ortaklıklarının hukuki zemini sağlıkta

dönüşüm programı ile oluşturulmuştur. Yapılan harcamaların yetersizliği ve hizmet sunumun yetersiz ve istenilen kalitede olmaması gibi gerekçelerden dolayı gerçekleştirilmiştir. Sonraki yıllarda sağlık kampüsleri kurulması maksadıyla sağlık alanında ilk aşamada 20 tane kamu özel ortaklık projesi onaylanmıştır.

Çalışma içerisinde Türkiye’de kamu özel ortaklıklarının sağlık sektöründe mali açıdan etkin olup olmadığını tartışılacaktır. Çalışmanın verileri için gerekli literatür çalışması yapılmış olup, ilgili kuruluşların verilerine ulaşılmıştır. Ulaşılan veriler de analiz edilip yorumlanmıştır.

Birinci bölüm içerisinde kamu hizmeti irdelenecektir. Kamu hizmeti ortaya çıkışı ve evriminden bahsedilerek değişen ekonomik sistemin kamu hizmetin üzerindeki etkisi anlatılacaktır. Kamu hizmetinin gerçekleştirilmesinin önemi ve devletler açısından kamu hizmetini önemi anlatılacaktır. Devamında değişen ekonomik sistemin, devletlerin kamu hizmeti sunumunda özelleştirme kavramının ortaya çıkışı ve çeşitleri anlatılacaktır. Devletlerin kamu hizmeti için hangi özelleştirme yöntemlerini tercih ettiklerini ülkeler bazında incelenecektir. Yapısal farklılıkları ortaya konulacaktır. Son olarak da Türkiye’de özelleştirme yöntemleri açıklanacaktır. Birinci bölümün devamında özelleştirme uygulamalarının yeni bir uygulama şekli olan kamu özel ortaklık kavramı tanımlanacaktır. KÖO modeli ile özelleştirme uygulamalarının yapısal farklarından bahsedilecektir. KÖO modeli ortaya çıkan yönetim kavramı ele alınıp, yeni modeli türleri tartışılacaktır. KÖO modelinin hizmet sunumu ve mali açıdan modelin avantajları ve dezavantajları belirtilecektir. Sonrasında sağlık kavramı ile konu bağdaştırılacaktır. Sağlık ekonomisinin diğer ekonomilere göre yapısal farklılıkları anlatılarak sağlık ekonomisi içerisindeki dinamiklerden bahsedilecektir.

İkinci bölümde KÖO modelinin dünya ülkeleri uygulamalarına yer verilecektir. Model gelişmiş, gelişmekte ve gelişmemiş ülkelerde hangi sektörlerde daha fazla tercih edildiği gösterilecek ve dünya genelindeki örnekleri incelenecektir. İncelemeler sonucunda sağlık piyasası içerisinde KÖO modelleri ülkeler özelinde incelenecektir. Bu bağlamda seçilen ülkeler Fransa, Birleşik Krallık, Avusturalya, Hindistan, Filipinler, Norveç ve Singapur’dur. Bahsi geçen ülkelerdeki sağlık sistemlerine ve ülkelerin KÖO uygulamalarına yer verilecektir. Ülke incelemelerinden sonra Türkiye’nin sağlık sisteminde gerçekleşen dönüşüm anlatılarak sağlık hizmet sunumunda KÖO modeline geçiş anlatılacaktır. Türkiye sağlık sektörü içerisinde KÖO modeli ile gerçekleştirilecek projeler bölüm içerisinde değerlendirilecektir. Gerçekleştirilmiş projelere dair sadece kira ve yatırım tutarları

paylaşılarak hizmetin içeriği anlatılacaktır. İkinci bölümün sonunda OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık harcamaları karşılaştırılacaktır.

Üçüncü bölümde Türkiye'de sağlık hizmet sunumu içerisinde gerçekleştirilmiş olan KÖO modellerinin hizmet sunuma getirdiği ve getireceği yeniliklerden bahsedilecektir. Devamında sağlık sektöründe KÖO modeline yönelik eleştirilere değinilecektir. Model için yapılan eleştirilerin ve yeniliklerin karşılaştırılması için literatür içerisindeki çalışmalardan hareketle sağlık politikaları, vatandaş ve sağlık personeli açısından değerlendirilmesi yapılacaktır. Sonrasında sağlık hizmeti içerisinde uygulanmakta olan KÖO için hazırlanmış olan Sayıştay raporu irdelenecektir. Son aşamada şehir hastanelerin maliyetlerini hesaplamaya dönük tarafımızca bir analiz yapılacaktır. Analiz içerisinde şehir hastanelerinin topluma dönük oluşturduğu bütün maliyetler hesaplanacaktır. Değerlendirme bölümünde de etkin olmayan kısımları tartışılacak ve çözüm önerisi sunulacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU HİZMETİ KAVRAMI

Kamu hizmeti kavramı kamu ve hizmet kavramlarının bir araya gelmesi neticesinde oluşmuştur. Kamu kavramı burada devleti tanımlarken, hizmet kavramı devlet tarafından topluma arz edilen faaliyetleri tanımlamaktadır. Kavramsal olarak birleşen kamu ve hizmet kavramları ile devlet tarafından hem ulusal hem de uluslararası kendisiyle ilintili olan her bireye sunduğu hizmet anlamına gelmektedir.¹

Kamu hizmeti kavramı hükümetle ilişkilidir ve bölge içinde yaşayan bireylerin modern yaşam için gerekli görülen hizmetlerin, kamu kesimi tarafından idari organları aracılığıyla sunulmaktadır. Kavram, gelirden ve sosyal statüden bağımsız olarak herkese çok sayıda hizmet sunulması gerektiğine dair (genellikle demokratik seçimlerle ifade edilen) sosyal bir anlaşma ile bağlantılıdır.

Kamu hizmeti kavramının ne kamuyu ne de kamunun nasıl finanse edildiğini açıklamamasına rağmen sosyal ve politik nedenlerden dolayı diğer ekonomik sektör hizmetlerinin ötesinde direktiflere sahiptir. Kamu hizmeti kavramı; itfaiye, polis, ordu ve sağlık gibi toplumun tamamına hitap eden görevleri içerisinde barındırdığı gibi özel eğitim kursları gibi toplumun sadece belirli bir kesimine hitap eden hizmetleri de içerisinde barındırmaktadır. Sağlık hizmetleri, eğitim ve ceza adaleti gibi kamu hizmetlerinin sağlanmasının hükümetin başlıca görevi olduğu belirtilmektedir. Bireylerin kamu hizmetlerini önemsemesi ve hizmetlerin iyi sunulmasına güveniyor olması siyasi ve politik görüşlerini etkilemektedir.²

Kamu hizmetleri kavramı, insanlar ve devlet arasındaki en yaygın arabirim ve işleyişin geçişini sunmaktadır. Kavram bireylerin devlete olan güven duygusunu ve beklentilerini şekillendirir. Ulusal düzeyde, kamu hizmeti kavramı insan refahını ve ekonomik büyümeyi desteklemektedir.³ Kamu hizmeti kavramı için bu bilgilerden hareketle dönemin şartlarına göre içeriğinin değiştiği söylenilebilmektedir. Çünkü bireylerin devletten istek ve beklentileri dönemler içerisinde farklılık gösterebilmektedir.

Kamu hizmeti kavramı ilk insan topluluklarının, kendi toplumları içerisinde görev bölüşümü ile ortaya çıkmış bir kavram olarak değerlendirilebilir. Kamu hizmeti kavramının bu kadar eskiye dayanması esasında insanların toplu halde yaşamasının altında yatan nedenle

¹ Eugene, vd. 1982: 304-305.

² Duguít, 1923:427-429.

³ A.g.e. s. 428-432.

aynıdır; ihtiyaçlar. Devlet kavramını bireyin tek başına yerine getiremeyeceği ihtiyaçları; diğer bireylerle bir araya gelerek, görev paylaşımı esasına dayalı oluşturdukları örgütlenme biçimi olarak tanımlanabilir. Kamusal hizmete dayalı ihtiyaçlar insanları bir araya getirmekle kalmayıp aynı zamanda da devlet kavramının temellerinin atılmasına neden olmuştur. Kavrama bu açıdan baktığımızda insanlık tarihinde kamusal hizmet kavramı toplu halde yaşamayı gerekli kılmış bir başka deyişle devlet kavramının doğmasına neden olmuştur.

Devlet kavramının ortaya çıkmasında etkin rol oynayan kamu hizmeti kavramı tarih boyunca yapı itibariyle değişiklikler göstermiştir. Değişimin altında yatan nedenlerin başında değişen iktisadi sistem, teknoloji ve içerisinde bulundukları coğrafyanın ihtiyaçları büyük rol oynamaktadır. Örneğin; ilkel komünal toplumlarda en fazla ihtiyaç duyulan kamu hizmeti güvenlikti. Gerçekten de ilk insanların yerleşim yerleri göz önünde bulundurulduğunda yerleşim yeri tercihinin verimli arazilerden yana olduğu bilinmektedir⁴. Teknoloji bakımından yetersiz olan ve güvenlik zafiyeti yüksek olan bu yerleşkelerde işgalci toplumlara karşı duyulan güvenlik hizmeti ihtiyacı yeni bir örgütlenmeyi doğurmuştur; asker sınıfı. Başka bir örnek daha vermek gerekirse ilkel komünal toplumlarda; artan ihtiyaçların oluşturduğu yeni örgütler ya da başka bir deyişle henüz yenice ortaya çıkan devletin organlarını kontrol etmek ve mal paylaşımını sağlamak için yeni bir hizmete ihtiyaç duyulmuş ve neticesinde yönetici sınıfı ortaya çıkmıştır⁵. Tarihin ilerleyen dönemlerini incelemeye devam edildiğinde M.Ö. 450’li yıllarda büyüyen devlet yapısı, artan iktisadi faaliyetler, devletin hükümler alanı altında yaşayan ulus sayısındaki artış ve gelişen teknoloji ile dönemin en sistematik ve en güçlü devleti olan Roma imparatorluğunda peyda olan ihtiyaçlar doğrultusunda hukuk kavramı ortaya çıkmıştır. Dönemin sosyal yaşamı göz önünde bulundurulduğunda antik dünyada insan ilişkilerinin çok fazla olduğunu ve ticari faaliyetlerin giderek daha uzak mesafelere yapıldığını ayrıca faaliyetlerin birden fazla sözleşmeye söz konusu olduğu bir ortamda ihtiyaç duyulan hukuk sistemi; devletin yeni bir hizmet türünü vatandaşlarına sunmaya zorlamıştır.⁶

İlerleyen dönemlerde devlet kavramı değişmeye devam etmiştir⁷ fakat kamu hizmeti devletlerin değişen idari yapısına rağmen bâki kalmıştır. Devletler giderek ihtiyaçlar doğrultusunda değişir iken ihtiyaçların da arttığı gözlemlenmiştir. Özellikle 12. Yy ’da idari

⁴Hall, 1998: 21.

⁵Ferreira-Snyman, 2006, 4.

⁶Bergh, 2014: 968.

⁷ İlkel komünal toplumlarda lider, topluluğun en yaşlı ve saygın üyesidir. Devlet organları ise temel ya da basit düzeydedir. Fakat özellikle Roma imparatorluğuyla beraber imparatorluk ile saltanat ve cumhuriyet ile demokrasi ülkenin yöneticisini belirlemiştir. Devlet organları ise ihtiyaçlar doğrultusunda giderek artmıştır. Sonraki Dönemlerde ise belirli bir aile ya da zümre devleti yönetme erkine sahip olmuştur.

yapı bakımında çağdaşlarının daha ilerisinde Avrupa bu konuda örnek gösterilebilir. Avrupa devletlerinin idari tarihi açısından oldukça önemli bir dönemdir⁸. Özellikle 12. Yy 'in sonlarına doğru kraliyet ailesinin ihtiyaçlar doğrultusunda kamusal hizmetleri arttırdığı bilinmektedir. Özellikle devlet işlerinde kendileri adlarına kraliyet mührü taşıyan kamu çalışanları, din işleri ile ilgilenen ruhban sınıfı, adalet sistemi içerisinde hizmet veren kamu görevlileri ve güvenlik ve asayiş için kolluk kuvvetleri en belirgin kamu hizmeti teşkilatlarındandır. Devletlere tarih içerisinde yüklenen sorumluluklar giderek artmış ve kamu hizmeti kavramı giderek daha fazla gündeme gelmeye başlamıştır.

Kamu hizmeti kavramı devletler için oldukça önemli bir kavramdır. Öyle ki bazen yerine getirilmeyen kamu hizmetleri devletlerin yönetme erkinin hatta yönetim şeklinin bile değişmesine neden olur. Bu konuda örnek verecek olursak eğer; tarih literatürü tarafından dünya tarihi içerisinde önemli bir dönüm noktası olarak kabul edilen Fransız İhtilalini gösterilebilir.⁹ Dönemin Fransa'sında giderek artan toplumsal huzursuzluk, artan ekonomik buhran ve kaotik ortam kamu hizmetlerinin yetersizliğinden şikâyetçi olan grupları birleştirerek yeni bir sistemin başlamasına sebebiyet vermiştir. Kamu hizmeti görüleceği üzere sadece devletlerin oluşmasından değil aynı zamanda şekillenmesinde de büyük rol oynamıştır. Her zaman Fransa'da olduğu gibi şiddetli olmamış bazen de İngiltere'de ihtiyaçlar doğrultusunda Magna Carta anlaşması (1215) neticesinde yönetim erkinin devri ile de sonuçlanmıştır.¹⁰

Devletler açısından giderek önemi daha fazla anlaşılan kamu hizmeti kavramı özellikle parlamenter sistem içerisinde etkin bir rol almaya başlamıştır. Temelinde yatan neden artık yönetim erkini belirleyen kişilerin aynı zamanda kamu hizmetini talep edenler olmasıdır. Yeni yönetim sistemi ile doğrudan belirleyici role vatandaş geçmiştir.

Dünyadaki önemli olaylar da kamu hizmetlerine şekil vermiş ve doğrudan devletin ekonomi içerisindeki rolünü değiştirmiştir. Örnek ile bu durumu açıklayacak olursak eğer; iktisat literatüründe “kara çarşamba” olarak adlandırılan 1929 iktisadi buhranından sonra devletin kamu hizmetleri içeriği genişlemiştir. Özellikle Keynesyen iktisadi görüşün hâkim olduğu bu dönemde yeni bir kavram olarak “Sosyal Devlet” kavramı ortaya çıkmıştır. Sosyal devlet kavramı ile kamu hizmetleri hem nitelik hem de nicelik olarak artmıştır.

⁸ <https://www.britannica.com/topic/public-administration/History> (erişim tarihi: 28.10.2019).

⁹ <https://global.oup.com/ushe/product/the-crowd-in-the-french-revolution-9780195003703?cc=tr&lang=en&> (erişim tarihi: 28.10.2019).

¹⁰ “A brief history of the UK Parliament”, BBC News, 24.09.2014.

$$GSYİH = C+I+G+(X-M)^{11}$$

1929 krizi ile özel sektör sermaye yetersizliği, hane halkının alım gücünün zayıflaması yeni bir devlet modelinin ortaya çıkmasıyla sonuçlanmıştır. 1929 Buhranı temelde durgunluktan kaynaklı ortaya çıkmış bir krizdir. Deflasyonist bir kriz sonrası dönemde, devletin ekonomik sistem içerisinde genişleyici bir politika izlemesi ekonominin dengeye gelmesini sağlayacaktır. Bu bağlamda bu dönem için yukarıdaki gayri safi yurtiçi hasılasında yer alan I ve G'nin artması kamu hizmetindeki artış ile ilişkilendirilebilir.

1970'li yıllarda artan kamu hizmetleri ile artan kamu harcamaları devletlerin ödeme dengelerinde büyük bir yük oluşturmuştur. Özellikle yönetme erkinin seçiminde söz sahibi olan vatandaşın kamu hizmetine olan talebi hükümetler üzerinde etkili olmakta ve artmış olan kamu hizmetlerinde azalmaya gidilememesine neden olmuştur. 1974 ve 1977 küresel petrol krizi tüm dünya devletlerini etkilemiş ve onları kamu hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için farklı alternatiflere yönlendirmiştir.

Devletler kamu hizmeti kavramını bu dönemden itibaren yeni bir tanıma ve kategorilere ayrılmak durumunda kalmıştır. Toplumsal hoşnutsuzluğun yaşanmaması için kamu hizmetinin gerçekleştirilmesi için alternatif yollar aranmaya başlanmıştır. Bu konuda 1980 sonrası dönemde bu amaçla özelleştirilmeler gündeme gelmiştir. Kamu hizmetinin gerçekleşmesi için devletler, yüksek teknolojiye sahip, gerekli bilgi birikimi ile donanmış, yeterli sermayeye sahip ve piyasa içerisindeki rekabet ile güçlenmiş özel sektöre yönelmiştir. Böylelikle hem kamu hizmet gerçekleştirirken hem de devletlerin ödemeler dengesi bozulmayacaktı. Bu bağlamda ise kamu hizmetinin tanımı, kategorizesi ve sunumunun nasıl gerçekleşeceği büyük bir öneme sahiptir.

1.1. Kamu Hizmeti Tanımı

Kamu hizmeti tanımı için, içerisinde bulunulan dönemin dinamikleri doğrultusunda farklı farklı tanımlar yapılabilmektedir. Her dönemde var olan değişkenler içerisinde farklı şekilde yorumlanmakla birlikte öz itibariye kamu hizmeti toplumsal bir gereksinimin ihtiva edilmesi diye tanımlanabilir. Hizmetin sağlayıcısı hakkında bir şey söylemek tanım içerisinde uygun olmayabilir. Bunun temelinde yatan neden, esasında son dönemde hizmeti sunan tarafında yaşanan değişimdir. Bir önceki başlıkta da bahsedildiği üzere özellikle 1980 sonrası dönemde belirgin halde görülen hizmeti sunan tarafın, hizmete göre değişiklik göstermesidir.

¹¹ Diğer değişkenler sabit iken Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Formülü (C = Tüketim Harcaması, I = Yatırım Harcaması, G = Kamu Harcaması, X = İhracat, M= İthalat).

Kamu hizmeti kavram olarak birden fazla disiplinin içerisinde bulunmaktadır. Özellikle yönetsel açıdan Siyaset Biliminin ve Kamu Yönetiminin içerisinde olduğu gibi, ekonomik değişkenler içerisinde etkinliği ve etkisi ile İktisat Biliminin içerisinde ve kamu kesimi ile kamu malının kategorileştirilmesi bakımından Maliye Biliminin içerisinde yer almaktadır. Bu açıdan bile birden fazla tanımın olması olağan bir sonuçtur.¹² Kamu hizmetinin ifa edilmesi genel itibariyle idare hukuku içerisinde yer alırken hizmetin ifa edildiği alan göz önünde bulundurulduğunda kamu ve özel kesim ayrımı neticesinde kamu ekonomisinin içerisinde değerlendirilmesi de gerekmektedir.

Yukarıda bahsedilen nedenlerden ötürü kamu hizmetinin tanımının çeşitlilik göstermekte ve farklı bakış açılarınca farklı şekilde yorumlanıp tanımlanmaktadır. Türk idare hukuku için kurucu olarak sayılabilecek olan Erdem'in bu konuda tanımlaması şu şekildedir: Devlet veya kamu tüzel kişileri tarafından veya bunların gözetim ve denetimleri altında genel ve ortak gereksinimleri karşılamak ve tatmin etmek, kamu yararını sağlamak için kamuya sunulmuş devamlı ve muntazam faaliyetler.¹³

Erdem'in yaptığı bu tanım Türkiye ekonomisi için uygun olmakla birlikte günümüz için ekleme yapmak gerekmektedir. Eklenmesi gereken husus kamu hizmeti günümüzde artık özel sektör tarafından da ifa edilebilmektedir. Kamu hizmeti tanımını çeşitlendirmek adına Türk Dil Kurumunun yaptığı tanıma değinecek olursak eğer: Devlet ve öteki kamu tüzel kişileri tarafından toplumun gereksinimlerinin karışlanması¹⁴ tanımı meydana gelmektedir.

Kamu hizmeti, hükümetin kendi yetkisi dâhilinde yaşayan insanlara doğrudan (kamu sektörü aracılığıyla) veya özel hizmet sunumunu finanse ederek sağladığı bir hizmettir. Hizmetin amacı ülke vatandaşlarının isteğine ya da ihtiyacına göre şekil almaktadır diye de tanımlanabilir.

Genel itibariyle tanımlamalar bu şekilde olmakla beraber ekonomi literatürüne bakıldığında kamu hizmetini tanımlamaya dönük farklı kıstasların olduğu görülmektedir. Bu kıstaslar; objektif ve sübjektif anlayışlardır.

Objektif anlayış doğrultusunda yapılan tanımı inceleyecek olursak eğer; faaliyetlerin içerikleri bakımından kamu hizmeti niteliğinde olduğunu ileri sürmektedir. Fransız idare hukuk ekolleri içerisinde bulunan Duguit tarafından şu sözlerle ifade edilmektedir: Toplumsal hayatın devamlılığı ya da düzeni için mutlak bir gereklilik varsa ve bu gereksinim piyasa aktörleri tarafından düzenli veya istikrarlı bir şekilde ifa edilemiyor ya da yerine

¹² Karahanoğulları, 2015: 11.

¹³ Erdem, 2016: 3.

¹⁴ <https://sozluk.gov.tr/?kelime> (erişim tarihi: 28.10.2019).

getirilemiyorsa, bahsedilen gereksinim maddenin doğası gereği kamu tarafından ifa edilen bir kamu hizmetine dönüşecektir.¹⁵ Bu tanım doğrultusunda inceleyecek olursak eğer kamu hizmetinin esasen piyasa aktörler gerçekleştirmese de gerçekleşmesi gereken bir hizmet olarak addedilmektedir. Objektif anlayış sunumun kimin tarafından sunulduğundan daha çok sunumun gerçekleşmesi görevini devlete yüklemektedir. Bu bağlamda da anlayış içerisinde kamu hizmetinin kar amacı gütmeyeceğinin vurgusunun burada daha net bir şekilde ortaya çıktığını söylenebilir¹⁶.

Sübjektif anlayış; hizmetin niteliğinden daha çok, yönetim erkinin kararları kamu hizmetini belirler. Jézé, Duguit'in objektif yaklaşımının "gereksinimin kamu hizmeti olup olmayacağına kimin karar vereceği" konusunda yetersiz olduğunu öne sürmüştür. Gerçekten de bu bağlamda devletin bir hizmeti ifa edip etmemesinin kararını kimin vereceği oldukça önemlidir. Siyasi erkin de hizmetin ifa edilmesinde bazı sınırları vardır; kamunun yararı, piyasa içerisinde hizmetin sunulmasının istikrarlı olmaması ve özel kesimden farklı bir hukuksal zeminin olması gibi. Bir önemli nokta hizmetin sunulması esnasında demokrasinin bir gereği olarak yasama organının var olmasıdır.¹⁷

Anayasada geçen kamu hizmeti tanımı devletin temel amaçları ve görevlerini anlatan 5. maddesinde¹⁸ görülmektedir. 5. maddede geçen korumak yüklemi esasında güvenlik ve asayiş kamu hizmetini anlatırken, kişilerin refah, huzur ve mutluluğu sosyal devlet olma ilkesi bağdaştırarak kamu hizmeti içeriğini genişletmiştir. Ayrıca adaletle de temel kamu hizmetleri içerisinde yer vermiştir.

Hizmetin finansman açısından değerlendirilmesinde önemli olan kısım kamu hizmetinin kategorilere ayrılması ile mümkün olabilir. Maliye biliminin çalışma alanına giren bu konuda kamu hizmetinin finansmanı için kamu hizmetlerini niteliği açısından çeşitli kategorilere ayırmıştır.

1.1.1. Kamu Hizmetlerinin Niteliği Bakımından Sınıflandırılması

Birden fazla disiplinin çalışma alanına giren kamu hizmeti kavramı birden fazla sınıflandırma içerisinde yer almaktadır. Devletin işlevleri hakkında yapılan incelemelerin temelde siyaset bilimi konusu iken, kamu malının söz konusu olduğu alanlar kamu ekonomisinin yani Maliye biliminin konusu içerisinde yer almaktadır. Kamu hizmeti devletin işlevsel yapısı içerisinde yer aldığı dikkate alındığında ise hukukun da ilgi alanına

¹⁵ Borchard, 1933: 136.

¹⁶ Chevallier, J. 1990: 15.

¹⁷ Çal, 2009: 68.

¹⁸ Ek 1.

girmektedir. Başka bir deyişle kamu hizmeti kavramı idare hukukunun da konusudur. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda 3 farklı sıralama karşımıza çıkmaktadır.¹⁹ Bu sıralama şu şekildedir:

- Kamunun kesiminin işlevi bakımından kamu hizmetleri
- Kamu kesiminin yarattığı işlevler bakımından kamu hizmetleri
- İktisadi nedensellik bakımından kamu hizmetleri

1.1.1.1.Kamu Kesiminin İşlevi Bakımından Kamu Hizmetleri

Görüşün temelinde kamunun sunduğu bütün işlevlerin, kamu hizmeti sayıldığını ileri sürmektedir. Bu durumda devletin işlevlerinin hepsi kamu hizmetine mutlak bir eşitlik arz etmektedir. Başka bir deyişle yasama, yürütme ve yargı da dâhil olmak üzere ifa edilen tüm hizmetler görüş doğrultusunda kamu hizmeti sayılmaktadır.

Görüş doğrultusunda savunulan başka bir husus ne şekilde biçimlenirse biçimlensin devletler ya da kamu kesimi, piyasa içerisinde yer alan üretici kesimi korumalı, piyasa içerisindeki üretim ilişkilerinin korumalıdır. Ayrıca bu iki işlevi de aynı anda yerine getirecek kadar güçlü olmalıdır. Genel itibariyle de bakıldığında devlete 3 adet görev addedilmektedir bu görüş çerçevesinde.²⁰

1.1.1.2.Kamu Kesiminin Yarattığı İşlev Bakımından Kamu Hizmetleri

Görüş dâhilinde kamu kesiminin yönetme erkinin iradesini esas almaktadır. Başka bir deyişle diğer iki görüşte kamu hizmetinin varlığı devletin varlığından bağımsız olarak ileri sürülürken bu görüşte yönetim erkinin ifa ettiği tüm işlevlerin kamu hizmeti olarak kabul etmektedir. Gerçekten de görüş dâhilinde kamu hizmeti kavramını incelendiğinde özellikle parlamenter sistemde seçim neticesinde yönetme erkine sahip olan hükümetlerin uyguladığı politikalar kamu hizmetidir.

Yönetme erkinin sınırları daha önceden hukukçular tarafından hazırlanmış olan yasalar doğrultusunda belirlenmektedir. Böylelikle yönetme erkine sahip olan kesim, yapacağı kamu hizmetlerinde ortak çıkarı ve kamusal yararı gözetmek durumunda kalacaklardır.

1.1.1.3.İktisadi Nedensellik bakımından Kamu Hizmetleri

Kamu kesiminin de insanlarda olduğu gibi birçok ihtiyacı bulunmaktadır. İhtiyaçları ülkelerin yapılarına, hukuk düzenine, vatandaşlarının sosyoekonomik yapısına vs. göre

¹⁹Demir, 2003: 293.

²⁰A.g.e. s.295.

değişiklik göstermektedir. Bu bağlamda kamu kesimi için ihtiyaçların sınırsız olduğundan söz edilebilir. Kamu kesiminin kıt kaynaklara sahip olduğunu kabul edersek, kamu kesiminin var olan bu sınırsız ihtiyaçları karşılaması pek mümkün değildir. Bu nedenle de kamu ihtiyaçlarını giderebilmek için ya da hizmete dönüştürebilmesi için bir öncelik sıralamasına ihtiyaç duymaktadır. Bu bağlamda bir öncelik sıralaması ile hizmetlerin düzenlenmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda tam kamusal mallar, yarı kamusal mallar, özel mallar olarak bir sınıflandırma mevcuttur.

1.1.1.3.1. Tam Kamusal Hizmetler

Devletlerin bazı hizmetleri sadece kendi yerine getirmesi gerekmektedir. Özel sektöre bırakılmaması gereken bazı hizmetler vardır. Örnek verecek olursak eğer bu hizmetlere savunma ve güvenlik hizmetleri uygun birer örnektir. Bu hizmetlerin sunumu tamamen kamu kesimi tarafından verilmektedir. Toplumun tümünün yararına olan hizmetlerdir ve her bir bireyin ne kadar yararlandığını tespit etmek ise imkânsızdır. Her birey hizmetten yararlanmakta ve karşılığında bedel ödememektedir.²¹ Bu doğrultuda bakıldığında kamusal hizmetlerde bir dışlama olmadığını görmekteyiz. Hizmette faydalanma sırasında rakip olmama durumu vardır. Diğer bir ifade ile bireyler kamusal hizmetlerden yararlanırken birbirlerine rakip değildir.

1.1.1.3.2. Yarı Kamusal Hizmetler

Yarı kamusal hizmetler hem kamusal faydayı içerisinde barındıran hem de özel faydayı içerisinde barındıran hizmetlerdir. Bu nedenle kamusal hizmetlerden farklıdır. Kamusal hizmetlerde fayda bölünemez iken yarı kamusal hizmetlerde bireyler özel fayda elde eder. Bu nedenle hizmetten yararlanmak isteyen bireyler belirli bir miktarda katkı payı ödemek zorundadır. Bu hizmetlere örnek verecek olursak eğer; eğitim ve sağlık sektörlerini örnek gösterebilmektedir. Bireylerin bu hizmetlerden yararlanması hem bireysel yarar oluşturur iken hem de toplumsal fayda ya da dışsal fayda oluşturmaktadır. Çünkü toplumun içerisinde eğitim almış bireylerin veya sağlıklı bireylerin olması ülkedeki nitelikli insan sermaye stokunu arttıracaktır.

1.1.1.3.3. Özel Mallar

Özel mallar, kamusal hizmetlerin tersine faydası bölünebilen, bireysel faydanın ön plana çıktığı hizmetlerdir. Bireylerin özel mallar içerisinde hizmetin bedelini ödemesi

²¹ Varian, 2010: 695:697.

gerekmektedir. Ödenmemesi durumunda bireyler hizmetten dışlanmaktadır. Özel hizmetlerin üretiminin sınırlı olduğu göz önünde bulundurulacak olursa eğer; hizmetin tüketiminde de bir rekabetin olması söz konusudur.

Netice itibariyle kamu hizmetlerine vatandaşların ihtiyacının sınırsız olması ve kamu bütçesinin talep edilen kamu hizmetlerinin tamamını karşılayacak büyüklükte olmaması nedeniyle bu şekilde bir ayrıma gidilmiştir.

1.1.2. Kamu Hizmeti Türleri

Kamu hizmeti sunumu için esas noktanın toplumun ya da vatandaşların talep ettiği bir faaliyetin yerine getirilmesi ve böylelikle de toplum içerisinde en uygun faydanın sağlanması olduğunu göz önünde bulunduracak olursak eğer; devletler kamu hizmeti aracılığıyla kamu yararını sağlamayı amaçlamaktadırlar. Toplum içerisinde ihtiyaçların yerine getirilmesi hususunda birden farklı ihtiyaç ve beklentinin olmasından bahsedilebilir. Bu bağlamda da kamu hizmet türü ayrımını hukukumuzda idari, iktisadi, sosyal ve teknik kamu hizmetleri olarak ayrılmaktadır.²²

Devlete addedilen temel kamu hizmetleri içerisinde bulunan bayındırlık, güvenlik, asayiş ve milli savunma gibi hizmetler idari kamu hizmetleri içerisinde yer almaktadır. Bu hizmetlerin sunumu devlet tekeli şeklinde gerçekleşmektedir. Finansal yetersizlikten dolayı devlete addedilen bazı kamu hizmetleri²³ özel sektöre devredilebilmektedir. Devredilen hizmetlerde özel hukuk içerisinde değerlendirilse de icra edilen faaliyet kamu hizmeti olduğu için kamu hukukuna tabiidir. Ayrıca kamu kesimi kamu hizmetlerinin devri ile ekonomiye müdahale edebilmektedir. Örnek olarak kamu iktisadi teşebbüsleri aracılığıyla piyasa fiyatlarının düzenlenmesini söylenilebilir. Ayrıca kamu hizmetleri piyasada dengenin sağlanması için bir araç olarak kullanılabilir. Sosyal kamu hizmetleri; iş hayatındaki düzenlemeler, ayni ve nakdi yardımlar ve emeklilik gibi faaliyetleri içerisinde barındırmaktadır. Sosyal kamu hizmetleri için kar elde etme imkânının olmamasından dolayı özel sektöre devredilemeyen kamu hizmeti türüdür. Bu nedenle de kamu hukukuna tabidir. Bilimsel kamu hizmetleri genellikle doğrudan kamu kesimi tarafından değil; özerk kuruluşlar, özel kuruluşlar aracılığıyla yapılmaktadır. Bu bakımdan hem kamu hukukuna hem de özel hukukuna tabii olmaktadır.

²² A.g.e. s. 705.

²³ Temel kamu hizmetleri dışında kalan kamu hizmetleridir. Örnek olarak sağlık sektörü, ulaşım sektörü ve enerji sektörü söylenebilmektedir.

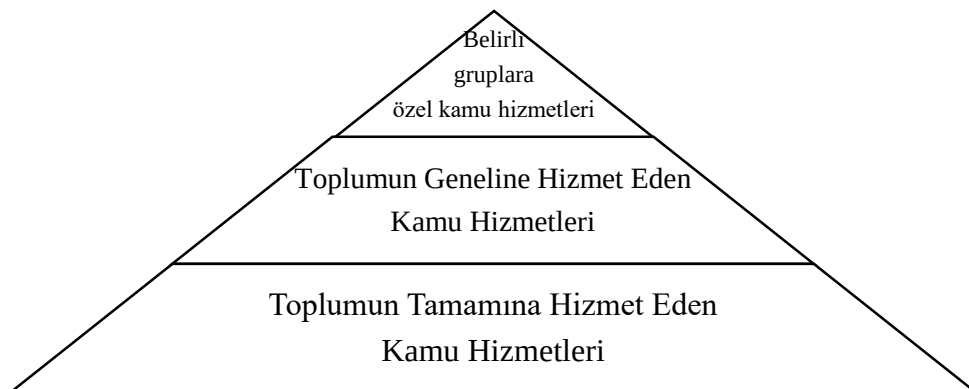
1.1.3. Sunulacak Kamu Hizmetlerini Belirleme

Devletlerin varoluşsal görevi olarak nitelendirebileceğimiz kamu hizmeti kavramı, hizmetlerin belirlenmesi yönünden de önem arz etmektedir. Kamu hizmetinin tarihçesinde bahsedildiği üzere ihtiyaçlar doğrultusunda devlet kavramı ortaya çıkmıştır. Vatandaşlar ve devlet varoluşsal olarak birbirlerine bağlıdır. Bu bağlamda devletler vatandaşlarının çıkarlarını gözetmek ve onlara hizmet sunmak zorundadırlar. Vatandaşların da daha iyi kamu hizmeti alabilmesi için devlete karşı sorumluluklarını yerine getirmesi gerekmektedir.²⁴

Maddenin doğası gereği vatandaşların kamu hizmet talebi sınırsız iken devletlerin bütçe kısıtı içerisinde var olan bu sınırsız talebi karşılaması pek mümkün değildir. Bu bağlamda devletler, iktisadın tanımında olduğu gibi sınırlı kaynaklarla en çok verimin alınacağı hizmetlere yönelmelidir.

Abraham Maslow'un 1943 yılında öne sürdüğü ihtiyaçlar piramidi göz önünde bulundurularak devletler içinde "hizmetlerin öncelik piramidi" oluşturulabilir. Bireyler için ön gördüğü 5 aşamalı piramit²⁵, kamu hizmetlerinin de öncelikleri hakkında ipuçları vermektedir. Vatandaşlar kamu hizmetlerinin belirlenmesindeki en önemli faktördür. Bireylerin birinci ve ikinci düzeyde bulunan fiziksel ve güvenlik ihtiyaçlarını gidermeleri için devletler vatandaşlarına uygun ortamı sağlamalıdır. Bu nedenle devletler için asayiş, adalet, güvenlik, savunma, su arıtma, temel gıdalara erişme ve temel sağlık hizmetleri birincil kamu hizmetleri içerisinde yer almaktadır. İkinci aşamada yine Maslow'un ihtiyaçlar piramidinden hareketle devletler vatandaşlarına ulaşım, altyapı, eğitim, iş olanakları ve özel sağlık hizmetleri gibi vatandaşlarının refah içerisinde yaşatacak hizmetlere yönelmesi gerekir. Üçüncü aşamada vatandaşların kendi özelinde olan yeteneklerini geliştirmeye dönük hizmetler yer almaktadır.

Tablo 1. 1. Kamu hizmetleri öncelikler piramidi



Kaynak: Tarafımızca oluşturulmuştur.

²⁴ Samuelson, 1954: 387.

²⁵ Ek 2.

Tablo 1.1.'de görüleceği üzere piramidin birinci aşamasında bulunan kamu hizmetleri toplumun tamamına fayda sağlamaktadır. Bu nedenle tabanda toplumsal fayda maksimumdur. Toplumun tamamına hitap eden bu kamu hizmetleri esasında devlet kavramının varoluşundan bu yana devlete addedilen görevlerdir. Temel insan ihtiyaçlarının ve toplu halde yaşamının gereği olan bu ihtiyaçlar, devletlerin öncelikli hizmet arzı sunacağı alanlardır.

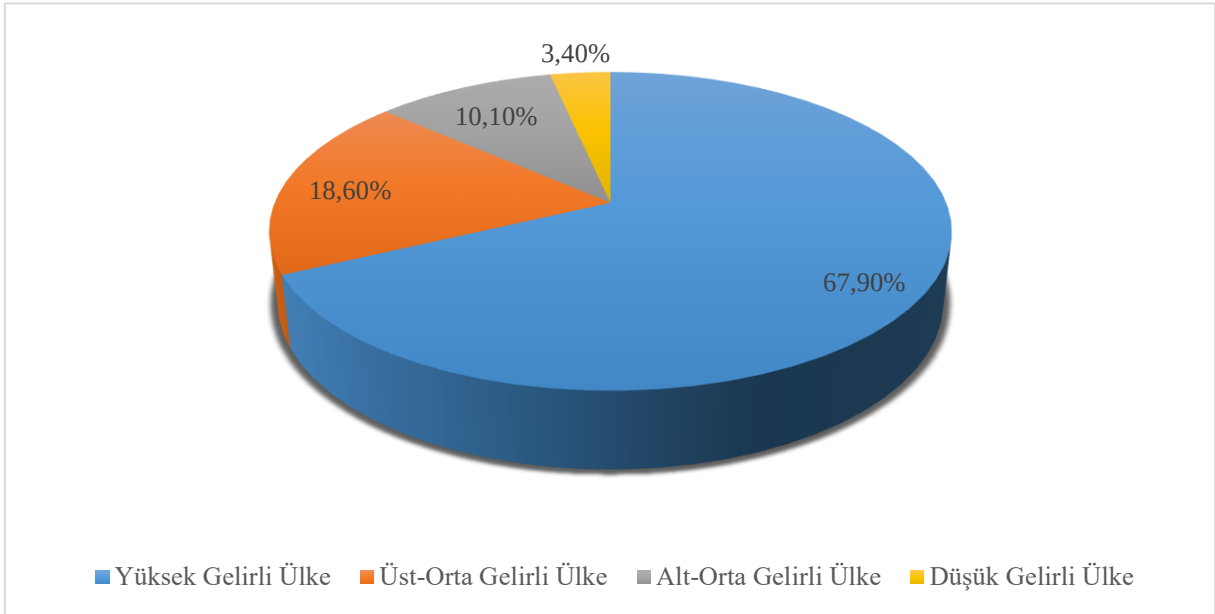
İkinci aşamada toplumsal refahı arttıran kamu hizmetleridir. Vatandaşlar burada toplumsal faydanın dışında bireysel fayda da elde etmektedir. Bu aşamada sunulan hizmetler toplumun tamamına değil de genelinin talep ettiği kamu hizmetleridir. Bu açıdan ikinci aşamada yapılan bir birim kamu hizmetinin sağladığı fayda²⁶, birinci aşamadan daha azdır. Üçüncü aşamada toplum içerisinde bulunan grupların talep ettikleri kamu hizmetidir²⁷. Kamu hizmetinin hitap ettiği grubun toplumsal faydası diğer iki gruba göre azdır. Üçüncü aşamada diğer iki gruba göre daha fazla özel fayda sağlamaktadır.

Genel itibariyle kamu hizmetlerinin belirlenmesinde ön plana toplumsal fayda çıkmaktadır. Vatandaşların bir araya gelerek oluşturdukları devlet ve ona karşı olan aidiyet duygusu; yaşam standartlarının artması, toplumsal refahın optimal seviyede tutulması ile daha da artacaktır. Bu ise kamu hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde sunulması ile gerçekleşecektir. Küreselleşme, artan teknoloji ve iş gücünün mobilizesinin giderek arttığı dünya ekonomisinde işçi göçleri hızlı bir şekilde artmıştır. Vatandaşlarına yeteri kadar kamu hizmeti sağlayamayan ülkelerin çalışan nüfusu bu göçlerden olumsuz etkilenmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 'nun verilerine göre dünya üzerinde 2013-2107 164 milyon göçmen işçi bulunmaktadır.²⁸

²⁶ Toplam fayda = gerçekleşen kamu hizmeti x faydalanan nüfus.

²⁷ Kamuya ait spor salonları, parklar, lüks mal üretimi vb.

²⁸ https://www.ilo.org/ankara/news/WCMS_652525/lang--tr/index.htm (erişim tarihi: 15.11.2019).



Grafik 1. 1. 2013-2018 dünya işçi göçmenlerin dağılımı

Kaynak: ILO verilerinden yararlanılarak tarafımızca düzenlenmiştir.

Göçmen işçilerin %87'si ise 25-65 yaş aralığında bulunmaktadır²⁹. Bu bilgi doğrultusunda Grafik 1.1.'yi inceleyecek olursak, mevcut refah seviyesinden memnun olmayan vatandaşlar daha fazla refah sağlayacakları ülkelere göç etmektedirler. Bu veriler kamu hizmeti hakkında konunun başında öne sürdüğümüz tezi doğrular niteliktedir. Kamu hizmetleri toplumsal refahı arttırmak için en önemli araçtır. Bu nedenle hizmetler bütçe kısıtı altında belirlenirken fayda maliyet analizi yapılmalıdır. Bu noktada kamu hizmetinin ne şekilde gördürüleceği de diğer önemli bir noktadır.

1.1.4. Kamu Hizmeti Gördürülme Usulleri

Kamu hizmetinin görülmesi ya da ifa edilmesi kamu tarafından gerçekleştirileceği gibi özel sektör tarafından da gerçekleştirilebilmektedir. Hatta hizmetin ifasının gerçekleştirilebilmesi için kamu ve özel sektör bir arada da çalışabilmektedir. Günümüze kadar ki süreçte genel anlamda kamu hizmeti için hizmeti ifa eden kısımda değişiklikler, hizmetin ifası için farklı farklı isimlerle tanımlanmasına neden olmuştur. Doğrudan kamu kesimi tarafından ifa edilmesi: emanet usulü diye tanımlanırken, özel sektör tarafına hizmetin ifasına ise: imtiyaz, yap-işlet-devret, ruhsat, iltizam ve müşterek emanet gibi tanımlar karşımıza çıkmaktadır.

Hizmetin doğrudan kamu kesimi tarafından ifa edildiği emanet usulünde gerçekleşen kamu hizmetlerine örnek verecek olursak eğer; ulusal güvenlik ve adalet hizmetini örnek verilebilir. Bu hizmetlerde hizmeti devralan ise bakanlıktır. Görüleceği üzere kamuya haiz bir

²⁹https://www.ilo.org/ankara/news/WCMS_652525/lang--tr/index.htm (erişim tarihi 15.11.2019).

yetki yine kamu tarafından kullanılarak hizmet sunulmaktadır. Hizmetin emanet usulünce ifa edilmesi şekline denmektedir.

İmtiyaz usulünde bir sözleşme akdi ile sınırları, yetkileri ve iki taraf arasında hizmetin ne şekilde gerçekleştirileceği kararlaştırılmış bir hizmet ifa edilme şeklidir. Sözleşme taraflarını inceleyecek olursak eğer imtiyaz veren tarafın devleti yönetme erkine sahip kamu kesimi olduğunu, imtiyaz hakkını elde eden tarafın (imtiyazcı) özel kişi olduğunu görmekteyiz. İmtiyazcı ile yapılan sözleşme doğrultusunda yönetme erkinin elinde bulundurduğu yetkilerden kazanç sağlamaktadır. Bahsi geçen yetkilere örnek vermek gerekirse; ücret alma ve kamu kesimi ile aralarındaki sözleşme doğrultusunda kamu olanak ve yetkilerinden yararlanmaktır. İmtiyazı veren kamu kesimi imtiyazcayı denetim ve sözleşme esasları doğrultusunda yaptırım uygulama ve kamu yararına yapılan sözleşme akdini fesih etme hakkına sahiptir. İmtiyaz usulü yapı itibarıyla bakıldığında hem kamu hukuku konusuna hem de özel hukukun konusuna girmektedir.

Ruhsat usulünde imtiyaz usulüne yapı itibarıyla benzese de bazı noktalarda farklılık göstermektedir. Özellikle kamu kesiminin piyasa içerisinde düzenleyici ve denetleyici rol üstlendiği doğal tekellerde tüzel kişilere bu yetkiyi devretmesi olarak tanımlanabilir. Türkiye’de enerji, radyo ve televizyon, bankacılık, tütün ve alkol gibi piyasalarda ruhsat usulü ile denetleme yetkisi tüzel kurumlara devredilmiştir. Kamu yararı açısından stratejik öneme sahip olan bu hizmetlerin tüzel kişilere devredilmesi, kamu kesimi açısından büyük risk barındırmaktadır.³⁰ Ayrıca ruhsat usulü de imtiyaz usulünde olduğu gibi hem kamu hukuku hem de özel hukukun konusu içerisinde değerlendirilmektedir.

Müşterek emanet usulünde ise özel kişi ve kamu kesimi arasında yapılan sözleşme akdi ile doğan bir hizmet ifa edilme biçimidir. Müşterek emanet usulünde kamu kesimi hizmetin ifası için gereken sermaye ve doğması muhtemel zararları göz önünde bulundurur ve hizmetin finansörü olur. Özel kişi hizmetin ifası için kendi emeği ile hizmetin ifasına katılır. Özel kişinin emeği karşılığında ise hizmetten elde edilen kâra ortak olur. Kamu kesimi burada denetleyici rol üstlenmenin yanı sıra, hizmetin maliyetine de katlanmaktadır. Özel kişi, hizmetin işletilmesi kısmında görev almaktadır. Müşterek emanet yöntemi de hem özel hem de kamu hukuku içerisinde değerlendirilmektedir.

İltizam usulünde kamu kesiminin gerçekleştirmesi gereken tahsil yetkisi anlaşma ile belirlenmiş bir götürü bedel karşılığında özel kişiler tarafınca gerçekleşmesini sağlamaktadır³¹. İltizam usulü içerisinde bahsi geçen kişilere mültezim adı verilmektedir.

³⁰ Erol, 2010: 348.

³¹ Aktan, 1991: 76.

Tarih içerisinde Osmanlı Devleti yaygın şekilde tercih edilen usul ile bilhassa taşrada vergi toplamayı etkin ve verimli hale getirmiştir.³²

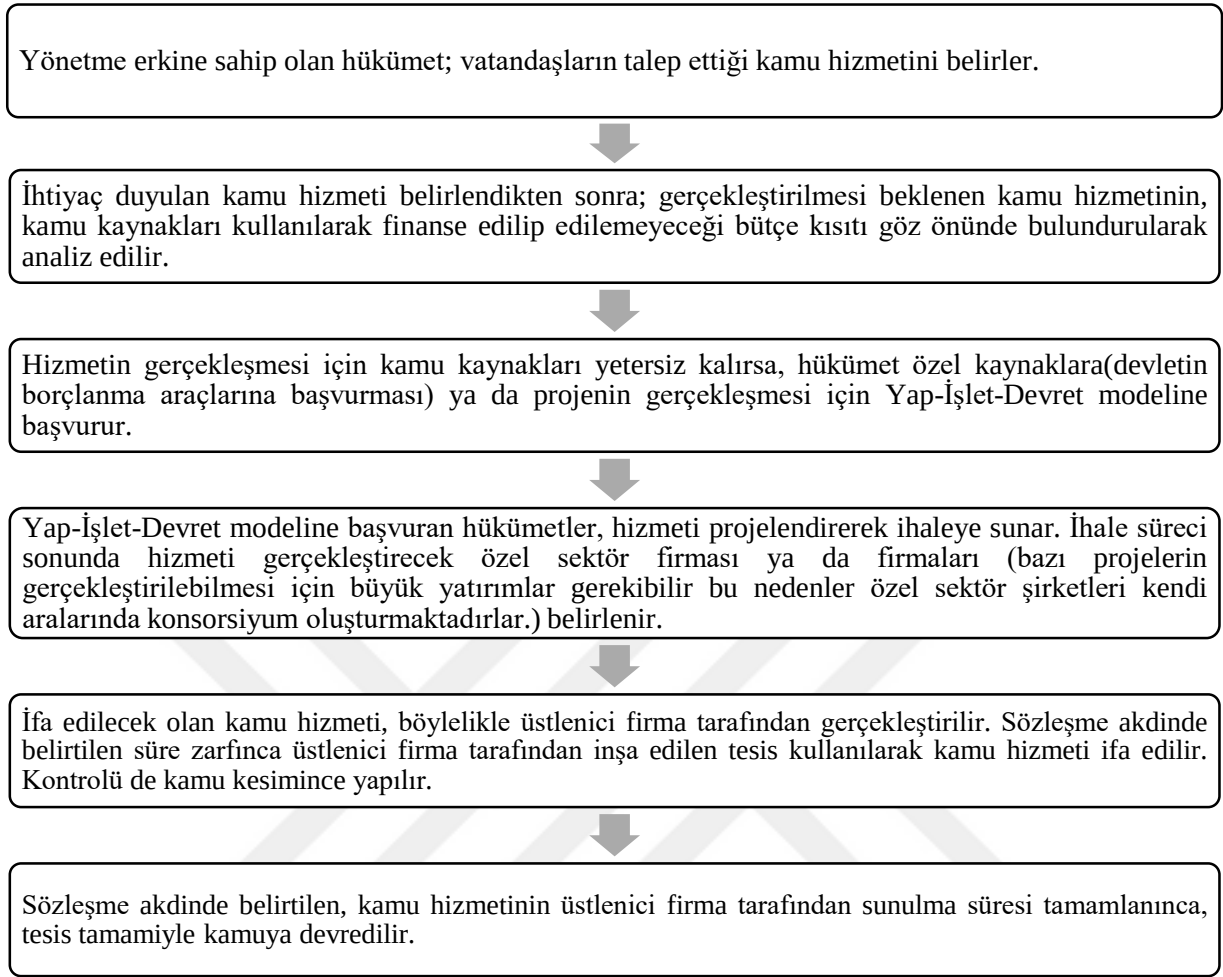
Yap-İşlet-Devret usulünde bir hizmet ya da bir altyapı yatırımının riski yatırımı gerçekleştirecek olan özel kişinin üzerinde bulunduğu, hizmetin sözleşme akdi doğrultusunda özel kişi tarafından kurulan işletme ile ifa edilip kamu kesimine hizmetin satılması olarak da tanımlanabilir. Kamu kesimi dönem bütçesinde, Yap-İşlet-Devret usulünde herhangi bir maliyete katlanmaksızın hizmet için gerekli tesisin kurulmasını sağlamaktadır. Özel kişilerce risk alarak kurulan tesis, kamu kesimini sözleşme süresince müşteri haline getirir. Böylelikle kamu kesimi tesisin işler hale gelmesiyle birlikte başlayan süreçte, sözleşmede belirtilen hizmet süresince hizmeti satın almak için harcama yapmaktadır.

Literatürde Yap-İşlet-Devret modelinin tanımına bakıldığında ise büyük projelerin gerçekleştirilmesi için bir araç olarak kullanıldığı ve tipik olarak kamu özel ortaklık ile özdeşleştiğini görmekteyiz. Yap-İşlet-Devret tanım itibariyle “ilk imtiyaz” anlamına gelmektedir. Belirlenen zaman aralığından³³ sonra proje kontrolü tamamen kamu kesimine verilir.³⁴

³² A.g.e. s.77.

³³ Genellikle 2-3 yıl gibi bir süreye tekabül etmektedir.

³⁴ <https://www.investopedia.com/terms/b/botcontract.asp> (erişim tarihi: 20.11.2019).

Tablo 1. 2. Yap-İşlet-Devret Şeması

Kaynak: Tarafımızca düzenlenmiştir.

Tablo 1.2.'den de görüleceği üzere Yap-İşlet-Devret modeli ile hükümetler, vatandaşlar tarafından talep edilen kamu hizmetini içinde bulunulan yılın bütçesinden harcama yapmaksızın gerçekleştirmektedir. Sadece hizmetin gerçekleşmesi aşamasında sözleşmede belirtilen şekilde ödeme yapılmaktadır. Dikkat edilmesi gereken husus burada tercih edilen yöntemin uzun³⁵ süreli sözleşmeleri beraberinde getirmesidir. Kamu yönetimi için büyük önem arz eden bu durum aynı zamanda da kamu maliyesi için önem arz etmektedir. Uzun dönemde kamunun mali disiplini ve ödemeler dengesini sağlaması açısından sorun arz edebilir.

Yap-İşlet-Devret usulü Türkiye açısından yeni sayılabilecek bir kavramdır. Benzer uygulamalara³⁶ Osmanlı devletinde rastlansa da tam anlamıyla Türkiye'de 1980 yıllardan sonra görülmektedir. 1980 sonrası neoliberal politikaların Türkiye'de ön plana çıkması

³⁵ Yap-İşlet Devret modellerini küresel anlamda incelendiğinde yapılan sözleşme sürelerinin 20-30 yıl aralığında olduğu görülmektedir.

³⁶ Vagon Li adlı Fransız şirkete demiryolu hattı yapılması karşılığında tanınan imtiyazlar ve işletmesi karşılığında yapılan ödemeler örnek gösterilebilir.

modelin uygulanmasında önemli bir rol oynamıştır. Neoliberal politikalar eşliğinde 1984 ile 1994 yılları arasında yasal altyapı oluşturmaya dönük çalışmalar yapılmıştır. Yap-İşlet-Devret modeli için yapılan sözleşmelerin aslında bir imtiyaz sözleşmesi olmadığını, yapı itibariyle özel hukukun konusu içerisinde yer alan sözleşmeler olduğu öne sürülmüş ve bir belirsizlik peyda olmuştur. Bu konuda 1999 yılında gerçekleşen Anayasa değişikliği neticesinde tarafların arasındaki bu belirsizlik ortadan kalkması için tahkim yolu açılmıştır³⁷. Böylelikle de Türkiye’de kamu tüzel kişilikler bir hizmet sunumunu özel kişilere gördürtebilir ve aralarında çıkması muhtemel uyuşmazlıklar için tahkim yoluna başvurabileceklerdir.

Yap-İşlet-Devret usulüne dönük ilk düzenlemeler;

- 3096 sayılı kanun olan “Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi İletimi ve Ticareti Görevlendirilmesi³⁸”
- 3465 sayılı kanun olan “Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Otoyol Yapımı Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi³⁹”
- 3996 sayılı kanun olan “Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap İşlet Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması⁴⁰”

1984-1994 arasında yukarıda bahsettiğimiz kanunlarda yapılan değişiklikler ile modelin yasal altyapısı oluşmuştur. Model Türkiye’de tanımlanırken özel sektörün sahip olduğu yüksek teknolojiye yararlanmak ve ayrıca hizmetin finansmanı için gereken meblağı özel sektörden elde edip; hizmet süresince özel sektörden hizmeti satın alarak geri ödemeyi planlamak olarak tanımlanabilir.

1.1.5. Kamu Hizmeti Sunumunda Yaşanan Değişimler

1929 krizinden sonraki yıllarda dünya ekonomi politikaları içerisinde Keynesyen politikalarının hâkim olduğu görülmektedir. 29 krizi ile başlan Keynesyen politikaların hakimiyeti 1974 petrol (stagflasyon⁴¹) krizine kadar devam etmiştir. 74 krizi ile birlikte küresel genel eğim Keynesyen politikalarından vazgeçilme yönünde olmuş ve neoliberal politikalara geçiş başlamıştır.

Keynesyen politikalar özde piyasanın tek başına başarısız olduğu ve devletin piyasa içerisinde sürekli yer alması gerektiği savı doğrultusunda şekil almaktadır. Kamu

³⁷ Erdem, 2016: 7.

³⁸ <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.8711488.pdf> (erişim tarihi: 22.11.2019).

³⁹ <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3465.pdf> (erişim tarihi: 22.11.2019).

⁴⁰ <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3996.pdf> (erişim tarihi: 22.11.2019).

⁴¹ Fransızca “stagnant” ve “inflation” kelimelerinden türetilmiştir. Genel itibari ile durgunluk içerisindeki enflasyon manasında kullanılmaktadır. Tanım itibariyle ise: Stagflasyon: Piyasa içerisinde durgunluk yaşanırken hem de istihdamın azalması ve böylelikle piyasa içerisindeki talebi karşılayacak kadar arzın yaratılamaması durumudur.

hizmetlerinin devletin piyasa içerisinde piyasayı düzenleyen piyasanın akıbetine⁴² göre müdahalede bulunduğu araçlardan biri olduğunu kabul etmiştir. Kamu hizmetleri bu bakış açısı ile konu ve işlev bakımından genişlemiştir. Aynı dönem içerisinde “Sosyal Devlet” kavramı da ortaya çıkmıştır. Kamu hizmetlerinin işlevinin değişmesi ve sayıca artması aynı doğrultuda kamu harcamalarını arttırmaya ve neoliberal iktisat tarafınca tartışılmaya başlamıştır.

Özellikle İngiltere’de ve Fransa’da tartışılan kamu kesiminin piyasa içerisindeki rolü, devletin piyasa içindeki rolü hakkında eleştiriler doğrultusunda iktisadi bir değişimin başlangıcı olmuştur. Bu değişimin ilk örneği 1960 yılında Alman hükümeti tarafından Almanya’da gerçekleşmiştir. Dönemin hükümeti Alman otomobil firması olan Volkswagen’deki kamu kesimine ait hisseleri satışa çıkarılarak literatüre yeni kavram kazandırılmıştır⁴³: denasyonalizasyon⁴⁴. Giderek dünya ekonomisinde gözden düşen Keynesyen politikalar yerini neoliberal politikalarla bırakmaya başlamıştır.

Kamu kesiminin piyasa içerisindeki rolünün tartışıldığı bu dönem içerisinde 74 krizinin gerçekleşmesi geçişi daha da hızlandırmıştır. Giderek yayılan krizin nedeni hakkında yorum yapan neoliberal iktisatçıların eleştirileri şu şekildedir:

- Kamu kesiminin piyasaya maliye politikaları ile müdahalede bulunması piyasanın dengesini bozması,
- Kamu hizmetlerinin sunumunun yavaş ya da yetersiz kalması,
- Bürokratların etkinsiz harcamalara neden olması,
- Politikacıların oy kaygısı içerisinde harcama yapmaları,
- Kamu kesiminin özel sektör kadar piyasa bilgisine ve tecrübesine sahip olmaması,
- Kamu kesiminin yüksek teknolojiye sahip olmaması

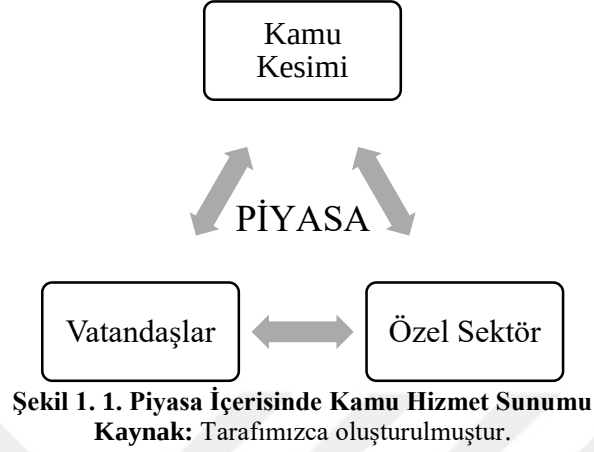
Yukarıda bahsedilen nedenlerden neoliberal iktisatçılara göre; kamu kesiminin gerek duyulmadıkça bir harcama eğiliminde olmaması gerekmektedir. Kamu kesiminin temel kamu hizmetleri dışındaki hizmetleri sunması durumunda; harcamaların verimsiz olacağını savunmaktadır. Ayrıca kamu kesimi için; hem verimsiz harcamaya sebebiyet vermesi hem de piyasa dengesini bozmasından dolayı devletin küçülmesi gerektiğini öne sürmektedirler. Bu görüşe göre devlet hizmet sunumunda sunan taraf değil kontrol eden taraf olmalıdır.

⁴² Deflasyonist dönemlerde genişletici maliye politikaları ve enflasyonist dönemlerde ise daraltıcı maliye politikaları ile müdahale etmesi.

⁴³ <https://www.lynx.be/kennis/aandelen/20190726-aandeel-volkswagen-vreemde-eend/> (erişim tarihi: 21.11.2019).

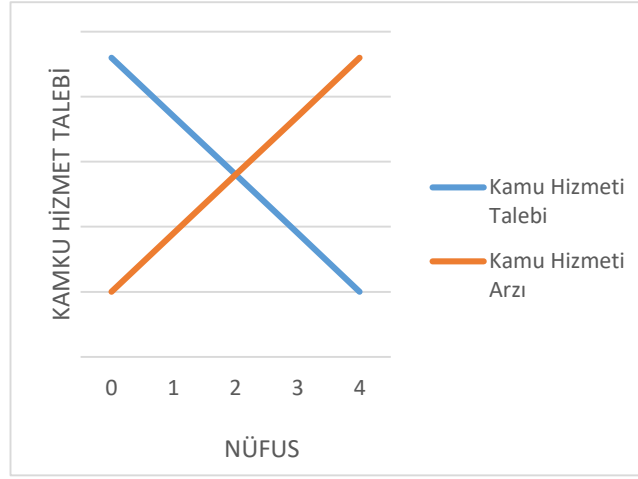
⁴⁴ Denasyonalizasyon genel itibarıyla kamuya ait olan çeşitli işletmelerdeki hisselerin toplu halde satışı, kamunun üretim içerisindeki mülkiyetine son verme, üretim tesisinin çalışanlarına ya da halka devredilmesi anlamına gelmektedir. Kelime anlamı ise gayrimillileştirme’dir.

Dönem içerisinde dünya ekonomisinde aktif rol oynayan Dünya Bankası (DB) ve IMF özellikle gelişmekte olan ülkelerin (GOÜ) ekonomilerinde yapısal uyum ile neoliberal politikaların yayılmasına ivme kazandırmıştır.



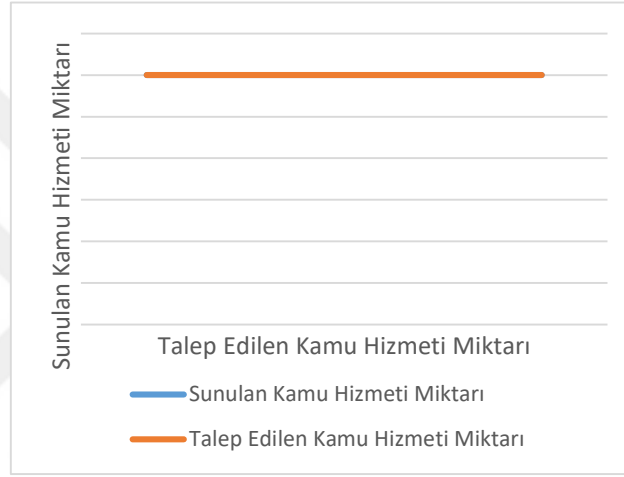
Şekil 1.1. piyasa içerisinde yer alan kamu hizmeti aktörlerini göstermektedir. Şekil 1.1.'den görüleceği üzere piyasa içerisinde üç aktör bulunmaktadır. Hizmeti arz edenler kamu kesimi ve özel sektör iken, hizmeti talep eden vatandaşlardır. 1929-1960 yılları arasında kamu kesiminin payı oldukça büyük iken, 1960'lı yıllardan itibaren kamu kesiminin payı azalma eğilimine geçmiştir. Özel sektörün varlığı giderek artma eğiliminde olmaya başlamıştır. Bir önceki dönemde daha fazla kamu hizmeti talep eden vatandaşların talep miktarında bir değişim olmamıştır. Gerçekleşen bu durum neticesinde kamu hizmetinin piyasa içerisinde gerçekleşme durumu için üçlü temele oturtulmuştur.

Keynesyen politikaların kamu harcamalarının artışında etkili olması özellikle ekonomisi güçlü olmayan GOÜ'yü kriz döneminde daha fazla etkilemiştir. GOÜ'lerde oluşan kronik bütçe açıklarının kapanması için kamunun piyasa içerisindeki rolünün azaltılması ve işlevsiz görülen kamu hizmetlerinden kamunun tamamen çekilmesi hedeflenmiştir. Bu bağlamda IMF ve DB'nin gerçekleştirmek istediği uyum planını şu şekilde gösterilebilir:



Grafik 1. 2. Kamu Hizmeti Arz-Talep Eğrisi

Kaynak: Tarafımızca oluşturulmuştur.



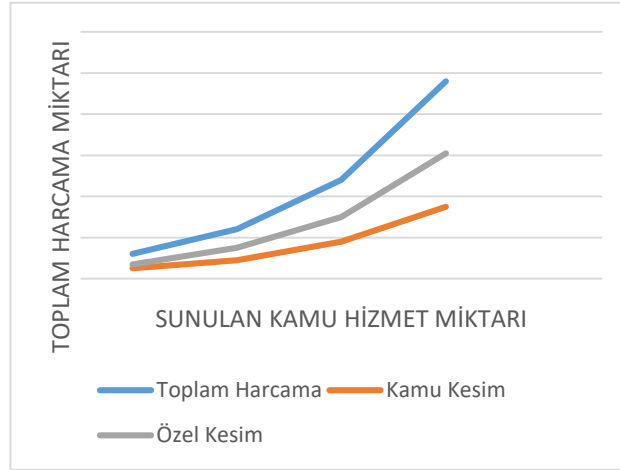
Grafik 1. 3. Denge Durumu Kamu Hizmeti Dağılımı

Kaynak: Tarafımızca oluşturulmuştur.



Grafik 1. 4. IMF Öncesi Kamu Hizmeti Harcama Grafiği

Kaynak: Tarafımızca oluşturulmuştur.



Grafik 1. 5. IMF Sonrası Hedeflenen Kamu Hizmeti Harcama Grafiği
Kaynak: Tarafımızca oluşturulmuştur.

Grafik 1.2.'de kamu hizmeti arz ve talep eğrisi verilmiştir. Şekildeki kamu hizmetinin artışı nüfus ile doğru orantılı şekilde alınmıştır⁴⁵. Grafik devleti oluşturan vatandaşların, kamu kesiminin temel belirleyicisi olduğunu ve kamu hizmetlerinin bu çerçevede oluştuğu savı ile oluşturulmuştur. Bu bağlamda grafiği inceleyecek olursak eğer; 1 numaralı noktada kamu hizmet arzının yetersiz olduğu bir durum gerçekleşmektedir. 3 – 4 numaralı noktalarda kamu hizmet arzı, kamu hizmetine olan talebinden fazla hizmet üretmektedir. 2 numaralı noktada kamu kesiminin arz ettiği kamu hizmeti, vatandaşların talep ettiği kamu hizmetine eşittir. Kamu hizmeti arz ve talebi için en uygun üretim noktası 2'dir. Grafik 1.3.'da 2 numaralı denge durumunda sunulan kamu hizmeti miktarının, kamu hizmetine eşit olduğunu göstermektedir. Burada görüleceği üzere grafik üzerinde tek bir eğri bulunmaktadır.

Grafik 1.4.'de denge durumundaki keynesyen dönemde sunulan kamu hizmetlerinin sunumunda hizmetlerin harcama miktarı verilmiştir. Görüleceği üzere sunulan kamu hizmetlerinin finansmanı büyük oranda kamu kesimidir. Bu durum neticesinde IMF ve DB yapısal uyum reformları ile kamu kesiminin harcama payını kılmayı hedeflemiştir. IMF sonrası dönemi gösteren Grafik 1.5.'i incelendiğinde; toplam kamu hizmet harcama ve miktarı değişmeden kamu kesiminin ve özel kesimin harcama miktarlarında değişiklik olmuştur.

Neoliberal iktisadi tezi doğrultusunda özel kesimin aynı miktarda kamu hizmeti üretimi için özel kesimin daha da az harcama yapacağı öngörülmektedir. Piyasanın üçüncü kısmı olan vatandaşlar yani kamu hizmetini talep edenler için mevcut hizmet miktarında

⁴⁵ Nüfus miktarı 0 noktasından 1 noktasına geçtiğinde artış miktarı 1 iken diğer noktalarda 0,9 olarak ifade edilmiştir. Nedeni güvenlik temel kamu hizmetinin sabit harcama miktarı olarak kabul edilmesidir. Ülke sınırlarının değişmediği kabul edilmiştir ve dış politik etkenler sabit alınmıştır. Kabul edilen bu şartlar altında güvenlik hizmeti harcaması nüfustan bağımsız ve sabit miktarda gerçekleşmektedir.

değişiklik olmayacağı için bu değişimden etkilenmeyeceklerdir. Ayrıca geline son durumda kamu harcamaları diğer değişkenler sabit iken büyük oranda azalacaktır.

Başta IMF ve DB'nin bu doğrultuda hareket etmesi, İngiltere'de Thatcher hükümetinin ve ABD'de Reagan hükümetinin uygulamaları neoliberal iktisadi görüş politikalarının küresel ekonomide uygulanır hale gelmesini sağlamıştır. Keynesyen görüşün terk edilmesiyle de yeni kamu yönetimi şekillenmeye başlamıştır.

Küresel ekonomide gerçekleşen bu değişimler Türkiye'yi de etkilemiştir. Türkiye'de 24 Ocak 1980 kararları vuku eden liberal politikaların uygulanması ve dışa açılma hedefinin sonucu özelleştirmelerdir. Özelleştirmeler önce hukuki altyapısı ve ilk özelleştirmeler ile ilk kısım oluşturulmuştur. İkinci kısım 2000'li yıllarda başlayan kamu özel ortaklık modelleri olmuştur. Kamu özel ortaklık modelini hakkında açıklama yapmadan önce sürecin ilk kısmını yani özelleştirmeleri anlatmak ve aralarındaki yapısal farklılıkları anlatmak daha doğru olacaktır.

1.2. Özelleştirme Kavramı

Özelleştirme kavramı Türk Dil Kurumundaki (TDK) tanımı: Devlete ait olan bir taşınır ya da taşınmazın teklif alma usulü ile ya da ihale usulü ile işletme, kullanma ve mülkiyet haklarının devri olarak tanımlanmaktadır⁴⁶. TDK'nin yapmış olduğu tanımları inceleyecek olursak eğer; kamuya ait olan taşınır ya da taşınmaz malların mülkiyet hakkı ile birlikte yine kamuya haiz olan işletme ve kullanma haklarını özel kişilere devretmesi olarak tanımlamıştır. Böylelikle özelleştirmeye konu olan kamu ya ait olan taşınır ya da taşınmaz mallar, hukuki açıdan özelleştirme öncesi sadece kamu hukukuna tabi iken, özelleştirme sonrası hem özel hem de kamu hukukuna tabi olmaktadır. Devlet özelleştirmeye konu olan malın ifa edilmesi durumunda denetleyici bir rol üstlenmektedir.

Özelleştirme hakkında her ülke için farklı tanımlamalar bulunmaktadır. Tanımların farklılık göstermesinin temel nedeni; ülkelerin ekonomi içerisindeki uygulamalarını, ekonomik yapılarını ve hatta bakış açılarını; yönetim şekilleri, kültürleri, bulundukları coğrafyanın etkilemesinden kaynaklıdır. Bu bağlamda inceleyecek olursak eğer: İngiliz literatüründe genel bağlamda devlete ait şirketin⁴⁷ veya varlığın sahipliğini, devlet kontrolündeki bir kurum/kuruluştan özel bir kuruluşa devretmesi şeklinde tanımlanmaktadır⁴⁸.

⁴⁶ <https://sozluk.gov.tr/?kelime=ozelleştirme> (erişim tarihi: 24.11.2019).

⁴⁷ Santraller, havaalanı, su arıtım tesisi vb.

⁴⁸ [https://uk.practicallaw.thomsonreuters.com/0-502-6943?transitionType=Default&contextData=\(sc.Default\)&firstPage=true&bhcp=1](https://uk.practicallaw.thomsonreuters.com/0-502-6943?transitionType=Default&contextData=(sc.Default)&firstPage=true&bhcp=1) (erişim tarihi: 22.11.2019).

Alman literatürüne bakıldığında: Kamu sektörüne ait olan görevlerin/hizmetlerin/malların özel sektöre aktarılmasıdır.⁴⁹ Özelleştirme yöntemleri de ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Özelleştirme Almanya’da 5 farklı şekilde gerçekleşmektedir. Bunlar:

- Kurum ya da şirket özelleştirme
- Mülkiyet Özelleştirmesi
- Kamu hizmetini özel sektör ile finanse etme
- Maddi Özelleştirme
- Fonksiyonel özelleştirme

Kurum ya da şirket özelleştirme kamuya ait bir kurumun ya da şirketin ihale yoluyla özel sektöre devredilmesidir. Bu özelleştirme de kamu kesimi kamu hizmetinin üretiminden çekilir. Özel sektör kamu hizmetini üretir ve kamu kesimi belirlediği kurumlar⁵⁰ vasıtasıyla sadece denetim yapar. Mülkiyet özelleştirmesi kamuya ait olan bir kurumun sözleşme akdinde belirtilen şartlar doğrultusunda özel sektöre devredilmesidir. Gerçekleştirilmesi planlanan kamu hizmetinin altyapısını ya da inşasını özel sektör kaynaklarını kullanarak finanse eder. İhale yoluyla gerçekleşir, sözleşme akdinde belirtilen süre zarfında özel sektöre işletme hakkı tanınır. Maddi özelleştirme, kamunun hizmeti üretmekten vazgeçtiği bir durumdur. Burada devletin görevlerinde bir azalma vardır. Ayrıca devlet bu yöntemde herhangi bir garanti vermemektedir. Fonksiyonel özelleştirmede ise; kamuya ait bir hizmetin⁵¹ gerçekleşmesi, özel sektöre ya da kişilere devlet garantisi verilerek gerçekleşen özelleştirme yöntemidir⁵².

1970’li yıllardan itibaren özelleştirme kavramının dünya ekonomisine hâkim olmaya başladığından bahsetmiştik. Yine konunun başında özelleştirmelerin de ülkeler özelinde farklılıklar gösterdiğini ve nedenlerini açıklamıştık. Bunun en bariz örneklerinden birisi Rusya’dır. Günümüz Rusya’sında 70’li yıllarda Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği⁵³ (SSCB) vardı. SSCB döneminde 1983 yılındaki yaşanan ekonomik baskılar sonucunda, dönemin hükümeti “dönüşüm” adıyla ilk defa özelleştirme kavramına rastlanılmaktadır⁵⁴. Dünya ekonomisindeki var olan değişimlerden tamamen yalıtılmış ve tüm hizmetlerin kamu

⁴⁹ <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/privatisierung-42900> (erişim tarihi: 22.11.2019).

⁵⁰ Almanya’da kamuya ait denetim kuruluşları: GmbH, AG, Eigengesellschaft, öffentliche Unternehmen

⁵¹ Almanya’da özellikle sağlık ve eğitim sektöründe tercih edilen bir özelleştirme şeklidir.

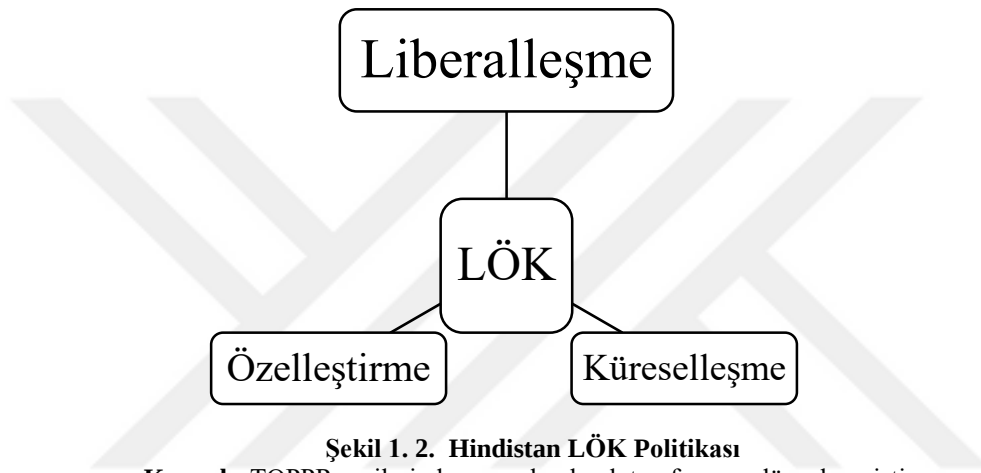
⁵² <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/contracting-out-30848> (erişim tarihi: 22.11.2019).

⁵³ Vladimir İlyich Lenin tarafından 1917 yılında kurulmuş ve 1991 yılında dağılmıştır.

⁵⁴ Абакин, 2007: 21.

kesimi tarafından sunulduğu görülmektedir. SSCB sonrasındaki dönemlerde ise özelleştirme örneklerine⁵⁵ rastlanılmaktadır.⁵⁶ Bu nedenle de Rusya’da dar kapsamlı bir özelleştirme tanımına rastlanmaktadır. Rus literatüründe hala tartışılmakta olan özelleştirme kavramının düzenleyici ve kapsamının genişletilmesi için çalışmalar hala yapılmaktadır⁵⁷.

Hindistan’da ise 1991 yılında özelleştirme adına önemli bir adım atılmıştır. Özelleştirmenin daha fazla verimlilik ve tarafsızlık getireceği gerekçesiyle LÖK ((LPG) Liberalization, Privatization and Globalization) politikasına geçilmiştir. Hindistan’da liberalleşmek adına bir araç olarak ortaya çıkan özelleştirme kavramını Grafik 1.1.’u incelendiğinde görmekteyiz.



Şekil 1. 2. Hindistan LÖK Politikası
Kaynak: TOPPR verilerinden yararlanılarak tarafımızca düzenlenmiştir.

LPG politikası Hindistan’da özelleştirme şekilleri üzerinde de etkili olmuştur. Bu bakımdan incelendiğinde Hindistan’da üç farklı özelleştirme şekli bulunmaktadır⁵⁸. Bunlar:

- Dengeleme ve Stratejik Satış: Tamamı devlete ait olan bir mülkiyetin, kamu kesiminden özel sektöre transferidir.
- Kısmi Özelleştirme veya Kısmi Satış: Kamuya ait bir şirketin %50’den fazla %100’den az olacak şekilde hisselerinin özel sektöre satışlarıdır. Böylelikle hizmetin işleyişi özel sektöre devredilir ve özerklik kazandırılmış olunur.
- Açık Özelleştirme: Hükümetin mali yıl içerisindeki bütçe açığını gidermek amacıyla bütçe açığının %5 ila %10 arasında özelleştirmeye gitmesi amacıyla yapılan özelleştirmelerdir.

⁵⁵ Özellikle 2000’li yılların sonlarına doğru yerel yönetimlerde dış kaynak kullanımı veya altyapı hizmetlerinde örneklere rastlanmaktadır.

⁵⁶ <https://lenta.ru/rubrics/economics> (erişim tarihi: 22.11.2019).

⁵⁷ <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-privatizatsii-yuridicheskiy-i-ekonomicheskoy-aspekty> (erişim tarihi: 22.11.2019).

⁵⁸ <https://www.toppr.com/guides/economics/liberalization-privatisation-and-globalisation/introduction-to-lpg> (erişim tarihi: 22.11.2019).

Genel itibariyle Hindistan özelinde konuyu incelendiğinde özelleştirme konusu hem bütçe hem piyasa, hem de küreselleşmenin bir gereği olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye ise özelleştirme kavramı ile gerçek anlamda 1980⁵⁹,li yıllarda tanışılmaktadır. Küresel ekonominin etkisi olduğu kadar ülke içerisindeki aktörler⁶⁰ de etkili olmuştur⁶¹. Türkiye’de tanım itibariyle bir kamu hizmetinin ifa edilmesi amacıyla ya da hizmetin ifa edilebilir hale getirilmesi amacıyla bir özelleştirme gerçekleştirilmektedir. Türkiye açısından daha detaylı açıklamaları bir sonraki bölümlerde incelemeye devam edilecek olup, genel kavram üzerinde konumuza devam edelim.

Özelleştirme kavramını anlatılanlar doğrultusunda genel olarak tanımlamak gerekirse: kamuya addedilen bir hizmetin çeşitli nedenlerle özel sektöre devredilmesidir. Tanımımızda çeşitli kelimesinin geçmesi ise her ülkenin özelleştirme için farklı nedenlerinin olmasından kaynaklıdır. Yine de bir genelleme yapacak olursak eğer şöyle sıralanabilir:

- Piyasa içerisinde özel sektörü güçlendirmek,
- IMF ve DB’nin yapısal uyum programları,
- Kamu hizmetlerinin yetersiz kalması,
- Kamu hizmetlerinin sunulmasında kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılamaması,
- Bütçe açıkları için bir araç olarak kullanmak,
- Kamu hizmetini neoliberal iktisatçılar tarafından öne sürülen devletin başarısızlıklarından arındırmak,
- Kamu kesiminin vazgeçtiği kamu hizmetlerinin gerçekleşmesi için
- Teknolojik alanda gelişmelerin ivme kazanması,
- Yatırımların ve ticaretin uluslararası bir boyut kazanması.

Özelleştirme kavramı genel manada yukarıda bahsedilen nedenlerle gerçekleşeceği gibi her ülkenin özelinde farklılıklar da gösterebilir. Çalışmanın bir sonraki bölümünde ise özelleştirme kavramı Türkiye özelinde incelenecektir.

⁵⁹ 24 Ocak 1980 kararları ile.

⁶⁰ Politik, askeri, geçmiş dönem ekonomi politikaları vs.

⁶¹ 12 Eylül 1980 darbesi ve sonrasında gelen 1982 anayasası 47. madde örnek gösterilebilir. Ayrıca 1983’te iktidara gelen Anavatan partisi (ANAP) ’nin liberal ekonomi görüşü de etkili olmuştur.

1.2.1. Türkiye’de Özelleştirme ve Yöntemleri

Türkiye’de 82 anayasasının 47. maddesindeki⁶² değişiklikten sonra özelleştirmeye yönelik ilk çalışmalar 1983 yılında başlamıştır. V. Beş Yıllık Kalkınma Planı içerisinde 2983⁶³ sayılı kanunda özelleştirme kavramı ayrıntılı şekilde işlenmiştir. Kanun kamu iktisadi teşebbüslerin (KİT) ve bu KİT’lere ait hisselerin satılması ya da KİT’lerin belirli bir süre zarfında işletme hakkının özel sektöre devredilmesinin yasal zeminini sağlamaktadır. 1994 yılında çıkarılan 4046⁶⁴ sayılı kanunla özelleştirme uygulamalarının ve yöntemlerine yönelik düzenlenmeler yapılmıştır. Sonraki süreçte hukuki açıdan 2983, 3096⁶⁵, 1117⁶⁶, 3996⁶⁷ ve 4501⁶⁸ sayılı kanunlar ile de özelleştirme kavramı düzenlenmiştir.

Özelleştirme kavramını Türk literatüründe incelendiğinde iki farklı tanımlama yapılabilmektedir. Bu tanımlar ise dar anlamıyla özelleştirme ve geniş anlamıyla özelleştirme tanımıdır. Dar anlamda özelleştirme; kamuya ait bir işletmenin ya da mülkiyetin özel sektöre transferidir. Dar anlamda özelleştirme tanımı beraberinde birtakım tartışmalara da sebebiyet vermektedir. Özellikle bir kesim, özel sektöre devredilen hisselerin en az %51 olması durumunda özelleştirme olacağını savunmaktadır. %51 hissenin kamu kesimine ait olması mülkiyetin ya da yönetimin kamu kesiminde kalacağını ve bu nedenle de bir özelleştirmenin gerçekleşmediğini kabul etmektedir. Diğer kesim ise tanım itibarıyla gerçekleşen transferin miktarının önemli olmadığını ve özel sektöre devredilen her hissenin özelleştirmenin kapsamı içerisinde olacağını savunmaktadır.

Geniş anlamda özelleştirme tanımı: kamu kesimine ait mülkiyet hakkının devri, kamu kesimine ait kurum ve kuruluşların özel kesime kiralanması, piyasa içerisinde hizmet sunulan alandaki devletin tekelinin kaldırılması, kamu hizmetinin özel kesim tarafından finanse edilmesi, kamu hizmeti üreten birimin⁶⁹ yönetiminin özel kesime devri ve son olarak deregülasyon⁷⁰ sonucu özelleştirme gerçekleşmektedir⁷¹.

⁶² Ek 2.

⁶³ Ek 3.

⁶⁴ Ek 4.

⁶⁵ Ek 5.

⁶⁶ Ek 6.

⁶⁷ Ek 7.

⁶⁸ Ek 8.

⁶⁹ Kamu kurumu, kamu iktisadi teşebbüs gibi.

⁷⁰ Liberal görüş doğrultusunda devletin görev ve yetki alanlarını daraltmayı, devletin piyasa içerisindeki varlığını azaltmayı ya da tamamen kaldırmayı hedefleyen politikalardır. Kelime anlamı olarak kurumsal serbestleştirmedir.

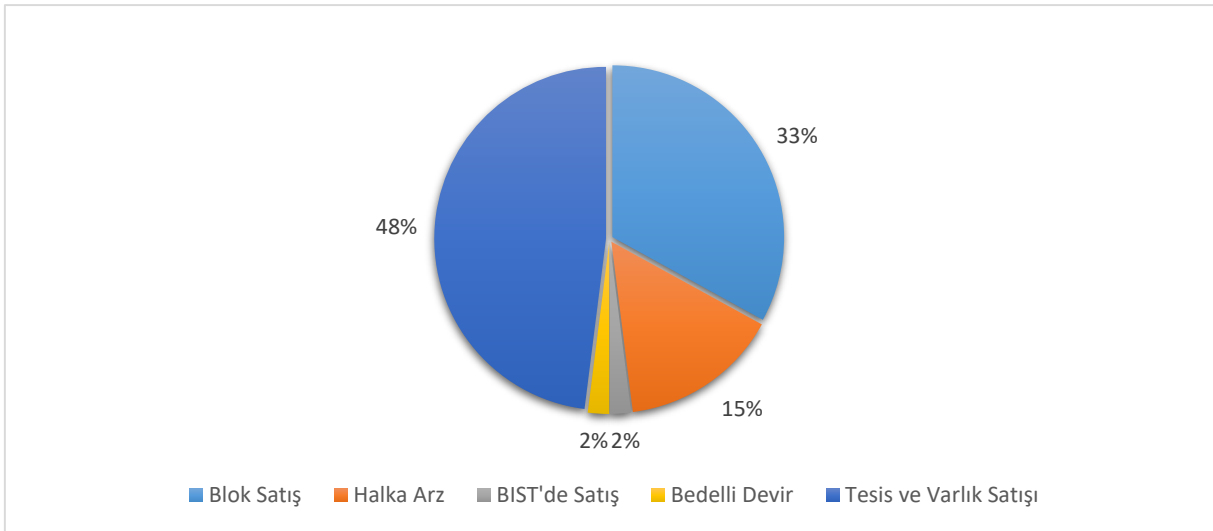
⁷¹ Soyak, 2010: 188-189.

Özelleştirme İdaresi Başkanlığı özelleştirme tanımına göre devletin yürüttüğü iktisadi bir faaliyetin, ürettiği bir hizmetin ile hizmetin üretildiği işletme ve varlıkların özel sektöre devridir.⁷² Özelleştirme Türkiye’de 4 farklı açıdan değerlendirilmektedir.⁷³;

- Ekonominin Gelişimi ve Etkinliği Açısından
- Gelir dağılımı Açısından
- Mali Açıdan
- Politik Açıdan

Ekonominin gelişimi ve etkinliği açısından yapılan özelleştirmelerdeki amaç ekonomi içerisindeki tasarrufların piyasa içerisinde kullanımını sağlamayı ve özel girişimciliği teşvik etmeyi, iş imkânı yaratmayı, pazar ekonomisini güçlendirerek dünya ekonomisi ile uyumunu sağlamayı, devletin tekellerinin olduğu alanlarda rekabet yaratmayı amaçlamaktadır⁷⁴. Gelir dağılımı açısından sermayenin tabana yayılmasını amaçlamaktadır. Mali açıdan kamu kesiminin borç yükünü azaltmayı, vergi gelirlerini arttırmayı ve büyük yatırımlar için özel kesimin kaynaklarından yararlanmayı amaçlamaktadır. Politik açıdan ise kamu hizmetlerini siyasi kaygılardan ve kamu yönetiminin israfından yalıtılmış bir şekilde sunulması amaçlanmaktadır.

Türkiye’de özelleştirme uygulamaları genel itibariyle satış⁷⁵, kiralama, işletme hakkının devri ve işletmenin gayri ayni hakların tesisi olarak dörde ayrılmaktadır. Özelleştirme ile ilgilenen kamu kurumu ise ÖİB’dir. ÖİB verilerine göre yöntemlerine göre özelleştirme gelirleri şekil 1.10’da verilmiştir.



Grafik 1. 6. Yöntemlerine Göre Özelleştirme

Kaynak: Özelleştirme İdaresi Başkanlığı.

⁷² <https://www.oib.gov.tr/misyon-vizyon> (erişim tarihi: 22.11.2019).

⁷³ <https://www.oib.gov.tr/faaliyet-raporlar%C4%B1> (erişim tarihi: 22.11.2019).

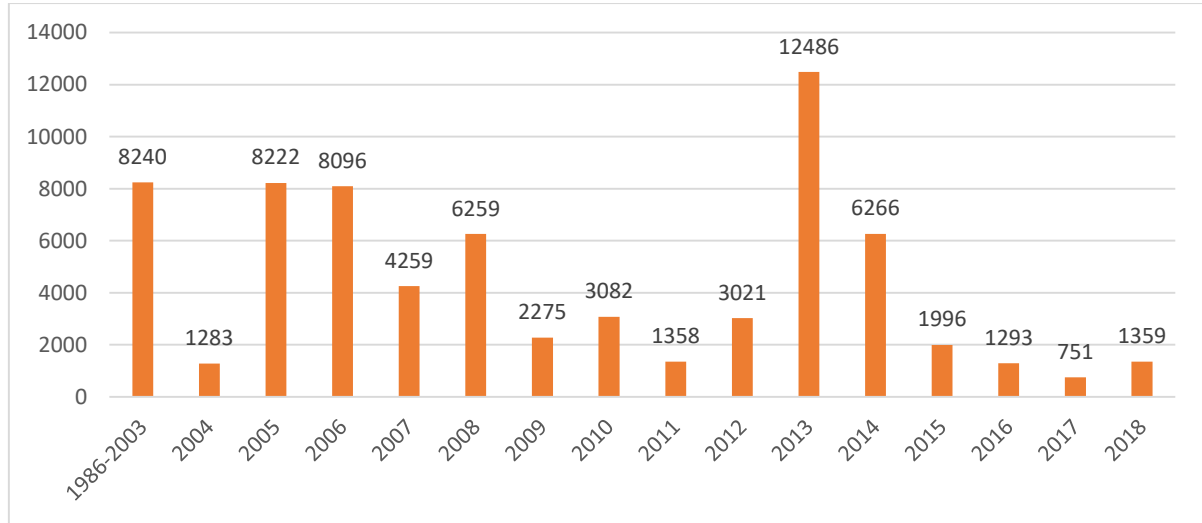
⁷⁴ A.g.e. s. 28.

⁷⁵ Mülkiyet satışı, hisse satışı, blok halka arzı, blok satış çalışanlara satış, borsada satış (özel ya da normal).

Grafik 1.6.'u incelendiğinde özelleştirme yöntemleri içerisinde en büyük pay %48 ile tesis ve varlık satışları oluşturmaktadır. Sonrasında ise %33 ile blok satışlar ve %15 ile halka arz gelmektedir. En az paya ise %2'lik pay ile bedelli devirler ve Borsa İstanbul (BIST) satışları gelmektedir.

1.2.2. Türkiye’de Özelleştirme Uygulamaları

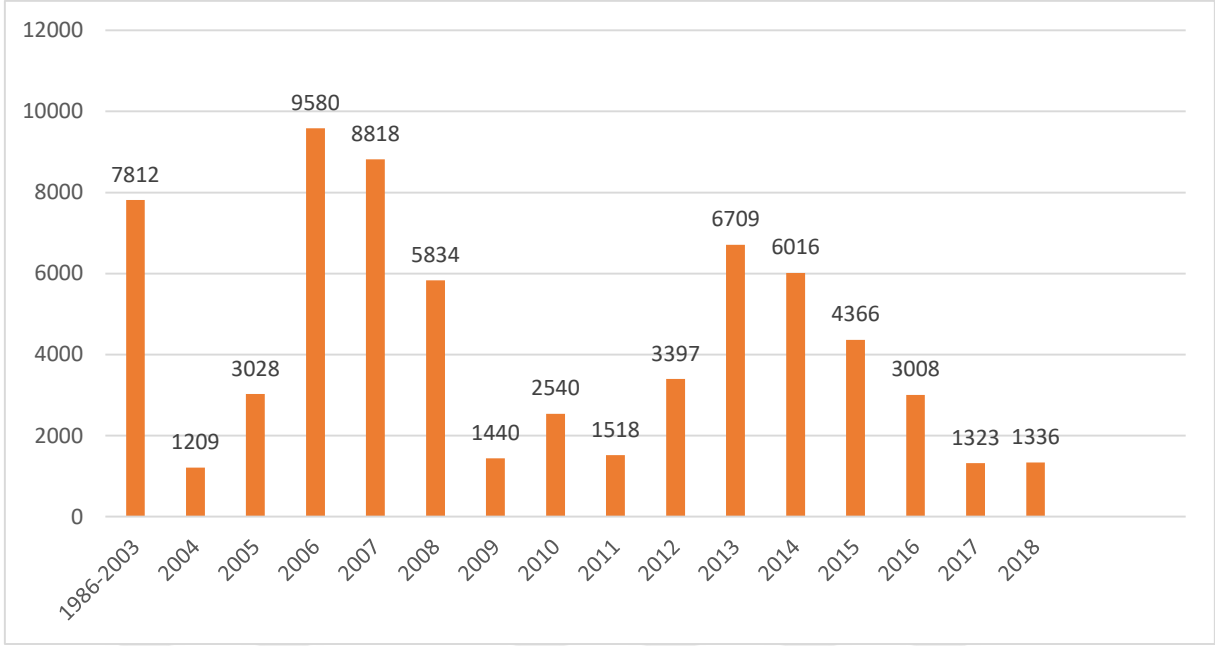
Türkiye’de özelleştirme uygulamaları ÖİB verilerinden hareketle 1986-2018 yılları arasında 70,2 milyar dolar düzeyinde gerçekleşmiştir. Toplamda 270 kuruluşun hisseleri, 22 tamamlanmamış tesis, 126 tesis, 8 adet otoyol, 2 boğaz köprüsü, 6 liman, şans oyunlar lisansı ve araç muayene istasyonları özelleştirilmiştir. 1986-2018 yılları arasında elde edilen özelleştirme uygulaması tutarları Grafik 1.7 ’de yer verilmiştir.



Grafik 1. 7. 1986-2018 Arası Özelleştirme Uygulaması Tutarları

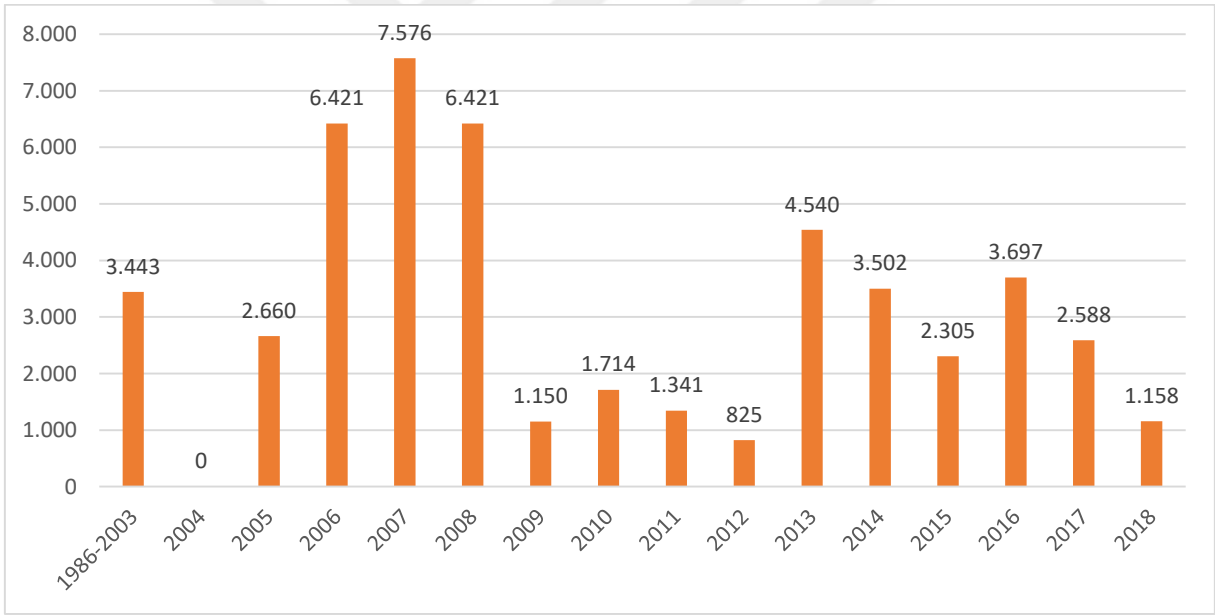
Kaynak: Özelleştirme İdaresi Başkanlığı.

Özelleştirme ile elde edilen gelirler 4046 sayılı kanun ile kurulan özelleştirme fonuna aktarılmaktadır. Aktarılan gelirler mali yılsonunda giderler düşüldükten sonra hazineye aktarılmaktadır. Bu bağlamda 1986-2018 yılları arasında elde edilen özelleştirme gelirleri Grafik 1.8.’de gösterilmekte ve Grafik 1.9.’da 1986-2018 yılları arasında ÖİB’den hazineye aktarılan miktar ABD doları cinsinden değeri gösterilmektedir.



Grafik 1. 8.1986-2018 Yılları Arasında Elde Edilen Özelleştirme Gelirleri (Milyon ABD Doları)

Kaynak: Özelleştirme İdaresi Başkanlığı.



Grafik 1. 9. 1986-2018 Yılları Arasında Hazineye aktarılan Miktar (Milyon ABD Doları)

Kaynak: Özelleştirme İdaresi Başkanlığı.

Grafik 1.8. ve Grafik 1.9.'ün benzer bir dağılım içerisinde olduğu görülmektedir. Genel itibariyle incelendiğinde 2004-2009 yılları arasında özelleştirme gelirleri ve özelleştirme gelirlerinin hazineye aktarımında bir artma eğilimi olduğunu görmekteyiz. Bahsi geçen dönemin dünya ekonomisinde genişleme dönemi olduğu da göz önünde bulundurulacak olursa, doğal bir sonuç olduğundan bahsedilebilir. 2008 ekonomik krizi neticesinde 2008-2013 yılları arasında büyük bir düşüş yaşanmıştır. Bu sonuçlardan hareketle de dünya ekonomisinin içerisinde bulunduğu durumun Türkiye'yi özelleştirmeler konusunda da etkilediği yorumunu yapabilir.

Özelleştirmeler Grafik 1.8 ve şekil 1.9'dan da anlaşılacağı üzere kamu maliyesi açısından oldukça önemli bir gelir kaynağı oluşturmaktadır. Bu sonuçtan hareketle kamu kesiminin başta bahsettiğimiz gelir kaynağı yaratma gereksinimi maddesi ile uyumlu olduğunu görmekteyiz. Ayrıca özelleştirme sonucunda kamu kesiminin deregülasyon politikası izlediğini de söylenebilir. Aynı zamanda piyasa içerisinde özel sektör payının özelleştirme miktarı kadar azaldığı da görülmektedir. Artık Türkiye’de özelleştirme hakkında inceleme neticelendirdiğimize göre sağlık sektörünün sunumu hakkında açıklama yapılabilir.

1.3. Kamu Özel Ortaklığı Kavramı ve Anlamı

Kamu-özel ortaklığı (KÖO) tanımlaması noktasında ortaya çıkan tek bir tanım yoktur⁷⁶. Genel literatür incelendiğinde ise tanımlama yapılmasının zorluğundan bahsedilmektedir. Kamu-özel ortaklığı üzerine net bir tanım yapılamamasının kaynağına inecek olursak eğer; Kamu-özel ortaklık modelinin kapsamının geniş olmasından ve bu tanıma/modele uyan birden fazla hizmetin olmasından kaynaklanmaktadır. Bundan kaynaklı olarak da özellikleri kesin olarak tespit edilememektedir. Modelin konusu içerisinde bulunan kamu hizmeti, altyapı yatırımları/tesislerini doğrudan tanımlaması yine kamu özel ortaklığının tanımını zorlaştırmaktadır. Ayrıca modelin farklı ülkelerde uygulanan modelleri, birbirinden farklı uygulama şekilleri ile tek bir tanımı daha da zorlaştırmaktadır.

Kamu özel ortaklık modeli literatürde sadece tanım olarak değil ad olarak da farklı adlarla anılmaktadır. Evren’e göre; altyapıya özel katılım (private participation in infrastructure/PPI), özel sektör katılımı (private sector participation/PSP), özel olarak finanse edilen projeler (privately financed projects/PFP), özel finansman girişimi (private finance initiative/PFI), alternatif finansman ve temin (alternative financing and procurement/AFP), performans temelli altyapı (performance based infrastructure) isimlerle de kullanılmaktadır⁷⁷.

Türk literatüründe ise kamu özel ortaklık modeli kavramı için birden fazla isim kullanılmaktadır. Bunlar: Kamu özel iş birlikleri (KÖİ), kamu özel sektör ortaklığı (KÖSO), kamu özel sektör iş birliği (KÖSİB) gibi kavramlar kullanılmaktadır. Kavrama verilen isimler arasında tanımı için çözümlenmesi gereken kısım ise ortaklık/işbirlik kavramları arasında bir farkın olup olmadığını incelemektir.

İşbirlik ve ortaklık kavramları hukuksal çerçevede farklılık arz etmektedir. Türk Ticaret Kanunu (TTK) 1531. Maddesine göre;

⁷⁶ IMF, 2006: 4.; IMF, 2012: 11.

⁷⁷Evren, 2016:25.

“Ortaklık”, “kollektif ortaklık”, “komandit ortaklık”, “anonim ortaklık”, “sermayesi paylara bölünmüş komandit ortaklık”, “limited ortaklık” ve kooperatif ortaklık” terimleri, yine sırasıyla “şirket” e, “kollektif şirket” e, “limited şirket” e ve “kooperatif şirket” e görüleceği üzere ortaklık kanun dâhilinde şirket ile aynı manaya gelmektedir⁷⁸.

TTK 1531. Maddesine göre incelendiğinde ise işbirlik kelimesi daha uygun gibi görünmektedir fakat burada esas dikkat edilmesi gereken hususlardan birisi ise; kamu özel ortaklık modellerinde, devlet ile özel sektör arasında yapılan ve sözleşme esasına dayanan bir görev paylaşımıdır. Kamu hizmetinin yerine getirilmesi maksadıyla bir araya gelen taraflar kamu hizmetinin gerçekleşmesi için ortak bir çalışma yürütmektedir. Sözleşme akdi ile başlayan bu süreçte belirli bir ücret ile birlikte kamuya ait bazı yetkiler, mülkler, haklar vb. özel sektöre devredilmekte ve bunun karşılığında kamu hizmeti gerçekleştirilmektedir. Bu bağlamda incelendiğinde ise orta paydada buluşmuş tek bir hedefi gerçekleştirmek için bir araya gelmiş kamu ve özel sektör için bir ortaklığın söz konusu olduğunu söylenebilir.

Kamu özel ortaklık modeli için yapılan tanımları inceleyecek olursak eğer, OECD’nin tanımında: Hükümet ve özel sektör arasındaki uzun vadeli anlaşmalar olup bu sayede ortaklar arasında risklerin paylaşıldığı ve özel sektörün sermayesi kullanılarak kamu hizmetinin finanse edildiği modeldir. Kamu özel ortaklıkları hem altyapı varlıklar (köprüler, yollar gibi) hem de sosyal varlıklar (hastane, hapisane, okul gibi) ile ilgili kamu hizmetlerini sunabilirler⁷⁹. Dünya bankasının tanıma göre: Kamu-Özel Ortaklıkları (PPP), hükümetlerin gerekli altyapı hizmetlerini sunmalarına yardımcı olmak için kullanabilecekleri bir araçtır. Kamu özel ortaklıkları, özel sektör yeniliğini ve uzmanlığını kullanarak hizmetler için özel sektör ile sözleşmeye girmenin bir yoludur ve devletler sıklıkla bu özel finansmandan yararlanırlar⁸⁰.

Genel itibariyle kamu özel ortaklığına bakıldığında ise kesin bir tanımı ve aynı zamanda kesin bir adlandırması olmamasına rağmen; bir kamu hizmetinin gerçekleştirilmesi için kamu ile özel sektörün sözleşme yolu ile işbirlik/ortaklık kurması sonucunda kamu hizmetini gerçekleştirme şekli denilebilir.

⁷⁸A.g.e. s. 27.

⁷⁹ <http://www.oecd.org/gov/budgeting/oecd-principles-for-public-governance-of-public-private-partnerships.htm> (erişim tarihi: 09.01.2019).

⁸⁰ <https://olc.worldbank.org/content/public-private-partnerships-ppp-how-can-ppps-help-deliver-better-services-0> (erişim tarihi: 09.01.2019).

1.3.1. Kamu Özel Ortaklık Modelinin Tarihçesi

Kamu özel ortaklık modeli yapısı itibariyle devletlerin kamu hizmetlerinin sunumu için özel sektöre ihtiyaç duymasından dolayı ortaya çıkmıştır. Özellikle teknolojinin gelişmediği dönemlerde devletler, kamu hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için tarihte birçok kez özel sektör ile ortaklık ilişkisi kurmuştur. Yapılan bu ortaklıklar günümüzdeki kadar sistematik olmasa da kamu özel ortaklıklarının temelini oluşturmaktadır.

Stambrook'a göre; kamu özel ortaklık modelinin ilk örneği milattan önce 610 ile 595 yılları arasında Antik Mısır kralı II. Necho döneminde inşa edilen Nil nehri ile kuzeyindeki Acı göllerinin birleşimi sağlamak için yapılan kanal projesidir.⁸¹ Benzer şekilde milattan önce 522 ile 486 yılları arasında Pers kralı I. Darius tarafından Wadi Tumilat boyunca inşa edilen bir kanalda mevcuttur. Yine milattan önce Ptolemaios kralı Ptolemy II Philadelphus tarafından milattan önce 285 ile 246 yılları arasında kızıl denizde inşa edilen bir kanalda mevcuttur. Genel olarak milattan önce devletlerin daha çok ulaşım ve bayındırlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için özel sektörden faydalandığı görülmektedir. Bahsedilen bu dönemlerde gelişmiş bir hukuk sisteminin olmaması projelerin sistematik bir şekilde işlememesine neden olmuştur.

Stambrook'a göre; ilk modern anlamdaki kamu özel ortaklık projesi ise Mısır'da Napoleon Bonaparte tarafından 1799 yılında başlatılan Süveyş kanalı projesidir. Proje Fransız mühendis Le Pere tarafından üstlenildi ve başlatıldı⁸². Kızıldeniz ile Akdeniz arasında bir bağlantı kurmaktadır. İnşa süreci bittikten sonra işletme hakkı özel sektör tarafından 1952 yılına kadar devam etmiştir. Benzer şekilde popüler örneklerden birisi ise Fransa'da 1889 inşa edilen Eiffel kulesidir. Fransız ihtilalinin yüzüncü yılını kutlamak için yapılan fuarın girişi olarak tasarlanan kule, Alexandre Gustave tarafından yapılmıştır.⁸³ 19. Yy. 'da sistematik bir şekilde yürütülen projeler ile bazı kamu hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde ve sunumunda devlet dışında başka bir aktörün yani özel sektörün de olabileceği fikrini güçlendirmiştir.

1980 sonrasında özelleştirmelerin hız kazanmasıyla daha sık tercih edilmeye başlanan kamu özel ortaklıkları, artık sadece altyapı ve kamu hizmet binalarının inşasında değil, işletme konusunda da özel sektörün deneyimlerinden faydalanmaya doğru evrilmiştir. Günümüze kadar uzanan bu süreç içerisinde giderek önem kazanan kamu özel ortaklık modeli artık ülke çapında büyük finansman gerektiren altyapı çalışmalarında, eğitimde, sağlıkta, atık

⁸¹ Stambrook, 2005: 12.

⁸² A.g.e. s. 12.

⁸³ Garsse, 2008: 222.

suların yönetiminde, enerji sektöründe ve yerel yönetimlerin gerçekleştirmekle sorumlu oldukları hizmetlerde de tercih edilmeye başlamıştır.⁸⁴

Kamu özel ortaklıklarını dünya genelinde kurumsal bir yapı haline getiren ilk ülke İngiltere'dir. İngiltere'de bu bağlamda Partnerships UK 2000 yılında kurulmuş ve kamu özel ortaklık projelerinin denizaşırı devletlerde geliştirilmesini amaçlamıştır⁸⁵ İngiltere'de başka bir kuruluş ise devlet ticaret ofisidir⁸⁶ Devlet ticaret ofisi kamu özel ortaklık projelerini desteklemekte, program oluşturmakta ve devlet ve özel sektör risk analizini yapmaktadır. Yaptığı analizler neticesinde ise bir rehber oluşturmaktadır.⁸⁷

Günümüzde ise devletlerin hangi sektörde kamu özel ortaklık modelini tercih edeceği ise gelişmişlik düzeyi ile ilişkilidir. Özellikle gelişmiş ülkelerde bu modelin tercih edildiği sektörler; eğitim sektörü, atık suların yönetimi, sağlık sektörü ve kamu hizmetinin gerçekleştirileceği binanın yapımı iken, gelişmemiş ülkelerde ise yetersiz altyapıdan dolayı altyapı hizmetlerinde ön plana çıkmaktadır.⁸⁸

1.3.2. Kamu Özel Ortaklık Modelinin Uygulanma Nedenleri

1945'li yıllardan sonra değişen devlet anlayışı ile birlikte devletlerin üzerlerine düşen görevlerde artmıştır. Artan görevler ise artan bir mali yüke neden olmuştur. 1980 yıllara kadar devletler bu maliyeti kendi gelirleri ile giderir iken, 1980 li yıllardan itibaren dünya ekonomisini etkisi altına alan liberalleşme ve sermayenin giderek mobilize hale gelmesi devletlerin vergi gelirlerinde büyük oranda azalmaya neden olmuştur. Bir tarafta artan kamu harcamaları ve görevleri var iken, bir diğer tarafta azalan kamu gelirleri devletlerde kronik bütçe açıklarına neden olmuştur. Devlete yüklenen bu hizmetlerin yerine getirilmesi için zaman içinde özel bir finansmana ihtiyaç duyulmuş ve bu ihtiyaç neticesinde ise kamu özel ortaklık modeli ortaya çıkmıştır.

Devletler kamu-özel ortaklıklarını: kaynak bulmak, borçlarını ödemek, ödemeler dengesini sağlamak, sermaye harcamalarını arttırabilmek, daha az maliyete katlanmak, risk dağılımı ya da bütçe dengesini sağlayabilmek için kullanabilmektedir. Bu bağlamda ise özel sektörün ilgili alanlarda teknik bilgi, ticari bilgi ve becerisinden yararlanarak kamu hizmetini yerine getirmeyi amaçlamıştır.

⁸⁴ Evren, 2016: 37.

⁸⁵ <http://www.partnershipsuk.org.uk/> (erişim tarihi. 24.01.2019).

⁸⁶ <https://www.gov.uk/government/ministers/minister-of-state-for-trade-and-export-promotion> (erişim tarihi: 24.01.2019).

⁸⁷ Tekin, 2017: 9.

⁸⁸ Evren, 2016: 37.

Kamu özel ortaklıklarının yaygınlaşmasında uluslararası organizasyonun büyük etkisi olmuştur. Özellikle AB, OECD, IMF, Dünya Bankası gibi pek çok uluslararası organizasyonun desteklemeleri, iş çevrelerinin kamu özel ortaklıklarının teşvikine yönelik faaliyetleri etkili olmuştur.⁸⁹

Bahsi geçen kurumların ve 1980 sonrası baskın görüşe değinecek olursak; devletlerin küçülmesi gerektiğini ve yerini piyasa aktörlerine bırakması gerektiğini söylemektedir. Bu bağlamda ise devletin bir kontrol mekanizması olarak kamu hizmetinin yerine getirilmesini sağlayabilecek model aslında kamu özel ortaklık modelidir. Nedeni ise devlet sözleşme akdi kapsamında üzerine düşen yükümlülükleri yerine getirdiği takdirde özel sektör hizmetin sunumunu sağlayacaktır. Böylelikle maliyetler düşer iken devlet sadece kontrol eden konumunda olduğu için bir küçülmeye gidecektir.

Türk hukuku içerisinde ise Danıştay’a göre kamu özel ortaklık modellerinden istenen, yapılacak olan kamu hizmetinin daha hızlı, verimli ve etkin biçimde gerçekleştirilmesidir. Özel sektörün sahip olduğu deneyimden, mali ve teknoloji imkânlarından yararlanmasıdır.⁹⁰ Yine Danıştay’a göre özel sektör ile yapılacak olan özelleştirmelerin kamu özel ortaklıklarında kamu yararının gözetilmesi ve hukuka uygun olabilmesi için; gerekli olan yatırımların öngörülmesi, gerçekleştirilecek hizmetin kalitesini yükseltmenin hedef olması, ihale ve sözleşme akdinde geçerli olan şartların yerine getirilmesi gerekmektedir.

5225 sayılı Kültür Yatırımları ve Girişimleri Teşvik Kanunu Kültür alanında kamu-özel ortaklıkları adına önemli bir açılım sağlamış olmakla birlikte, bu alanda sponsorluk uygulaması, henüz istenen seviyeye ulaşamamıştır. Bununla birlikte Kültür ve Turizm Bakanlığı ile çeşitli özel sektör kuruluşları arasında imzalanan protokollerle 2 adet müze yapımı ve İstanbul AKM onarımının önemli bir kısmının özel sektör kuruluşlarınca karşılanması karara bağlanmıştır.” “Kültürel hayatın canlandırılması ve kültürel faaliyetlerin ülkenin bütününe yaygınlaştırılması amacıyla, yerel nitelikteki kültür hizmetlerinin yerel yönetimlere devredilmesi ve kültür alanında kamu-özel sektör ortaklıklarının güçlendirilerek geliştirilmesi önem arz etmektedir. Bu bağlamda devletin kültür ve sanat alanındaki hizmet sunum rolünün bu alanı düzenleyen ve destekleyen bir yapıya dönüştürülmesi önemli görülmektedir.⁹¹

Yukarıda da görüleceği üzere kamu özel ortaklıkları sadece altyapı, sağlık, ulaşım alanında değil tüm kamu hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde kullanılabilmektedir. Kültür

⁸⁹ A.g.e. s. 38.

⁹⁰ Danıştay, 2006;467

⁹¹ A.g.e. s. 41.

alanında devletin yetersiz kalması ya da hizmeti gerçekleştirememesi durumunda kamu özel ortaklıklarına başvurulabilir. Genel itibariyle bakıldığında ise sorumlulukları artan devletlerin alan fark etmeksizin yetersiz kaldığı alanlarda özel sektörden yararlanmasıdır. Kamu hizmetinin gerçekleştirilmesi maksadıyla yapılan kamu özel ortaklığı ile vatandaş, devlet ve özel sektör ortak payda olan kamu hizmetinde buluşmaktadır. Devlet vatandaşları için hizmeti sunan pozisyonundan, özel sektör tarafından sunulan hizmeti kontrol eden pozisyonuna geçmektedir. Özel sektör ise kamu hizmetini sunarak hem piyasa riskini azaltmakta hem de daha fazla müşteriye hitap ederek, piyasa içerisinde devlet garantörlüğünde kendini daha güvenli hissetmektedir. Vatandaş ise kamu hizmetine daha hızlı, daha fazla fayda sağlayacak şekilde erişebilmektedir bu ortaklıklarda.

1.3.3. Kamu Özel Ortaklığı ve Özelleştirme

Kamu Özel Ortaklık modeli, bir hizmetin ifa edilmesinde⁹² kamu kesiminin ve özel sektörün bir araya gelerek; hizmetin projesini oluşturmakta, finansmanını sağlamakta, yapımını gerçekleştirmekte ve işletilmesini sağlamaktadır. Model içerisinde risk ve sorumluluk hem kamu kesimi hem de özel sektörün üzerindedir. Önceki bölümlerde bahsettiğimiz üzere 1980-90'lı yıllarda daha çok özelleştirme uygulaması ön plana çıkarken, 2000'li yıllara gelindiğinde yeni kamu yönetimi anlayışıyla kamu özel ortaklık modelinin ön plana çıktığı görülmektedir.

Kavramsal olarak birbirine yakın olan kamu özel ortaklık ve özelleştirme kavramının yapısal olarak farklılıkları vardır. Özelleştirme uygulamasında kamu kesimi düzenleyen ve denetleyen bir rol üstlenirken, kamu özel ortaklık modelinde hizmetin sorumluluğunu üstlenmektedir. Özelleştirme uygulamasında özelleştirilen malın mülkiyeti özel sektöre geçerken, kamu özel ortaklık modelinde sözleşme süresince mülkiyet hakkı özel sektörde kalmaktadır. Buradan da hareketle özelleştirmenin kamuya ait bir mülkiyet ya da hizmetin özel sektöre transferi olduğu görülürken, kamu özel ortaklığında sözleşme aracılığıyla kamu kesimi ve özel kesimin birlikte üretim yaptığı görülmektedir.

Özet itibariyle devletlerin varoluşlarından itibaren vatandaşlarına sunmakla mükellef oldukları kamu hizmetleri dönemler itibariyle farklılıklar göstermiştir. Dünya ekonomisi üzerinde ise son dönemde neoliberal politikalar doğrultusunda özelleştirme kavramı önem kazanmıştır. 2000'li yıllarda ise yeni kamu yönetimi anlayışıyla toplumsal refahı en çoklama için kamu özel ortaklık modeline geçilmiştir. Bir sonraki başlıkta kamu özel ortaklıkları açıklanacaktır.

⁹² Altyapı projesi ya da kamusal bir hizmet gibi

1.3.4. Kamu Özel Ortaklık Modelinde Yönetişim Kavramı

Yönetişim kavramını incelendiğinde yönetmek ve –iş işteş ekinin birleştiği görülmektedir. Kavram bu açıdan ele alındığında yönetmek fiilinin işteş ek alarak iki farklı erk tarafından gerçekleştirileceği anlamını taşımaktadır. Kelime içerisindeki yönetme erkleri konu dahilinde özel sektörü ve kamu kesimini ifade etmektedir.

Yönetişim kavramı 90’lı yıllarda sosyal bilimlerin literatürüne kazandırılmış bir kavramdır. Sosyal bilimler içerisinde bilhassa kamu ekonomisi ve siyaset bilimi ile ilişkilendirilen yönetim ilk defa 1989 yılında dünya bankası tarafından⁹³ kullanılmıştır.⁹⁴

Yönetişim kavramı Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının tanımlamasının Çelen’e göre; “bir ülkenin kalkınması için gerekli olan ekonomik ve sosyal kaynakların yönetiminde yetkinin (power) kullanılma biçimi”⁹⁵ olarak tanımlanmıştır. Kavram tanım itibarıyla incelendiğinde, kalkınma hamlesi için yapılacak olan eylemde yetkinin dağıtılması gerektiği ve bu bağlamda da yapılacak olan eylemde etkinliğin sağlanması hedeflenmektedir.

Tek aktörlü bir yapıya sahip olmadığı için yönetim kavramından farklıdır. Tablo 1.3.’ü incelendiğinde ise yönetim içerisinde birden fazla aktörün bulunduğu görülmektedir. Ayrıca gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bilgi ve tecrübe paylaşımındaki engellerin önüne geçmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca merkezi otorite dışında başka bir aktörün olması üretimin piyasa endeksli olmasına neden olmaktadır. Bunun dışında kavram her ne kadar kamu yönetimi içerisinde gibi görülsede uluslararası bir yapıya sahiptir. Dolayısıyla da birden fazla yönetim biçimi ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan Tablo 1.3.’ü incelendiğinde uluslararası birimlerinde yer aldığı görülmektedir.

⁹³ Managing Development: The Governance Dimension

⁹⁴ World Bank, 1991: 1-2.

⁹⁵ Çelen, 2013: 128.

Tablo 1. 3. Yönetim ve Yönetişim Karşılaştırma

	Merkezi Otorite	Paylaşılmış Otorite (Yönetişim)
Coğrafi Açıdan	Devlet	- Farklı merkezi otorite altındaki birimler - Ulusal - Bölgesel - Uluslararası Birimler
İşlevsel Kapsamı	Çoklu Konu Alanlar	Tekli Konu Alanlar
Kaynak Dağılımı	Merkezi	Paylaştırılmış/Bölünmüş
Normlar	Emir, Denetim	Kendi kendine yönetim ve Piyasa
Karar Verme Sistematiği	Hiyerarşik	Yatay ve Sözleşmeye bağlı
Politik Uygulamalar	Bağlayıcı	Gönüllü ve Parçalı

Kaynak: Çelen M. “Kalkınma Ajansları ve Yönetişim” 2013: 128.

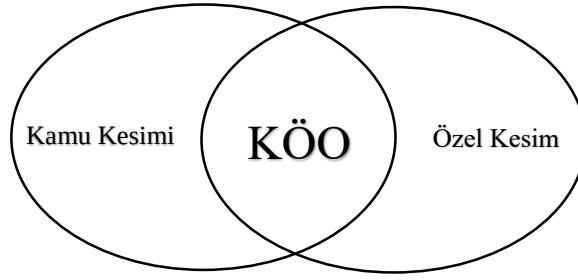
Kamu özel ortaklık modelini incelendiğinde ise bir hizmetin gerçekleştirilmesi amacıyla devlet ve özel sektörün yetki paylaşımı; hizmetin oluşturulmasında ve sunulmasında etkinliği ve verimliliği hedeflemek gibi amaçları güder. Buradan hareketle de kamu özel ortaklık modellerinin yönetim kavramı ile iç içe olduğu görülmektedir. Kamu özel ortaklık modeli içerisinde yönetim kavramını incelemek için hibrid yönetim kavramı daha açıklayıcı olacaktır.

Hibrid kavramı hakkında tek ve net bir tanım bulunmamaktadır literatür içerisinde. Yazarlar kavrama birden fazla isim vermektedir. Bu isimleri sıralamak gerekirse; “Hibritide”, “Hibrid KÖO” ya da “Hibrid proje” olduğu görülmektedir.⁹⁶ Kavramsal olarak farklılıklar bulunsa da hibrid kendi özelinde yönetim içerisinde yapısal farklılıklar barındırmaktadır.

Hibrid kavramını kelime anlamıyla incelendiğinde; iki farklı güç kaynağının bir araya gelip tek bir amaca hizmet etmesi demektir⁹⁷. İki farklı güç kavramını kamu özel ortaklık modeli için kamu kesimi ve özel kesim olarak nitelendirilebilmektedir. Bu bağlamda ise gerçekleştirilmesi beklenen amaç ise kamu özel ortaklığı sonucu meydana gelen kamu hizmetidir.

⁹⁶ Uzunali ve Görmez, 2019: 1134.

⁹⁷ <https://sozluk.gov.tr/?kelime=hibrid%20sporcu> (erişim tarihi: 15.10.2019).



Şekil 1. 3. Hibrid Yönetişim Oluşum Şeması
Kaynak: Tarafımızca oluşturulmuştur.

Şekil 1.4.'te görüleceği üzere kamu kesiminin ve özel kesimin birleşmesi sonucunda meydana gelen bu oluşum yeni bir örgütlenmeyi meydana getirmektedir. Bu yeni örgütlenme biçiminin temelinde ise kamu hizmetinin gerçekleşmesi yatmaktadır. Devletlerin oluşmasının temel nedeni diyebileceğimiz kamu hizmeti, kamu özel ortaklıkları ile devlet içerisinde de küçük devletçikler oluşturmaktadır.

Küçük devletçikler özellik yetki bakımından kamu kesimine ait tüm yetki ve haklara sahiptir. Tecrübe, rekabet, bilgi birikimi ve hizmet kalitesi açısından da özel sektörün sahip olduğu tüm avantajlara sahiptir. Tıpkı bir devlet gibi sınırlara sahip olmaktadır. Kendi içerisinde idari yapısı ve örgütlenmiş organları bulunmaktadır. Kendilerine ait tıpkı devletlerin sahip olduğu anayasalar gibi kurallara ve yönetmeliklere sahiptirler.

İki farklı gücün birleşimi sonucu hem devlet başarısızlıkları hem de piyasa başarısızlıkları ortadan kalkmaktadır. Bu bağlamda küçük devletçikler aracılığıyla üretilecek olan kamu hizmetinin ise teoride kusursuz olduğu görülmektedir. Özel bir amaca hizmet etmek için kurulduklarından bir genelleme yapılamamaktadır. Sözleşme sonucunda meydana gelen bu devletçikler, sözleşme süresi bitince ölmektedirler. Bu nedenle tek tip bir küçük devletçikten söz edemeyiz.

Hem Yönetişim kavramı için hem de hibrid yönetim kavramı açısından kamu özel ortaklıklarının tek tip olmadığını söylenebilir. Yönetişimin içeriğini belirleyen ana unsur ise kamu özel ortaklık modeli ve modeli geçerli kılan sözleşmesidir. Bu bağlamda kamu özel ortaklık modellerinde modelin uygulanacağı model ve sözleşmesi ön plana çıkmaktadır. Bu bağlamda da bir sonraki başlıkta kamu özel ortaklık modelleri incelenecektir.

1.3.5. Kamu Özel Ortaklık Modelleri

Kamu özel ortaklıkları tek bir model olarak karşımıza çıkmamaktadır. Model kamu tarafından ihtiyaç duyulan kamu hizmetine ya da hizmet sunumunda duyulan ihtiyaca göre şekillenmektedir. Bu doğrultuda da birden fazla kamu özel ortaklık modeli ortaya

çıkmaktadır. Ayrıca ülkelerin yapısal ve hukuk düzenlerindeki farklılıklarda modelin çeşitlenmesine neden olmaktadır.

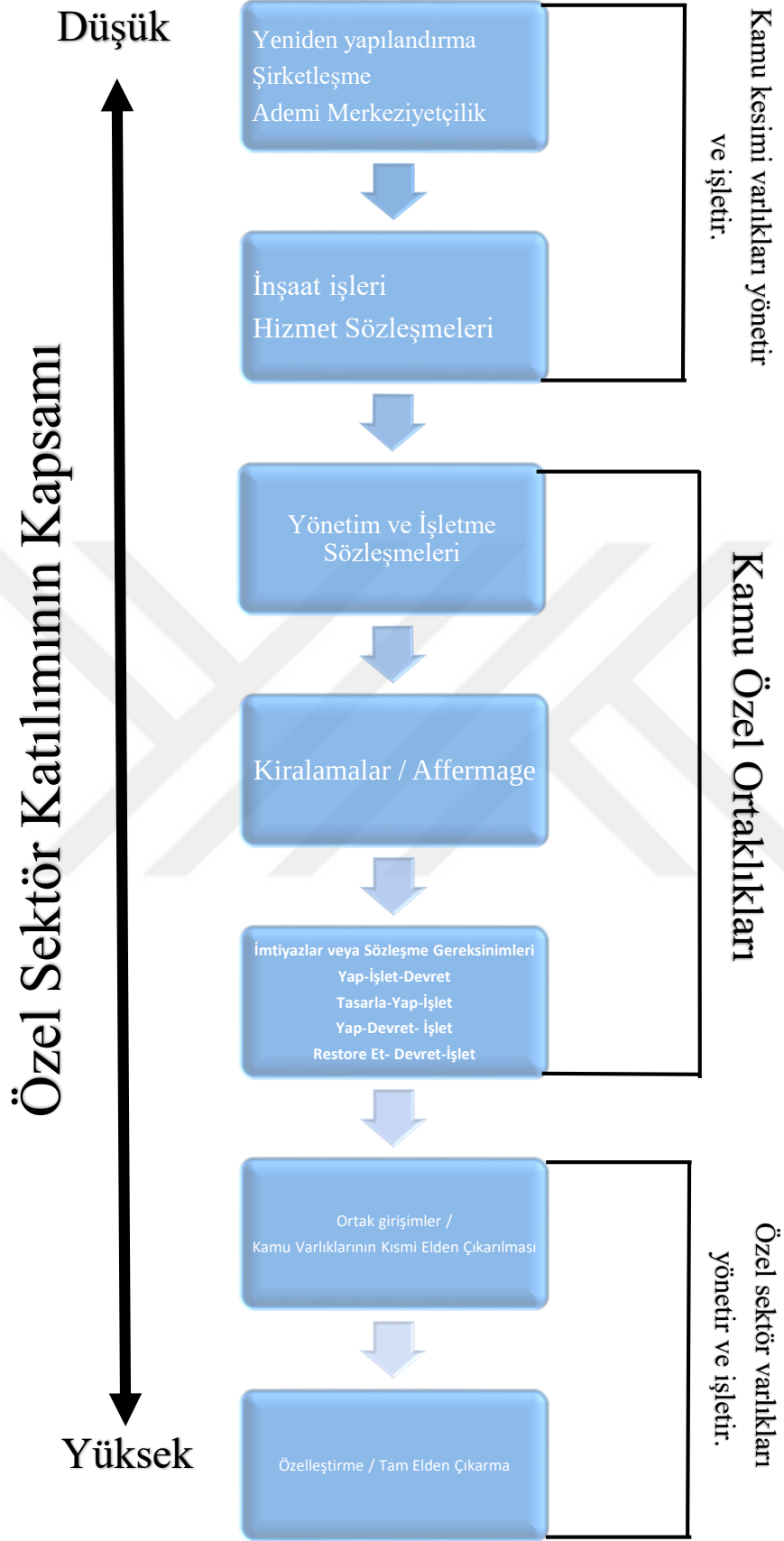
Uygulanan kamu özel ortaklık modellerine genel itibarıyla bakıldığında ise; şekil 1.16.'da görüleceği üzere karşımıza altı farklı model ortaya çıkmaktadır. Bu modeller; Yap-Devret, Yap- Kirala-İşlet-Devret, Yap-Devret-İşlet, Yap-Sahiplen-İşlet modelleridir. Her modelin kendine özgü özellikleri mevcuttur. Bu nedenle kamu özel ortaklık modellerinin birbirinden ayrı bir şekilde incelenmesi gerekmektedir.

Tablo 1. 4. Kamu Özel Ortaklık Modelleri

Devlet Finansmanı	Kamu Özel Ortaklığı Modelleri
1. Proje devlet tarafından finanse edilir. 2. Risk ve getiri devlete aittir	1. Yap-Devret 2. Yap-Kirala-İşlet-Devret 3. Yap-Devret-İşlet 4. Yap-İşlet-Devret 5. Yap-Sahiplen-İşlet 6. Restore et-İşlet-Devret

Kaynak: Keskin, S. "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu – Özel Ortaklığı Modeli" 2011: 6.

Şekil 1.4.'te görüleceği üzere kamu sektörüne haiz bir hizmet ya da mal kamu kesimi tarafından yeniden yapılandırma, şirketleşme veya âdemi merkezîyetçilik şeklinde yönetilebilmektedir. Bu aşamada kamu sektörü en yüksek katılım payına sahiptir. İkinci aşamada hizmet ya da malı üretiminde veyahut gerçekleştirmede özel kaynaklara başvurulabilir. Kamu kesimi burada da yine baskın taraftır. Üç, dört ve beşinci aşamada ise kamu kesimi, özel sektör ile bir yönetim içerisinde hizmet ya da malın üretiminde yer almaktadır. Hizmet ya da malın üretiminde kamu kesimi ile özel sektörün payı dengelenmekte hatta beşinci aşamada özel sektör daha baskın hale gelmektedir. Beşinci aşamada kamu kesimi sadece düzenleyici ve denetleyici bir konumda bulunmaktadır. Altıncı ve yedinci aşama olan kamu mallarının kısmen ya da tamamen elde çıkarılmasını konu alan uygulamalarda özel sektör tamamen baskın hale gelmektedir. Özellikle yedinci aşamada kamu sektörünün genel denetlemesi dışında payı bulunmamaktadır.



vb

Şekil 1. 4. Altyapı Ve Kalkınma Projesine Özel Sektör Katılım Spektrumu

Kaynak: Brooking Institution PPP Guide Report verilerinden yararlanılarak tarafımızca oluşturulmuştur.

1.3.5.1.Yap Devret Modeli

Yap Devret (YP) modeli, bu model tek aşaması bulunmaktadır. Kamu tasarım ve inşaat aşamalarında kalite ve maliyetlerin hesaplanması için performansa yönelik kriterleri belirlemektedir. Bunun yanı sıra modelde, ortak olan özel sektörü kontrol etmektedir.

Tasarlanan ve inşaatı tamamlanan proje bitirildiğinde ise tesisin işlemesi için kamuya devredilir. Yap devret modeli çoğunlukla, kamunun hizmeti gerçekleştirmesine önem verirken aynı zamanda da özel sektörün inşa etme deneyimlerinden, tecrübesinden ve bilgisinden faydalanmayı istemesi halinde kullanılır.⁹⁸

Devlet böylelikle hem özel sektörün teknoloji, bilgi birikimi ve finans kaynağından yararlanır hem de mevcut proje daha hızlı bir şekilde gerçekleşmiş olmaktadır. Türkiye’de özellikle alt ve üst geçit inşaatlarında, kamu binalarının yapımında veya onarımında bu model tercih edilmektedir. Özel sektör ise kendi alanında devlet garantörlüğünde iş fırsatı elde etmekle birlikte, mevcut piyasa içerisinde daha az risk ile çalışmaktadır. Böylelikle temelde hedeflenen hizmetin gerçekleşmesi mali açıdan daha uygun ve hızlı şekilde gerçekleşeceğinden dolayı mali açıdan etkin olmaktadır.

1.3.5.2. Yap-Kirala-İşlet-Devret Modeli

Yap Kirala İşlet Devret (YKİD) modelinde, sunulmak istenen hizmet için gerekli bina özel sektör tarafından inşa edilir, inşa işlemi tamamlandıktan sonra ise sahipliğini kamuya devreder ve çoğu zaman projeye ilgili başka birimler ile birlikte sözleşme şartları doğrultusunda belirlenen dönemler için kamudan kiralanır. Yap kirala işlet devret modeli projenin özel sektör dâhilinde olmasının yanlış olacağı düşüncesi olsa bile tercih edilir. Örnek vermek gerekirse, otoyollar, köprüler ve tünellerin sahipliğinin daima kamuda kalması gerekliliğinin düşünülmesi durumunda modelin tercih edilirliliği söz konusudur.⁹⁹

Bu model içerisinde hizmetin ve projenin sahibi devlettir. Hizmeti talep edenler proje tamamlandıktan belirli bir süre sonra kamuya tekrar iade edilmesi ile daha avantajlı hale getirmektedir. Proje tamamlandıktan sonraki süreçte özel sektör projeyi kiralayarak işletme hakkına sahiptir. Sözleşme akdindeki süre tamamlanınca ise proje tekrardan kamuya devredilecektir. Böylelikle kamu finansman gereksinimi duymadan kamu hizmetini kesintisiz bir şekilde sunabilecektir. Kamu böylelikle mali yükten kurtulmakta ve hizmeti gerçekleştirmektedir. Hizmetin sunulma süreci ve maliyetlerine katlanılmaması kamu için

⁹⁸ Teker, 2008: 4.

⁹⁹ A.g.e. s. 6.

etkin bir tercih olmakla birlikte atlanılmaması gereken esas konu sözleşme akdidir. Sözleşme içerisinde belirlenen kira bedelleri ilerleyen dönemlerde kamu için mali yük haline gelecektir.

1.3.5.3.Yap-Devret-İşlet Modeli

Yap-Devret-İşlet (YDİ) özel girişimci, proje tamamlandıktan sonra işleteceği tesise ait finansmanı sağlamakta, inşaatını üstlenmekte ve tesisin bitirilmesi sonucunda yasal mülkiyetini kamu kurumuna devretmektedir. İlgili kamu kurumu da bu devir işlemi gerçekleştikten sonra tesisi özel bir girişimciye uzun vadeli kiralamaktadır. Modelde özel girişimci bu tesisin yürütülmesi esnasında kazandığı hizmet bedelleri ve ticari kazanç ile hem kamuya ödeyeceği kirayı hem de yatırımın var olan maliyetini karşılamayı ve ayrıca makul bir kâr elde etmeyi amaçlamaktadır. Bu modelde de farklı bir özel şirket tarafınca önce tesis inşa edilip kamuya devirden sonra, tekrar farklı bir özel girişimciye kiralanması gibi uzun bir süreç vardır. Burada böyle bir yol izlenmesinin amacı bir önceki modelde de bahsedilen kamu mülkiyetinde mevcut olan bir varlığın, özel sektöre devri ile ortaya çıkabilecek yasal sorunlardan kaçınmaktır. Model özellikle Güneydoğu Asya ülkelerinde telekomünikasyon sektöründe uygulama imkânı bulduğu bilinmektedir.¹⁰⁰

1.3.5.4.Yap-İşlet-Devret Modeli

Yap-İşlet-Devret (YİD) Kamu hizmetlerinin ya da bayındırlık işlerinin hayata geçirilebilmesi için yeterli sermaye kamu tarafından sağlanamayabilir. Bu nedenle kamu hizmetleri aksayabilir. Bundan dolayı da mali açıdan yüksek finansman gerektiren hizmetlerin gerçekleştirilmesinde bilgisi, tecrübesi, sermayesi ve riski tamamen kendisine ait olmasını sözleşme dâhilinde kabul eden özel sektör devreye girer. Böylelikle özel sektör tarafından yeni bir işletme kurulur; bir süre yerli, yabancı ya da ortaklaşa girişimler dâhilinde özel sektör kamu hizmeti için gerçekleştirilen tesisi işletmeye devam eder. Sonuç olarak sözleşmede belirtilen süre tamamlandığında tesis kamu kuruluşuna koşulsuz şartsız devredilir. Model dâhilinde işletim esasları büyük önem taşımaktadır. Çünkü kamu hizmetinin sunumunun kaliteli olması için gerekmektedir. Türkiye’de bu modelde sunulan kamu hizmetinin kaliteli sunumu ve uygun fiyatla sunumu için belediyeler görevlendirilmiştir.

Türkiye’de özellikle yüksek maliyetli bayındırlık hizmetlerinde tercih edilmektedir. Merkezi bütçe dışarısında olan ve kendi bütçelerine sahip olan belediyeler, hizmet sunumunu böylelikle gerçekleştirecektir. Özellikle yol ve bayındırlık hizmetleri belediyeler için

¹⁰⁰ Güney, 2005: 7.

gerçekleştirilmesi zor ve maliyetli olduğunda yine özel sektörün finans kaynağına başvurularak, daha uygun maliyetlerle hizmet gerçekleştirilmektedir.

1.3.5.5.Yap-Sahiplen-İşlet Modeli

Yap-Sahiplen-İşlet-Devret (YSİD) Modelinde ise, bilhassa finansman açısından sıkıntı çeken ülkelerde yani gelişmemiş ve/veya gelişmekte olan ülkelerde yüksek miktarlarda bütçe gerektiren bir altyapı çalışmasında tercih edilen modeldir. Genellikle yol, köprü, baraj benzeri altyapı çalışmaları bu modelde hizmet sunumu için örnek gösterilebilmektedir. Bilhassa modelde özel sektörün inşaatın tamamlanmasına yönelik maliyetleri karşılaması kamuyu büyük bir finansal yükten kurtarmaktadır. Böylelikle özel sektör tesisi kendi finans kaynağı ile inşa eder ve sözleşme akdinde belirtilen süre zarfında tesisi sahiplenir ve ayrıca belirtilen süre zarfında ise işletme hakkına sahip olmaktadır. Süre genel itibarıyla ülkelerde farklılık göstermekle birlikte, Türkiye’de genellikle 15-30 yılı kapsamaktadır. Bu belirtilen süre dolunca ise özel sektör firması tesisi kamuya devretmek zorundadır.¹⁰¹

Yap Sahiplen İşlet Devret Modeli çeşitli uluslararası kuruluşlar tarafından desteklenmektedir. Bu kuruluşlar içerisinde Dünya Bankası, Asya Kalkınma Bankası ve Avrupa Kalkınma Bankası vardır. Bu kuruluşların desteklediği projelere örnekler verecek olursak eğer; Yeni Zelanda Mangawhai Limanı atık su tesisi, Avusturalya Sidney Limanı Tüneli ve Melburn CityLink projeleri ve Laos Tha Ngone Köprüsü yap sahiplen işlet devret modeli ile gerçekleştirilen projelerdendir.¹⁰²

1.3.5.6.Restore Et-İşlet-Devret Modeli

Restore et-İşlet-Devret (RİD) modelinde var olan bir tesisin yeniden düzenlenmesi, bakımı için gerekli finansmanın özel sektör tarafından karşılandığı modeldir. Böylelikle âtıl vaziyette duran ya da bakıma ihtiyacı olan bir tesis tekrar işler hale gelmektedir. Yap-İşlet-Devret (YİD) modeli ile benzer özelliklere sahiptir.

Türkiye’de bu modele Yalova termal kaplıcaları örnek gösterilebilir. Evren’e göre: 3653 sayılı Kanun uyarınca Yalova Termal Kaplıcalarının İdaresi ve İşletmeciliği Hakkında, 2012 yılında kanun çıkarılmış. Tesis böylelikle özel sektör tarafından restore edilerek işletilmeye başlanmıştır.¹⁰³

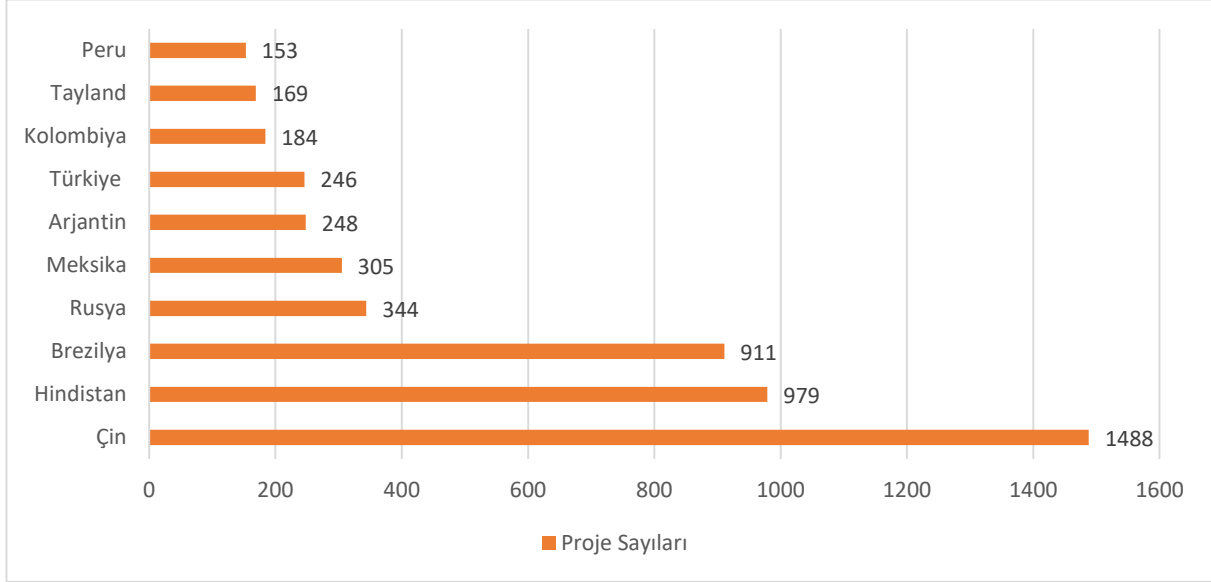
¹⁰¹ Teker, 2008: 6.

¹⁰² A.g.e. s. 6.

¹⁰³ Evren, 2016:490.

1.3.6. Dünya Geneline Uygulanan Kamu Özel Ortaklık Modelleri

Dünya genelinde ülkeler kamu hizmetlerinin sunumunda veya gerçekleşmesinde kamu özel ortaklık modeline sıklıkla başvurmaktadır. Birleşmiş milletlerin tanıdığı 193 ülkeden¹⁰⁴ dünya bankası verilerine göre 1990 ve 2018 yılları arasında 139 ülke kamu hizmetini gerçekleştirmek için özel sektör ile iş birliği yapmıştır.¹⁰⁵



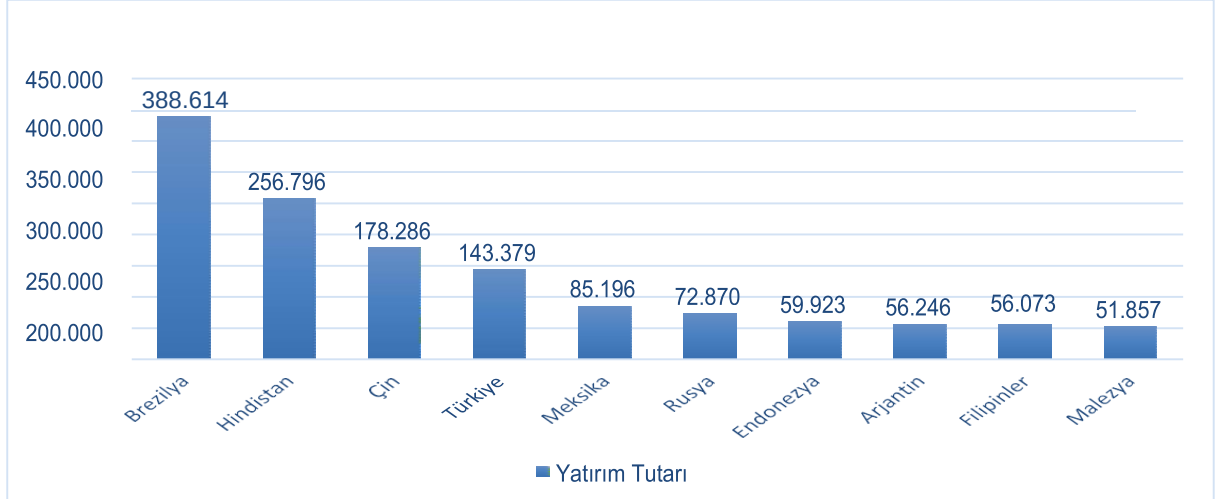
Grafik 1. 10.1990-2018 Yılları Arasında En Çok Projeye Sahip Olan İlk 10 Ülke

Kaynak: Dünya Bankası PPI Database verileri doğrultusunda tarafımızca hazırlanmıştır.

Grafik 1.10.'u incelendiğinde 1990-2018 yılları arasında proje sayıları esas alınarak yapılan sıralama sonucunda en fazla projeye sahip 10 ülkeyi görmekteyiz. Türkiye'nin de içerisinde bulunduğu bu grup içerisinde özellikle yüksek nüfusa sahip olan Çin, Hindistan ve Rusya; sermaye ihtiyacı olan Tayland, Peru, Kolombiya, Arjantin, Brezilya, Meksika ve Türkiye bulunmaktadır. Türkiye sıralama içerisinde 246 KÖO projesi ile 7. Sırada bulunmaktadır. Grafik 2.1.'de görülen 10 ülke de hizmet sunumunda yaşadığı aksaklığa çözüm olarak kamu özel ortaklık modeline başvurmuştur.

¹⁰⁴ <http://www.un.org/en/member-states/> (erişim tarihi: 16.01.2019).

¹⁰⁵ World Bank, 2018:56.



Grafik 1. 11. 1990-2018 Yılları Arasında KÖO Projelerinde Yatırım Miktarı Bakımından İlk 10 Ülke \$

Kaynak: Dünya Bankası PPI Database verileri kullanılarak tarafımızca oluşturulmuştur.

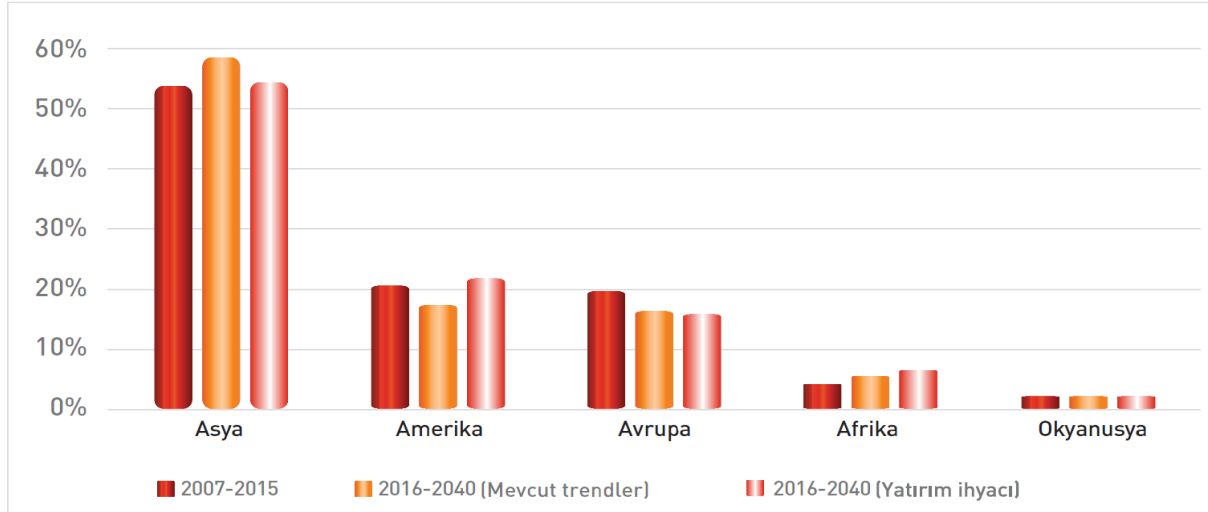
Yatırım tutarlarına göre incelendiğinde ise yine dünya bankası verilerine göre ilk 10 içerisinde ağırlıklı olarak gelişmekte olan ülkelerin olduğunu görmekteyiz. Bu bağlamda Grafik 1.11.'e bakıldığında bu kez ilk sırada Brezilya yer almaktadır. Ayrıca Grafik 1.10.'de ilk sırada yer alan Çin'in Grafik 1.11.'de üçüncü sıraya gerilediği görülmektedir. Benzer şekilde Rusya ise üçüncü sıradan beşinci sıraya gerilemiştir. Bu verilerden hareketle şu sonuç çıkarılabilir; kamu hizmetine duyulan ihtiyaç, hizmetin büyüklüğü ve devletlerin finansman ihtiyacı, özel sektör yatırım tutarını değiştirmektedir.

Kamu özel ortaklıklarının artan nüfus beklentisi ve kentlere öngörülen göçlerdeki artış gibi demografik nedenler ve ayrıca ekonomik anlamdaki değişikliklerin kamu özel ortaklıklara olan talebi arttıracakı öngörülmektedir. En fazla hizmet talebi ise bu bağlamda altyapı hizmetinde gerçekleşeceği öngörülmektedir¹⁰⁶.

Oxford üniversitesinin hazırladığı Global Infrastructure Outlook adlı çalışmada 2040 yılına kadar gerçekleşmesi beklenen altyapı hizmet talebi Grafik 1.12.'de gösterilmiştir. Global altyapı talebi için 94 trilyon ABD doları bir maliyetin olacağı tahmin edilmektedir. Grafik 1.12.'yi incelendiğinde ise altyapı ihtiyacının en fazla Asya'da olacağı (%54) ön görülmektedir. Sonrasında ise sırasıyla Amerika (%22), Avrupa (%16), Afrika (%5) ve son olarak Okyanusya (%3) gelmektedir. Bu yatırım talebinin gerçekleşmesi için ise kamu ve özel sektörün birlikte çalışması gerekmektedir. Özellikle mali açıdan gerekli sermayeye yeterli derecede sahip olmayan GOÜ'lerde daha fazla tercih edilmesi öngörülmektedir.¹⁰⁷

¹⁰⁶ Oxford Economics, 2017: 78.

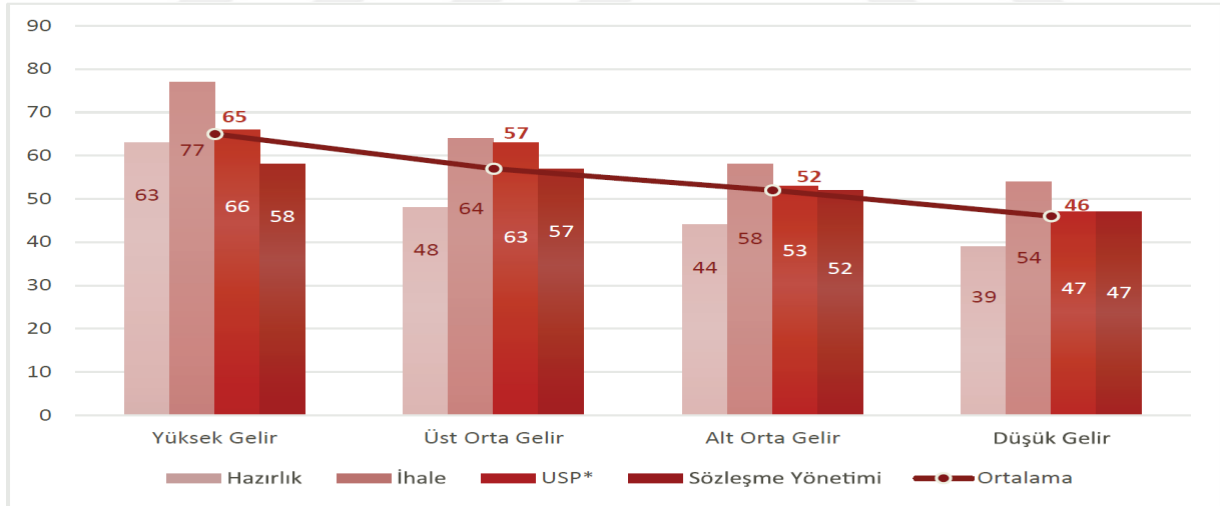
¹⁰⁷ A.g.e. s80.



Grafik 1. 12. 2007-2040 Yılları Arasında Bölgelere Göre Altyapı Hizmet Talebi

Kaynak: Oxford Infrastructure Outlook raporu verileri kullanılarak tarafımızca hazırlanmıştır.

DB tarafından hazırlanan veriler doğrultusunda kamu özel ortaklık modelinin özde ⁴¹⁰⁸ alandan meydana geldiği görülmektedir. Grafik 1.13.'ü incelendiğinde büyük miktarda önemli ekonominin projenin hazırlık sürecinde ve sözleşme yönetim sürecinde diğer süreçlere göre daha düşük seviyede olduğu görülmektedir. Benzer şekilde ise yüksek gelirli ülkeleri bahsedilen 4 alandaki süreçlerde düşük seviyeli ülkelere göre daha yüksek puan elde ettiği görülmektedir.



Grafik 1. 13. KOÖ Proje Süreçlerinin Gelir Seviyesine Göre Dağılımı (1-100 Puan) (2018)

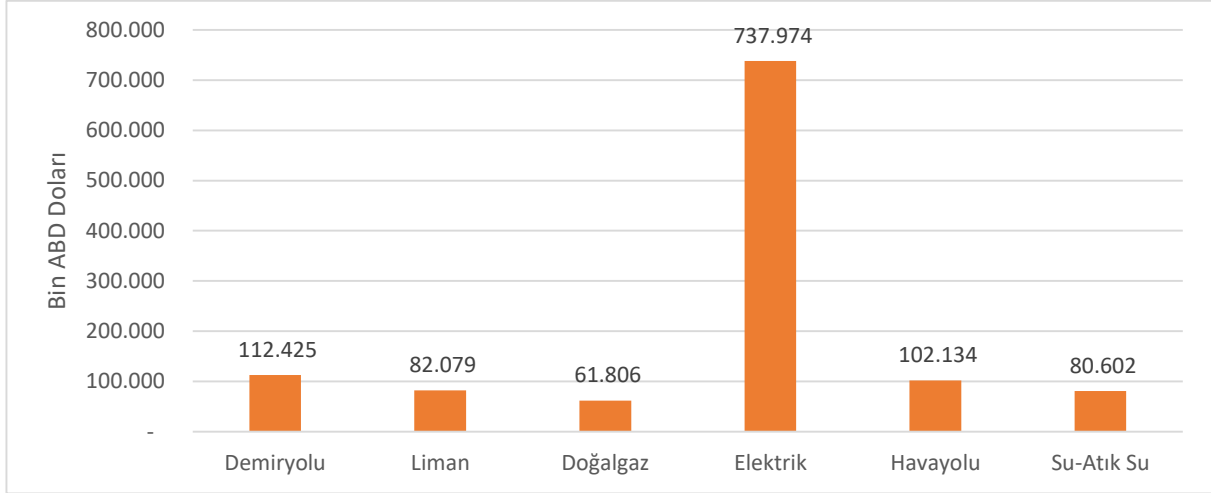
Kaynak: Dünyada ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu 2018

Dünya ekonomisi içerisinde kamu özel ortaklık modelini anlamak için dünya bankası verileri doğrultusunda gelişmekte olan ülkelerde (GOÜ) ve Avrupa Birliği (AB) içerisinde de incelemek gerekmektedir. Sonrasında ise ülkeler bazında incelemek gerekmektedir.

¹⁰⁸ Hazırlık, ihale, sözleşme yönetimi ve talep edilmeden verilen tekliflerin yönetimi.

1.3.6.1.Gelişmekte Olan Ülkelerde Uygulanan Kamu Özel Ortaklık Modelleri

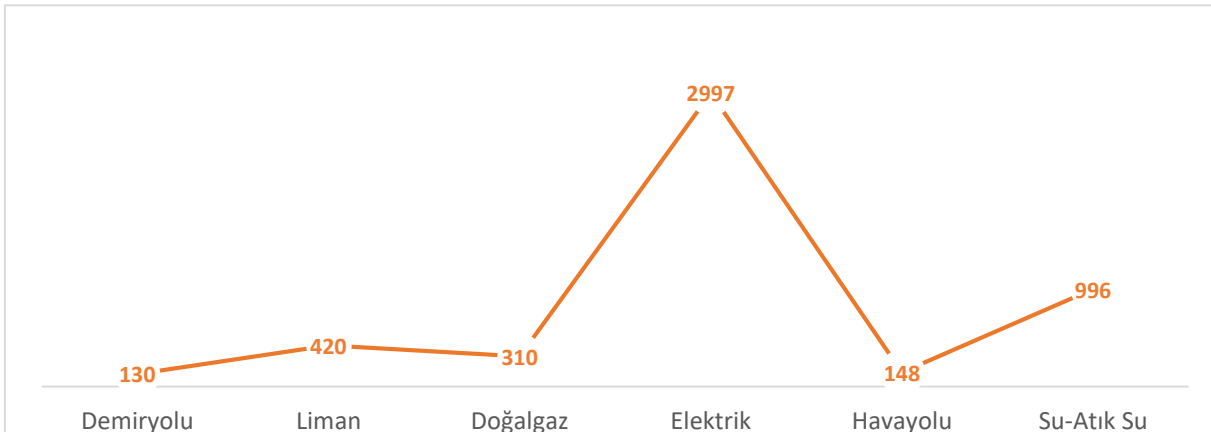
GOÜ’lerde kamu özel ortaklıklarının tercih nedeni genellikle ekonomik yetersizliklerden dolayı sunulamayan hizmetlerin ifası için kullanılmaktadır. Özellikle hizmetin ifası için büyük yatırımların gerektiği hizmetlerde ön plana çıkmaktadır. Bu hizmetler içerisinde altyapı hizmeti ön plana çıkmaktadır. DB verilerine göre GOÜ’ler toplam yatırım miktarı 1.491 milyar ABD doları ve toplamda 6.135 kamu özel ortaklık projesi gerçekleştirilmiştir.



Grafik 1. 14.1990-2018 Yılları Arasında GOÜ’de KOÖ Proje Tutarlarının Sektörlere Göre Dağılımı

Kaynak: Worldbank verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

Grafik 1.14.’i incelendiğinde GOÜ’lerde kamu özel ortaklık modelinin elektrik sektöründe gerçekleşmektedir. Sonrasında sırasıyla demiryolu, havayolu, liman, su-atık su ve doğalgaz gelmektedir. Grafik 1.15.’te ise 1990-2018 yılları arasında gerçekleşen proje sayılarına bakıldığında ise en fazla projenin yine elektrik sektöründe olduğu görülmektedir.

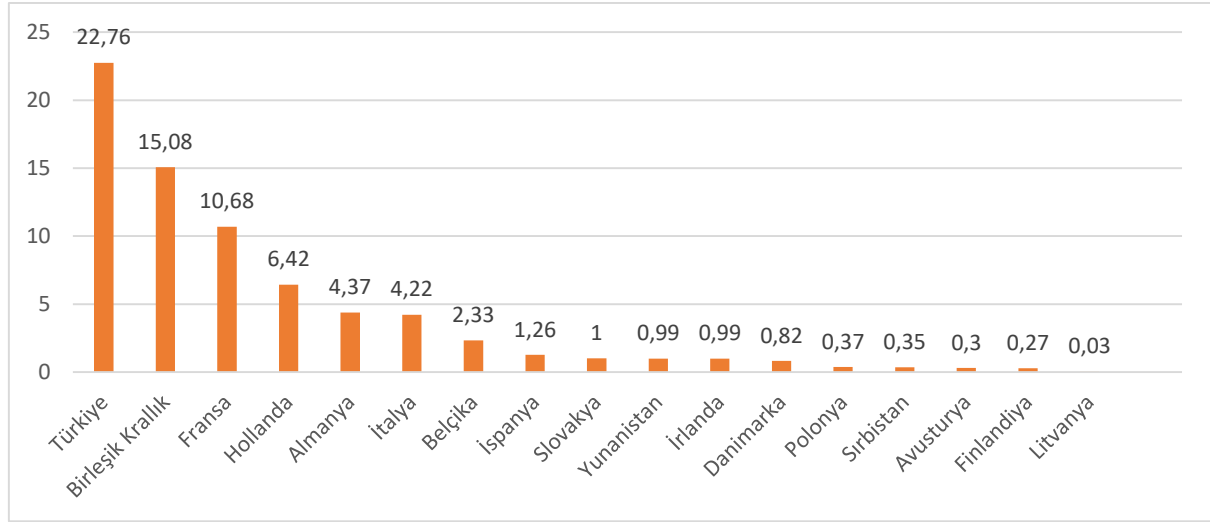


Grafik 1. 15. 1990-2018 Yılları Arasında Sektörlere Göre Gerçekleşen KÖO Proje Sayısı

Kaynak: Worldbank verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

1.3.6.2. Avrupa Birliğinde Uygulanan Kamu Özel Ortak Modelleri

Avrupa ülkelerinin kamu özel ortaklıkları ile tanışması iki bin yıl öncesine kadar dayanmaktadır. Roma döneminde gerçekleşen karayolu, posta hizmetleri ve liman inşası ve işletilmesi özel finansman yöntemiyle gerçekleşmiş ve modelin Avrupa’da temelini oluşturmuştur. İlk olarak Fransa¹⁰⁹ ve İngiltere¹¹⁰ başlayan süreç daha sonrasında tüm Avrupa’ya yayılmıştır.¹¹¹ Grafik 1.16.’da 2014-2018 yılları arasında gerçekleşen kamu özel ortaklık modeli tutarları ülkeler bazında verilmiştir. Bu şekil doğrultusunda en büyük pazarın Türkiye (22,76)’de olduğu görülmektedir. Ayrıca 2018 yılında Avrupa’da finansal olarak kapanışa ulaşan KÖO projelerinin değeri 14.6 milyar Avro ’ya ulaşmıştır.¹¹²



Grafik 1. 16. AB Ülkelerinde Gerçekleşen KÖO Proje Tutarları (2014-2018) Milyar Avro

Kaynak: Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu 2018 verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

Kamu özel ortaklığında gerçekleştirilen hizmetleri daha iyi anlamak için dünya üzerindeki uygulamalarını proje özelinde incelemek de gerekmektedir. Bu bağlamda bir sonraki kısımda dünya üzerindeki farklı ülkelerde KÖO projelerini inceleyeceğiz.

1.3.6.3. Devletler Bazında Uygulanan Kamu Özel Ortaklık Modelleri

Kamu özel ortaklıklarının devletler bazında inceleyerek, devletler özelinde tercihleri hakkında yorum yapabileceğiz. Bu bağlamda ise gelişmiş, gelişmekte ve gelişmemiş ülkelerden oluşan devletleri inceleyeceğiz.

¹⁰⁹ İmtiyaz modeli ile

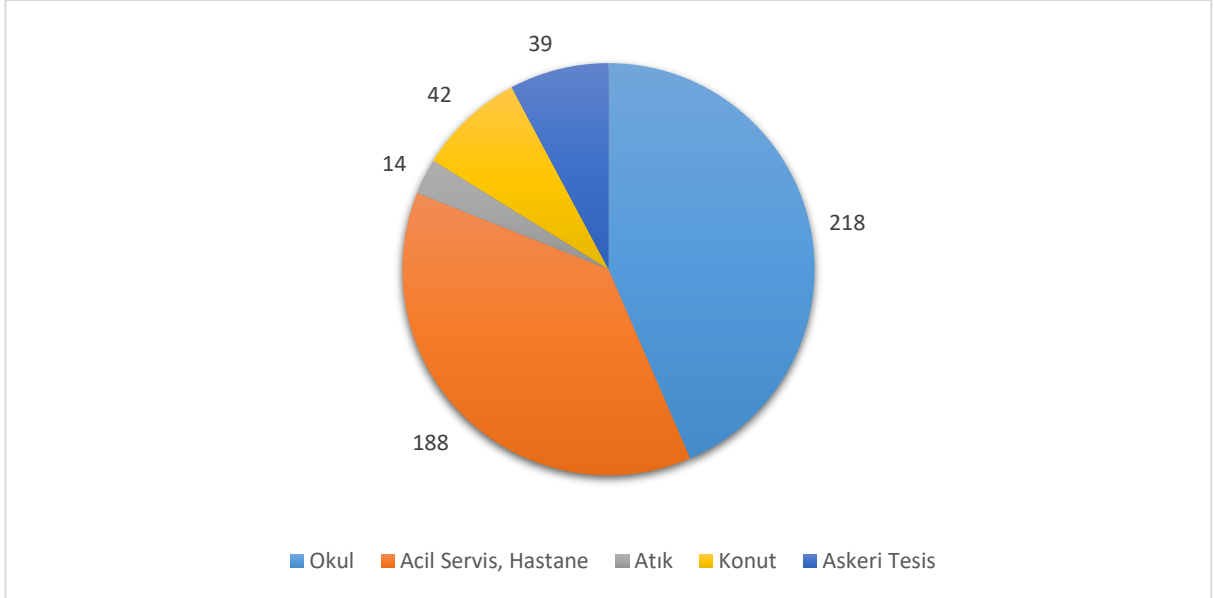
¹¹⁰ Özel finans katılım yöntemiyle

¹¹¹ Sektörler ve Yatırımlar Genel Müdürlüğü, 2019: 7.

¹¹² A.g.e. s.9.

1.3.6.3.1. Birleşik Krallık

Kamu özel ortaklık modeli açısından önceki bölümlerde anlatıldığı üzere Birleşik Krallık öncü konumdadır. Birleşik Krallık Hazinesi verileri doğrultusunda 715 KÖO projesi bulunmaktadır¹¹³. Toplamda KÖO için 73.6 milyar ABD doları tutarında yatırım yapılmıştır¹¹⁴.



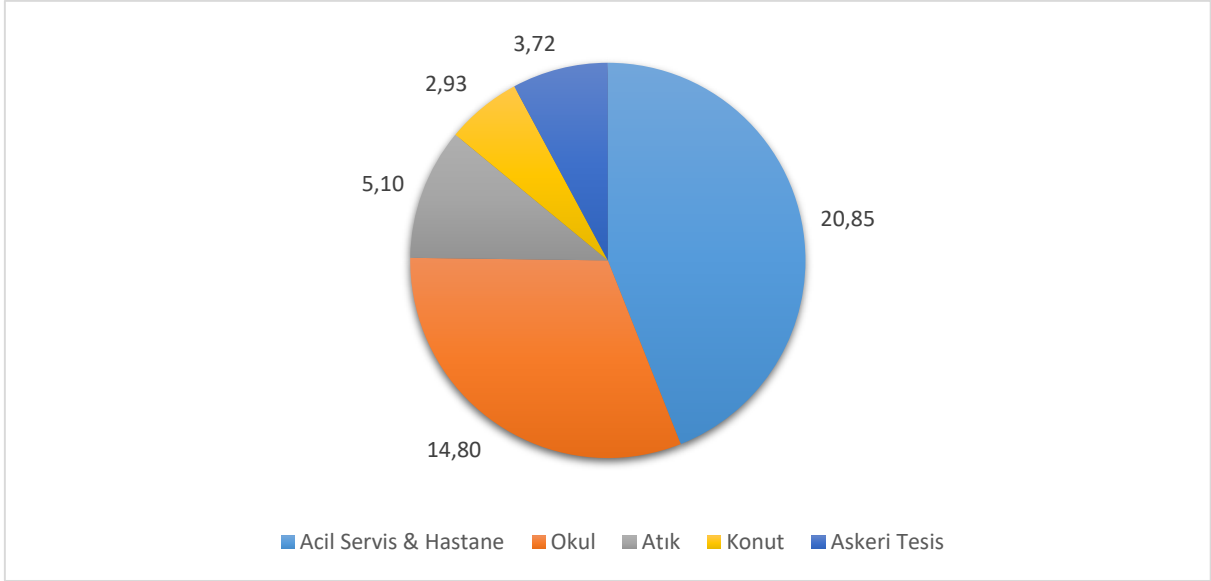
Grafik 1. 17. Birleşik Krallık 'ta KÖO'ların Sayı Bakımından Sektörler Açısından Dağılımı (1993-2017)

Kaynak: Kamu Özel İşbirliği Raporu 2018 verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

Grafik 1.17.'de görüleceği üzere KÖO Birleşik Krallık 'ta en fazla Sağlık sektöründe tercih edilmektedir. Birleşik Krallık 'ta farklı olarak askeri tesislerde de KÖO tercih edilmektedir. Grafik 1.18.'de görüleceği üzere en fazla yatırım yapılan sektör ise sağlık sektörüdür. Genel itibariyle de bakıldığında Birleşik Krallık 'ta KÖO modeli kamu hizmeti sunumunda sıkça tercih edilen bir modeldir.

¹¹³ <https://www.gov.uk/government/publications/charging-infrastructure-investment-fund> (erişim tarihi: 20.10.2019).

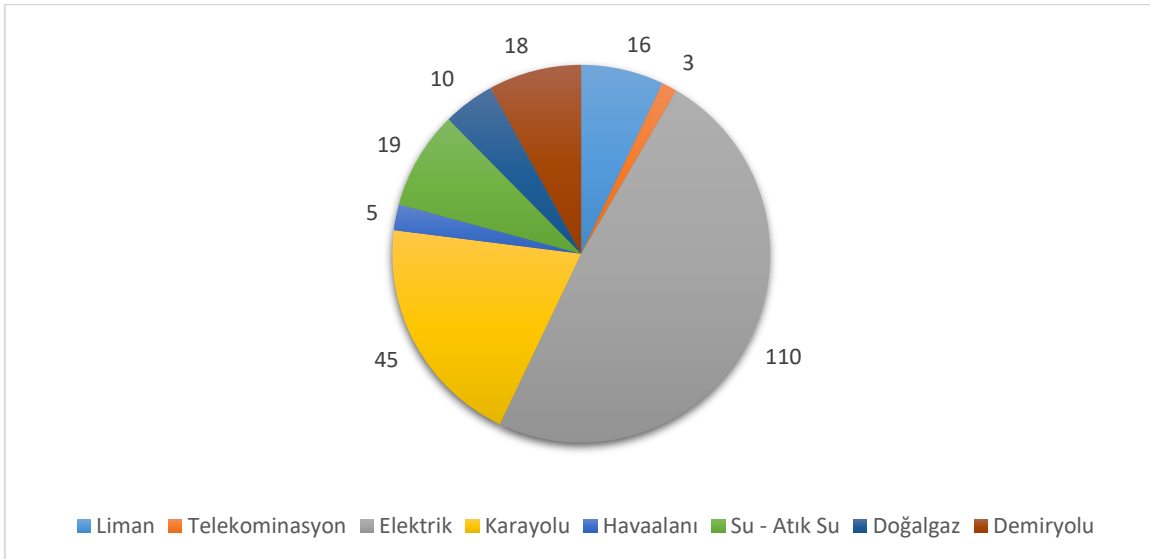
¹¹⁴ Sektörler ve Yatırımlar Genel Müdürlüğü, 2019: 11.



Grafik 1. 18. .Birleşik Krallık Sektörler Açısından Yatırım Tutarı 1993 -2017 (Milyon ABD Doları)
Kaynak: Kamu Özel İşbirliği Raporu 2018 verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

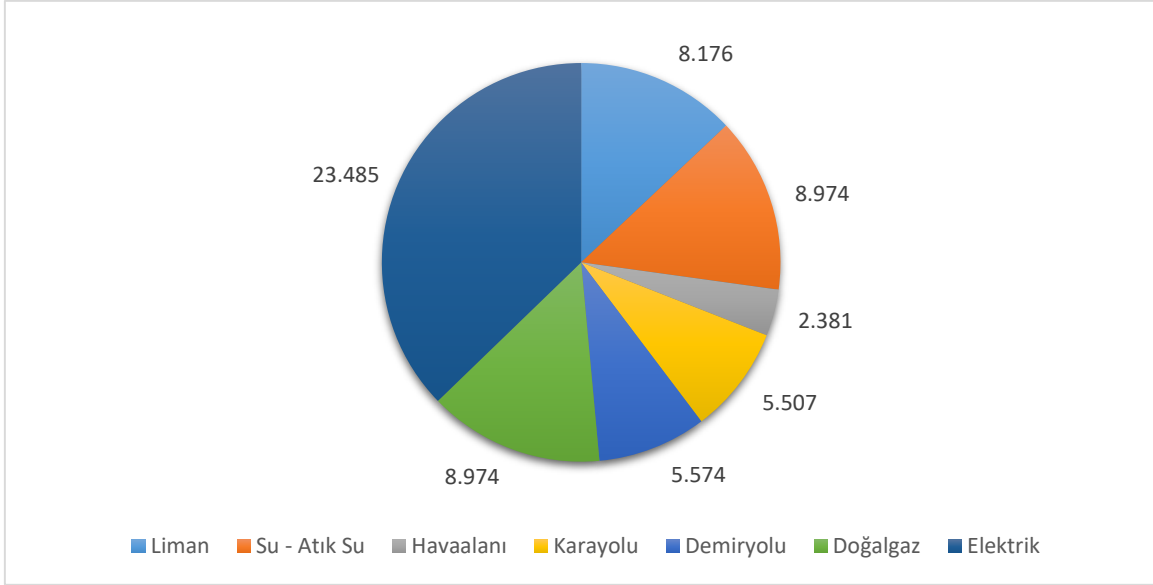
1.3.6.3.2. Arjantin

Gelişmekte olan ülkeler içerisinde olan Arjantin’de ise Birleşik Krallık ’tan daha fazla sektörde KÖO modeli tercih edilmektedir. Grafik 1.19. dikkate alındığında görülmektedir ki altyapı sektöründe bilhassa elektrik sektöründe KÖO modeli tercih edilmektedir. Arjantin’de 1990-2018 yılları arasında 226 adet KÖO projesi gerçekleştirilmektedir. Gerçekleştirilen KÖO projelerinin toplam yatırım miktarı ise 56 milyar ABD dolarıdır.¹¹⁵



Grafik 1. 19. 1990-2018 Yılları Arasında Arjantin Sektörlere Göre KÖO Sayısı
Kaynak: Kamu Özel İşbirliği Raporu 2018 verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

¹¹⁵ Sektörler ve Yatırımlar Genel Müdürlüğü, 2019: 17.

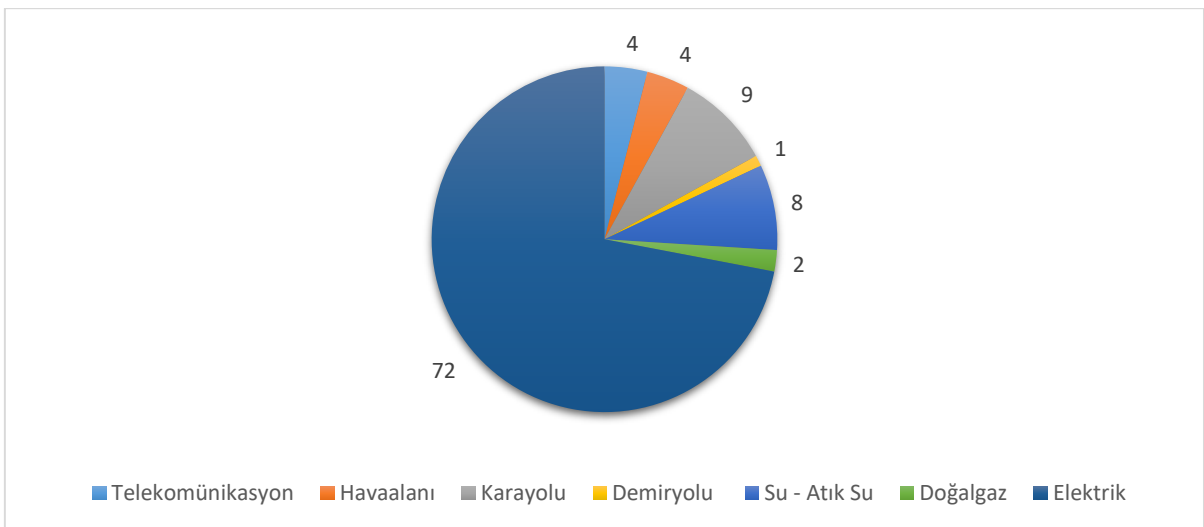


Grafik 1. 20. 1990-2018 Yılları Arasında Arjantin Sektörler Açısından KÖO Yatırım Tutarları
Kaynak: Kamu Özel İşbirliği Raporu 2018 verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

Grafik 1.20.' i incelendiğinde ise en fazla yatırımın proje sayısı ile doğru orantılı olarak elektrik sektöründe gerçekleştiği görülmektedir. Genel itibariyle bakıldığında Birleşik Krallık 'ta en fazla sağlık sektöründe tercih edilen model, Arjantin'de tercih edilmemektedir.

1.3.6.3.3. Güney Afrika

Güney Afrika'da 1990-2018 yılları arasında 100 adet KÖO projesi gerçekleşmiştir. Gerçekleştirilen projelerin değeri 23.6 milyar ABD dolarıdır. Arjantin'de olduğu gibi Grafik 1.21.'de görüleceği üzere altyapı sektörü en çok KÖO ortaklık modelinin tercih edildiği sektördür.¹¹⁶



Grafik 1. 21. 1990-2018 Yılları Arasında Güney Afrika KÖO Sektörler Açısından Dağılımı
Kaynak: Kamu Özel İşbirliği Raporu 2018 verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

¹¹⁶ Sektörler ve Yatırımlar Genel Müdürlüğü, 2019: 19.

Genel anlamda incelendiğinde ülkelerin gelişmişlik düzeyleri KÖO proje süreçlerini, proje sayılarını, projelerin sektörler arasındaki dağılımını, yatırım tutarlarını etkilemektedir. Dünya genelinde tercih edilen KÖO ortaklıklarını bir sonraki konuda projeler özelinde inceleyeceğiz. Böylelikle projeler özelinde ne gibi değişikliklerin var olduğu incelenmiş olacaktır.

1.3.6.4.Projeler Bazında Uygulanan Kamu Özel Ortaklık Model Örnekleri

Kamu özel ortaklıklarının konusunun küresel ekonomide farklı sektörlerdeki örnekleri incelemek hizmetin işleyiş süreci açısından önem arz etmektedir. Bu bağlamda konu içerisinde çeşitli ülkelerde gerçekleştirilmiş KOÖ projeleri incelenecektir.

1.3.6.4.1. Mundra Ultra Mega Enerji Tesisi

Hindistan'ın Gujarat bölgesinde artan nüfus sonucunda ortaya çıkan enerji sorununu gidermeyi amaçlayan projedir. Gujarat bölgesinin temel ihtiyaçları arasında tarımla uğraşan çiftçilerin, bölge hastane ve okullarının elektrik ihtiyaçları ve sokakların aydınlatmasını sağlamak için oluşturulan proje aynı zamanda bölgenin su ve altyapı hizmetlerini de gerçekleştirmeyi hedeflemektedir.¹¹⁷

2006 yılında Tata Power, Mundra projesi için en düşük fiyatı vererek (kilovat saat başına 225 Rs) Mundra projesi ihalesini kazandı. Böylelikle Tata Power 25 yıl boyunca hizmeti sunan firma olmuştur. Hindistan hükümetinin 2012 yılı herkes için enerji sloganı ile birlikte faaliyete geçmiştir. Girişim sayesinde Hindistan hükümeti, enerji sektörünün GSYİH büyüme hedefine ulaşmak için kaliteli ve güvenilir bir yol bulmuş oldu. Projenin yatırım tutarı ise 1,8 milyar \$'dır¹¹⁸. Hindistan hükümeti böyle büyük bir mali yüke katlanmaksızın hem GSYİH'da istediği hedefe ulaşma hem de temel kamu hizmeti olan enerji sağlama hizmetini gerçekleştirmiştir.

1.3.6.4.2. Los Ramones Gaz Boru Hattı

Meksika'da 2015 yılında 441 km uzunluğunda Nuevo Leon ve San Luis Potosí eyaletleri arasında 1.430 MMcf gaz boru hattı projesidir¹¹⁹. Kamu hizmetini sunmak için büyük bir mali yüke katlanmak istemeyen Meksika hükümeti, 2015 yılında hizmeti gerçekleştirmek adına kamu özel ortaklığına gitmiştir. Yapılan ihale sonucunda IEnova şirketi

¹¹⁷ Assian Development Bank, 2007: 7.

¹¹⁸ <https://www.power-technology.com/projects/mundra-ultra-mega-power-plant-gujarat/> (erişim tarihi: 21.01.2019).

¹¹⁹ <https://ppi.worldbank.org/snapshots/project/los-ramones-gas-pipeline-phase-ii-norte-8409> (erişim tarihi 22.01.2019).

ihaleyi kazanmıştır. 25 yıllık işletme hakkına sahip olan IEnova şirketi hizmeti gerçekleştirmek için 1,4 milyar \$ dolar finansman sağlamış ve boru hattının inşasını üstlenmiştir. Yüklenici firma fiyat endeksini Meksika pesosu yerine dolara göre endekslemiştir. Meksika hükümeti hizmete duyulan ihtiyaç ve hizmetin mali yükünden dolayı anlaşmayı onaylamıştır. Proje hizmetin sunumu ile birlikte 110 bin haneye doğal gaz sağlamayı hedeflemektedir.¹²⁰

1.3.6.4.3. Hangzhou – Shaoxing – Taizhou Demiryolu

Çin’de Hangzhou, Shaoxing ve Tazihou bölgeleri arasında 296 km uzunluğunda ve 9 istasyona sahip demiryolu projesi için kamu özel ortaklık modeline başvurulmuştur¹²¹. Yüksek hızlı tren ile hizmet vermek için tasarlanan projenin maliyeti yaklaşık 6,9 milyar \$’dır. 2017 yılında yapılan sözleşmede inşa süresi 4 yıldır. Projeyi üstlenen Fosun grup 30 yıl tesisi işletme hakkına sahip olacaktır. Proje sözleşmesi uyarınca bilet fiyatlarını Fosun grup belirlerken, işletmenin kontrolünü Çin demiryolu bürosu ve Şangay demiryolu bürosu denetleyecektir¹²².

1.3.6.4.4. São Paulo – Guarulhos Uluslararası Havaalanı

Brezilya’nın São Paulo şehrinde 2012 yılında Brezilya hükümetinin, mevcut havaalanının mevcut kapasitesinin yetersiz olmasından dolayı gerçekleştirdiği projedir. Proje dâhilinde havaalanının yeniden düzenlenmesi ve mevcut kapasitenin artırılması hedeflenmiştir. Projenin Sabit yatırım tutarı 1,4 milyar \$’dır. Proje Invepar, Grupar ve Infrareo firmalarının aralarında yaptığı özel konsorsiyum¹²³ ile üstlenildi. Projenin inşası 4 yıl sürmüştür ve 2016 yılında faaliyete geçmiştir. Proje neticesinde yılda 12 milyon yolcu kapasiteli uluslararası bir havaalanı yapılmıştır. 25 yıl boyunca havaalanının işletme hakkı özel sektöre aittir. 25 Sözleşme neticesinde havaalanı kamuya ücretsiz teslim edilecektir.

1.3.7. Türkiye’de Kamu Özel Ortaklık Modeli

KOÖ modeli liberal politikalar ve küreselleşmenin etkisiyle Türkiye’de 1980’li yılların sonunda gündeme gelmeye ve yaygınlaşmaya başlamış olsa da esasında yasal çerçeve bakımından kökeni Osmanlı’ya kadar dayanmaktadır. Kamu hizmetinin ifası için verilen

¹²⁰ IEnova, 2015: 20.

¹²¹ <https://ppi.worldbank.org/snapshots/project/hangzhou--shaoxing--taizhou-railway-9313> (erişim tarihi: 22.01.2019).

¹²² <https://www.railwaypro.com/wp/china-signs-agreement-first-ppp-rail-project/> (erişim tarihi: 22.01.2019).

¹²³ Kelime anlamı: Şirketler birliği. Belirli bir projeyi gerçekleştirmek amacıyla birden fazla özel sektör firmasının birleşmesi

imtiyazların düzenlemelerini içeren 1910¹²⁴ 26 sayılı Menafii Umumiyye Mütcellik İmtiyazat¹²⁵ hakkında kanun, özel sektör ile ortaklık modelinin yasal dayanağını oluşturmaktadır. Kanuni dayanağı oluşmasına rağmen 1980’li yıllara kadar hizmet sunumunda geleneksel yöntem tercih edilmiştir. 80’li yıllara gelindiğinde ise Türkiye’yi gerçekleştiren siyasi ve ekonomik etmenler, dünya ekonomisinin bütünleşme eğilimi ve hizmetlerin sunumunda etkin ve verimliliğin hedeflenmesi gibi nedenler hizmetlerin sunumu için farklı seçeneklere yönlendirmiştir.

Türkiye’de 1980’li yıllardan itibaren değişen ekonomik anlayış ile devletin küçülmeye gittiği özel sektörün ise piyasa içerisinde payının arttırılmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda ise hizmetlerin özelleştirilmesi başlamıştır ve buna yönelik çeşitli kanunlar çıkarılmıştır.

1984	233 sayılı Kamu İktisadi Teşebbüsleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 233 sayılı KHK, 3096 sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik üretimi, iletimi ve dağıtımı ile ilgili kanun
1988	3465 sayılı Kara Yolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi Hakkında Kanun
1994	3996 sayılı bazı yatırım ve hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtılması Hakkında Kanun 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun
1997	4286 sayılı Anayasanın ilgili maddelerinde değişiklik 5185 sayılı kanunla değişiklik
2004	3653 Yalova Termal Kaplıcalarının İdaresi ve İşletilmesi Hakkında Kanun
2005	Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na Eklenen Ek 7. Madde
2011	6082 sayılı kanunda değişiklik 351 sayılı Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanunu, 652 sayılı Milli Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname
2013	6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde değişiklik yapılması hakkında kanun

Fotoğraf 1. 1. Türkiye’de KÖÖ ile İlgili Düzenlemelerin Kronolojik Sıralaması

Kaynak: KÖÖ Daire Başkanlığı verileri doğrultusunda tarafımızca düzenlenmiştir.

Fotoğraf 1.1.’de geçen kanun ve kanun hükmünde kararnameler kronolojik sıraya göre verilmiştir. 1980 yılında başlayan dışa açılma politikaları neticesinde ilk adımları atılmıştır. Sonrasında ise 82 anayasasındaki 47. maddenin düzenlenmesi ilk yasal adım olarak değerlendirilebilir. Türkiye’de mevzuat içerisinde yer bulan kamu özel ortaklık modeli, Bakanlar Kurulu Kararı gibi pek çok düzenleyici işlemi de içerisinde barındırmaktadır. Türkiye’de ki kamu özel ortaklık mevzuatı içerisinde pek çok yönetmelik, yönerge ve değişiklikler de yer almaktadır. Fotoğraf 1.2.’i incelendiğinde uygulanan KÖÖ ortaklık modelleri mevzuatı: Yap-Kirala-Devret (YKD), Yap-İşlet-Devret (YİD), Yap-İşlet (Yİ) ve İşletme Hakkı Devri (İHD) hakkında olduğu görülmektedir.

¹²⁴ 10 Haziran 1326

¹²⁵ Ek 9.

MODEL	Mevzuat
YİD	3996 sayılı bazı yatırım ve hizmetlerin YİD çerçevesinde Yaptırılması
	3996 sayılı bazı yatırım ve hizmetlerin YİD çerçevesinde Yaptırılması hakkında uygulama usul ve esaslarına ilişkin karar
	3096 sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun
	3465 Sayılı Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun
	Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanunun Uygulama Yönetmeliği
YKD	6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca KOÖ modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmete Alınması Hakkında Kanun
	652 sayılı Özel Barınma Hizmeti Veren Kurumlar ve Bazı Düzenlemeler Hakkında KHK'nin 23. Maddesi
	Eğitim Öğretim Tesislerinin Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Eğitim Öğretim Hizmet Alanların Dışındaki Hizmet ve Alanlarının İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik
	351 sayılı Yüksek Öğretim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanunun 20. Maddesi
Yİ	4283 Sayılı Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerini Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun
	4283 Sayılı Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerini Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Yönetmelik
İHD	4046 Sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun
	5335 Sayılı Kanunun 33. Maddesi (Havaalanı Özelleştirmesi)
	4458 Sayılı Gümrük Kanunun 218/A maddesi

Fotoğraf 1. 2. Türkiye’de KÖO ile İlgili Düzenlemelerin Kronolojik Sıralaması

Kaynak: KÖO Daire Başkanlığı verileri doğrultusunda tarafımızca düzenlenmiştir.

Fotoğraf 1.2.’de KÖO modelinin mevzuatı görülmektedir. Modelin her bir uygulaması için farklı kanun, yönetmelik ve KHK oluşturulmuştur. Modelin tamamını içerisine alan bir kanun ise bulunmamaktadır.

1.3.8. Türkiye’de Uygulanan Kamu Özel Ortaklık Modeli Örnekleri

KÖO modelinde Türkiye’de 246 proje gerçekleşmiştir¹²⁶. Bu konu dâhilinde Türkiye’de gerçekleşmiş ya da gerçekleştirilmekte olan KOÖ projelerinden bazıları incelenecektir.

1.3.8.1. İstanbul Havalimanı Projesi

Türkiye’de dönemin devlet başkanının Ekim 2010’da İstanbul’da iki hava limanın mevcut talebi karşılamadığı ve bu nedenle yeni bir havalimanına ihtiyacın olduğu

¹²⁶ <https://ppi.worldbank.org/snapshots/rankings> (erişim tarihi: 10.02.2019).

duyurulmuştur¹²⁷. Böylelikle İstanbul havalimanı proje süreci başlamıştır. Proje, Türkiye'nin en büyük KÖO projelerinden biridir.

Projede uygulanacak modelin Ocak 2013 tarihinde "Yap-İşlet-Devret" modeli olacağı duyurulmuştur. Proje ilgili kurum ise Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme bakanlığıdır. Toplamda 76.500.000 m² bir alana yapılacak olan İstanbul havalimanı¹²⁸, Arnavutköy'de bulunmaktadır.

İhale bedeli 22 milyar 152 milyon Euro olan projenin maliyeti ise 10 milyar 247 milyon Euro'dur. Projeyi gerçekleştirecek olan firmalar ise Cengiz – Kolin – Limak – Mapa – Kalyon ortak girişim grubunun oluşturduğu konsorsiyumdur. Projenin mimarisini ise Kiklop Desin, Grimshaw Architects, Nordic Office of Architecture, Arup Associates, Haptic Architects, Perkin+Will üstlenmiştir¹²⁹.

İstanbul'un içerisinde bulunduğu stratejik konum¹³⁰ itibariyle yeni bir havalimanına ihtiyacın olması yönetme erkine sahip politikacılar¹³¹ tarafından belirlenmiştir. Talep edilen bu ihtiyacın kamunun kaynakları ile gerçekleşmesi devletin ödemeler dengesi için yük oluşturacağı için KÖO modeli tercih edilmiştir. Hizmeti 25 yıl boyunca oluşturulan konsorsiyum sunacaktır. 25 yıl sonra ise havalimanı kamuya devredilecektir.

1.3.8.2. Ankara – Niğde Otoyolu Projesi

Türkiye'nin ulaşım ağı açısından oldukça önemli bir nokta olan Ankara-Niğde arasındaki yol, otoyol projesi ile hizmet sunulması amaçlanmaktadır. Ankara-Niğde otoyol projesi esasında daha büyük bir proje olan Edirne-Şanlıurfa ulaşım hattının son halkasıdır¹³². Proje bu bağlamda Türkiye'nin karayolu ulaşımı için oldukça büyük öneme sahiptir.

Ankara-Niğde otoyolu¹³³ toplamda 275 km otoyol 55km bağlantı yolunu kapsamaktadır¹³⁴. Yol güzergâhı içerisinde 6 il¹³⁵ ve 14 ilçe bulunmaktadır. Proje kapsamında gerçekleştirilecek olan yapılar:

- 19 tane kavşak köprüsü

¹²⁷ <http://siyaset.milliyet.com.tr/erdgan-ucuncu-bir-havalimani-gorurseniz-sasirmayin/siyaset/siyasetdetay/30.10.2010/1308060/default.htm> (erişim tarihi 18.10.2019).

¹²⁸ Ek 10.

¹²⁹ <https://megaprojeleristanbul.com/print/3-havalimani> (erişim tarihi: 18.10.2019).

¹³⁰ İstanbul Avrupa ve Asya'nın bağlantısının sağlandığı dünya ticareti için büyük öneme sahip bir konumdur. İstanbul özellikle küresel ekonomi açısından Türkiye için önemli bir noktadır.

¹³¹ Dönemin Başbakanı, Ulaştırma bakanı, İktidar partisi milletvekilleri

¹³² <https://ankarazi.com/ankara-nigde-adana-otoyolu-tum-detaylar/186/> (erişim tarihi: 18.10.2019).

¹³³ EK 11.

¹³⁴ <https://www.kgm.gov.tr/Sayfalar/KGM/SiteTr/Projeler/OtoyolProjeleri/AnkaraNigde.aspx> (erişim tarihi: 18.10.2019).

¹³⁵ Ankara, Konya, Kırşehir, Aksaray, Nevşehir ve Niğde

- 10 tane bağlantı yolu
- 12 tane otobüs köprüsü
- 6 tane bağlantı yolu
- Toplam 3564,3 m uzunluğa sahip 5 tane viyadük
- 77 tane üst geçit köprü
- 113 tane alt geçit
- 656 tane hidrolik köprü menfez
- 4 tane bakım işletme merkezi
- 3 tane bakımevi
- 1 tane ana kontrol merkezi
- 5 tane B tipi servis alanı
- 5 tane D tipi servis alanı
- 14 tane ücret toplama noktası

Proje dâhilinde yapılması planlanmaktadır. Projenin 2022 yılı içerisinde bitmesi öngörülmektedir. Yap-İşlet-Devret kapsamında KÖO projesi olarak ERG Otoyol Yatırım ve İşletme A.Ş. tarafından gerçekleştirilecektir. 3 yıllık yapım süresi dâhil olmak üzere toplamda 11 yıl 10 ay 17 günlük proje teklifi kazanan firma, proje için 4.031.055.531 TL teklifte bulunmuştur.

1.3.8.3. Haliç Yat Limanı ve Kompleksi

Türkiye'nin ve İstanbul'un kültürel açıdan önemli bir noktası olan Haliç¹³⁶'in 1960'tan sonra artan sanayileşme sonucunda yapıların İstanbul'un tarihi dokusu ile uyumsuz kaldığı görülmüştür. Geri planda kalan bu bölge¹³⁷ İstanbul'un kültürüne ve tarihine uygun şekilde yeniden düzenlenmesi amacıyla projelendirilmiştir¹³⁸.

Kültür ve turizm amaçlı gerçekleştirilecek proje içerisinde İstanbul'un otel ihtiyacı da göz önünde bulundurularak bir otel de inşa edilecektir. 2013 Temmuz ayında ihaleye çıkan proje 1 milyar 346 milyon ABD doları karşılığında Sembol Uluslararası Yatırım ve Ekopark Turizm-Fine Otel' in kurdukları konsorsiyum tarafından üstlenilmiştir¹³⁹. Proje kapsamında 2 adet yüzer olmak üzere 4 adet yat limanı, bir adet iskele, bir adet rıhtım, bir adet kızak, bir adet platform ve bir adet kızak yapılacaktır.

¹³⁶ Ek 12.

¹³⁷ Toplamda 14.89.23 m² bir alan

¹³⁸ Tarihi Fatih Sultan Mehmet döneminde yapılan tarihi Haliç Tersanesi dâhil değildir.

¹³⁹ <https://emlakkulisi.com/halicport-projesine-4-bin-159-metre-kare-alan-ilavesi/518290> (erişim tarihi: 18.10.2019).

Yap-İşlet-Devret modelinin uygulanana Toplam 49 yıllık olan projede 4 yılı inşaat, 45 yılı ise üstlenici tarafından projeyi işletme süresidir. 49 yıl sonra ise işletme kamuya devredilecektir.

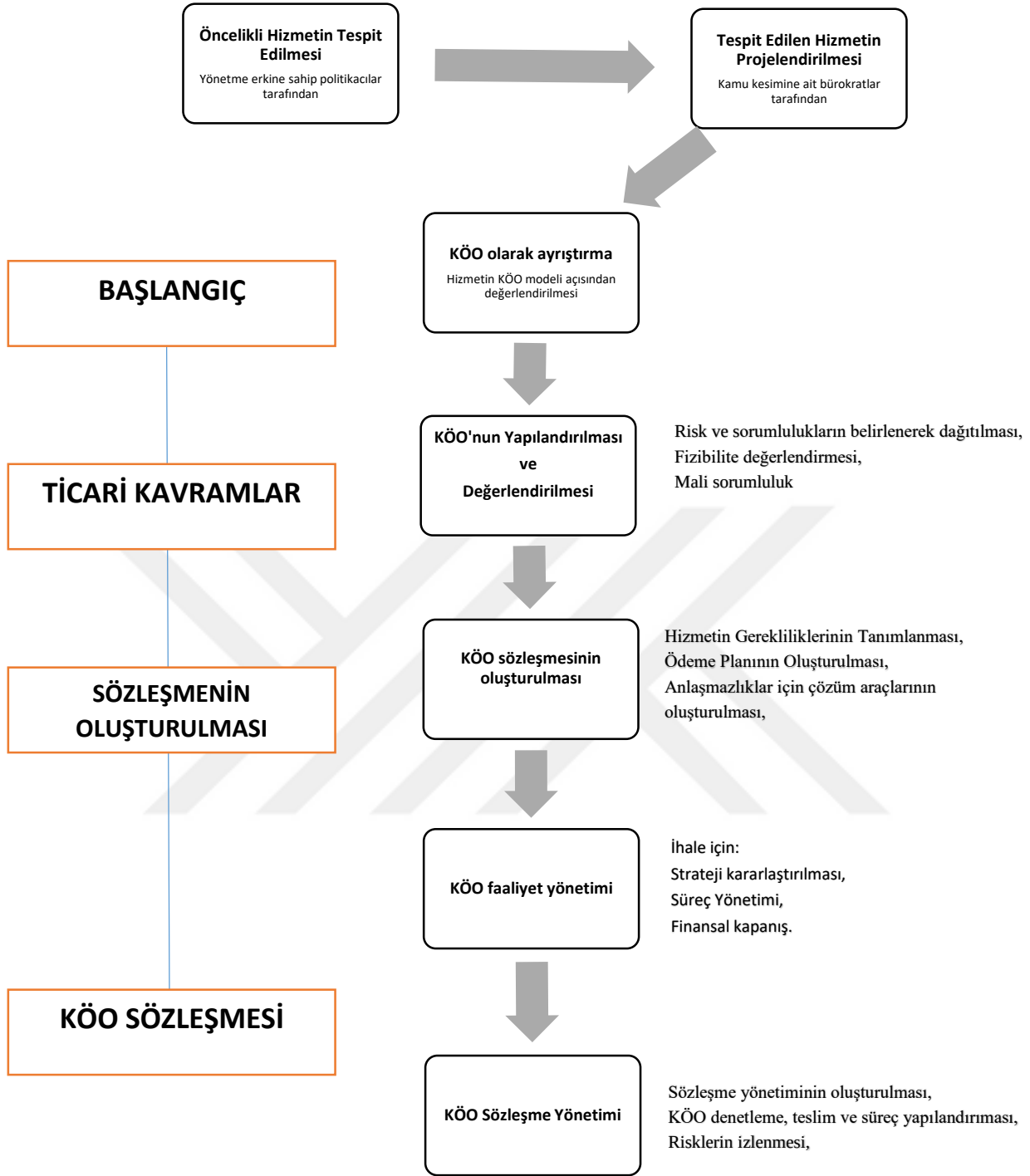
Genel itibarıyla bakıldığında ise Türkiye’de İstanbul havalimanında olduğu gibi küresel ticaretin gereği olarak, Ankara-Niğde otoyolunda olduğu gibi iç ticaret ve ulaşımın bir gereği olarak ya da Haliç yat limanı ve kompleksinde olduğu gibi kültür ve turizmin bir gereği olarak KÖO ortaklıklarına başvurulabilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda Türkiye için bir hizmet türü fark etmeksizin KÖO modeli tercih edilebilmektedir.

Türkiye’de KÖO projelerinin sözleşme süresi için ise kesin bir tarihin olmadığı görülmektedir. Verilen örnekleri incelendiğinde havalimanı projesinde 25 yıl, otoyol projesinde 11 yıl 10 ay 17 gün, haliç yat limanı ve kompleksi projesinde 45 yıl gibi süreler karşımıza çıkmaktadır. Projeleri üstlenen firmaların ise bazen tek başına bazen de konsorsiyum kurarak üstlendiği görülmektedir. Proje yatırım bedellerindeki tutar TL cinsinden olabileceği gibi döviz cinsinden de olabilmektedir. Bu doğrultuda bu ortaklığın hukuki açıdan doğmasına neden olan sözleşmeler büyük önem taşımaktadır. Devletlerin KÖO’larında başlangıçtan, hizmetin devrine kadar olan süreci bir sonraki başlıkta inceleyeceğiz.

1.3.9. Kamu Özel Ortaklık Sözleşme Süreci

KÖO ortaklık modelinin sözleşme süreç yönetiminin ülkelerin gelir seviyesi ile orantılı olduğundan önceki konularda bahsetmiştik. Bahsedilen konu dâhilinde 4 temel başlık¹⁴⁰ içerisinde süreç tanımlanmıştı. Fakat kamu kesiminin karar alma, projelendirme gibi süreçler de KÖO modellerinin sözleşme süreci içerisinde. Bu doğrultuda öncelikle dünyada gerçekleşen tipik bir KÖO sürecini inceleyip sonrasında Türkiye’de KÖO modeli sürecini incelenecektir.

¹⁴⁰ Hazırlık, İhale, USP ve Sözleşme Yönetimi



Şekil 1. 5. KÖO Projelendirme Süreci

Kaynak: Tarafımızca Dünya Bankası verileri doğrultusunda düzenlenmiştir.

Şekil 1.4.'ü incelendiğinde KÖO projesinin başlangıç aşamasından sözleşme bitimine kadar olan süreç verilmiştir. Hizmetin başlangıç kısmına ek olarak yönetme erkinin KÖO hakkındaki kararının eklenme nedeni ise KÖO projesini gerçekleştirme kararının dönemin idarecileri tarafından verilmesinden kaynaklıdır.

İkinci aşamada ise politikacılar tarafından belirlenen öncelikli kamu hizmetinin projelendirilmesi gelmektedir. Bu aşama bürokratlar tarafından hizmetin KÖO projesi olarak

sunulup sunulmayacağına karar verilir. Sunulacaksa hizmet projelendirilir, sunulmayacaksa projeden vazgeçilir.

Üçüncü aşamada ise projelendirilebilecek olan hizmetin yine ilgili bürokrat tarafından hangi KÖO modeli uygulaması içerisinde değerlendirileceğine karar verilir. Bir sonraki aşamada ise risk analizi yapılır, kamu ve özel sektörün sorumluluklarının dağıtılması bu aşamada gerçekleşir. Sözleşmenin oluşturulduğu aşamada ise özel sektörün sınırları belirlenir, hizmetin nasıl sunulması gerektiği belirlenir ve çıkabilecek anlaşmazlıkların çözümü için çözüm mekanizması oluşturulur. Faaliyet yönetimi aşamasında ise ihalenin yöntemi belirlenerek süreç yönetiminin içeriği hazırlanır. Sözleşmenin imzalandığı son bölümde ise devlet hizmet sunumunda risklerin izlenmesini, sürecin denetimini, finansal kapanışı ve işletmenin devri işlemlerini gerçekleştirir.

Türkiye’de ise KÖO ile sunulması planlanan hizmetin kapsamının belirlenmesi süreci, stratejinin belirlenmesi, ayrıştırma süreci, sözleşmenin müzakere ile belirlenmesi, sözleşmenin imzalanması ve hizmetin sunumu olmak üzere toplamda 6 aşamadan oluşmaktadır.¹⁴¹ Sunulması planlanan hizmetin öncelikle kapsamı belirlenir. Kapsamı belirlenen hizmet için strateji olarak ihale usulü seçilir. Ayrıştırma aşamasında ön eleme ile projeyi üstlenecek olan firmanın hizmeti karşılayıp karşılayamayacağı denetlenir. Yapılan bu ön elemenden geçen firmalar ile müzakere yapılarak sözleşme belirlenir. Şartları sağlayan ve ihaleyi kazanan firma/firmalar ile sözleşme imzalanır. Sözleşme ile hizmet açısından özel hukuk hükümleri başlamaktadır. Çıkması muhtemel uyuşmazlıklar açısından firma/firmalar tahkime gidebilirler.¹⁴² Sözleşmenin imzalanmasından sonra hizmetin sunumu başlamaktadır. KÖO süreci böylelikle son bulmaktadır. Kamuya ait hisseler %49’u geçmemektedir. Projeyi üstlenen firma/firmalar ise projenin/hizmetin tasarımı, finansmanı, inşası ve hizmetin işletilmesinden sorumlu olmaktadır.

Türkiye’de KÖO ihalelerinde devlet ihale kanunu ya da kamu ihale kanunu tercih edilmemektedir. Uygulanan yöntem ise bahsi geçen bu iki kanunun genel özellikleri ve özellikle AB ile uyum sağlayacak şekilde şeffaflık, hesap verilebilirlik, esneklik gibi ilkeler esas alınmaktadır. Böylelikle sadece yurtiçi yatırımcılar değil aynı zamanda da yurtdışındaki yatırımcılar için güvenilir bir ortam yaratılmak hedeflenmiştir. Yine aynı amaçla 82 anayasasının 125. Maddesi ile çıkabilecek anlaşmazlıklar için uluslararası tahkim yolu açılmıştır.¹⁴³

¹⁴¹ Boz, 2013: 307.

¹⁴² 82 Anayasası 47. Maddesi ve yine 82 Anayasasının 125. Maddesi

¹⁴³ Güneş, 1957: 410.

Sözleşme süresi olarak ise Türkiye’de 25-30 yıl gibi bir sözleşme süresinin olduğu görülmektedir.¹⁴⁴ KÖO’ların sona ermesi ise iki şekilde meydana gelmektedir. Bunlar ise KÖO’ların olağan şekilde sona ermesi ve olağanüstü şekilde sona ermesi şeklinde gerçekleşmektedir.

Kamu özel ortaklıklarının olağan şekilde sona ermesi de kendi içerisinde ikiye ayrılmaktadır. Bunlar: Sözleşme süresinin sona ermesi ve ikale yoluyla KÖO’ların sona ermesidir.

- Sözleşme süresinin sona ermesi sona ermesi: KÖO projesinde belirtilen hizmetin yine sözleşmede belirtilen süre boyunca sunulması ve sürenin dolmasıyla da hizmetin devri olarak tanımlanabilir.
- İ kale yoluyla sözleşmenin sona ermesi: Kamu kesimi ve projeyi üstlenen firmanın anlaşarak sözleşmeyi sona erdirmesi durumudur.
- Kamu özel ortaklıklarının olağanüstü sona ermesi de kendi içerisinde ikiye ayrılmaktadır. Bunlardan ilki kamu kesimi tarafından sözleşmenin feshi, ikincisi ise özel sektör tarafından sözleşmenin feshi yoluyla gerçekleşmektedir.
- Kamu kesimi tarafından sözleşmenin feshi: Sözleşmede belirtilen hizmetin, sözleşmede belirtildiği gibi sunulmaması veya hizmet sunumunda kusurun bulunması; bulunan kusurun giderilemeyecek düzeyde olmasından dolayı sözleşme idare tarafından fesih edilebilir.
- Özel kesim tarafından sözleşmenin feshi: Sözleşmede belirtilen hizmetin ifasında kamu kesimi tarafından bir engelin vuku etmesi ya da kamu kesiminin sözleşme şartlarına uymaması sonucunda bir kusurun meydana gelmesi durumunda KÖO sözleşmesi özel kesim tarafından fesih edilebilir.

KÖO sözleşmeleri mali açıdan büyük sözleşmelerdir. Bu nedenle sözleşme akdi hazırlanırken sözleşmenin feshi açısından doğabilecek yükümlülükler büyük önem arz etmektedir. Özellikle GOÜ’lerin bütçeleri göz önüne alındığında mali dengeyi bozması pek muhtemeldir. Sözleşmenin feshinden kaynaklı sorunlar ülkenin yatırım-risk analizinde puanını da etkilemektedir. Özel derecelendirme kuruluşlarınca¹⁴⁵ hazırlanan; ülkelerin yatırım-risk analizinde¹⁴⁶ puanlarının negatif etkilenmesi, ülkeye gelecek yabancı sermayenin de kararını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sorun doğrultuda bir sonraki dönemde

¹⁴⁴ https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/05/Kamu-Ozel_Isbirligi_Raporu-2018.pdf (erişim tarihi: 20.10.2019).

¹⁴⁵ Ek 13.

¹⁴⁶ Moody’s, Standart&Poors, Fitch, Duff&Phelps özel firmaları tarafından ülkelerin yatırım risk analizi yapılmaktadır. Dünya ekonomisinde genel kabul gören bu firmaların analizleri yatırım esnasında özel sektör tarafından dikkate alınmaktadır.

uygulanması muhtemel olan KÖO'ları yabancı sermaye açısından riskli görülebilir. Riskli olan bir ülkede projenin cazip hale gelebilmesi için özel sektör kâr oranının arttırılması gerekmektedir. Bu duruma ise KÖO'nun, kamu maliyesi açısından avantajı azalacaktır.

KÖO'larda tanım ve uygulama şekli olarak ülkeler arasında farklılıklar görülse de genel itibariyle sözleşme sürecini incelendiğinde (dünya genelinde ve Türkiye'de görüleceği üzere) ülkeler arasında bir benzerlik görülmektedir. Hukuksal anlamda iktisadi faaliyetin doğuşu olan sözleşme akdi ise oldukça önemlidir. Sözleşme akdini etkileyen birden fazla etmen¹⁴⁷ vardır. Devletler bu nedenle KÖO'ları tercih etmeden önce bu etmenlerin hepsini göz önünde bulundurmalarıdır. Bu bağlamda KÖO'larının avantaj ve dezavantajları ortaya çıkmaktadır. Bir sonraki başlıkta bu avantaj ve dezavantajlardan bahsedilecektir.

Sağlık hizmetlerinde özel sektörün belirgin şekilde yer alması genel itibariyle dün ekonomisi içerisinde 1980'li yıllardan sonra gerçekleşmiştir. 2000'li yıllardan itibaren de özelleştirmenin yeni formu olan KÖO olarak kendine piyasa içerisinde yer edinmiştir. Dünya'nın çeşitli ülkelerinde giderek sağlık hizmetlerinde yaygınlaşan kamu ve özel sektörün birlikte çalışması hâlâ tartışılan bir konudur. Dünya genelinde KÖO sonucunda meydana gelmiş şehir hastane sayısı gün geçtikçe artmaktadır.¹⁴⁸

1.3.10. Kamu Özel Ortaklık Modeli Avantajları ve Dezavantajları

Kamu özel ortaklık modelinin, kamu kesiminin bir ihtiyacı olarak ortaya çıktığı ve bu ihtiyacı gidermeyi hedeflediği açıktır. Fakat modelin başlangıcında, gerçekleşmesinde ve bitmesi durumunda kamu maliyesi açısından bazı avantajları ve dezavantajları içerisinde barındırmaktadır. Özellikle bu modele en çok ihtiyaç duyan ülkelerin gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkeler olduğunu kabul edecek olursak eğer, sözleşmeye bağlı olarak kamu hizmetinin sunulması adına avantajları ve dezavantajları ortaya çıkmaktadır. Bu noktada en önemli husus yapılan sözleşmelerin içeriğidir.¹⁴⁹

1.3.10.1. Kamu Özel Ortaklıkları Avantajları

- Kamunun hizmet sunumunda geciktiği ya da gerçekleştiremediği hizmetlerde, özel sektör ile daha hızlı bir şekilde kamu hizmetinin gerçekleştirilmesini sağlamaktadır.
- Kamunun büyük maliyetlere katlanarak gerçekleştirmesi söz konusu olan projeleri, bu model aracılığıyla maliyetin tamamına hemen katlanmaksızın gerçekleştirmesi söz konusudur.

¹⁴⁷ Politikacılar, Bürokratlar, hizmete duyulan talep, hizmetin önceliği, derecelendirme kuruluşlarının puanları...

¹⁴⁸ <https://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.PPP> (erişim tarihi: 19.12.2019).

¹⁴⁹ Karahanoğulları, 2012: 97.

- Kamu özel ortaklıkları ile kamunun sahip olmadığı özel sektörün bilgi, tecrübe ve teknolojisinden bir maliyete katlanmaksızın faydalanmaktadır.

- Klasik görüşe göre devletin başarısızlıklarından olan; devletin, kamu hizmet sunumunda etkinsiz ve verimsiz çalışmasının önüne geçerek, özel sektörün hizmeti sunmasını sağlamaktadır. Devletin ise kontrolör durumunda olması, devletin daha etkin olmasını sağlamaktadır.

- Kamunun yerine özel sektörün, kamu hizmeti için harcama yapması piyasa içerisinde oluşması muhtemel dışlama etkisini ihtimalini ortadan kaldırmaktadır.

- Devletler, kamu özel ortaklıkları için ihaleler yapmakta ve bu ihaleler doğrultusunda en uygun maliyetli ve en fazla verimi sunan özel sektör firması/firmaları ile sözleşme yapmaktadır. Bu durumun sonucunda ise yapılacak olan proje devlet borçları açısından daha az yük oluşturacaktır.

- Kamunun sunacağı hizmetler azalacağı için kamunun gelire olan ihtiyacı azalacaktır. Bu durum ayrıca vergi gelirlerini de etkileyecektir.

- Kontrolör konumunda olan kamunun, hesap verilebilirliği artmaktadır.

1.3.10.2. Kamu Özel Ortaklıkları Dezavantajları

- Kamu özel ortaklık projeleri başlangıçta bir maliyet oluşturmaya da kamu kesimi, özel sektöre yıllık olarak uzun dönemli bir kira ödemesi yapacaktır. Proje sayısı arttıkça uzun dönemli sabit borçlarda artmaktadır. Bu açıdan incelendiğinde ise gelecek yıllar içerisinde devletler için büyük bir mali yüke neden olmakla birlikte mali sürdürülebilirliği zora sokacaktır.

- Şu an gerçekleşecek hizmetin maliyetine gelecek nesiller katlanacaktır.

- Sözleşmelerde kira ödemesinin para birimi olarak döviz kullanılması durumunda kurda yaşanacak bir artış, devletin daha fazla borçlanmasına neden olacaktır.

- Sermaye ihtiyacı fazla olan gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde hizmetin kamu özel ortaklık modeli ile sunulması için sözleşmeyi cazip hale getirmek için daha fazla maliyete katlanılabilmektedir.

- Kamu özel ortaklık modellerinin büyük bir kısmında projeyi gerçekleştiren özel sektör firmasının, proje dâhilinde gerçekleştirdiği faaliyetlerin vergilerden muaf olması kamu gelirlerinde azalmaya yol açacaktır. Ayrıca böyle bir uygulama aynı sektördeki diğer firmalar ile projeyi gerçekleştiren özel sektör firması arasında haksız rekabete yol açacaktır.

- Kamu özel ortaklık modeline hükümetlerin(politikacıların) karar verdiği göz önünde bulundurulacak olursa eğer; oy kaygısı ile ihtiyaç duyulmadığı halde bazı projeler

gerçekleştirilebilir. Bu durum kamu maliyesi açısından verimsiz bir yatırım olacak ve kira ödemesi ile mali yük oluşturacaktır.

- Özel sektör ile kamu arasında yapılacak olan sözleşmeleri hazırlayacak olan bürokratların deneyimli olması gerekmektedir. Aksi halde uzun dönemde kamu daha fazla maliyete katlanmak zorunda kalacaktır.
- Özel sektör ortaklığında yabancı sermayenin gelmesi kira ödemesi başladığında ülke ekonomisinde düzenli bir sızıntıya neden olacaktır.



İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIKLARI

2.1. Kavramsal Olarak “Sağlık”

Sağlıklı olmak kavramı insanlığın en temel ihtiyaçları arasındandır. Maslow’un ihtiyaçlar piramidinde en temel ihtiyaçları arasında gördüğü sağlık kavramı için birden fazla tanım mevcuttur. Tanımlar doğrultusunda sağlıklı olmak kavramının kapsamı genişleyebildiği gibi darlaşabilmektedir. TDK’nin tanımı “bireylerin fiziksel açıdan, sosyal açıdan ve ruhsal açıdan tam bir iyilik halinde olması¹⁵⁰” şeklinde tanımlanmaktadır. TDK tanımından da anlaşılacağı üzere sağlık kavramı çok boyutlu bir kavramdır.

Sağlıklı olmak kavramı genel itibariyle bireyin biyolojik ihtiyaçlarını tam anlamıyla görebildiği, fiziksel olarak bir bütünlüğe sahip, akli iradesinin tam ve toplum içerisinde sosyal olabilme durumudur şeklinde tanımlanabilir. Yaptığımız bu tanım doğrultusunda sağlıklı olmak kavramının sadece biyolojik olarak sağlıklı olmanın değil aynı zamanda bireyin psikolojisinin ve toplum içerisinde aktif bir rol almasını da içerdiği görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 1946¹⁵¹ kabul ettiği tanım itibariyle sağlık sadece hastalığın ya da halsizliğin olmadığı durum değil aynı zamanda da tam anlamıyla fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halidir¹⁵². Tanımı irdelenecek olursak daha önce yaptığımız tanımla aynı doğrultuda olup sadece fiziksel veya biyolojik olarak değil aynı zamanda sosyal iyilik hali olduğunu vurgulamaktadır. Tanımdan hareketle sağlıklı olmak konusunda 3 koşuldan söz edilebilir¹⁵³:

- Herhangi bir hastalık ya da vücut bütünlüğünde/işlevinde bozulmanın olmaması durumudur.
- Bireyin günlük talep ve ihtiyaçlarını kendi başına yerine getirebiliyor olma durumudur.
- Bireyin kendi içinde kendisiyle ve toplum ve fiziksel çevre içerisinde dengede olma halidir.

Bu üç koşul esasında farklı tıp disiplinlerinin¹⁵⁴ içerisine de girmektedir. Bu bağlamda incelendiğinde ise sağlıklı olmak kavramı oldukça karışıktır. Birinci koşulu ele aldığımızda bireyin vücudunda fiziksel bir bütünlüğün olduğu kolayca tespit edilirken, bireyin doku ve

¹⁵⁰ <https://sozluk.gov.tr/?kelime=sa%C4%9Fl%C4%B1k%20hizmetleri> (erişim tarihi: 15.07.2019).

¹⁵¹ 19-22 Temmuz 1946’da gerçekleştirilen Uluslararası Sağlık Konferansında kabul edilen bu tanım. Aynı yıl içerisinde 61 ülke tarafından onaylanarak WHO sağlık tanımı olarak kabul edilmiştir.

¹⁵² <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions> (erişim tarihi: 15.07.2019).

¹⁵³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080455/> (erişim tarihi: 15.07.2019).

¹⁵⁴ Temel Tıp Bilimleri, Cerrahi Tıp Bilimleri, Dâhili Tıp bilimleri ve Psikoloji

hücrelerinde bozulmaların tespiti ise doktor nezdinde spesifik bir çalışma gerektirmektedir. İkinci koşul ise bireyler tarafından gözleme dayanır iken birinci koşul ile örtüşmektedir. Üçüncü koşulda ise hem bireysel psikolojiyi hem de toplumsal psikolojiyi ilgilendirmektedir. Üçüncü koşuldaki bu durum sağlık kavramını sosyoloji disiplini içerisinde yer almasına neden olmaktadır. Bu bağlamda hem psikoloji bilimi açısından hem de sosyoloji açısından sağlık tanımı önem arz etmektedir.

1970’lerde ortaya çıkan sağlık psikolojisi alanı, sağlığı etkileyen psikolojik kavramları araştırmaktadır.¹⁵⁵ Amerikan Psikologlar birliği tarafından sağlığın psikolojisi adlı çalışmada¹⁵⁶ sağlıklı olma halinde psikolojinin önemli bir yer tuttuğunu göstermiştir¹⁵⁷. Psikolojik anlamda sağlığın tanımı ise davranışsal olarak topluma uyum sağlayabilen iyilik hali olarak tanımlanabilmektedir.

Sosyoloji açısından sağlık tanımı ise sağlık sosyolojisi alanına girmektedir. Sağlık sosyolojisi temel anlamda sağlık ve hastalık kavramlarını bir arada değerlendirerek sağlığın toplumsal açıdan nasıl gerçekleştiğini açıklamaktadır. Bu bağlamda sağlıklı olma halinin toplumun davranışlarına, gelenek ve göreneklerine bağlı olduğunu belirterek, toplumun hastalığa bakış açısını ve hasta doktor ilişkisini açıklamaktadır. Ek olarak toplumsal farklılıklar ve hizmete erişimde sınıf farkının olup olmadığını inceler¹⁵⁸. Tanım olarak ise toplum içerisinde bireyin yer edinebilmesi¹⁵⁹, fiziksel ihtiyaçlarını giderebilmesi ve hasta olmama hali olarak açıklamaktadır.¹⁶⁰

İnsan hakları bildirisinde¹⁶¹ de sağlık hakkının insanlığın temel hakları içerisinde yer aldığını ve herkesin eşit oranda erişmesi gerektiğini söylemektedir.¹⁶² İnsan hakları içerisinde iyi sağlık kavramı farklı kavramlarla da birlikte verilmektedir. Bu kavramlar iyi sağlığın, temiz içme suyuna erişim, yeterli besleyici gıdalara erişim, yeterli barınma, eğitim ve güvenli çalışma koşulları ile pekiştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır¹⁶³.

DSÖ’nün 2030 sürdürülebilir kalkınma gündemi içerisinde yer almakta olan sağlık hedefleri, insan haklarına saygı göstermeyi ve sağlık politikalarında ve programlarında var olan ayrımcı ve eşitsizliklerin önüne geçmeyi hedeflemektedir. Böylelikle de ırk, din, dil, sosyal sınıf, sağlık durumu, sakatlık, cinsel eğilim, cinsiyet kimliği ve göç durumu

¹⁵⁵ <https://www.verywellmind.com/what-is-health-psychology-2794907> (erişim tarihi: 15.07.2019).

¹⁵⁶ Division 38

¹⁵⁷ <https://www.apa.org/about/division/div38-2012> (erişim tarihi: 15.07.2019).

¹⁵⁸ Weber ve Marx’ın sosyal statü, sınıfsal farklılıklar çalışmalarından yararlanılmaktadır.

¹⁵⁹ Davranışlarında toplum içerisinde genel onay alabilmesi olarak da açıklanabilmektedir.

¹⁶⁰ https://www.researchgate.net/publication/294733837_Saglik_Sosyolojisi (erişim tarihi: 15.07.2019).

¹⁶¹ Ek 14

¹⁶² Madde 25

¹⁶³ <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/en/> (erişim tarihi: 15.07.2019).

gözetmeksizin sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlamayı hedeflemektedir.¹⁶⁴ DSÖ çalışmaları AB, Birleşmiş Milletler (BM), DB ve OECD tarafından desteklenmektedir. Böylelikle küresel anlamda sağlık hizmetinin sunumu hedeflenmektedir.

Sağlık hakkının küresel anlamda önem arz etmesinin başlıca nedenleri arasında temel bir insan hakkı olması, sağlıklı olmanın doğası gereği toplum ve dünya sağlığını etkilemesi, üretim faktörlerini etkilemesi gibi nedenleri sıralanabilir. Sağlık kavramını diğer kavramlardan ayıran fark burada ortaya çıkmaktadır. Bireysel sağlık toplumsal sağlığın devamlılığı ve küresel sağlığın selameti açısından da büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle de ülkeler de sağlık hakkına önem vermektedir.

Sağlık hakkı ülkeler tarafından da anayasal çerçevede korunan bir haktır. Özellikle sağlık hakkının evrensel bir insan hakkı olması, bu kavramın ülkeler tarafından benimsenmesine ve sağlık hakkının gözetilmesine neden olmuştur. Türkiye’de bu bağlamda sağlık hakkını anayasal çerçevede koruma altına almıştır. 1961 ve 1982 Anayasalarında¹⁶⁵ sağlık hakkının korunmasına, sağlıksız olma halinde bireylerin tekrar sağlıklı hale gelmesi için pozitif katkıda bulunulmasına ve sağlıklı olma halinin devamlılığının sağlanmasına yer verilmiştir. Böylelikle temel hak ve hürriyetlere değer veren, bu haklar doğrultusunda hareket eden ve insan haklarına saygı duyan bir devlet haline gelmiştir¹⁶⁶. Türkiye’de sağlık hakkı ve hizmeti hakkında detaylı bilgi ilerleyen bölümlerde verileceği için şimdi bir sonraki konu olan sağlık hizmeti konusu ile devam edilecektir.

2.1.1. Sağlık Hizmeti

Sağlık hizmeti sağlık sektörü içerisinde bireylerin mevcut sağlıklarının korunmasını sağlamak, muhtemel hastalıkların önlenmesini sağlamak, bireyin hasta olması durumunda tedavisini gerçekleştirmek, fiziksel ya da ruhsal becerilerinde bir düşüş var ise rehabilitasyonuna yönelik çalışmalar yapmak gibi hizmetlerin bütünüdür. Bu bağlamda incelendiğinde sağlık hizmeti toplumsal refah açısından büyük önem arz etmektedir. Genel itibariyle sağlık hizmetlerinin amaçları:

- Sağlıklı olma halinin korunmasını ve geliştirilmesini sağlamak,
- Anne – çocuk sağlığını sağlamak,
- Toplum içerisinde aile planlaması hakkında gerekli bilgilendirmeleri sağlamak,
- Çevre sağlığı hakkında hizmetler sunmak,

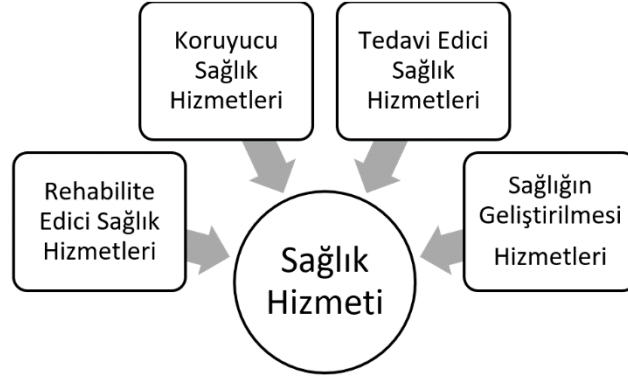
¹⁶⁴ A.g.e.

¹⁶⁵ Sosyal haklar ve Ödevler başlığı altında yer alan 56. Madde “Sağlık Hizmetleri Ve Çevrenin Korunması”

¹⁶⁶ Temiz, 2014: 171.

- Bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini yükseltecek hizmetleri gerçekleştirmektir.¹⁶⁷

Sağlık hizmeti amaçlarından da anlaşılacağı üzere oldukça geniş bir kapsama sahiptir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde sınıflandırmaya gidilmiştir. Bu doğrultuda Grafik 1.3.'da görüleceği üzere 4 tip sağlık hizmet şekli bulunmaktadır.



Şekil 2. 1. Sağlık Hizmeti Şekilleri

Kaynak: WHO verilerinden faydalanılarak tarafımızca oluşturulmuştur.

Şekil 2.2.'de geçen en temel sağlık hizmeti koruyucu sağlık hizmetidir. Koruyucu sağlık hizmeti isminden de anlaşılacağı üzere bireyi yaralanma, sakatlanma ve hastalanma durumları gerçekleşmeden korumayı hedeflemektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri bir nevi teşhis niteliğindedir. Buna dönük olarak bireylere gerekli eğitimlerin verilmesi, temel aşıların yapılması, beslenme konusunda gerçekleşen koşulların iyileştirilmesi, aile planlaması hakkında eğitimlerin verilmesi gibi hizmetleri kapsamaktadır. Sunulan hizmetin kapsamı değerlendirildiğinde koruyucu sağlık hizmetinin sadece hizmetten yararlananların değil aynı zamanda da toplumdaki diğer bireylere de fayda sağladığı görülmektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri de yine isminden de anlaşılacağı üzere vuku eden hastalık durumunu gidermeyi, bireyin tekrardan sağlıklı hale dönmesini hedeflemektedir. Bu bağlamda bireyin sağlık durumu esas alınarak üç basamaktan oluşmaktadır¹⁶⁸.

- Birinci basamak sağlık hizmetleri: Literatür içerisinde ayakta tedavi olmak olarak da adlandırılmaktadır. Hastalığın sona erdirilmesi için yatışın gerekli olmadığı sağlık hizmetidir. Bu sağlık hizmetinin sunulduğu yerler, sağlık ocağı, sağlık evleridir. Temel sağlık hizmetleri de burada verilmektedir.
- İkinci basamak sağlık hizmetleri: Birinci basamak sağlık hizmetlerince tedavisi gerçekleşmeyen hastalar ikinci basamak sağlık hizmetlerine sevk edilebilmektedir. Genel

¹⁶⁷ WHO, 2009: 11.

¹⁶⁸ Yavuz, 2011: 20.

itibariyle hastalığın tedavisi için hastanede yatışın gerekli olduğu sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmeti burada hastanelerde sunulmaktadır.

- Üçüncü basamak sağlık hizmetleri: Bireylerin hastalıklarının derecesinin daha da yükseldiği durumlarda üçüncü basamak sağlık hizmetlerine sevk edilir. Bu hizmeti sunan yerler; yüksek teknolojiye sahip, belirli bir hastalığı tedavi etmek maksadıyla kurulmuş sağlık merkezleri veya üniversitelerdir.

Rehablitemici sağlık hizmetleri ise doğuştan ya da bir kaza sonrası oluşmuş olan fiziksel engellerin tedavi edilmesi ya da engelli bireylerin topluma kazanılması maksadıyla sunulan hizmetlerdir. Hizmet ayrıca bireylerin bağımlılıklarından kurtulması tekrar psikolojik açıdan toplum içerisinde yer almasını sağlayacak sağlık hizmetini de sunmaktadır.

Geliştirici sağlık hizmetleri yine adından da anlaşılacağı üzere sunulan sağlık hizmetlerinin toplumun refahı için daha etkin ve verimli kullanılması adına yapılan çalışmalardır. Bu hizmette ayrıca sağlık alanında uygulanan yöntem ve araçların geliştirilmesi hedeflenmektedir. Yine aynı şekilde gelişen teknolojiyi sağlık sektöründe kullanılabilir hale getirmek ya da sağlık hizmetinin sunumu için yeni teknolojiler üretmek bu hizmetin içerisinde yer almaktadır.

DSÖ tarafından sağlık hizmetine dair hedefler on ikinci Uluslararası Temel Sağlık Hizmeti konferansında tanımlanmıştır¹⁶⁹. “2000 Yılında Herkese Sağlık¹⁷⁰” propagandası ile yola çıkan Alma-Ata bildirisi olarak literatüre geçen bildiride, sağlık hizmetinin hedefleri şu şekilde sıralanmaktadır¹⁷¹:

- Sağlık, ekonomik ve sosyal açıdan kalkınmanın temelleri arasında sayılması,
- Sağlık hizmetinin sunumu için sektörler arasında bir işbirliğinin olması gerektiği,
- Sağlık hizmetinin sunumu için gerekli teknolojinin kullanılması gerektiği,
- Sağlık hizmetlerinin planlanmasında toplumsal katılımın gerektiği,
- Sağlık hizmetinin sunumunda hekim dışı personellerin ekip anlayışı içerisinde olması,

Bu doğrultuda Alma-Ata bildirisinde toplumun sağlık hizmetinin planlanmasına katılması gerektiği vurgulanmaktadır. Böylelikle sağlık hizmeti, toplum ile uyumlu ve toplum tarafından kabul edilebilir şekle dönüştürülmüş olacaktır.

Sağlık hizmeti kavramı konu dâhilinde görüleceği üzere genel kabul görmüş evrensel bir kavramdır. Günümüzde sağlık hizmetinin sunumu yaygın olarak iki şekilde gerçekleşmektedir. Bunlardan ilki devletler tarafından hizmetin sunumu, ikincisi ise özel

¹⁶⁹ 12 Eylül 1978 yılında Alma-Ata’da toplanmıştır.

¹⁷⁰ Ek 15.

¹⁷¹ WHO, 1978: 1-3.

sektör tarafından sağlık hizmetinin sunumudur. Bunların dışındaki yöntemler: doğrudan özel sektör tarafından gerçekleşmesi, kamu kesiminin bir fiyat karşılığında hizmeti sunması, merkezi idarenin verdiği yetki doğrultusunda yerel yönetimlerin sağlık hizmetini sunması, birinci bölümde bahsedilen özelleştirme yöntemleri ile hizmetin sunumu ya da KÖO modelleri ile sağlık hizmetinin sunumudur.

1980 sonrasında devletlerin üstlendiği ve yerine getirmekle yükümlü olduğu görevlerde değişiklikler olduğundan bahsetmiştik. Devletin genel bağlamda değişen rolü neticesinde hizmetin klasik gördürülmesi yönteminden ayrılması, hizmet sunumunda devlete yeni görevler de eklemiştir. Bu değişiklikler kapsamı içerisinde sağlık hizmeti de bulunmaktadır. Devletler günümüzde sağlık hizmetinin (koruyucu sağlık hizmetleri hariç olmak üzere) finansmanını ve üretimini özel sektöre devredebilmektedir. Bu durum neticesinde önceden kamu kesimi tarafından sunulan sağlık hizmetinde artık özel kesimde yer alacağı anlamına gelmektedir. Sağlık hizmet sunumu içerisinde yaşanan bu değişim ile kamu kesimi tarafından üretilen sağlık hizmeti, özel sektör tarafından üretilen sağlık hizmeti ve kamu ve özel kesim ile birlikte üretilen sağlık hizmeti olmak üzere üç farklı sunum şekli peyda olmaktadır. Bu bağlamda görüleceği üzere sağlık piyasası içerisindeki aktörler kamu kesimi, özel kesim ve KÖO'dur.

Sağlık hizmetinin sunumunun değişmesiyle devlete addedilen yeni görevler ise eskiden sadece kamu hukuku disiplini içerisinde yer alan sağlık hizmetini, özel hukuk içerisinde yeniden düzenlemek. Özel kesimin içerisinde olduğu sağlık sunumunun kalitesini¹⁷² denetlemek.¹⁷³ Hizmet sunumuna KÖO'larının eklenmesiyle; çıkması muhtemel bireyler ve kamu kesiminden kaynaklı sorunlar, bireyler ve özel sektörden kaynaklı sorunlar ve kamu-özel sektör arasında sorunlar için çözüm mekanizması üretmek diye sıralanabilir.

Sağlık sektörü içerisinde bireyler tarafından hizmete olan talep diğer sektörlerden daha farklıdır. Bireylerin sağlıklı olma durumlarının bozulması ve yeniden sağlıklı olmak istemeleri doğrultusunda sağlık hizmetini talep ederler. Söz konusu talebin nedeni yeniden sağlıklı olmak olduğu için hizmetin sunumunda erteleme seçeneği ortadan kalkmaktadır. Söz konusu durumda sağlık hizmetleri özellik bakımından, kamu maliyesi açısından da diğer

¹⁷² Toplumsal refah bakımında sağlık hizmetlerinin kalitesi diğer hizmetlere göre daha fazla önem arz etmektedir.

¹⁷³ Dünya genelinde özel kesim tarafından sunulan hizmetlerin kalitesinin denetlenmesi ve düzenlenmesi görevi genellikle ilgili kamu kuruluşuna verilmektedir. Böylelikle alanında yetkin kamu kuruluşunca gerçekleştirilecek olan düzenleme ve denetlemenin etkin ve verimli bir şekilde gerçekleşeceği ön görülmektedir. Türkiye'de de benzer şekilde özel sektörün içerisinde bulunduğu sağlık hizmetlerini düzenleme ve denetleme görevi Sağlık Bakanlığına verilmiştir.

hizmetlere göre farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin özelliklerini kamu maliyesi açısından şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlık hizmetleri fayda maliyet analizi doğrultusunda yarı kamusal bir mal olarak geçmektedir. Her yarı kamusal malda olduğu gibi bireysel bir fayda söz konusudur. Bu nedenle hizmet fiyatlandırılabilir ve piyasa içerisinde alınıp satılabilir.
- Sağlık hizmeti refah devleti içerisinde erdemli bir maldır.
- Sağlık hizmetinde talep-fiyat arasındaki esneklik düşüktür. Başka bir deyişle fiyata olan duyarlılığı düşüktür. Bu nedenle hizmetin fiyatında gerçekleşecek bir değişim talebi etkilememektedir.
- Sağlık hizmetinin piyasa içerisinde ikamesi bulunmamaktadır.
- Sağlık hizmetinin tüketimi ya da tüketim miktarı ön görülememektedir. Tesadüfi olarak gerçekleşmektedir.
- Hizmetin içeriğine ve ne şekilde gerçekleşeceğine sadece doktor karar verebilmektedir.
- Sağlık hizmet neticesinde ortaya çıkan fayda toplumsal faydadır. Bu nedenle hizmetin çıktısında reel maliyet hesaplanamamaktadır. Sağlık hizmetinde girdiler: emek, sermaye, teknoloji ve tıbbi aletlerdir.

Sağlık hizmeti sunumu ve sunumun içeriği hem kamu maliyesi içerisinde hem de sağlık ekonomisi içerisinde tartışılmaktadır. Tartışmalar; sağlık hizmetinin sunumunun kimin tarafından gerçekleştirileceği, hizmetin finansmanının içeriği ve kamu kesiminin rolü çerçevesinde gerçekleşmektedir. Tartışmanın altında yatan neden ise piyasa ekonomisi içerisinde sunulan sağlık hizmetinde katkı payını ödemeyen bireylerin dışlanması sonucunda bireylerin hizmetten mahrum kalmasıdır. Tartışma hakkında yorum yapabilmek adına öncelikle sağlık hizmetindeki arz-talep ilişkisini, hizmetin finansmanını ve özel sektörün sağlık hizmetlerinin sunumu içerisinde yer almasının sağlık sektörü üzerindeki etkilerini açıklamak gerekmektedir.

2.1.2. Sağlık Hizmeti İçerisinde Arz-Talep İlişkisi

Piyasa içerisinde fiyatlar, arz ve talep dengesi doğrultusunda belirlenmektedir. Sağlık sektöründe de benzer şekilde sağlık piyasası içerisindeki denge neticesinde belirlenmektedir. Konunun başında sağlık sektörünün diğer sektörlerden farklı olduğundan bahsetmiştik. Devletlerin bu doğrultuda sağlık piyasası içerisinde rol oynaması gerekmektedir. DSÖ'nün anayasası ve ülkelerin kendi anayasaları doğrultusunda hareket etmesi beklenmektedir. Devlete bu konuda sağlık piyasası içerisinde addedilen görev "toplumun her kesiminin

(herhangi bir ayırım gözetmeksizin) sağlık hizmetlerine eşit düzeyde erişimini sağlamasıdır. Piyasa içerisinde kendi yurttaşlarını korumalıdır.

Sağlık hizmeti arzının sadece piyasaya bırakılması birey, toplum ve devlet için oldukça riskli bir durumdur. Piyasa içerisindeki özel sektör firmaların temel gayesi “kâr” elde etmektir. Sağlık sektörü, kâr elde etme güdüsüyle hareket eden özel sektör firmalarına bırakılması durumunda karşılaşılabilecek muhtemel durumlar:

- Piyasa başarısızlıkları ve neticesinde hizmetin sunulamaması,
- Sağlık piyasasında istenilen rekabet ortamından uzaklaşarak tekelleşmeye evrilmesi ve bu sayede de kendi belirledikleri fiyat politikalarını uygulamaları,
- Sağlık piyasasına girmek için kısıtlamalar getirilmesi¹⁷⁴, böylelikle de yeni özel girişim ve yatırımları engellemesi,
- Bireylerin (fiyat politikası sonucu olarak) sağlık hizmetlerine erişememesi,
- Sağlık hizmetlerine erişemeyen bireylerin toplum sağlığını tehdit etmesi/bozması,
- Bozulan toplum sağlığı neticesinde üretimdeki emek verimliliğinin düşmesi ve gayri safi milli hasılanın (GSMH) azalması,
- Sağlık hizmetini sunan idarecilerin tam bilgiye sahip olmaması,
- Özel sektör çalışanlarına fazla iş yükü yükleyebilir, işten çıkarma tehlikesi yaşatabilir, fazla mesai yaptırabilir gibi nedenlerle sağlık personellerinin performansını olumsuz etkileyebilir.

Şeklinde sıralanabilir. Yukarıda olması muhtemel durumlar göz önünde bulundurulduğunda sağlık sektörü içerisinde mutlak suretle devletin olması gerekmektedir.

Sağlık hizmetini arz edenler arasında hizmetin konusu dâhilinde ihtisas yapmış, mesleki eğitimlerini tamamlamış personellerdir. Bahsi geçen personeller, bir sağlık kuruluşuna bağlı olarak hizmeti arz edebilecekleri gibi, gerekli izinleri almaları durumunda kendi özel muayenahanelerinde de hizmeti arz edebilirler. Arz edilen hizmeti de etkileyen bazı kısıtlar vardır¹⁷⁵. Bunlar: Nitelikli eleman kısıtı, nitelikli elemanın yetişmesi için zaman kısıtı, teknoloji kısıtı ve eğitim kısıtı olarak sıralanabilir.

Sağlık hizmetinin talep kısmında ise bireyler vardır. Bireylerin sağlıklı olma hali bozulduğunda, sağlıklı olma halinin devamı için ya da bilgi amaçlı sağlık hizmetini talep etmektedirler. Her birey kendi özelinde elde edeceği faydayı maksimum yapmak istemektedirler. Bireylerin sağlık piyasası içerisinde taleplerini bu doğrultuda belirlerken

¹⁷⁴ Diploma, lisans, yeterlilik vb.

¹⁷⁵ Tıraş, 2013:140-141.

tercihlerini etkileyen birtakım unsurlar bulunmaktadır. Unsurlar içerisinde hizmetin fiyatı, yaş, bireyin gelir düzeyi, cinsiyet, sağlık personelinin tutumu ve hizmetin finansmanıdır.

2.1.3. Sağlık Hizmetinin Sunumunda Değişim

II. Dünya savaşı sonrasında ortaya çıkan refah devletinde ise farklı bir devlet modeli görülmektedir. Esas olarak bu devlet modeli vatandaşlarına sosyal güvenlik, sağlık, eğitim, barınma ve çalışma haklarını gözetken ve bu hakların aslında bir vatandaşlık hakkı olduğunu kabul eden bir model olarak ortaya çıkmaktadır.¹⁷⁶ Devlete daha fazla görevin atfedilmesi, yukarıda sayılan sosyal güvenlik, eğitim, sağlık gibi toplumun bir kesimine ait olan sorunların toplumsallaştırılmasına neden olmaktadır. Sorunların toplumsallaştırılması ise devletlerin giderek daha fazla gelire ihtiyaç duymasına neden olmaktadır. Devletin var olan ihtiyaçları gidermesi için kamu harcamalarına yönelmesi ve kamu harcamalarını finanse edebilmesi için başvurabileceği kaynakların sınırlı sayıda olması devletlerin bütçe açıklarının oluşmasına neden olmaktadır. Sınırlı finansman araçlarının en başında ise o dönemde¹⁷⁷ vergiler gelmektedir. Devletler aslında toplumun bir kesimine ait sorunu vergilerle finanse ederek, sorunları toplumsallaştırmaktadır. Artan devlet görevleri beraberinde artan kamu harcamalarını getirmiş, bir süre sonra sınırlı sayıda olan finansmanın yetersiz kalması ile kronikleşen bütçe açıklarına neden olmaktadır.

1970’li yıllarda devletlerin sürekli artan kamu harcamalarını sınırlı kamu gelirleri ile finanse etmekte yetersiz kalmasıyla kronik bütçe açıkları ortaya çıkmıştır. 1970’li yılların ortasında kapitalist sistemin dünya genelinde yaşanan enerji krizleri¹⁷⁸ devletleri farklı bir arayış içerisine sürüklemiştir. Devletlerin kamu hizmetlerinin sunumunda hantal bir yapıya sahip olması ve refah devletlerinin eğitim, sağlık, sosyal güvenlik, emeklilik, sosyal yardım vb. uygulamalarının; sorunları çözmek yerine devletin harcamalarını arttırdığını, artan kamu harcamalarının finansmanın vergilerle sağlanması ile sermaye birikiminin olumsuz etkilendiğini, yatırımların ve istihdamın olumsuz etkilendiğini savunulmaktadır. Yaşanan bu durum devletlerin kamu yönetimi ve kamu kesimi üzerinde büyük değişikliklere neden olmuştur. Değişen kapitalist sistem devletlerin kendilerine atfedilen görevlerden feragat etmeyi tercih ettikleri ve kendilerine atfedilen görevleri piyasanın sunmasının artık bir zorunluluk haline geldiği bir durum içerisinde kalmıştır.¹⁷⁹

¹⁷⁶ Ergun ve Gül, 2010: 313.

¹⁷⁷ 1940-70’li yılları arasındaki süreç

¹⁷⁸ 1973 yılında petrol fiyatlarında gerçekleşen ani artış, 1973-1974 dönemindeki uluslararası borsanın çöküşü ve 1977 yılında yaşanan petrol krizi.

¹⁷⁹ Ergun ve Gül, 2010: 315-318.

Özellikle 1970 sonrası sermayenin mobilizesinin artması, daha fazla kar elde etmeyi amaçlayan sermaye sahiplerinin lehine olmuş. Böylelikle de devletlerin kararlarında etkin bir role sahip olmaya başlamışlardır. Ulusal ekonomiler son yıllarda gittikçe daha fazla birbirlerine entegre olmaktadır. Bu entegrasyonda ulus üstü yabancı yatırımların payı oldukça fazladır. Yabancı yatırımların, ulus devletlerinin ekonomisine birçok faydası bulunmaktadır. Özellikle yabancı sermaye yatırımlarının devletlere sağladığı faydalara bakacak olursak eğer; istihdamı artırma, gayri safi yurtiçi hâsıla (GSYİH)' ya olumlu katkı sağlama ve yabancı sermayenin sahip olduğu ileri teknolojiye erişim olanağı gibi. Bu faydaları dikkate alan çok sayıda ülke, yabancı yatırımların önündeki engelleri kaldırarak yabancı sermayenin saydığımız faydalarından yararlanmak istemektedirler. Sermayenin mobilizesinin artması ise devletleri kendi aralarında rekabet edecekleri bir alana sürüklemiştir.¹⁸⁰

2.1.3.1. Kamu Hizmeti Olarak Sağlık Hizmeti

1929 yılından sonra başlayan ve 1970'li yıllara kadar geçerli olan keynesyen görüşe göre devletler, vatandaşlarına karşı sorumludurlar ve temel kamu hizmetleri piyasaya bırakılmamalıdır. Bu dönemde Sosyal devlet kavramı ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda dünya sağlık örgütünün (WHO) sağlık tanımını inceleyecek olursak eğer: Sağlık hakkını temel ve evrensel bir insan hakkı olarak nitelendirmektedir. Sağlık hakkı ise, bir kişinin insan onuruna yaraşan bir şekilde yaşayabilmesi için gerekli bir haktır. Bu özelliğiyle ise çağdaş sosyal devletin sağlaması gereken bir hak haline gelmektedir¹⁸¹. Dünya sağlık örgütünün tanımından hareketle sağlık hizmetinin tam kamusal mal içerisinde değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılabilir. Bu nedenle sağlık hizmetleri devlet tarafından vatandaşlarına ücretsiz sunulması gerekir.

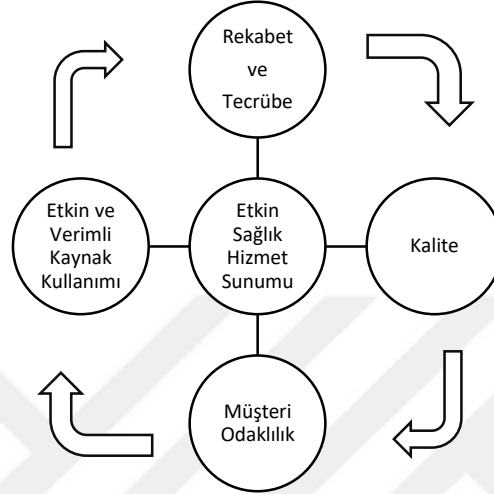
Günümüzde ise sağlık hakkı yarı kamusal mal olarak sınıflandırılmaktadır Bunun temelinde, sağlıklı bireylerin toplum içerisinde bulunmasının sağladığı dışsal faydadır. Sağlıklı bireyler üretim faktörleri içerisinde diğer şartlar sabitken sağlıklı bireylere göre daha verimli çalışmaktadır. Bu nedenle de toplumsal faydanın maksimize edilmesi ve aynı zamanda maliyetleri azaltabilmek için bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, aşılar ve temel sağlık hizmetleri kamusal mal olarak sunulmaktadır. Diğer sağlık sorunlarında ise özel fayda ön plana çıktığı için belli bir miktarda sağlık hizmetinden faydalanan kişi katılım payı ödemektedir.

¹⁸⁰ Saraç, 2011: 12.

¹⁸¹ <http://www.saglikisifa.com/618-Saglik-nedir.html> (erişim tarihi: 20.11.2019).

2.1.3.2. Özel Sektör Sağlık Hizmeti Sunumu

1980 sonrası liberal anlayışın özünde büyümeyi, istikrarı, etkinliği ve refah artışını garanti altına alan, ayrıca işsizliğin ve yoksulluğun önüne geçen, ekonominin yanı sıra topluma da fayda sağlayan tek mekanizmanın piyasa olduğu kabul edilmektedir. Bu görüşe göre piyasa başarılı iken devlet başarısızdır.



Şekil 2. 2. Liberal Anlayış ile Sağlık Hizmet Sunumu
Kaynak: Tarafımızca oluşturulmuştur.

1980 sonrası liberal görüşü incelendiğinde sağlık hizmetlerinin sunumundan elde edilen faydanın piyasa ekonomisi içerisinde alınıp satılabilen bir meta olduğunu kabul etmektedir. Görüşü destekleyen teorisyenler sağlık hizmetinin sunumunda etkinliğin, verimliliğin sağlanması ve hesap verilebilirliğin artması için hizmet sunumunun sadece piyasa ekonomisine bırakılması gerektiğini savunurlar. Şekil 2.3.'te görüşü destekler nitelikte etkin bir sağlık hizmeti için rekabetin de olması gerektiğini göstermektedir. Bu görüş doğrultusunda sağlık hizmetlerinin etkin bir sunumunun gerçekleşmesi için piyasa içerisinde bir mal olarak yer alması gerektiği sonucuna varmaktayız.¹⁸² Sağlık hizmetinin piyasa ekonomisi içerisinde bir mal olarak satılması beraberinde tartışmaları da getirmektedir. Sağlık hizmetinin kamu kesimince sunulması gerektiğini savunan taraf hizmet sunumu yapan firmaların esas amacı daha fazla kar elde etmek olduğunu ileri sürmektedir. Sağlık alanında daha fazla kar elde etmek, aslında devleti oluşturan bireyi bağlantılı olarak da toplumu tehlikeye atmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinin alınıp satılan bir mala dönüşmesi vatandaşları müşteriye dönüştürmektedir. Görüş dâhilinde yarı kamusal mal olan sağlık hakkı özel mal olma yönünde evirilmektedir. Piyasa odaklı bir mekanizma içerisinde sağlık hizmetinin sunumu, bireyin vatandaşlık hakkı olan sağlık hizmetinden yararlanmasını kısıtlayacaktır.

¹⁸² Ergün ve Gül, 2010: 314.

Piyasa odaklı bir mekanizma içerisinde sermaye sınıfının kar elde etme güdüsü, insanın onuruna uygun bir yaşama önem vermeyecektir. Devletler sağlık hizmetlerini piyasa odaklı bir sistem içerisinde sunulmasına olanak sağlayarak, esasında toplumun sağlığını tehlikeye atmakta olduğu öne sürülmektedir.

Sağlık hizmetinde yeni kamu hizmeti anlayışının etkisiyle hizmeti kullananların katkı payı ödemesi uygulaması hayata geçirilmiştir. Bu değişiklikler; sağlık hizmetleri sunumunda ekonomik anlamda verimliliği artırırken, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliğe yol açmaktadır. Katkı payını ödeyemeyen kişiler sağlık hizmetinden yararlanamamaktadır. Maddenin doğası gereği vatandaşlık hakkı olan sağlık hakkından katkı payı ödeyemeyen kişiler dışlanmaktadır.

Genel itibariyle liberal görüş açısından incelendiğinde sağlık hizmetinin özel sektör tarafından sunulması kamu maliyesi açısından daha etkin bir hizmet sunmaktadır. Liberal görüşe gelen eleştirilerin en ise bireylerin katkı payı ödemesi ve bundan kaynaklı da sağlık erişiminin kısıtlanmasıdır. Devletler bu nedenle sağlık hizmetinin sunumunu özel sektöre bırakması durumunda vatandaşlarını koruması gerekmektedir.

2.1.3.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi

Sağlık sektöründe dönüşümün ilk işaretleri 1984 yılında hazırlanan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında görülmektedir. Özel sağlık kurumlarının ve hastanelerin teşvik edilmesi, diğer taraftan serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak kamunun hizmet satın alması (taşeronlaştırma) yoluyla sağlık hizmetlerinin geliştirileceği planda yer almaktadır.¹⁸³

Türkiye’de sağlık sektöründe dönüşümün temel nedeni olan kamu kesiminin sağlık sektörü için gerçekleştirdiği harcamaların karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaşması, böylelikle bütçe için büyük bir yük teşkil etmesidir. Diğer bir açıdan ise kamunun sunduğu sağlık hizmetlerinin kalitesi maliyeti ile karşılaştırıldığında düşük ve verimsiz olarak gösterilmektedir. Bu sebeple sağlıkta özel sektörün ikinci bölümde bahsedildiği üzere ellerinde bulunan ileri teknoloji, istihdamı artırma ve devletin hantal yapısından bağımsız ihtiyaçlara hızlı bir şekilde cevap verme özelliğinden yararlanmak amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda ise sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak ve etkin bir hizmet sunmak için sağlık sektöründe kamu özel ortaklık modelinin ilk adımı olan sağlıkta dönüşüm programına başvurulmuştur.

Benimsenen liberal görüş doğrultusunda kamu kesimi sağlık sektörü içerisinde verimsiz ve niteliksiz olarak adlandırılmaktadır. Sağlık alanı içerisinde hizmet sunumunun ve

¹⁸³ DPT, 1974: 152.

finansmanının birbirinden ayrıştırılarak devletin hizmet sunumundan çekilmesinin sağlanması ve devletin kontrolör konuma getirilmesi öngörülmüştür. Böylelikle sağlık hizmetini satın alınabilen bir mal haline getirilmesi ve hastanelerin tamamen özerkleştirilmesi gibi merkeziyetçi politikaların uygulanması sonucunda sağlık sektörü tamimiyle piyasa aktörlerinin rekabetine açılmış olacaktır. Netice itibarıyla de mevcut kamu kesiminin sağlık hizmetini sunmasından kaynaklı sorunlarında çözüme ulaşacağı öne sürülmüştür.

2002 yılında gerçekleşen erken seçimin sonucunda iktidara gelen parti, hükümeti sağlık alanında yapacağı çalışmaları Acil Eylem Planı (AEP) dâhilinde açıklamıştır. AEP içerisinde dört temel politika başlığında değişikliklerin yapılacağı açıklanmıştır. Özellikle mevcut sağlık hizmet sunumunun eksiklikleri giderilerek, hem kamu sektörü hem özel sektör hem de vatandaşlar açısından etkin ve verimli bir sistem hedeflenmektedir. Ergün ve Güle'e göre; AEP ile birlikte sağlık sektöründe birçok değişiklik meydana gelmiştir.¹⁸⁴ Sağlık bakanlığı sağlık hizmetinin sunumunun yeniden yapılandırılacağını bildirmiştir. Bu doğrultuda da başta devlet hastaneleri olmak üzere, sigorta hastanelerini ve kurumlara ait olan hastaneleri tek bir çatı altında toplayacağını açıklamıştır. Bahsi geçen hastanelerin idari ve mali yönden özerk olacağı kavuşturulması hedeflenmektedir. Böylelikle de sağlık hizmetinin sunum ve finansman bakımından birbirinden ayrıldığı yeni bir sistem gerçekleşecektir. Kamu kesimi, yeni sistem için genel sağlık sigortası ile genel sağlık kurumu kurulması ile hem sağlık hizmetini sunan kurumun hem de vatandaşın sağlık giderleri için finansman konumuna geçmiş olmaktadır. Bu sistem içerisinde ayrıca aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ve temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Böylece özel sektör için sağlık alanında yatırım yapmanın daha cazip hale gelmesi öngörülmüş ve kamuoyuna açıklanmıştır¹⁸⁵.

Sağlıkta dönüşüm programı (SDP) ile hedeflenen istenilen sistemin böylelikle zemini oluşturulmuştur. Sağlıkta dönüşüm programı dâhilinde “sözleşmelilik” ve hizmet satın alma uygulaması tamamen başlamıştır. Sağlık hizmetinin finansmanı yeniden tamamen yapılandırılmış ve sağlık hizmetlerinin örgütlenme zemini tamamen dönüştürülmüştür. Sağlık sektöründe artık “Aile hekimliği” ve “kamu hastane birlikleri” modelleri ile personel istihdamında “sözleşmelilik” esasına dayanmıştır, hizmetin taşeron eli ile yürütülmesi ve özel hastane işletmeciliğinin geliştirilmesi sağlık sistemi açısından esas alınmıştır. Böylelikle

¹⁸⁴ Ergün ve Gül, 2010: 313.

¹⁸⁵ A.g.e. s. 313.

sağlık hizmetleri içerisinde özel sektöründe dâhil edileceği hukuksal çerçeve oluşturulmuştur¹⁸⁶.

SDP ile sağlık sektöründe kamu özel ortaklık modeline geçilmeye başlanmıştır. Türkiye’de kamu özel ortaklık modelini sonraki bölümlerde incelendiğinde şimdi bir sonraki konumuz olan özelleştirme ve kamu özel ortaklık modelinin benzer ve farklı yönlerini ele alalım.

2.1.4. Değişen Sağlık Hizmetinin Sunumu

Türkiye’de aşamalı bir sağlık hizmet sistemi bulunmaktadır. Sağlık sisteminin denetim ve düzenlemesini Sağlık Bakanlığı gerçekleştirmektedir. Sağlık Bakanlığı ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerini gerçekleştirilmesinden sorumludur. Türkiye’de sunulan sağlık hizmetlerini kamu kesimi ve özel kesim özelinde gruplandırmak mümkündür. Kamu kesimi tarafından sağlık hizmetleri sunumu: Sağlık Bakanlığı (birinci basamak sağlık hizmetleri), üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri ve Savunma bakanlığı içerisinde gerçekleşmektedir. Özel kesim tarafından sağlık hizmeti sunumu: kendi muayenesine sahip doktorlar, özel hastaneler ve eczanelerdir. Ayrıca hem özel kesimin hem de kamu kesiminin yer aldığı KÖO dâhilinde şehir hastaneleri bulunmaktadır.

	2002	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
■ Sağlık Bakanlığı	774	834	843	840	832	854	866	865	876	879
■ Üniversite	50	59	62	65	65	69	69	70	69	68
■ Özel	271	450	489	503	541	550	556	562	565	571
■ Diğer	61	46	45	45	45	44	37	36	0	0
■ Toplam	1156	1389	1439	1453	1483	1517	1528	1533	1510	1518

Fotoğraf 2. 1. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Tarafların Sektörler Açısından Sayısı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 ve 2017 incelenerek tarafımızca düzenlenmiştir.

Türkiye’de sağlık hizmetini sunan tarafların sektörler açısından dağılımı ve sayısı Fotoğraf 2.2.’de verilmiştir. Şekilde görüleceği üzere 2002 yılında toplam hastane sayısı 1156 iken 2017 yılı itibarıyla bu sayı 1518’e kadar yükselmiştir. Hastane sayısındaki değişim artma eğilimindedir (2016 yılı hariç olmakla birlikte). Ayrıca sağlık hizmeti sunan “diğer” tarafının 2016 yılı itibarıyla “0” (sıfır) olduğu görülmektedir. Diğer tarafının kalkması neticesinde 2016 yılında toplam sağlık hizmeti tesis sayısında azalma olduğu görülmüştür. Hastane sayısı ve yatak sayısı sağlık hizmetlerinin yeterliliği (kapasitesi) açısından oldukça önem arz eden

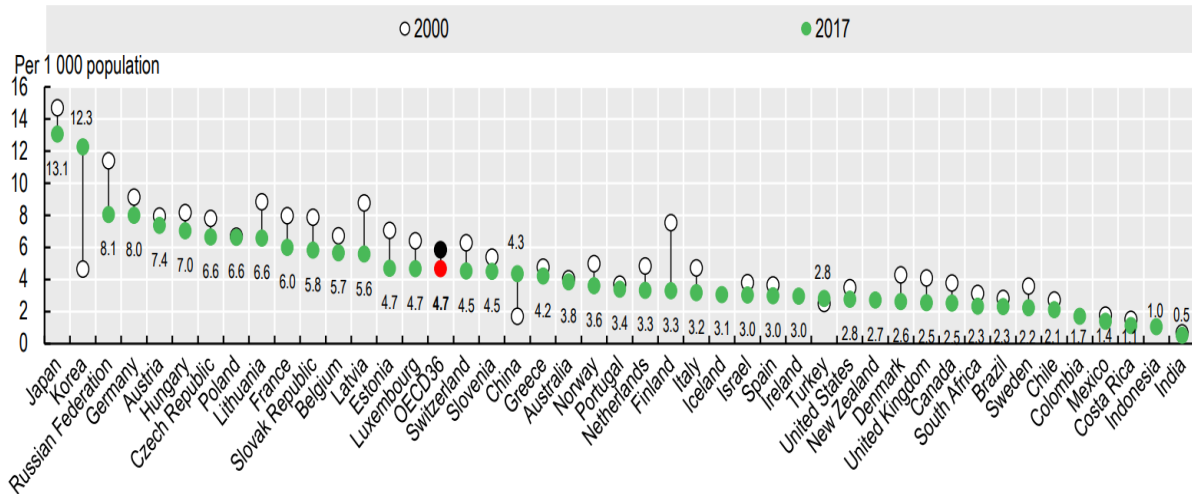
¹⁸⁶ A.g.e. s.314.

göstergelerdendir. Bu doğrultuda mukayese edebilmek amacıyla diğer ülkeler ile Türkiye'nin her 1000 kişiye düşen yatak sayısını incelemek gerekmektedir.

OECD verileri doğrultusunda OECD ülkelerinde her 1000 kişiye düşen yatak sayıları Fotoğraf 2.3.'te verilmiştir. Şekilde görüleceği üzere OECD ülkelerinin genel ortalaması 4,7'dir. En yüksek oran şekilde görüleceği üzere Japonya'da (13,1), en düşük oran ise Hindistan¹⁸⁷ (0,5)'da gerçekleşmektedir. 2000-2017 yılları arasında gerçekleşen en büyük marjinal artış Kore¹⁸⁸'ye ait iken, en büyük marjinal düşüş Finlandiya¹⁸⁹'da gerçekleşmektedir.

Türkiye'nin oranı 2,8'de kalmıştır. OECD ortalamasının altında kalan Türkiye için hastane sayılarının artışı uzun dönemde ortalamanın düzelmesi adına olumlu bir göstergedir. Türkiye'de yaşanan SDP 'nin olumlu etkisi burada görülmektedir. Sağlık hizmeti içerisinde yaşanan gelişmeler (henüz yeterli olmasa da) pozitif yöndedir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığınca yayınlanan "Sağlık İstatistik Yıllığı 2018" verileri doğrultusunda 2017 yılı itibariyle nüfusa oranla en yüksek nüfus-yatak oranı¹⁹⁰ Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde olur iken en düşük oran¹⁹¹ Doğu Marmara bölgesinde gerçekleşmektedir.¹⁹² Buradan hareketle nüfus yoğunluğunun yüksek olduğu bölgelerde hastane sayılarının düşük olduğu görülmektedir.



Fotoğraf 2. 2. 2000-2018 Yılları Arasında 1000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı

Kaynak: Health at Glance, 2019, OECD, s.195.

¹⁸⁷ Hindistan'da en düşük çıkmasının temel sebebi ülkede nüfusun 2000'li yıllardan sonra ivme kazanarak artması ve mevcut ülke nüfusunun fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

¹⁸⁸ 4,1'den 12,3'e yükselerek 8,2 oranında bir artış gerçekleşmiştir.

¹⁸⁹ 7,8'den 3,3'e düşerek 4,5 oranında bir azalış gerçekleşmektedir.

¹⁹⁰ 76,3 ile

¹⁹¹ 68,5 ile

¹⁹² Ek 16.

2.1.5. Sağlık Hizmeti Sunumunun Finansmanı

Sağlığın finansmanı konusunda literatür içerisinde dört farklı model karşımıza çıkmaktadır. Bu modeller: Beveridge modeli, Bismarck modeli, Ulusal Sağlık Sigortası ve Cepten Ödeme modelidir.

Beveridge modeli¹⁹³ sağlık hizmetinin tıpkı asayiş, adalet gibi hizmetin üretiminde, sunumunda ve tüketiminde belirleyici rolün kamu kesiminin olması gerektiğini vurgulamaktadır.¹⁹⁴ Böylelikle de sağlık hizmetine erişim kamu kesimi tarafından herkese eşit oranda sağlanacaktır¹⁹⁵.

Bismarck modeli¹⁹⁶ ise kamu kesiminin, bireylerin sağlık hizmeti maliyetini karşılamak için sosyal sigortalar kurmasıdır. Kurulan sosyal sigorta prim toplamakta ve üyelik kamu kesimi tarafından zorunlu tutulmaktadır. Toplanan primlere rağmen ağırlıklı finansman kaynağı kamu kesimidir. Model içerisinde de yine hizmete eşit erişim olanağı sağlanmaktadır. Toplanan primler hizmetin maliyetinden bağımsız gelire göre toplandığı için bireyleri yoksullaştırmadığı gibi sosyal adaleti de sağlamak adına bir araç olmaktadır¹⁹⁷.

Ulusal sağlık sigortası ise hem Beveridge hem de Bismarck modelinden etkilenmiştir. Kamu kesimi burada finansman rolünde olmakta, bireyler özel sağlık hizmetleri için belirli oranda sağlık hizmetine katılım payı ödemektedir. Özel kesim burada sağlık hizmeti içerisinde yer alabilmektedir. Bireylerin hizmet için özel kesimle pazarlık edebilmesi model içerisinde mümkündür.

Cepten ödeme modelinde ise herhangi bir sağlık hizmeti satın alındığında yapılan ödemenin geri ödenmesi kamu kesimi tarafından karşılanmadığı modeldir. Bireylerin sağlık hizmetlerinin bazılarının ya da belli bir oranının maliyetine birey katlanmaktadır. Böylelikle sağlık hizmeti içerisinde gereksiz oluşacak talebin önüne geçilmiş olunmaktadır.

Genel itibariyle sağlık hizmetinin gerçekleşmesi sonucu ortaya çıkan maliyetin karşılanması, ansızın gerçekleşen bir hastalıkta bireyi finansal açıdan desteklemek ya da o

¹⁹³ 1948 yılında William Beveridge tarafından İngiltere’de önerilen ve uygulanan modeldir.

¹⁹⁴ <https://pnhp.org/resource/health-care-systems-four-basic-models/> (erişim tarihi: 19.06.2019).

¹⁹⁵ Beveridge modelinin uygulandığı dönemi incelendiğinde II. Dünya Savaşı döneme denk gelmektedir. Dönem itibariyle dünya genelinde yoksullaşmanın gerçekleştiği ve özel girişimlerin azaldığı bir dönemdir. Yaşanılan bu durum neticesinde de Beveridge modeli, sağlık gibi temel bir ihtiyacın kamu kesimi tarafından vatandaşlara sunulması gerektiğini vurgulamaktadır. Hizmetin ana finansman kaynağı olarak da vergiler ön plana çıkmaktadır. Modele yöneltilen en büyük eleştiri: Vergi ödemeyen bireyler hizmetin maliyetine katılmadığı için “bedavacılık” söz konusu olmasıdır.

¹⁹⁶ 1884 yılında Otto von Bismarck tarafından oluşturulan modeldir. Model dünyada neoliberal politikaların önem kazandığı dönemde şekillenmiştir. Bu doğrultuda Beveridge modelinden farklı olarak devletin hizmet sunumunda değil de finansman kısmında olması gerektiği vurgulanmaktadır.

¹⁹⁷ Modele gelen en büyük eleştiri Beveridge modelinde olduğu gibi “bedavacılık” sorunudur. Geliri olmadığı halde yasal olarak zorunlu üyelerin prim ödemesine katılmazken hizmetten faydalanması söz konusudur.

yükten kurtarmak şeklinde tanımlanabilmektedir¹⁹⁸. Böylelikle bireyler sağlık hizmetine hızlı bir şekilde erişir ve etkin bir kaynak erişimi gerçekleşmiş olur. Birey ise hasta olma durumu için maliyete katlanmaksızın tedavi olur. Bu noktada kaynakların adaletli bir şekilde dağıtılması ülkelerin gelir adaletsizliği açısından büyük önem arz etmektedir. Yoksul kesimin daha fazla kaynaklardan yararlanması ise toplumsal refahın artmasına daha fazla katkı sağlayacaktır. Yaratılan kaynağın adaletli dağıtılması açısından yöntemler: sosyal sağlık sigortası, bağışlar, vergi gelirleri, özel sağlık sigortası ve cepten harcamalar olarak gruplandırılabilir.

Türkiye’de dönüşümün altyapısı 1980’li yıllarda özelleştirme ile başlamış olsa da 2002 yılında iktidarda olan hükümet ile somut adımlar atılmaya başlanmıştır. 2002’de açıklanan AEP ile sağlık reformlarının gerçekleşeceği açıklanmıştır. Bu doğrultuda yapılan en önemli adım 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm” programı ile gerçekleşmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde sağlık hizmetinin sunumu içerisinde ve finansmanında reformlar yapılmaya başlanmıştır. Reformların başında sosyal güvenlik kurumları¹⁹⁹ tek bir çatı altında toplanmasıdır. Bu doğrultuda da sosyal güvenlik kurumları SGK bünyesinde tek bir yerde toplanmıştır. 5510 sayılı kanun ile de bütün bireyler “Genel Sağlık Sigortası” (GSS) bünyesine alınmıştır.

Türkiye’de 2003 öncesi dönemde kamu kesimi sağlık hizmeti sunumu içerisinde Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler ve SSK ile üç hizmet aracına sahipti. 2003 yılında gerçekleştirilen dönüşüm programı ile SSK bünyesinde sağlık hizmetlerinin sunumu ile alakalı birimlerin tamamı Sağlık Bakanlığı’na geçmiştir. SSK sadece bir finansman aracı haline gelmiştir. Netice itibariyle de sağlık hizmetinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Sağlık piyasası içerisinde bulunan özel sektörün rolünü arttırmak adına performansa dayalı ek ödeme sistemine geçilmiştir. Sağlık hizmeti sunumuna dair diğer bir önemli adım ise Aile Hekimliği uygulamasına geçiştir. Sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlamak adına düşük gelirli bireyler için de yeşil kart²⁰⁰ uygulamasına geçilmiştir.

Program sonrasında geçilen GSS ile sağlık hizmetine erişimin daha adil, etkin ve verimli bir şekilde gerçekleşmesi hedeflenmektedir. Bireyler program dâhilinde sağlık piyasası içerisinde sağlık hizmeti sunan anlaşmalı özel hastanelerden, kamuya ait olan

¹⁹⁸ Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 3-5.

¹⁹⁹ Emekli sandığı, SSK ve BAĞ-KUR

²⁰⁰ Yeşil kart uygulaması Bismarck modelinin bir yansıması olup bedavacılık yaratmasından dolayı eleştirilmektedir. Farklı bir görüş doğrultusunda düşük gelirli insanların geliri bu uygulama içerisinde korunduğu için gelir dağılımındaki adaleti sağlamak adına bir araç olduğu ileri sürülmektedir.

hastanelerden, sağlık ocaklarından ve tetkik merkezlerinden herhangi bir katkı payı ödemeksizin yararlanabilecektir.

SDP 'nin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunumunda gerçekleştirmek istediği hedefi mevcut sağlık tesislerinin yenilenmesi ve yeni tesislerin inşa edilmesidir. Bahsi geçen bu tesislerin birer sağlık işletmesi haline gelmesi sağlanarak bu hizmetler özelinde Sağlık Bakanlığını sadece düzenleme ve denetleme konumuna geçirmek hedeflenmektedir. Bu hedef doğrultusunda gerçekleştirilecek sistem ise sağlık hizmeti içerisinde KÖO'dur.

2.1.6. Özel Sektörün Sağlık Hizmet Sunumunun Sağlık Sektörü Üzerindeki Etkileri

Sağlık hizmetini sunan tarafın değişmesi sağlık sektöründeki hizmet kalitesine nasıl bir etki yaptığının bir göstergesi ise; sağlık sektöründe bulunan ve sağlık hizmetinden yararlananlar üzerindeki etkisidir. Bu bağlamda incelenmesi gereken kısım ise sağlık alanında çalışan personeller, doktorlar ve sağlık hizmetinden yararlanan bireylerdir.

2.1.6.1. Sağlık Hizmetinin Üretim Faktörlerinin Verimliliği Üzerindeki Etkisi

Sağlık hizmetleri, adalet ve savunma hizmetleri gibi önem arz etmektedir. Her vatandaşın bu hizmetten yararlanması gerekmektedir. Üretim süreci içerisinde yer alan vatandaşlardan maksimum verimi almak için en temel gereksinimlerin başında sağlık gelmektedir. Sağlıksız bireylerin üretim sürecinde yer alması mümkün olmayacaktır.

Aslında piyasa odaklı bir sağlık hizmeti uygulaması ile devletler sadece toplumun sağlığını tehlikeye atmakla kalmamakta aynı zamanda ülke içerisindeki vatandaşların üretim kapasitesinin düşmesine de olanak sağlamaktadır. Bunun esas nedeni ise her insan aslında potansiyel birer hastadır. Hastalıkların bulaşıcı olduğu göz önüne alınacak olursa eğer toplumda katkı payı ödeyemeyecek güçte olan bireylerin, tüm toplumun sağlığını bozabileceği gerçeği atlanmaktadır.

2009 yılında tüm dünyayı etkileyen H1N1 virüsü, küreselleşen dünya düzenini sekteye uğratmıştır. Uluslararası ticaretin ve turizmin olumsuz etkilendiği bu dönemde üretim de düşmüştür. İnsanlara devletler tarafından ücretsiz aşı yapılma gereği duyulmuştur. Bu hizmeti piyasa sunması dâhilinde ise sadece aşının ücretini ödeyenler yararlanabilecekti. İngiltere'de bir okul, İsviçre'de bir kışla, ABD'de ise bir firma karantinaya alınmıştır.²⁰¹

²⁰¹ <http://www.yenicagazetesi.com.tr/h1n1-dunyayi-sardi-15539h.htm> (erişim tarihi: 23.01.2018)

2.1.6.2. Sağlık Personelinin Üzerindeki Etkisi

Doktorlar, meslek itibariyle insan sağlığını iyileştirmek/tamir etmek ile görevli kişilerdir. Bu yüzden doktorlar mesleklerini icra ederlerken tam verimli çalışmak durumundadırlar. Aksi halde tedavi için gelen bireyleri tam sağlık haline getirmeleri mümkün olmayacaktır.

Antik tıbbın başladığı dönemlerden itibaren doktor toplumda önemli bir konuma sahip olmuştur. Günümüzde de doktorların toplum içerisinde bir saygınlığı bulunmaktadır. Antik Yunan filozoflarından Hipokrat bu konuyu şu şekilde anlatmaktadır: Doktorlar toplum içerisinde saygın kişilerdir. İşi itibariyle insanları iyileştirmek gibi bir kutsal görevi vardır. Bu nedenle doktorlar hem dış görünüş, hem sağlık, hem de psikolojik olarak da iyi durumda olmalıdır.

Piyasa odaklı bir sağlık sistemi içerisinde daha fazla kar elde etmek isteyen sermayedarlar performansa dayalı bir ücret sistemi getirmektedir doktorlara. Çalışma saatleri artmakta, işsiz kalma korkusu ve daha fazla çalışma gereği doktorlarda yeni bir meslek hastalığı olarak “stres” ortaya çıkmaktadır.

Stres genel itibariyle çalışanların üretimdeki verimlerini düşürmektedir. Bir doktorun üretimini hastayı iyileştirmek olarak varsayılırsa, verimi düşük bir doktorun hastasını tam manası ile iyileştirmesi ise pek mümkün olmayacaktır. Yukarıda belirtildiği üzere baskı altında olan bir doktor aslında tüm toplumun sağlığını tehlikeye atacaktır.

Yapılan bir araştırmaya göre: Devlet hastanelerinde çalışmakta olan sağlık sektörü çalışanları içerisinde doktor ve hemşire grubu büyük bir çoğunluğu oluşturmaktadır. Doktorluk ve hemşirelik meslekleri ise stres bozuklarının daha sık görüldüğü meslek gruplarıdır. Özel sağlık personellerinde, mesleğin getirdiği stres faktörlerinin yanı sıra her geçen gün göz ardı edilemeyecek derecede stres seviyesi artış göstermektedir.²⁰²

Yine aynı çalışmada piyasa odaklı bir sağlık sisteminde stresin daha da fazla arttığı, sağlık personellerinin de bundan etkilendiği vurgulanmaktadır. Genel itibariyle bakıldığında ise toplumun sağlığı için çalışan sağlık personelinin piyasa olumsuz yönde etkilemektedir.²⁰³

2.1.6.3. Doktor-Hasta İlişkisi Üzerindeki Etkisi

Sağlık hizmetleri vatandaşlık hakkı olarak devletler tarafından sunulduğunda bir meta unsuru değildi. Lakin değişen kapitalist sistem ile devletlerin sağlık alanını piyasa ekonomisine bıraktığı durumda yani metaya dönüştüğünde doktor-hasta ilişkisi de yeni bir

²⁰²İmirlioğlu, 2009: 10.

²⁰³ A.g.e. s.12.

boyut kazandı. Oluşan bu yeni sistemde doktorun amacı artık hastalarını iyileştirmek değil, müşterilerini memnun edip, patronlarına para kazandırmak olmuştur.

Doktor müşteri arasındaki ilişki, doktorluk mesleğine yapı itibarıyla ters bir durum oluşturmaktadır. Hastalıklar hakkında tam bilgi sahibi olmayan müşteriler, doktorlardan yanlış tedavi yöntemleri talep etmekte ve bu hastalığı iyileştirmek yerine müşteriyi daha da hasta etmektedir. Doktorlar ise bu durumu bildikleri halde müşteri kaybetmemek adına bu durumu engelleyememektedir.

Doktorlar, patronlarına daha fazla kar elde ettirebilmek adına hastalarına gereksiz tetkiklerde bulunabilir. Müşteriler bilmedikleri bu konuda aslında daha fazla kar elde edilmek için kullanılmaktadırlar

2.2. Sağlık Sektöründe Dünya'daki Kamu Özel Ortaklık Uygulamaları

Çalışmanın bu bölümünde sağlık hizmetleri içerisinde KÖO'ları ülkeler bazında incelenecektir. Sağlık hizmetleri ülke seçiminde ise dünya ülkeleri arasında sağlık hizmetlerinin kalite sıralaması esas alınarak ülke seçimi gerçekleştirilecektir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleyen unsurlar dünya sağlık örgütü anayasasına bağlılıklarına göre derecelendirilmekte ve buna ek olarak ülkelerin nüfusları da dikkate alınmaktadır. Tablo 2.1. 'de dünya ülkeleri sağlık hizmetleri kalitesi bakımından sıralanmaktadır.²⁰⁴

²⁰⁴ <http://worldpopulationreview.com/countries/best-healthcare-in-the-world/> (erişim tarihi: 02.01.2020).

Tablo 2. 1. Dünya Sağlık Hizmetleri Sıralaması

Ülke	Sağlık Hizmet Kalite Sıralaması	Nüfus
Fransa	1	65.129.728
İtalya	2	60.550.075
San Marino	3	33.860
Andorra	4	77.142
Malta	5	440.372
Singapur	6	5.804.337
İspanya	7	46.736.776
Umman	8	4.974.986
Avusturya	9	8.955.102
Japonya	10	126.860.301
Norveç	11	5.378.857
Portekiz	12	10.226.187
Monako	13	38.964
Yunanistan	14	10.473.455
İzlanda	15	339.031
Lüksemburg	16	615.729
Hollanda	17	17.097.130
Birleşik Krallık	18	67.530.172
...	-	-
Avustralya	32	25.203.198
...	-	-
Filipinler	60	108.116.615
...	-	-
Türkiye	70	83.429.615
...	-	-

Kaynak: World Population View verileri doğrultusunda tarafımızca hazırlanmıştır.

Tablo 2.1.'deki verileri esas alarak sağlık hizmetleri kalitesi açısından en iyi ülke olan Fransa, sağlık hizmetlerinde KÖO modelini tercih etmeyen Singapur (6), Norveç (11) ve sağlık hizmetlerinde KÖO modelinin öncüsü olan Birleşik Krallık (18) seçilmiştir. Seçilmiş olan bu ülkeler ile Türkiye (70) mukayese edilecektir.

Seçilen ilk ülke olan Fransa: Sağlık hizmetlerinin kalitesi bakımından dünya sıralamasının 2019 yılında en iyi ülkesi olarak yer almakta olan bir ülkedir. Fransa'da sağlık hizmetleri sunumunun nasıl gerçekleştirildiği ve sağlık hizmet sunumu finansmanı irdelenecektir. Ayrıca sağlık sektörü içerisinde gerçekleştirilen KÖO projeleri de incelenecektir.

Çalışmada seçilen ülkelerden Birleşik Krallık 'ın seçilme nedeni: Sağlık hizmetleri içerisinde sistematik olarak KÖO'larının ilk defa uygulandığı ülke olmasından kaynaklanmaktadır. Birleşik Krallık ayrıca dünya ekonomisi içerisinde sağlık hizmetlerinin KÖO'ları vasıtasıyla sunulmasında da dünya ülkelerine de danışmanlık etmektedir. Bu bağlamda da Birleşik Krallık incelenirken konu içerisinde Birleşik Krallık kökenli firmaların farklı ülkelerde sağlık sektöründe gerçekleştirdiği projelerde değerlendirilecektir. World Population View (WPV) verileri (Tablo 2.1.'de görüleceği üzere) neticesinde Birleşik Krallık 'ın sağlık hizmetleri kalitesinin dünya sıralamasın 18. sırada olduğu görülmektedir. Son olarak ise Birleşik Krallık 'ın uydu devletlerinden ve Birleşik Krallık resmi web sayfasında yer alan Avusturalya²⁰⁵, Hindistan²⁰⁶ ve Filipinler²⁰⁷'de gerçekleştirilen sağlık hizmetlerine değinilecektir.²⁰⁸

Seçilen ülkelerden bir diğeri olan Norveç; sağlık hizmetlerinin kalitesinin Birleşik Krallık 'tan daha iyi olması ve sağlık hizmetleri içerisinde KÖO'lara başvurmaması nedeniyle incelenecektir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve gerçekleşmesi hakkında Norveç sağlık sistemi irdelenecektir.

Seçilen bir diğr ülke Singapur; sağlık hizmet kalitesi açısından 4. Sırada yer almaktadır. Singapur, Avrupa dışında olması ve sağlık hizmetlerinin kalitesi bakımından çoğu sağlıkta KÖO modelinden daha kaliteli sağlık hizmeti sunmasından dolayı sağlık sistemi incelenecektir.

Bu bağlamda incelenecek olan ülkeler Birleşik Krallık, Fransa ve Norveç olacaktır. Ayrıca Hindistan ve Filipinler de Birleşik Krallık ile bağıntılı bir şekilde incelenecektir. Bölümün sonunda ise Türkiye irdelenecektir. Türkiye'de gerçekleşen sağlık hizmetleri sunumundaki değişim detaylı şekilde açıklanacak ve ayrıca KÖO hastaneleri yapısı, sayısı ve finansman şekilleri genel olarak incelenecektir.

2.2.1. Fransa

Fransa'da sağlık hizmetlerinin temini ulusal bir sorumluluk olarak geçmektedir. Sağlık hizmetleri konusunda ulusal stratejinin belirlenmesinde ise Dayanışma ve Sağlık Bakanlığı (Ministère des Solidarités et de la Santé²⁰⁹) sorumludur. Fransa sağlık sistemi içerisinde devlet

²⁰⁵ Avusturalya, dünya sağlık hizmetleri kalitesi sıralamasında 32. sıradadır.

²⁰⁶ WPV dünya sağlık sıralamasında 149 ülkenin sırasını vermektedir. Bu sıralama içerisine giremeyen Hindistan'a ait verilere yer verilmemiştir.

²⁰⁷ Filipinler, dünya sağlık hizmetleri kalitesi sıralamasında 60. sıradadır.

²⁰⁸ <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england> (erişim tarihi: 19.12.2019).

²⁰⁹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/> (erişim tarihi: 01.01.2020).

son yirmi yıllık süreç içerisinde yasal sağlık sigortası (SHI) tarafından finanse edilen sağlık harcamalarının kontrolüne giderek daha fazla dâhil olmaya başlamıştır.²¹⁰

Sağlık hizmetleri hakkında gerçekleştirilen planlama ve düzenlemeler: Sağlık hizmetini sunan temsilciler, kamu görevlileri (Dayanışma ve Sağlık Bakanlığı ağırlıkta) ve SHI yetkilileri arasında müzakereler şeklinde gerçekleşmektedir. Müzakereler neticesinde alınan kararlar da parlamentoya sunulur. Parlamento tarafından kabul edilen kararlar ise yasalara çevrilir.²¹¹

Fransa'da merkezi hükümet ulusal stratejinin dışında ek olarak hastaneler, ayakta bakım, ruh sağlığı ve engelliler için sunulan hizmetler ve hastaneler açısından bölgeler arasında bütçe dağılımının gerçekleştirilmesi ve tahsisini sağlamaktır. Bakanlık da bölgelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ve denetimi ile sorumludur. Bunların dışındaki yaşlı ve engelli bireyler için sağlık hizmetlerinin sunumunda ise yerel yönetimler sorumludur.

212

Fransa sağlık sisteminin temel finansmanı SHI 'dir. SHI üyelik yasal zorunluluklarla gerçekleşmektedir. Sağlık harcamalarının büyük bir bölümü SHI tarafından elde edilen gelir ile karşılanmaktadır. Sağlık harcamalarının 2014'te %71.32'si, 2015'te %71.48, 2016'da 71.50'si, 2017'de %71,45'i, 2018'de %71.43'ü SHI tarafından karşılanmıştır.²¹³ 2018 yılı SHI 'nın gelir kaynakları ise şu şekildedir:

- %50 işveren ve çalışan vergileri
- %35 tütün ve alkol vergisi
- %13 ilaç endüstrisi ve gönüllü sağlık şirketlerine uygulanan vergiler
- %2 devlet sübvansiyonları²¹⁴

Fransa'da yasal ve zorunlu SHI 'nın gelir kalemleri incelendiğinde görülmektedir ki gelirler içerisinde %50 oranla en büyük pay işveren ve çalışan vergilerinden oluşmaktadır. Bunun dışında ise tütün ve alkol vergilerinin %35'lik pay ile ikinci sırada olduğu da dikkat çekmektedir.

Fransa'da tüm vatandaşların hatta göçmenlerin de yararlandığı gelişmiş zorunlu sağlık sigortasının dışında ayrıca gelişmiş bir özel sigorta sistemi de bulunmaktadır. Özel sigortalar (VHI) Fransa'da son beş yıl içerisinde toplam sağlık harcamalarının yaklaşık olarak %15'ini finanse etmektedir. Fransa sağlık sistemi içerisinde özel sigortalar tamamlayıcı bir rol

²¹⁰ <https://international.commonwealthfund.org/countries/france/> (erişim tarihi: 01.01.2020).

²¹¹ A.g.e.

²¹² A.g.e.

²¹³ <https://knoema.com/WHONHA2019/national-health-accounts?tsId=1547240> (erişim tarihi: 02.01.2020).

²¹⁴ <https://international.commonwealthfund.org/countries/france/> (erişim tarihi: 02.01.2020).

üstlenmektedir.²¹⁵ Böylelikle de herkes tarafından kullanılabilen yasal sağlık sigortası ile herkesin erişebildiği birinci basamak sağlık hizmetleri toplumsal fayda maksimize ederken özel sağlık sigortası da bireysel faydanın ön plana çıktığı hastalıkların tedavisinde devreye girmektedir. Netice itibariyle de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı daha etkin ve verimli hale gelmektedir.

Sigorta sisteminin gelişmesine ihtiyaç duyulan neden ise 2003 yılında gerçekleşen serbestleştirme hareketidir. Temmuz 2003 yılında kabul edilen serbestleştirme mevzuatından yararlanan ilk sektör sağlık sektörü olmuştur. Serbestleştirme hareketi, sadece Fransa’da sağlık piyasası içerisinde KÖO projelerinin yasal dayanağının gerçekleşmesini değil, aynı zamanda da “Hôpital 2007” ‘nin de ilk ayağını oluşturmaktadır. Hôpital 2007 programı Fransa sağlık sistemi içerisinde reform niteliğinde bir programdır. Bu nedenle bir sonraki başlıkta Fransa sağlık sistemini ve KÖO yapısını incelemek için Hôpital 2007 programı irdelenecektir.²¹⁶

2.2.1.1.Hôpital 2007 Programı

Fransa, Sağlık ve Dayanışma Bakanlığı tarafından 2002 yılında sağlık hizmetlerini yeniden düzenleyerek ve modernize ederek hizmet sunumunu iyileştirmek için Hôpital 2007 programını oluşturmuştur. Program bir yandan sağlık hizmetlerinde modernizasyonu sağlarken diğer bir yandan da ekonomik performansı optimize etmeyi amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda da gerçekleştirilecek yatırımların ihtiyaç duyacağı desteği sağlamak amacını gütmektedir.²¹⁷

Hôpital 2007 programının içerik olarak toplam sermaye değerinin yaklaşık 6 milyar avro olduğu tahmin edilmektedir. Ek olarak toplamı 1,4 milyar avro olan toplam 35 KÖO temelli proje ile ilgili düzenlemeleri içermektedir.²¹⁸

Hôpital 2007 programının temeli Eylül 2003 yılında kabul edilen ve parlamento tarafından 2004 Ağustos’ta yasalaştırılan “Hastane Emri” (the Hospital Order)’dir. Hastane emri ile halk sağlık kodu değiştirilerek sağlık hizmetleri içerisinde özel sektör daha etkin bir şekilde hizmet sunumu yapmasının önü açılmıştır. Bu yasa ile özel sektörün sağlık hizmeti içerisinde projenin tasarımı, inşaatına ve bakımına katılabilmemesinin önü açılmıştır. Ek olarak ihale yolu ile gerçekleştirilecek bu katılımın küresel boyutta ihaleler şeklinde yapılması

²¹⁵ A.g.e.

²¹⁶ Unece, 2004: 2-6.

²¹⁷ A.g.e. s. 2-6.

²¹⁸ A.g.e. s. 2-6.

da düzenleme içerisinde yer almaktadır. Böylelikle sağlık hizmetlerinin sunumu içerisinde küresel anlamda yüklenicilerin Fransa sağlık sistemi içerisinde yer almasının önü açılmıştır.

Fransa'daki sağlık sektörü merkeziyetçi bir anlayışa sahip değildir. Bu nedenle hibe veren makam établissements publics de santé (EPS) olarak bilinen uzman sağlık kuruluşları tarafından temsil edilen yerel düzeyde karar alıcılardır. EPS 'nin temelini oluşturan finansman kaynağı da esas olarak sosyal güvenlik katkılarıdır. Bu bilgilerden hareketle her bir EPS nin bölgesel düzeyde ve her bir EPS için bölgesel olarak yeniden düzenlenmenin gerçekleştiği söylenebilir. Her yıl ARH (Bölgesel Hastane Ajansı²¹⁹) başkanı tarafından belirlenen bir yıllık bütçeleri bulunmaktadır. Uygulamada, ARH 'ler tarafından bölgelerindeki çeşitli EPS 'lerle birlikte beş yıllık yatırım programları oluşturulmaktadır.

EPS ve ARH 'nin yaptıkları çalışmaların denetimi için de Sağlık ve Dayanışma Bakanlığına bağlı yeni bir birim olan MAINH²²⁰(Hastane yatırımını destekleme ulusal misyonu) kurulmuştur. MAINH 'in amacı ARH 'lere ve EPS 'lere teknik denetim ve destek sağlamaktır.

MAINH ayrıca yasal ve finansal çerçevenin geliştirilmesinden de sorumludur. Sorumlulukları arasında geleneksel kamu alımları ve KÖO projeleri arasında karşılaştırma, rekabetçi diyalogun uygulanması ve bunların kullanımını kolaylaştırmak için bazı "kilit maddeler" hakkında kılavuzlar hazırlamaktadır.²²¹

Fransa sağlık sisteminde görüleceği üzere sağlık hizmetleri içerisinde, 2002 yılıyla başlayan serbestleşme uygulamaları Hôpital 2007 ile uygulamaya geçmiş ve KÖO için yasal zemin oluşturulmuştur. Fransa'da gerçekleştirilecek sağlık hizmetleri yatırım kararlarında ve büyüklüğünde yerel sağlık uzmanlarından oluşan EPS ve ARH 'nin etkisi vardır. EPS ve ARH üzerinde denetim yetkisi, Fransa Sağlık ve Dayanışma Bakanlığına bağlı bir birim olan MAINH tarafından gerçekleştirilmektedir. Sistem için finansman olarak ise güçlü bir genel sağlık sigortası oluşturulduğu ve buna ek olarak özel sigortalarında sağlık piyasası içerisinde tamamlayıcı bir rol üstlendiği görülmektedir.

2.2.1.2.Sud-Francilien Hastanesi

Corbeil-Essones 'te bulunan Sud-Francilien hastanesi (CHFS), bölgenin sağlık hizmeti talebini karşılayamadığı için merkezi hükümet 2006'da hastaneyi modernize etme kararı almıştır. Ek olarak bu karar Hôpital 2007 programı doğrultusunda alınmış ve Fransa'nın

²¹⁹ Agence Régionale d'Hospitalisation

²²⁰ Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier

²²¹ A.g.e. s. 11.

sağlık politikasına uygundur. CHFS 'nin istenilen düzeyde modernize edilmesinin 2006 bütçesi ile mümkün olamayacağından hastanenin modernizasyonunu ve işletilmesini içerisinde barındıran bir KÖO projesi oluşturulmuştur. Proje ihalesi neticesinde Fransız hükümeti ile Fransız firması olan Eiffage arasında 30 yıl işletme hakkını içerisinde bulunduran bir KÖO proje sözleşmesi imzalanmıştır.²²²

Ülkenin en modern hastanesi olarak tanımlanan CHFS, 110.000 m² üzerine inşa edilmiştir. Toplam yatak kapasitesinin 1000 olduğu, oda sayısının 4500 olduğu ve 23 cerrahi bölümünün olduğu hastanede hem bölge halkına hem de çevresinde bulunan bölgelere sağlık hizmeti sunabilecek şekilde tasarlanmıştır. Fotoğraf 2.3. 'te görüleceği üzere hastane modern yapısı ile dikkat çekmektedir.



Fotoğraf 2. 3. Sud-Francilien Hastanesi

Kaynak: Ministère Français De La Santé web sayfasından alınmıştır.

CHFS 23 Ocak 2012 yılında faaliyet geçmiştir. Ülkenin en modern hastanesi olarak tanımlanan CHSF ile Fransa 2041'e kadar (30 yıl boyunca) her yıl 48 milyon € değerinde kira ödemesini Eiffage 'ye yapması gerekiyordu. 30 yılın maliyetinin ise 1.440 milyar € olması öngörülmektedir.²²³

Hastanenin zamanında teslim edilememesi (8 aylık gecikme) nedeniyle, işletme kurulmadan önce hükümet Eiffage 'e yılda 48 milyon € kira ödemek zorunda kaldı. ARH 'e göre bu durumun sürdürülmesi kısa vadede iyi işleyişi ve gelişmeyi tehdit etmektedir.²²⁴

Gelişmeler üzerine Fransa Sayıştay 'ı, Ocak 2012'de bu proje için KÖO seçimini araştırmaya başlamış ve çok sayıda hata ile karşılaşmıştır. Gerçekleşen bu hatalardan dolayı

²²² <https://www.infrapppworld.com/news/eiffage-agrees-to-terminate-health-ppp-contract-in-france> (erişim tarihi: 02.01.2020).

²²³ A.g.e. s. 2.

²²⁴ A.g.e. s. 2-4.

da Sayıştay Raporu sekiz ay geç teslim edilmiştir. Bahsi geçen rapor neticesinde de CHFS 'nin kamu tarafından işletilmesinin kamunun yararı yönünde olacağı kanaatinde bulunmuştur.²²⁵

2014 yılında Eiffage ile Fransa hükümeti arasında müzakereler yapılmış ve neticesinde de 2015 yılında KÖO projesi fesih yolu ile sonlandırılmıştır. Fransa hükümeti Eiffage 'e tazminat tutarı olarak 80 milyon € ödemeyi kabul etmiştir. Fransa sağlık sistemi içerisinde bulunan otoritelerce haklı bulunan bu karar, CHFS yönetimi tarafından da desteklenmiştir. Devletin KÖO projesini sonlandırması neticesinde kısa vadede 80 milyon € tazminat ödemesi aslında uzun vadede devletin 600-700 milyon € kadar bir tasarruf yapmasını sağlamıştır.²²⁶

Genel itibariyle CHFS 'nin haklı gerekçelerle KÖO projesine dönüştürüldüğü görülmektedir. Lakin KÖO sürecinin kamuya yüklediği görevlerden olan KÖO sözleşmesinin hazırlanması ve sürecin denetlenmesi konusunda bazı kusurlar gerçekleşmiştir. Bu kusurların Sayıştay çalışmaları neticesinde ortaya çıkması ise KÖO projesinin fesih edilmesine neden olmuştur. Kamu hizmetinin sadece hizmeti kalitesini artırması değil, aynı zamanda da devletin bütçesi açısından da en uygun seviyede olması beklenmektedir. Bu doğrultuda da Fransa hükümeti gerçekleşen bu sözleşmeden vazgeçerek mali açıdan rasyonel bir tutum sergilemiştir.

2.2.2. Birleşik Krallık

Birleşik Krallık sağlık sektörü içerisinde ilk defa KÖO modelinin uygulandığı ülkedir. Sağlık sektörünü KÖO modelinin yenilikçi ve ihtiyaçlara hızla cevap veren yapısı sayesinde sağlık hizmetlerini genişletmek daha da geliştirmek amacıyla özel sektör ile ortaklık yolunu tercih etmiştir. Böylelikle daha uygun maliyete sahip, öngörülebilir ve daha verimli bir şekilde sağlık hizmeti sunumunu hedeflemektedir. Sonuç itibariyle toplumun daha iyi sağlık hizmeti göreceği ve neticesinde de ülkenin daha fazla kalkınacağı öne sürülmektedir.²²⁷

Birleşik Krallık KÖO modelini dünyaya önerirken 21. yy'de artan nüfusa karşın etkin ve verimli bir şekilde piyasa ekonomisi içerisinde hizmet sunumunun özel sektör ve kamu kesiminin bir araya gelmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda da insan hakları anayasası içerisinde 25. Maddede geçen sağlık hakkını vurgulayarak ortaya çıkan sağlık hizmeti talebinin daha az maliyete katlanarak KÖO modeli ile gerçekleştirilebileceğini öne

²²⁵ <https://www.batiweb.com/actualites/vie-des-societes/le-centre-hospitalier-sud-francilien-veut-rompre-son-ppp-avec-eiffage-2014-02-28-23853> (erişim tarihi: 02.01.2020).

²²⁶ <https://www.lemoniteur.fr/article/hopital-sud-francilien-une-inauguration-manquee-pour-un-ppp-rate.673224> (erişim tarihi: 02.01.2020).

²²⁷ <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england> (erişim tarihi: 19.12.2019).

sürmektedir. Gerçekten de Birleşik Krallık bu savı öne sürdüğünde 20 yılı aşkın bir süredir ülkesinde sağlık hizmetlerinde KÖO modelini uygulamaktaydı.²²⁸

Birleşik Krallık' ta sağlık hizmetlerine dair dönüşümün kronolojik sıraladığımızda ilk adımın 1991'de yapıldığını görmekteyiz. Tablo 2.2.'de görüleceği üzere 1991 yılında Birleşik Krallık kamu kesimi ve özel sektör ortaklıklarını başlatmıştır. Bir sonraki adım ise 1996 yılında ilk defa bir hastane sözleşmesi imzalanmış ve 2001 yılında tamamlanmıştır. 2006 yılında ise dünyanın en büyük hastane sözleşmesi olan St. Bartholomew ve Royal London anlaşmasını imzalamıştır. 2012 yılına kadar da 130'dan fazla sağlık tesisi için proje imzalanmıştır.

Tablo 2. 2. Birleşik Krallık Sağlık Sektöründe KÖO Kronolojik Sırası

1991	İlk KÖO projesinin başlatılması.
1996	Norwich Hastanesi için KÖO anlaşması
2001	Norwich Hastanesinin öngörülen süreden 5 ay önce tamamlanması
2006	St. Bartholomew ve Royal London Hastanesi için 1.1 milyar £ tutarında anlaşma imzalanması
2012	2001'den 2012'ye kadar tamamlanan devam eden 130'dan proje imzalanması
2016	St. Bartholomew ve Royal London Hastanesinin tamamlanması

Kaynak: UK verileri doğrultusunda tarafımızca hazırlanmıştır.

1991 yılında başlayan süreç tamamen profesyonelce yürütülmüştür. Projenin başlangıç aşamasından, gerçekleştirilme, hizmetin sunumu, hizmetin denetlenmesi ve hizmeti geri bildirimi ilgili alanların uzmanları tarafından gerçekleştirilmiştir.

Birleşik Krallık' ta KÖO modeli teklifi bütünleşmiş bir şekilde stratejik tavsiye ve projenin finansmanının güvenli hale gelmesini sağlayacak hale getirecek başarılı bir sistematiğe sahip tek elde yürütülen bir hizmet olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ve diğer bütün aşamalarda tamamen şeffaf bir şekilde gerçekleşmektedir.²²⁹

Birleşik Krallık' ta sağlık sektörü ile alakalı KÖO projeleri için National Health Service (NHS) karar vermektedir. Kararları içerisinde projenin belirlenmesi, proje içerisindeki büyüklüklerin belirlenmesi, hizmetin denetlenmesi, tıbbi hizmet tedarik düzeyi ve kalitesi, tıbbi hizmet dışı hizmetlerin tedarik düzeyi ve kalitesi ve bütün bu süreçlerin denetlenmesi yer almaktadır.²³⁰

²²⁸A.g.e. s. 2.

²²⁹<https://www.gov.uk/government/news/enhancing-economic-relationships-between-the-uk-gcc-through-ppp> (erişim tarihi: 19.12.2019).

²³⁰<https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england> (erişim tarihi: 19.12.2019).

Projenin inşası için ise özel sektördeki mimarlar, planlamacılar, yükleniciler, tesise ait yöneticiler, tıbbi cihaz tedarikçileri ve projenin finansmanını sağlayanlar bir araya gelerek etkin ve verimli kararlar almaktadır.²³¹

Birleşik Krallık var olan KÖO ortaklıklarındaki başarısı tesadüfi değildir. Toplum tarafından sağlanan faydanın artması ve KÖO'larının toplumca onanması neticesinde proje sayısı ilerleyen dönemlerde giderek artmıştır. Günümüzde 22 yıllık tecrübesi, 12 milyar £ sermayesi ve 130'dan fazla projesi ile dünyanın bu alanda öncü ülkesi konumundadır. İngiltere'de KÖO modeli, 1.1 milyar £'lık devasa yatırımdan 2.8 milyon £ temel seviye ev bakım hizmetine kadar başarıyla uygulanmıştır. Bunun neticesinde de bazı ülkelere sağlık hizmetinde KÖO projeleri için rehberlik etmektedir. Bu ülkeler ise:

- Kanada
- İrlanda
- Portekiz
- Avustralya
- Japonya
- İsveç²³²

Sağlık sektöründe KÖO konusunda başarılı olan ve hatta diğer ülkelere rehberlik eden Birleşik Krallık 'ta daha detaylı incelemeler yapabilmek için gerçekleştirilen hizmetlere değinmek gerekmektedir. Bu bağlamda öncelikle Birleşik Krallık 'ta öne çıkan şehir hastaneleri, şehir hastanesi projesi ve Birleşik Krallık kökenli firmaların sağlık sektörü içerisinde başka ülkelere gerçekleştirdiği KÖO projeleri incelenecek ve sonrasında da hizmete yönlendirilen eleştiriler incelenecektir.

2.2.2.1. Birleşik Krallık 'ta Sağlık Sektörü İçerisindeki KÖO Hastaneleri

Birleşik Krallık içerisinde sağlık sektörü içerisinde KÖO modeli iki farklı strateji üzerine kuruludur. Birinci strateji ülke içerisinde KÖO modeli ile hastaneler yaparak vatandaşlara daha iyi hizmet sunmak iken ikinci strateji ise Birleşik Krallık kökenli firmaların uluslararası piyasada sağlık sektörü içerisinde yer almasını sağlamaktır. Bu bilgidan hareketle çalışmanın bu bölümünde Birleşik Krallık içerisinde daha iyi hizmet sunumu sağlamayı amaçlayan KÖO hastaneleri incelenecektir.

²³¹A.g.e. s.3.

²³²A.g.e. s.3.

2.2.2.1.1. Norfolk ve Norwich Hastanesi

2001 yılında Birleşik Krallık ‘ta sağlık sektörü içerisinde gerçekleşen ilk hastanedir. Hastane için seçilen nokta hizmet sunumunun yeterliği olmadığı bir noktadır. Bu durumu göz önünde bulunduran Birleşik Krallık hükümeti KÖO modeli ile bölgeye hizmet sunumunu gerçekleştirmiştir. Konu hakkında hastane yöneticisi tarafından yapılan açıklama ise şu şekildedir: “KÖO projesi olmasaydı Norwich'te asla yepyeni bir hastaneye ulaşamazdık. Hastalarımıza harika bir tesis sunuyoruz.” Bu açıdan bakıldığında oldukça etkin bir hamle olduğu söylenebilmektedir. Fotoğraf 2.4.’te Norwich hastanesi gösterilmektedir.



Fotoğraf 2. 4. Norfolk & Norwich Hastanesi

Kaynak: NHS.

Norwich hastanesinin sözleşme yatırım tutarı 245 milyon £ ’dır. KÖO modeli gerçekleştirilen hastane içerisinde 950 adet genel hastaneye ait yatak bulunmaktadır. Hastanenin Norwich’e uzaklığı 6.4 km’dir. Hastanenin personel temini için Norwich ve Batı Norwich hastanelerindeki personeller yönlendirilmiştir. Yıllık komşu iller de dâhil olmak üzere 700.000 hasta tedavisi gerçekleştirilmektedir. Hastaneyi üstlenen firma ise Octagon’s Investor hastaneyi proje süresinden daha önce tamamlamıştır.²³³

2006 yılında Avam Kamarası Kamu Hesapları Komitesi tarafından maliyetleri yeniden değerlendirilmiş.²³⁴ Maliyetlerin doğru hesaplanmadığını ve yeniden düzenlenmesi gerektiği dile getirilmiştir. Yapılan sözleşmenin Octagon’un yatırımcılarının haksız bir şekilde

²³³ <https://www.pppforum.com/case-studies/norfolk-and-norwich-case-study> (erişim tarihi: 22.12.2019).

²³⁴ Ek 10.

gelirlerini arttırdığını ve bu nedenle de yapılan sözleşmenin düzeltilmesi gereken bir hataya sahip olduğunu savunmaktadırlar.²³⁵

Norwich hastanesi ile Birleşik Krallık içerisinde sağlık sektöründe özel girişimin varlığı sorgulanır hale gelmiştir. Ülke basını ve literatür içerisindeki eleştiriler doğrultusunda bunları şu şekilde sıralanabilir:²³⁶

- Yapılan sözleşme doğrultusunda NHS Norwich için yüksek kira bedeli ödemektedir. 2018 yılında aşırı kâr elde eden firmanın 2019 yılı itibariyle 59 milyon £ kar elde etmesi bekleniyor.
- NHS tarafından kapatılan iki hastanenin Norwich hastanesini bölgede tekel haline getirmesi kar oranını arttırmaktadır.
- NHS mevcut şartlar altında 2037'ye kadar N&N'ye milyonlarca £ ödemeye devam ederek kamu gelirlerini verimsiz şekilde kullanmaktadır.
- Proje için ek fona ihtiyaç duymadıkları halde proje yatırımcısı Octagon ek fonları kullanması neticesinde gelirleri 200 milyon £ 'den 306 milyon £ ulaşmıştır. Elde edilen kâr hissedarlar arasında paylaşılmıştır.
- 2004'teki tahminler doğrultusunda vergi mükelleflerinin N&N kira bedeli olarak Octagon'a 1 milyar £ 'dan fazla ödeyeceği öngörülmüştür. Bu tutar 229 milyon £ lık hastanenin inşa edilmesi ve açılması maliyetinin yaklaşık beş katı kadar bir tutara tekabül etmektedir.
- Octagon'a ait basın sözcüsü sermaye geri ödeme tutarının hâlâ 198.35 milyon £ dolaylarında olduğunu dile getirmiştir. Bu rakam ise bir önceki yıl açıklanan rakama oldukça yakındır.²³⁷

Bu bilgiler doğrultusunda konunun başında bahsettiğimiz Birleşik Krallık başarısı, başarısızlığa dönüşmektedir. Maliyetlerin doğru hesaplanmadığının bir kamu kurumundan kabul edilmesi ise bu durumun en büyük göstergesidir. Özellikle basına yansıyan başarısızlıkları göz önünde bulunduracak olursak maliyetlerin doğru hesaplanmadığı gerçeğinin ön plana çıktığı görülmektedir. Yine kapatılan hastanelerin bölgede N&N hastanesini tekel haline getirmesi, yüklenici firmaların haksız ve aşırı gelir elde etmesine neden olmuştur.

²³⁵House of Commons Committee of Public Accounts, 2005: 16-19.

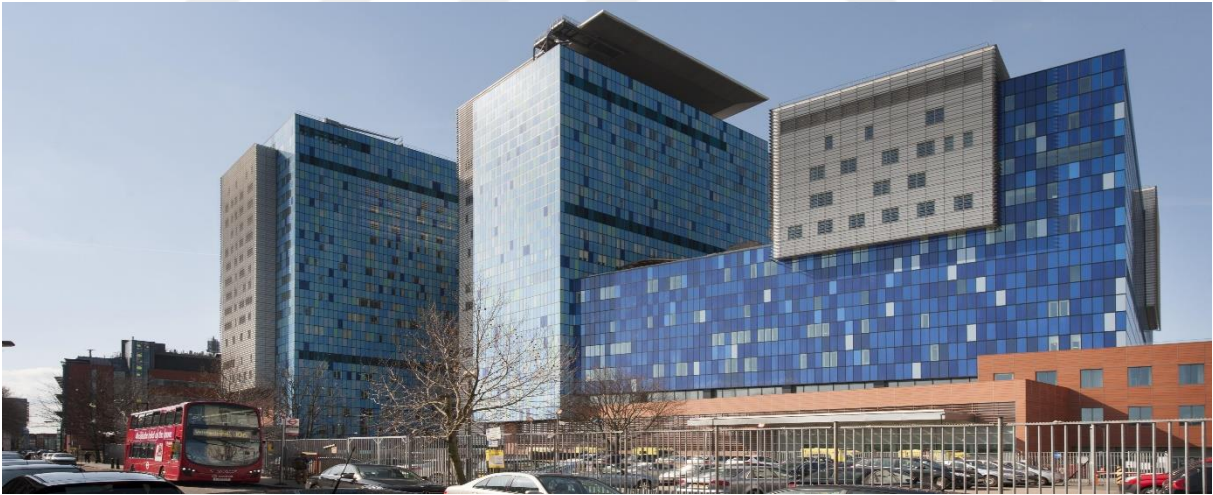
²³⁶<https://www.edp24.co.uk/news/health/revealed-how-pfi-deal-is-costing-norfolk-and-norwich-university-hospital-59m-this-year-1-5098561> (erişim tarihi: 19.12.2019).

²³⁷213 milyon £

2.2.2.1.2. St. Bartholomew ve Royal London Hastanesi

Londra’da bulunan iki tarihi kraliyet hastanesinin tasarımı, düzenlenmesi ve inşası üzerine yapılan kamu özel ortaklık modelidir. Model iki bileşenden oluşmaktadır. İlk bileşen Kraliyet hastanesinde 13 binayı yıkıp yerine 17 yeni bina inşa etmek amaçlanmıştır. İkinci bileşen ise 900 yıllık St. Bartholomew hastanesinin 1930 yılında yapılan kanserle mücadele ve kalp merkezini yıkılarak, yerine yeni ve son teknolojiye sahip Avrupa’nın en büyük kanserle mücadele ve kalp merkezini inşa etmek amaçlanmıştır. İngiltere’nin sağlık sektöründeki en büyük kamu özel ortaklık modeli olan bu proje 42 yıllık bir sözleşme süresine sahiptir.²³⁸

Projenin gerçekleşmesi için toplam yatırım tutarı 1.1 milyar £’dır. Finansmanı sağlamak için üç adet özel sektör firması olan Skanska, DIF ve Innisfree firmaları birleşmiştir. Projenin inşası 2006-2016 yılları arasındadır. Sözleşmenin geçerlilik süresi ise 2006- 2048 yılları arasındadır. Sözleşme sonuna kadar hastanelerin işletme hakkı özel sektöre bırakılmıştır.²³⁹ Birleşik Krallık böylelikle hastanelerin bakımı, hastanenin teçhizatlarının yenilenmesi, binaların yenilenmesi gibi maliyetlere katlanmamıştır. Kamu hizmetini maliyete katlanmaksızın özel sektörün finansman kaynağından, bilgisinden ve tecrübesinden yararlanmıştır. Fotoğraf 2.5.’te görüleceği üzere oldukça büyük ve tarihi bir hastanedir.



Fotoğraf 2. 5. St. Bartholomew ve Royal London Hastanesi

Kaynak: NHS.

St. Bartholomew ve Royal London Hastanesi de Birleşik Krallık içerisinde sağlık sektöründe özel girişimin varlığı ile alakalı sorunları sorgulattır hale getirmiştir. Ülke basını ve literatür içerisindeki eleştiriler doğrultusunda bunları şu şekilde sıralanabilir:²⁴⁰

²³⁸ <https://www.skanska.se/4929c6/siteassets/om-skanska/press/nks-i-media/barts-white-paper-single-pages-brochure-format.pdf> (erişim tarihi: 21.01.2019).

²³⁹ Skanska, 2010: 4-6.

²⁴⁰ <http://theconversation.com/the-trouble-with-the-floundering-flagship-that-is-barts-health-38020> (erişim tarihi: 22.12.2019).

- Yapılan yatırım miktarının yüksek olması beraberinde kira bedelinin de yükseltmektedir. Bu durum vergi ödeyicileri rahatsız etmektedir.
- Kira bedellerini karşılamak için devletin kemer sıkma politikalarına başvurması vergi ödeyicilerini rahatsız etmektedir.
- Yıllık 109 milyon £ ödenen kira bedelinin 2019 yılı itibariyle 675 milyon £ geri ödeme tutarına ulaştığı ve bu ödemelerin daha uzun yıllar devam edecektir. Böylelikle yine N&N’de olduğu gibi yatırım tutarından çok daha fazla bir tutar özel sektöre aktarılacaktır.
- NHS’ye ait olan Whipps Cross ve Newham hastanelerinde yapılan kesintilerden hareketle bu hastanelerinde kapatılması beklenmektedir. Yine yeni açılan KÖO hastanesinin bölgede tekel haline gelmesi sağlanmaktadır.
- Ağır bir finansman yükü olan hastane vergi ödeyicilerin geleceğe karamsar bakmasına neden olmaktadır.

Bu bilgiler doğrultusunda yine konunun başında bahsettiğimiz Birleşik Krallık başarısı, başarısızlığa dönüşmektedir. Bilhassa basına yansıyan başarısızlıkları göz önünde bulunduracak olursak maliyetlerin oldukça büyük olduğu gerçeğinin ön plana çıktığı görülmektedir. Yine kapatılan hastanelerin bölgede St. Bartholomew ve Royal London Hastanesini tekel haline getirmesi, yüklenici firmaların haksız ve aşırı gelir elde etmesine neden olmuştur.

2.2.2.1.3. Southmead Hastanesi

Southmead Hastanesi literatür içerisinde “Süper Hastane” olarak geçmektedir. Hastanenin 2014 yılında sözleşmesi imzalanmıştır. Hastane KÖO modeli olarak projelendirilmiştir. 115.000 m2 bir alan üzerine kurulmuştur hastane.²⁴¹

Hastane içerisinde 800 adet yatak bulunmaktadır. Bulunan yatakların %75’inde ise ebeveyn banyosu bulunan tek kişilik odalardan oluşmaktadır. Hastane modern tıbbın gerektirdiği tüm teknolojik tıbbi teçhizatlar ile donatılmıştır. Hastane içerisinde genel hastane, nörobilim ve cerrahi hizmetler, büyük tramva bakımı, plastik cerrahi ve yanık bakımı alanlarında alanın önde gelen hastanelerinden birisidir.²⁴²

Hastane ayrıca çevre dostu olarak tasarlanmıştır. Hastanenin çevresel etki değerlendirmesi bakımından en yüksek derecelendirmeyi almıştır. Birleşik Krallık içerisinde

²⁴¹ <https://www.pipfunds.co.uk/our-investments/social-infrastructure/southmead-hospital/> (erişim tarihi: 22.12.2019).

²⁴² A.g.e.

bu alanda en iyi hastane konumundadır. Ayrıca Birleşik Krallık içerisinde karbon salınım miktarının çok altında kalmıştır karbon salınım miktarı. Hastanenin tüm tasarımı çevreye zarar vermeyecek şekilde tasarlanmıştır.²⁴³



Fotoğraf 2. 6. Southmead Hastanesi
Kaynak: NHS.

Fotoğraf 2.6.'da görüleceği üzere hastane ana hizmet binası oldukça geniş ve etrafında yapılanma bulunmaktadır. Hastane ayrıca tamamen müşteri odaklı bir şekilde dizayn edilmiştir. Müşterilerine konforlu bir otel ortamı yaratmaktadır. Hastalarının mahremiyetine önem veren hastane insan onuruna ve haysiyetine yakışır bir şekilde tedavi görmelerini sağlamaktadır. Hastane müşterilerine önem verdiği kadar çalışan personellerine de önem vermektedir. Özellikle hekimlerin çalışma ortamları bu bağlamda oluşturulmuştur. Yine benzer şekilde hastane içi ulaşım da kolay anlaşılır ve kolay erişilebilir şekildedir.²⁴⁴

Hastanenin süper olma sebeplerinden birisi de hastanenin inşa esnasında da hükümet politikalarını izlemesidir. Hastane inşasında yerel halk ve yerel piyasa ekonomisi düşünülmüştür. Yerel halk açısından sosyal adaleti sağlamaya dönük bir hamle olmaktadır. Çünkü Hastanenin yapıldığı Bristol'de mali açıdan düşük gelirli bireyler yaşamaktadır. Hastane inşaatının %40'ında yerel halkı çalıştırma şartı, çalışma şartları ve ücretleri belirtilmiştir. Yerel ekonomiyi ise iki şekilde etkilemektedir. Birincisi inşaatta çalışan bireylerin gelirlerinin artması ile daha fazla harcama yapması (gelir etkisi ile). İkincisi ise inşaat malzemelerinin %60'ını yerel piyasadan alma zorunluluğunun sözleşme şartları

²⁴³ A.g.e.

²⁴⁴ <http://www.bdp.com/en/latest/news/2010/financial-close-for-bristol-southmead-hospital/> (erişim tarihi: 22.12.2019).

içerisinde yer almaktadır. Tam olarak ülke ekonomisi düşünülerek çevreci bir hastane olarak KÖO modelinin sağlık sektörü içerisinde nadir örneklerinden biridir.²⁴⁵

KÖO projesini üstlenen firma ise Carillion 'dur. Carillion firması sözleşmede yer alan yerel ekonomiye dönük şartları kabul etmiştir. Sözleşme şartlarının tamamını da yerine getirmiştir. Ayrıca 2012 yılında Bristol'de birden çok sosyal sorumluluk projesi içerisinde yer almıştır. Bu açıdan da örnek bir yatırımcı görüntüsü çizmektedir Carillion.²⁴⁶

Hastanenin maliyetleri ise proje yatırım tutarı 430 milyon Euro'dur. Hastane projesini ihale aşamasında Carillion şirketi almıştır. Fakat dünya genelinde yaşanan kriz neticesinde Carillion tröste²⁴⁷ gitmek zorunda kalmıştır. Böylelikle 2015 yılında InfraRed Capital Partners Limited tarafından önerilen HICL Infrastructure Company Limited tarafından %50 hissesi satın alınmıştır. HICL firmasının Southmead Hastanesinin %50 hisselerini satın alma maliyeti ise 87 milyon 800 bin Euro'dur.²⁴⁸

Genel itibariyle Southmead Hastanesini inceleyecek olursak eğer;

- Sağlık hizmetleri içerisinde bulunan diğer KÖO projelerinin sağladığı sağlık hizmetini sağlamaktadır.
- Bazı hastalıkların tedavisinde uzmanlaşmıştır.
- Yıllık 500.000 hasta tedavisinin gerçekleşeceği bir kapasiteye sahiptir.
- Hastane tasarımı çevreye duyarlı bir şekilde tasarlanmıştır.
- Hastanenin devlet politikalarına uyumluluğu yerel bölgenin ihtiyaçlarına cevap vermesi açısından tam uyumludur.
- Yüklenici firmanın yerel halka bağışlar yapmaktadır.
- Hastane müşterilerini önemseydiği kadar çalışanlarına da önem vermektedir.

Southmead hastanesi tüm bu nedenlerle süper hastane olarak adlandırılmaktadır. Hastanenin genel anlamda misyonu ve vizyonu sağlık sektöründeki diğer KÖO projelerine örnek olacak şekildedir. Bu bağlamda Birleşik Krallık içerisindeki en başarılı KÖO projesi olduğu söylenebilmektedir.

Hastanenin ihalesinde başlangıçtaki yüklenicisi olan Carillion şirketinin maddi açıdan hizmeti sunumunu ya da gerçekleştirilmesini riske sokunca hastaneye ait hisselerin %50'sini HICL firmasına satmak zorunda kalmıştır. Gerçekleşen bu durum ise özel sektör

²⁴⁵<https://www.theguardian.com/sustainable-business/carillion-super-hospital-community-life> (erişim tarihi, 22.12.2019).

²⁴⁶A.g.e.

²⁴⁷Tröst: bir grup şirketin bir araya gelerek veyahut kaynaklarını ortak kullanarak birlikte hareket ettiği oluşuma denir. Genel itibariyle tekel piyasalarda fiyat seviyelerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

²⁴⁸A.g.e.

yüklenicilerinin de hizmetin sunumu ya da gerçekleştirilmesinde bu amacı yerine getiremez hâle gelebileceğinin en net örneğidir. Bu bağlamda hizmeti gerçekleştirmekle yükümlü olan kamu kesiminin KÖO modelini yüklenecek firmayı iyi analiz etmesi gerekmektedir.

Yapılan hisselerin satışı sonrasında hizmetin sunumunda bir aksama olmamıştır. Bu bağlamda da projenin aksamamasındaki temel etkenin Birleşik Krallık 'ın 20 yılı aşkın deneyiminden kaynaklı olduğu söylenebilir. Zamanında yapılan müdahale ile hizmetin kesintisiz bir şekilde devamlılığı sağlamıştır. Elbette Birleşik Krallık ekonomisinin içerisinde çok sayıda özel sektör firmasının bulunması, devletin alternatif üretme konusunda elini güçlendirmektedir.

2.2.2.1.4. Midland Metropolitan Hastanesi

Midland Metropolitan Hastanesi yapım aşamasında olan bir projedir. Proje Carillion konsorsiyumu tarafından üstlenilmiştir. Birmingham'da merkezine yakın bir konumda yapılacaktır. Hastanenin yatırım tutarı 350 milyon £'dir. Hastanenin faaliyete geçmesi ile birlikte Sandwell Genel Hastanesi, West Bromwich ve NHS 'ye ait Birmingham Hastanesinin yerini alacaktır.²⁴⁹

MMH 10 katlı bir hastane olacak şekilde dizayn edilmiştir. Ayrıca 84.000 m2 bir alan üzerine kurulacak olan hastane 683 yataklı olacaktır. Hastanenin gerçekleştirilmesi ile birlikte vatandaşların hizmetine sunulacak vaatler şu şekildedir:²⁵⁰

- Hasta mahremiyetini korumaya dönük tek kişilik özel odalar,
- Hasta-doktor arasındaki mahremiyeti korumaya dönük özel klinikler,
- Doktorların da performansını arttıracak şekilde oluşturulacak klinikler,
- Departmanlar arasında mesafelerin en uygun seviyede tutulup sağlık çalışanlarının da gün içerisinde verimli olmasını sağlayacak bir bina düzeni,
- Vatandaşların kolaylıkla gitmek istedikleri bölümü bulabilecekleri anlaşılır bir hastane planı,
- Tüm bölümlere erişim sağlayan 20 kişilik asansörler, basit ve halk tarafından anlaşılır şekilde dizayn edilmiş,
- Binanın yapısının uzun yıllar dayanacak ve kullanılacak şekilde yapımı,
- 1.800 araçlık bir otopark ve bu otopark ile hastane arasındaki sürenin maksimum 3 dakika şeklinde yapılması,

²⁴⁹ https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/524468/Healthcare_UK_Brochures_Infrastructure_DIGITAL.pdf (erişim tarihi: 18.12.2019).

²⁵⁰ A.g.e.

Gibi hizmetleri bünyesinde bulunduracak olan MMH vatandaşların hem mahremiyetine önem veren hem konforlu hem de çalışanlarının verimliliğini üst seviyede tutmayı hedefleyen bir proje olarak ön plana çıkmaktadır. Fotoğraf 2.7.’de hastanenin proje tamamlandıktan sonraki halini göstermektedir.



Fotoğraf 2. 7. Midland Metropolitan Hastanesi
Kaynak: NHS.

Gerçekleştirilmiş olan N&N ve St. Bartholomew ve Royal London Hastanesinde olduğu gibi yine NHS’ye ait olan hastanelerin kapatılması ile nitelenecek olması vergi ödeyicileri açısından eleştirilmektedir. Her ne kadar başarılı olduğunu öne sürse de Birleşik Krallık vergi ödeyicileri tarafından sağlık sektöründeki KÖO tercihleri ile eleştirilmektedir. Bir sonraki başlıkta Birleşik Krallık ’ta sağlık sektörü içerisinde KÖO dönük eleştirileri inceleyeceğiz.

2.2.2.2. Birleşik Krallık Kökenli Firmaların Farklı Ülkelerdeki Gerçekleştirdiği KÖO Hastaneleri

Çalışmanın bu bölümünde Birleşik Krallık ’ın gerçekleştirdiği ikinci strateji olan; Birleşik Krallık kökenli firmaların uluslararası piyasada gerçekleştirdiği KÖO hastaneleri incelenecektir.

2.2.2.2.1. Majadahonda Puerta de Hierro Hastanesi

İspanya’nın Madrid şehrinde KÖO yatırımcılarına teknik analiz ve danışmanlık hizmeti veren Birleşik Krallık şirketi Arup ’un rehberliğinde gerçekleştirilmiş bir hastanedir. Hastane bu yönüyle İspanya’da ilk kez özel girişimler ile geliştirilmiş projedir. Arup ’un KÖO hastanelerinde hem kamu kesimine hem de yüklenici ortaklara özellikle İngiltere’de

gerçekleştirilen mühendislik tasarımındaki deneyimini, yüklenici ortaklar için finansman kuruluşunun proje için teknik danışmanı olarak hareket etmektedir.²⁵¹

Majadahonda yeni 172.000m² 'lik alan üzerine kurulmuş olup hastanenin toplamda 900 tane yatak kapasitesi mevcuttur. Hastanenin bulunduğu ile ve çevre illerde yaşayan 520.000 kişiye hizmet vermektedir. Hastane bir KÖO modeli ile finanse edilmektedir. Bu yöntem, hem hastaneyi inşa etmek için kullanılan sermayenin maliyetini hem de yeni tesisin yaşam döngüsü sermaye maliyetini açıklamaktadır.²⁵² Fotoğraf 2.8.'de görüleceği üzere hastane modern ve Birleşik Krallık 'ta bulunan KÖO hastanelerine benzemektedir.



Fotoğraf 2. 8. Majadahonda Puerta de Hierro Hastanesi
Kaynak: Arup.

Model YİD modeli olmakla birlikte inşa süresi dâhil 30 yıllık bir süre boyunca işletme hakkı 18 Mart 2005 tarihinde Bovis Lend Lease-Dragados –Sufi konsorsiyumuna verilmiştir. Hastanenin yapım maliyeti ise 190.000 milyon Euro'dur. Hastaneni sağladığı fiziki imkânlar:²⁵³

- Hastane, ana karayolu, bir heliport iniş alanı, büyük kapasiteli bir dinleme salonu, öğretim ve araştırma tesisleri, iki katlı bir kafeterya ve geniş bir perakende alanına (banka, çiçekçi, çağrı tesisleri, haber standı, vb.) sahiptir.
- Toplam 242.000 m² inşaat alanına sahiptir ve bu alanın 172.000 m²'si hastane ve hastane ek hizmet binaları için kullanılmıştır. 3000 araçlık 75.000 m²'lik bir otoparka sahiptir.

²⁵¹Healthcare UK., 2016: 13.

²⁵² A.g.e.

²⁵³<http://www.bovis.es/en/projects/puerta-de-hierro-hospital-majadahonda/> (erişim tarihi: 21.12.2019).

- Hastane bünyesinde otel de mevcuttur. Otel de benzer şekilde konforlu şekilde tasarlanmıştır.

Hastane içerisinde otel hizmet İspanya'nın sağlık politikaları içerisinde bulunan sağlık turizmine dönük bir hamledir. İspanya bu hizmetleri tasarlarken kendine rol model olarak Arup vasıtasıyla Birleşik Krallık alınmıştır.

Hükümet yetkilileri hastanenin KÖO modeli ile gerçekleştirilmesinin temel sebebinin bütçe içerisinde bu büyüklükte bir hastane yapacak kadar miktarın olmadığıdır. Hizmete duyulan ihtiyacın yerine getirilmesi için de KÖO modeli tercih edilmiştir. Konu hakkında yaptıkları açıklamada hükümet için en ucuz sistemin tercih edildiğini vurgulanmış ve kamu kesimine ait hastanelere göre %25 tasarruf sağladığı beyan edilmiştir. Fakat bu açıklamaların KÖO sisteminin uygulanmasını isteyen Madrid ve Valencia sağlık departmanları tarafından sağlanan veriler doğrultusunda oluşturulduğu ortaya çıkmıştır.²⁵⁴

Madrid bölgesi sağlık şefi tarafından yapılan açıklama doğrultusunda verilerin yanlış olduğu KÖO modelinin geleneksel sağlık hizmet sunumuna oranla tasarruf sağlamadığını hatta ve hatta çok daha maliyetli olduğunu beyan etmiştir. Yapılan açıklamalar içerisinde yeni hastanelerin yatak başına düşen 100.000 Euro'dan daha fazla olduğunu ve bu nedenle aslında sağlık sektörü içerisindeki KÖO etkinsiz olduğunu açıklamıştır.²⁵⁵ Yapılan açıklamalar doğrultusunda mevcut hastanelerin daha az maliyete sahip olduğunu ve devlet açısından uzun dönemde kendi bünyesinde yeni hastanelerin yapılması daha verimli olacağı açıktır.

Genel itibarıyla Majadahonda Puerta de Hierro hastanesinin ihtiyaçlar doğrultusunda İspanya hükümeti tarafından gerçekleştirilmiş bir hastanedir. İspanya hükümeti, hükümet açısından en uygun maliyetli şekilde hizmeti KÖO modeli ile uygulanacağını, Birleşik Krallık içerisinde uygulanan modelin başarısını ve modeli Arup adlı Birleşik Krallık kökenli firmaya yaptırarak deneyimlerinden faydalanacağını beyan etmiştir. Böylelikle de yüksek kalitede sağlık hizmet sunumu etkin ve verimli şekilde sunulacaktır. Fakat burada dikkat edilmesi gereken kavram hükümet ve devlet kavramıdır. Hükümetlerin kısa dönemli varlık göstermesi fakat devletlerin kamu maliyesinin çok daha uzun dönemde varlık göstermesi açısından İspanya'nın sağlık hizmetlerinde için KÖO modelinin daha maliyetli hale geldiği bürokratlar tarafından açıklanmıştır.

Birleşik Krallık açısından konuyu toparlamak gerekirse, kendi çalışmalarını başarılı bir şekilde dünya ekonomisi içerisinde pazarlayabilmiştir. Böylelikle de ülke içerisindeki vergi ödeyicilerinden eleştiri almadan Birleşik Krallık kökenli bir şirketin kâr elde etmesi

²⁵⁴https://elpais.com/elpais/2012/03/22/inenglish/1332423616_936270.html (erişim tarihi: 22.12.2019).

²⁵⁵A.g.e.

sağlanmıştır. Böylelikle de şirketinin değeri, pazar itibarı ve GSMH artış göstermiştir. Bu bahsedilen kârlı süreç toplamda 30 yıl boyunca da devam edecektir.

2.2.2.2.2. Aedas & AHR Mimarlık

Dünya'nın en büyük sağlık kliniklerinden birisi Birleşik Arap Emirlikleri (BAE)'nin Abu Dhabi şehrinde bulunan Yeni Cleveland Sağlık Kliniği'dir. Amerika dışında ilk defa BAE içerisinde kurulmuş hastane dünyanın ilk yedi yıldızlı hastanesi olma özelliğini taşımaktadır. Toplam büyüklüğü ise 420.000 m² bir alana sahiptir hastane. Fotoğraf 2.9.'da görüleceği üzere Birleşik Krallık içerisindeki hastanelerin mimarisinden oldukça farklı bir yapıya sahiptir.²⁵⁶



Fotoğraf 2. 9. Yeni Cleveland Sağlık Kliniği

Kaynak: HDR web sayfasından alınmıştır.

Taslak tasarımı HDR 'ye ait olan hastane mimarisini Aedas ve AHR firmaları gerçekleştirmiştir. 6000 mimarı ile yapısal çizimlerini gözden geçirilmiştir. Bir ay içerisinde 8000 yeni çizim oluşturulmuştur. Hastane konum itibarıyla bir çölde bulunması ve kültürel açıdan iyi bir mimariye sahip olması için çalışan iki Birleşik Krallık firması kısa sürede projeyi hazırlamıştır.²⁵⁷

Netice itibarıyla hastane, hasta odaklı bir yapıya sahip modern bir yapı olarak meydana gelmiştir. Hastalar için iç kaplamaların özenle seçildiği, tavan mesafesinin yüksek

²⁵⁶Healthcare UK., 2016: 12.

²⁵⁷ A.g.e.

olduğu ferah bir hastane ortamı oluşturulmuştur. Aynı zamanda lüks bir otel gibi tasarımlanmıştır.²⁵⁸

Birleşik Krallık yine İspanya’da olduğu gibi kendi ülkesine ait firmaları, daha önceki sağlık sektöründe yaptığı çalışmaları referans göstererek ön plana çıkarmıştır. Böylelikle de ülke içerisindeki vergi ödeyicilerinden eleştiri almadan Birleşik Krallık kökenli bir şirketin kâr elde etmesi sağlanmıştır. Böylelikle de şirketinin değeri, pazar itibarı ve GSMH artış göstermiştir.

2.2.2.3. Birleşik Krallık Sağlık Sistemi İçerisinde KÖO Modeline Eleştiriler

Birleşik Krallık Hazine Bakanlığı resmi sayfasında sağlık sisteminde uygulanan KÖO modelleri için her ne kadar başarılı bir uygulandığı öne sürülse de vatandaşlar ve politikacılar tarafından sistem verimsiz bulunmaktadır. Bu doğrultuda sağlık sistemine yapılan eleştirileri incelemek adına 2017 yılında oluşturulmuş The UK’s PPPs Disaster²⁵⁹ raporu incelenecektir. Rapor neticesinde eleştiriler şu şekilde şekillenmektedir:²⁶⁰

- Projelerin geri ödeme sürelerinin uzun olması ve yıllık kiralalarının maliyetli olması nedeniyle etkinsiz olması,
- Aslında kamu kesimi bütçe içerisinde gizli bir borç oluşturmakta ve bu nedenle de ilerleyen dönemlerde bütçe açısından sorunlar yaşamasının yüksek ihtimal olması,
- Kaynak dağılımında adaletsizlik yaratması,
- Mevcut ekonomik sistem içerisinde haksız rekabete neden olması,
- Mevcut ekonomik sistemi bozma eğiliminde olması ve piyasa içerisinde tekelleşmeye neden olması,
- Kamu varlıklarının offshore (deniz aşırı) mülkiyeti yoluyla vergiden kaçınmayı sağlayabilir bu da kamu gelirleri açısından bir azalmaya neden olur,
- KÖO’larının finansal kaygıları hizmet standardının ve personel verimliliğinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır,
- Demokratik olarak hesap verilebilirliğin erezyona uğramasına neden olmaktadır.

Genel itibarıyla yorumlamak gerekirse Birleşik Krallık içerisinde başarılı olarak lanse edilen sağlık sektöründe KÖO’ları esasında birden fazla kusuru içerisinde barındırmaktadır. Özellikle KÖO bünyesinde hastanelerin açılması için NHS’ye bağlı hastanelerin kapatılması var olan hizmetin kalitesini arttırsa da kamu maliyesinin ödemeler dengesi açısından büyük

²⁵⁸ A.g.e.

²⁵⁹ Jubilee Dept Campagin, 2017: 2-8.

²⁶⁰ A.g.e. s7.

bir mali yüke neden olmaktadır. Yine benzer şekilde yapılan sözleşmelerin uzun dönemli olması da kamu maliyesi açısından uzun dönemli ve sonraki nesiller için de bağlayıcı olmaktadır.

Sağlık sektörü içerisinde yapılan harcamaların bütçeye oluşturduğu yük göz önünde bulundurulacak olursa eğer yine eleştirilerden birisi olan devletin var olan bütçe yükünü kemer sıkma politikaları ile gidermeye çalışması ile neticelenmesidir. Bu durum vergi ödeyicileri tarafını rahatsız etmektedir.

Şehir İzleme Grubunun yaptığı çalışma içerisinde İngiliz Tabipler Birliği Sağlık Politikası ve Ekonomi Araştırma Birimi sorumlusu Jon Ford ile yaptıkları görüşmede Birleşik Krallık Sağlık Sistemi Hakkında şu eleştirilerde bulunmaktadır:²⁶¹

- Sağlık sektörü içerisinde KÖO modelinin yarattığı fırsatların kamu sektörü için değil, özel sektör için yararlı olduğunu,
- Sağlık sektöründe KÖO başlangıçta hesaplı ve herkes tarafından onaylanırken son 2 yılda ortaya çıkan tablo tam tersi bir durumun mevcut olduğunu göstermekte,
- Sistemin kurallar bütünü dâhilinde esnek olmaması ve uzun süreli sözleşmelerin olması,
- Paranın değeri konusunda risk aslında özel sektörün değil, kamu sektörünün sırtındadır,
- Sağlık sektöründe KÖO modellerinin uygulanması neticesinde toplam yatak sayısında azalma olmuştur,
- Kötü hazırlanmış bazı sözleşmelerde hastanenin müşterilerinden bazı ek ücretler talep etmesi (otopark ücreti, televizyon kullanma ücreti, telefon kullanma ücreti vs.)

Birleşik Krallık tüm bu olumsuz yönlerine rağmen yine de Hazine Bakanlığı'na ait web sayfasında başarılı bir uygulama şeklinde lanse etmesinin altında yatan temel neden ise yine web sayfası içerisinde KÖO modelleri için İngiliz şirketlerinin tercih edilmesi gerektiğini önermesi ile alakalıdır. Birleşik Krallık konunun başında da bahsedildiği üzere bazı devletlerin çözüm ortağı ve rehberi konumundadır. Buradan hareketle başarısızlığını bir başarı gibi lanse etmesi aslında bir pazarlama stratejisi olabilmektedir.

2.2.2.4. Birleşik Krallık Sağlık Sektöründe KÖO Modeli Kazanımları

Birleşik Krallık sağlık sektöründe KÖO modeli her ne kadar yurt içinde eleştirilse de, sağlık hizmetleri içerisinde bireylere daha konforlu bir sağlık hizmetinin sunumunu sağlamaktadır. Mevcut hastanelerin yenilenmesi ya da yeniden inşası ve son teknolojiye ait tıbbi cihazlar ile yüksek kalitede sağlık hizmeti sunulmaktadır.

²⁶¹http://www.ttb.org.tr/kollar/sehirhastaneleri/haber_goster.php?Guid=bbfc359e-d8f7-11e7-ab27-5e59a11fb42d (erişim tarihi: 22.12.2019).

Birleşik Krallık ayrıca uluslararası boyutta da oldukça başarılıdır. Özellikle kendi çalışmalarından elde ettiği deneyimlerden hareketle başka ülkelere deneyimlerini aktarabilmektedir. Bunun temelinde yatan neden ise 22 yıllık tecrübenin yanı sıra modeli sağlık sektörü içerisinde uygulayan öncü ülke konumunda olması ile alakalıdır.

Birleşik Krallık, deneyimlerini başka ülkelere aktarırken kendi bünyesindeki firmalar ile de danışmanlık, tasarım, tedarik ve finansal programlama hizmetleri vermektedir. Verilen hizmetler sayesinde de uluslararası boyutta ülkenin itibarı da artmaktadır. Aynı zamanda da aracı şirketlerin ülkeye getirdiği döviz miktarı da artacağı için ülkenin ekonomisi açısından da olumlu sonuçlar ortaya çıkarmaktadır.

Birleşik Krallık danışman firmalarının değer kazanması ile GSMH 'da arttırmaktadır. KÖO projelerinin uzun yıllar boyunca devam ettiği düşünüldüğünde esasında sağlanacak yarar da Birleşik Krallık için uzun vadeye yayılmaktadır.

Bahsedilen durumu daha net analiz edebilmek adına Birleşik Krallık 'ın rehber olduğu ülkelerden birisi olan Avusturalya'yı ve uydu devletlerinden olan Hindistan'ı ve Filipinler'i incelemek gerekmektedir. Bu doğrultuda sırasıyla önce Avusturalya sonrasında ise Hindistan incelenecektir.

2.2.3. Avusturalya

KÖO modeli Avusturalya'da altyapı hizmetlerinin sunumunda hayati bir rol oynamaktadır. KÖO modeli Avusturalya için farklı/yeni bir model değildir. Avusturalya'da 1980 sonrası gerçekleştirilen altyapı hizmetlerinde (karayolu, demiryolu, hastaneler, su arıtma tesisleri) özel finansman kullanılmaktaydı.²⁶² Gerçek anlamda KÖO modeli 2018 ve sonrasında başlamıştır. KÖO projelerinde ise kendisine Birleşik Krallık rehberlik etmektedir. Sağlık sektöründe ilk projeleri ise Ekim 2013'te sözleşmesi imzalanan Victoria Bendigo Hastanesi projesi ile gerçekleşmiştir.

2013 yılında Avusturalya hükümeti ile Exemplar Health (NHB) arasında KÖO projesi sözleşmesi imzalanmıştır. Proje sözleşmesi içerisinde Bendigo'da Bernard Caddesi üzerinde yeni bir tesisin yapılması, 25 yıllık faaliyeti için gerekli hizmet binalarının inşası, çeşitli ticaret fırsatlarının tasarımı, yapımı ve inşası yüklenici firma tarafından üstlenilmiştir.²⁶³

372 yataklı olan hastane 2042 yılına kadar NHB tarafından işletilecektir. Projenin gerçekleşmesi için yapılacak yatırım miktarı 630 milyon ABD dolarıdır. Hastane genel

²⁶² <https://treasury.gov.au/speech/an-overview-of-transport-investment-and-government-policy> (erişim tarihi: 19.12.2019).

²⁶³ <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/library/bendigo-hospital-ppp-project-documents> (erişim tarihi: 19.12.2019).

hastane yanı sıra hem kanser hastanesini hem de psikiyatri hastanesini bünyesinde bulundurmaktadır.

Hastane için yer seçiminde önemli olan faktör ise Bendigo ve Loddon-Mallee bölgelerinde artan nüfusun etkisi olmuştur. Hastane bahsedilen iki bölgedeki sağlık ihtiyacını, yüksek sağlık hizmeti sunacak şekilde gidermeyi hedeflemektedir. Fotoğraf 2.8.'de hastanenin fiziki yapısı görülmektedir.



Fotoğraf 2. 10. Victoria Bendigo Hastanesi

Kaynak: Vhhsba web sayfasından alınmıştır.

Victoria Bendigo Hastanesinin proje içerisindeki vizyonu şu şekildedir:

- Yeni hastane sürdürülebilir enerji kaynaklarını kullanacak şekilde tasarılacak,
- Bendigo ve çevre illerin sağlık hizmetini sağlayacak kapasitede olacak,
- Sürekli personel eğitimleri ve araştırmaya dönük olarak çağın yenilikleri takip edilecek,
- Avusturalya genelinde hastanelerin sağlık hizmetleri kalite sıralaması açısından ilk çeyrek içerisinde yer alacak,
- Sağlık hizmetlerine erişim kolay olacak ve tüm vatandaşların eşit şekilde yararlanacağı bir hizmet sunumu gerçekleştirilecek,
- Sağlık sektöründe modern sağlık teçhizatları sağlanacak ve hastane envanterinde hazır bulundurulacak,
- Çalışanların eğitimi dışında çalışanların çalışma şartları ve saatleri göz önünde bulundurularak en uygun süreler ve çalışma ortamı sağlanacaktır.

Şeklinde sıralanmaktadır. Hastanenin vizyonu içerisinde değerlendirildiğinde hem hastaların, hem kamu kesiminin hem özel kesimin hem emek kesiminin hem de çevrenin dikkate alınarak hazırlandığı dikkat çekmektedir.²⁶⁴

²⁶⁴ <https://www.dtf.vic.gov.au/infrastructure-investment/public-private-partnerships> (erişim tarihi: 21.12.2019).

Genel itibariyle hastanenin maliyetleri azınlık sayıda vergi ödeyicileri için problem oluştursa da genel olarak hastanenin toplum tarafından kabullenildiği görülmektedir.²⁶⁵ Avusturalya’da sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi açısından KÖO modellerinin etkin bir şekilde uygulandığı görülmektedir.

2.2.4. Hindistan

Hindistan nüfus itibariyle dünyanın en büyük nüfuslarından birine sahiptir. Nüfusun büyük olması devamında kamu hizmetlerine olan talebi de arttırmaktadır. Hindistan hükümeti bu bağlamda hem hizmetlere cevap verebilmek hem de küresel ekonomiye uyum sağlayabilmek adına LPG politikasını 80’li yılların başında gerçekleştirmiştir. 2000’li yıllardan itibaren ise KÖO modellerinin tercih edilmeye başlandığı görülmektedir.

Sağlık sektöründe ise Hindistan’ın kamu sektörü tıbbi bakım modelinin başarısız olması, ihtiyaçları karşılayamaz hale gelmesi neticesinde yeni bir arayış sürecine girilmiştir. Mevcut sistemin başarısızlığı hakkında raporda Ulusal Sağlık Misyonu şu şekilde açıklama yapmaktadır: sağlık hizmetleri içerisinde zayıf altyapı ve tesisler, kötü insan kaynakları planlaması, kötü finansal planlama ve aşırı bürokratizasyon. Ulusal sağlık misyonu içerisinde belirtilen mevcut durumun neticesinde ise sağlık sektöründe değişime gidilmeye başlanmıştır.

Hindistan’ın dönem içerisinde bulunduğu bu değişim üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda KÖO modeli bulunmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında da artık dış kaynak kullanımını sağlayarak talep edilen sağlık hizmetini sunmayı hedeflemektedir.²⁶⁶

²⁶⁵ <https://www.bendigohealth.org.au/news/page/578> (erişim tarihi: 21.12.2019).

²⁶⁶ <https://timesofindia.indiatimes.com/city/jaipur/raj-to-hand-over-50-urban-phcs-to-private-players/articleshow/59496563.cms> (erişim tarihi: 22.12.2019).

Tablo 2. 3. Hindistan Sağlık Sektöründe KÖO Mevzuatı Düzenlemeleri

No	Düzenlemeler	Uygulama Şekli
1.	Ulusal Sağlık Politikası 2002	
	Uygun mevzuatın çıkarılması.	Birkaç eyalette kabul edilen merkezi düzeyde Klinik Kuruluş Kayıt ve Düzenleme Kanunu.
	Ulusal hastalık kontrol programlarında STK'ların kullanılabilmesi	Sağlık programı içerisinde özel katılımın sağlanması hakkında düzenleme
2.	11. Beş Yıllık Plan (2007-2012)	
	KÖO ortaklığı ve dış kaynakların topluluk düzeyinde izlenmesi	Sınırlı bir şekilde pilot bölgeler üzerinde uygulamayı ve düzenlemeyi kapsamaktadır.
	6 AIIMS ²⁶⁷ benzeri kurumun kurulması, Mevcut 13 tıbbi enstitünün geliştirilmesi	Devam ediyor ama PPP olarak değil.
	Sağlık tesislerinin yönetimi STK'lara devri	Bazı eyaletlerde PPP altında dış kaynakların kullanılmaya başlanması
	MBBS için sertifika kursları (halk sağlığı, anestezi mezunları, psikiyatri vb.)	PPP olarak değil
	Tanı ve tedavi merkezlerinin kurulması	Bazı eyaletlerde
	Sağlık finansmanı için PPP'lerle deneme	UP ve Uttarakhand'da çıktıya dayalı finansman / analık kuponları.
	KÖO girişimleri ve genel çerçeve geliştirildi	Bazı PPP girişimleri değerlendirilmiştir. Genel çerçeve yok.
3.	Ulusal Kırsal Sağlık Misyonu (2005-2012)	
	KÖO'ları belirleyen ortaklık alanlarına ilişkin yönergeler.	
	KÖO'nun şeffaf ve hesap verebilir olması için düzenlenmeler	
	Düzenleyici kurumların reformu ve gerektiği durumlarda kurulması	
	KÖO girişimleri için yönetim planı: Bölge / Eyalet ve Ulusal düzeylerde	

Kaynak: Health System Hub verileri doğrultusunda tarafımızca oluşturulmuştur.

Tablo 2.3.'ü incelendiğinde 2002 yılında sağlık sektörü içerisinde mevcut ihtiyaçlar Hindistan Sağlık ve Aile Refahı bakanlığı tarafından hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası içerisinde dönüşüme başlamıştır. 2007 ve 2012 yıllarını kapsayan 11. Beş Yıllık Plan

²⁶⁷ Yeni Delhi'de bulunan dış kaynak kullanımı ile hizmete geçmiş bir hastane

dahilinde sağlık sektörü içerisinde ilk denemelerin yapıldığı ve hastanelerin yapımında dış kaynak kullanımının arttığı gözlemlenmektedir. Yine benzer tarihlerde Ulusal Kırsal Sağlık Misyonu içerisinde KÖO projeleri geliştirilmeye başlanmış ve kanuni bir çerçevenin oluşturulmuştur.

2.2.4.1.Rajhatan Eyaleti

Rajhatan eyaletinde, eyalet hükümeti kentsel birinci basamak sağlık hizmeti sunan merkezlerin 50 tanesine özel sektörün ilgi duyduğunu açıklamıştır. Eyalet hükümeti var olan bu ilgiyi KÖO modeli çerçevesinde değerlendirmek istemektedir. Sağlık hizmetlerinde henüz evrimini tamamlamamış olan Hindistan'da sadece bir geçiş aşaması olarak nitelendirilmektedir bu durum.

Eyalet hükümeti mevcut sağlık hizmetleri sisteminin değişmesindeki temel amacın sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklığını ve açılması muhtemel ortaklıkların sürekli denetim altında tutulacağını öne sürmüştür. Eyalet hükümeti olarak devletin sağlık hizmetlerini sunumunu üstlenmesi değil, aslında devletin sağlık yönetimi hakkında işini kolaylaştırmak hedeflenmektedir. Hükümetin KÖO modellerinden beklentisi onların aşırı kâr edecek şekilde dizayn edilmesinin önüne geçmektir. Bu bağlamda da sözleşmelerin 3 yıllık olacak şekilde yapılmasını öngörmüştür.²⁶⁸

Hükümet sağlık hizmeti içerisinde KÖO modeline temel sağlık hizmetlerini de dâhil etmiştir. Bu durum muhalif kesimin eleştirilerine neden olmuştur. Eyalet hükümetinin KÖO için beklediği şekilde bir ilgi gerçekleşmemiştir. Benzer bir eleştiri ise yine sağlık sektörü aktörlerinden olan doktorlardan gelmiştir. Özel sektörün sağlık hizmeti içerisinde yer almasının mevcut çalışan doktorlar üzerinde negatif bir etkisi olacağını ve bu nedenle sistemin verimsiz olduğunu öne sürmüşlerdir.²⁶⁹

2.2.4.2.NITI Aayog

NITI (National Institution for Transforming India), kamu kesimine ait bölge hastanelerinin yetersiz olduğu öne sürülerek devleti sağlık sektöründe özelleştirmeye itme hareketine katılmıştır. 2017 yılında Hindistan hükümetinin düşmesinden yaklaşık bir yıl sonrasında KÖO modeline geçilerek bölgesel çapta hastanelerin gerçekleşmesi için bir taslak

²⁶⁸ <https://timesofindia.indiatimes.com/city/jaipur/raj-to-hand-over-50-urban-phcs-to-private-players/articleshow/59496563.cms> (erişim tarihi: 22.12.2019).

²⁶⁹ A.g.e.

oluşturmuştur. Halk sağlığı uzmanlarından gelen eleştirilere rağmen 17 Ekim normlarını başlattığını duyurmuştur. Fakat tepkilerin artmasından sonra geri adım atmıştır.²⁷⁰

Normlar içerisinde yer alan maddeler şu şekildedir: Kırsal alanlardaki ve özellikle Mofussil vilayetlerinde yaşayan insanların mücadelesini kolaylaştırmayı amaçlamakta, 2. ve 3. kademe sağlık hizmetlerinde özel sektör yüklenicilerine bölge hastanesinde yer verilerek ve sağlık hizmetlerinin gelişimine yatırım yapılacağı şeklindedir.²⁷¹

Tesisin iyileştirilmesi / inşası ve donanımına yatırım yapmak ve operasyonel yönetim ve hizmet sunumundan sorumlu özel ortak özel sektör yüklenici firmasıdır. Hükümet olduğu gibi fiziksel alan ve diğer altyapı hizmetlerini sağlayacak, özel sektör yüklenicisi firmalara destek sağlayarak sistemi güçlendirecektir.

Genel itibarıyla Hindistan'da sağlık hizmetlerinde KÖO projesi bulunmamaktadır. Sağlık hizmetleri içinde KÖO projeleri için 2002 yılında başlayan sağlık hizmetlerindeki dönüşüm sırasıyla Ulusal Sağlık Politikası, 11. Beş Yıllık Plan ve Ulusal Kırsal Sağlık Misyonu politikaları ile yasal çerçeve kazandırılmıştır. Hindistan sağlık hizmetleri açısından önemli olan Rajhatan eyalet hükümetinin ve NITI 'nin eylemleri ise halkın tepkisinden dolayı başarısız olmuştur.

2.2.5. Filipinler

Filipinler'de sağlık sektörünün içerisinde yaptığı harcamaları artıyor olsa da, yatırım miktarı hem mevcut tesislerde hem de hizmetlerde bir yetersizlikle sonuçlanmaktadır. Her ne kadar iyileştirmeler yapılsa da 2014 yılında Filipin hükümeti sağlık harcamaları DSÖ tarafından önerilen GSYİH oranının % 5'ine ulaştı. 2016 yılına kadar Evrensel Sağlık Sistemi (UHC) 'nin planladığı bakım düzeyine ulaşması için mevcut şartlar altında sağlık sistemi içerisine özel sektörün de entegrasyonu gereklidir. Başka bir deyişle dış kaynak kullanımının gerekliliği ve sağlık hizmeti içerisinde gerçekleşecek KÖO ile mümkün olabilmektedir.²⁷²

Sağlık hizmeti sunumu her ülkede olduğu gibi Filipinler'de de oldukça önemli bir konudur. Fakat geleneksel ve devletin sorumluluğu olarak sunulan sağlık hizmetine özel sektörün hizmete dâhil edilmesiyle ilgili tepkiler bulunmaktadır. Genellikle kamu-özel sektör ortaklıkları (KÖO) ile özelleştirme arasındaki farkın anlaşılmamasından kaynaklanan bu

²⁷⁰ <https://www.downtoearth.org.in/news/health/niti-aayog-s-ppp-model-for-district-hospitals-pushes-for-privatisation-of-health-sector-61905> (erişim tarihi: 22.12.2019).

²⁷¹ A.g.e.

²⁷² World Bank, 2011: 73-80.

tepkiler, sektöre yatırım yapılmamasının ya da sektörün özel sektöre açılmamasının nedenleri arasındadır.²⁷³

2016 yılında sağlık hizmetlerine olan talebin giderek artması neticesinde Filipinler Sağlık Departmanı (DoH) (Milenyum Bildirgesi'nin imzalanmasından on iki yıl sonra), genel olarak Binyıl Kalkınma Hedefleri (MDG) içerisinde yer alan hedefleri (sırasıyla çocuk ölümlerinin azaltılması, anne sağlığının iyileştirilmesi ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü) karşılama yolunda olduğunu beyan etmiştir. Ancak MDG hedeflerinin kısa süre içerisinde karşılanmasının oldukça düşük bir ihtimal olduğu da itiraf edilmiştir. DoH, yenidoğan ölüm oranını azaltacak müdahaleler için hala çaba sarf edilmesine ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir.²⁷⁴ Bu nedenle de sağlık hizmeti içerisinde KÖO'lara ihtiyacın olduğu belirtilmiştir. Filipinler'de DoH tarafından sağlık hizmeti içerisinde KÖO modelinden beklentiler şu şekildedir:²⁷⁵

Klinik veya teknik (yardımcı) hizmetlerin gerçekleşmesi için özel sektörlerden dış kaynak temini

- Sağlık sistemi içerisinde yüksek kalitede hizmet sunabilecek modern ve son teknolojiye sahip bölge hastanelerinin kurulması,
- Hastanelerin tıbbi ihtiyaçlarının yanı sıra çamaşırhane, ulaşım, lojistik dâhil destek hizmetlerinin dış kaynaklardan temini,
- Belirli bir alandaki sağlık hizmetinin özel bir tedarikçiye doğrudan verilmesini sağlamak (örn. Tüberküloz tedavisi, sağlık eğitimi).
- Yeni oluşacak sistem için özellikle düşük gelirli bölgelerde belirli nüfusları kapsayacak şekilde özel sigorta programlarının sözleşmesi ve entegrasyonu sağlamaktır.

Sağlık Bakanı, KÖO aracılığıyla sağlık hizmetlerinin modernizasyonunu tarif ederken, ülkenin buna harcama yapmadan ya da bunun için para ödünç alması zorluğu olmaksızın modern bir hastaneye sahip olacağını söylemiştir. Açıklamaları içerisinde KÖO dışında modernizasyonun yapılabilmesi sadece devlet fonları ile gerçekleşecekse, büyük miktarlarda borç almanın gerektiğini vurgulamıştır. Modernizasyonun oldukça maliyetli olacağını ve bu nedenle de sağlık hizmetleri içerisinde KÖO modellerinin olması gerektiğini vurgulamıştır.²⁷⁶ Bu doğrultuda PPPC (Public Private Partnership Center) içerisinde yer alan sektörler arasına sağlık hizmeti de eklenmiş oldu.

²⁷³ Asian Development Bank, 2013: 3-7.

²⁷⁴ A.g.e. s.7.

²⁷⁵ A.g.e. s.8.

²⁷⁶ https://ppp.gov.ph/in_the_news/all-72-doh-run-hospitals-candidate-for-ppp/ (erişim tarihi 22.12.2019).

2.2.5.1.Filipin Ortopedi Merkezi

Filipinlerde sağlık sektörün içerisinde KÖO'nun başlangıcı, 2013 ortasında başlayan Filipin Ortopedi Merkezi için 128.3 milyon ABD doları maliyetle modernizasyon projesi oldu. Megaworld Construction ve World Citi arasında gerçekleşen Megaworld-World Citi konsorsiyumu, ulusal anlamda kurulacak 700 yatak kapasiteli, alanında uzman, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan bir ortopedik hastanenin inşasını içeren projenin tek teklifçisi oldu.

Modernizasyon sonucunda yapılacak olan hastane, Quezon şehrinde bulunan 68 yıllık Filipin Ortopedi Hastanesi'nin yerini alacaktır. Eski hastanenin 700 yatağından sadece 300'ü mevcut kötü durumu nedeniyle kullanılabilir durumdadır. KÖO ile yatak sayısı aynı kalır iken yatakların kullanım durumu tekrar 700'e çıkarılacaktır.²⁷⁷

Finansman açısından Megawide Construction, Ekim 2014'te Filipinler Land Bank, Filipinler-Trust Bankacılık Grubu Land Bank ve Filipinler Kalkınma Bankası ile 65.3 milyon ABD doları \$ kredisi ve güvenlik anlaşması imzalamıştır. Proje için gerçekleşen konsorsiyum proje maliyetinin %70'ini borçlanma yoluyla, kalan %30'unu öz kaynak yoluyla finanse etmiştir.²⁷⁸

DoH ile yap-işlet-devret düzenlemesi kapsamında konsorsiyum, tesisi 25 yıl boyunca inşa edecek, finanse edecek, işletecek ve bakımını yapacaktır. 25 yıllık imtiyaz süresinin sonunda hastane DoH 'a iade edilecektir. 25 yıllık program boyunca, modern hastanenin yatırımlarından geri dönüşü için diğer hastalardan para kazanmasına rağmen yoksullar için hala ücretsiz hizmetler olacak.²⁷⁹

Şimdiye kadar, Filipin Ortopedi Merkezi dışında verilen diğer sağlık projeleri arasında şu tesislerin modernizasyonu da yer almaktadır.²⁸⁰

- Bicol Tıp Merkezi,
- Cagayan Valley Tıp Merkezi
- Cotabato Bölge Tıp Merkezi
- Tropikal Tıp Araştırma Enstitüsü'nde bir aşı üretim tesisinin inşası
- Üç adet bölgesel kanser merkezinin geliştirilmesi

Filipinler'de Aquino yönetiminin temel politikası hastanelerinin modernizasyon programıdır. DoH, önümüzdeki on yıl boyunca en az 20 hastaneyi yaklaşık 20 milyar dolar

²⁷⁷<https://oxfordbusinessgroup.com/analysis/philippine-health-sector-set-grow-through-number-public-private-partnerships> (erişim tarihi 23.12.2019).

²⁷⁸A.g.e.

²⁷⁹A.g.e.

²⁸⁰A.g.e.

maliyetle modernize etme programını beyan etmiştir. Ayrıca, KÖO yoluyla bitişik otoparkların inşası gibi ek hastane hizmetlerinin sağlanması da yapılmaktadır.

2.2.5.2.Philippine General Hospital

Philippine General Hospital (PGH) sağlık hizmetleri modernizasyonu programı içerisinde değişime girecek hastanelerden birisidir. Filipinler’de PGH ulusal çapta en büyük hastanelerden birisidir.²⁸¹

PGH ülkedeki en büyük yükseköğretim hastanesi olarak uzmanlaşmıştır. Uzmanlaşmış sağlık hizmetlerin yanı sıra sağlık eğitimi de vermektedir. Aynı zamanda da diğer devlet hastanelerinin son sevk hastanesidir. PGH ’nin bütçe açısından sağlık fonlarının azaltılması sonucunda ihmal edilen bir hastane olduğu ileri sürülmektedir.²⁸² Yeterli sayıda doktor ve sağlık personelinin olmadığını, bu nedenle de sağlık hizmetlerinin yeterli kalitede olmadığı belirtilmiştir.²⁸³ Bu nedenle de sağlık hizmetinin sunumu PGH dâhilinde KÖO modeli ile gerçekleştirilmesi planlanmıştır.

Proje, UP Diliman 'da çok katlı bir üçüncü basamak hastane, tıbbi araştırma merkezi, yardımcı tesisler ve ticari alanları içerecek olan planlanan Filipin Genel Hastanesi'nin geliştirilmesini içeriyor. Proje, tasarım ve inşaatın devlet bütçesi ile finanse edileceği ve RA9184 aracılığıyla tedarik edileceği, İşletme ve Bakım (O&M) bileşeni PPP yoluyla özel sektöre teklif verileceği şekilde Hibrid bir proje olarak uygulanacak şekilde tasarlanmıştır.²⁸⁴ Henüz tasarı halde olan proje 2020 yılında teklif gelmesi halinde KÖO modeli süreci başlayacaktır.

Genel itibarıyla Filipinler’de Hindistan’da olduğu gibi sağlık hizmetleri, mevcut talep açısından yetersiz düzeydedir. Bu nedenle de KÖO modeli Filipinler’de uygulanmak istemektedir. Sağlık politikaları da bu doğrultuda oluşmaktadır. PPCP resmi web sayfasında²⁸⁵ KÖO modelinden ve sağlık hizmetleri içerisinde KÖO modellerinden bireylerin korkmaması gerektiğini anlatan içerikler mevcuttur. Filipinler hükümeti başta olmak üzere Filipinler Sağlık Bakanı sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından sürekli olarak KÖO modeline geçişin gerekliliğini vurgulamaktadırlar.

²⁸¹ https://ppp.gov.ph/ppp_projects/philippine-general-hospital-pgh-diliman-om-ppp-project/ (erişim tarihi: 22.12.2019).

²⁸² <http://www.interakasyon.com/politics-issues/2019/10/31/156892/pgh-philippine-general-hospital-conditions-budget/> (erişim tarihi: 22.12.2019).

²⁸³ A.g.e.

²⁸⁴ https://ppp.gov.ph/ppp_projects/philippine-general-hospital-pgh-diliman-om-ppp-project/ (erişim tarihi: 22.12.2019).

²⁸⁵ Ek 17.

Hindistan'da sağlık hizmetlerinin yaygınlaşamamasının nedenleri arasında sağlık uzmanlarının tepkileri var iken Filipinler'de ise özelleştirme ile KÖO arasındaki farkın anlaşılabilmesinden kaynaklı tepkilerin bu konuda etkili olduğu görülmektedir. Bu nedenle model sunulurken yenilik kelimesi yerine modernizasyon kelimesi tercih edilmiştir. Filipinler'de ilerleyen yıllarda sağlık sektörü içerisinde daha fazla KÖO projelerinin görüleceği açıktır. Sağlık bakanının 2019 yılında yaptığı açıklama doğrultusunda bütün DoH hastanelerinin tamamının KÖO projelerine birer aday olduğunu açıklamıştır.²⁸⁶

2.2.6. Norveç

Norveç için sağlık hizmetleri oldukça önemlidir. Hükümetler, sağlık hizmetlerinin yaş, ırk, cinsiyet, gelir ve ikametden bağımsız olarak, sağlık hizmetlerine eşit erişim hedefine uygun olarak nüfusa sağlık hizmeti sunmak zorundadırlar.²⁸⁷ Bu doğrultuda da Norveç'e ait sağlık göstergelerini inceleyecek olursak eğer; sağlık harcamaları açısından Norveç'in 6.187 ABD doları ile dünya sıralamasında 3. Sıradadır.²⁸⁸ Diğer bir önemli gösterge olan bin kişiye düşen yatak sayısını incelendiğinde 3.6. olduğu görülmektedir.²⁸⁹ Bu değer OECD ülke ortalaması olan 4.7.'nin altında kalsa da sağlık hizmetlerinin yüksek kalitede sunumu ile telafi edilmektedir.²⁹⁰

Temel sağlık hizmetleri ve sosyal bakım hizmetleri yerel yönetimlerin sorumluluğuna bırakılmıştır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı (Helseog Omsorgs Departementet, (HOD)) tarafından sunulmaktadır. Ayrıca HOD sağlık hizmetleri için kapsamlı bir mevzuat ile yıllık bütçe tahsislerini çeşitli devlet kurumları aracılığıyla yönetir.²⁹¹

Norveç'in sağlık sistemi içerisinde hizmet sunumu yerel yönetimler tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için bir yerel yönetimin sakini olarak nüfusa 'a kayıtlı (Folkeregister) olmak gerekmektedir. Ek olarak göçmenler için Folkeregister 'e kayıt, Norveç'te gelir vergisi ödenmeye başlandığı anda itibaren otomatik olarak gerçekleşmektedir (ilk aydan itibaren). Kayıt olduktan sonra resmi olarak Norveç Ulusal Sigorta Programının (NIS) bir üyesi olarak yıllık brüt gelirinizin yaklaşık % 8'i sağlık hizmetlerine katkı payı olarak kesilmektedir. Bu süreç içerisindeki her şey otomatik olarak gerçekleşmekte ve ayrıca var olan vergi indirimiyle birlikte ödenecek

²⁸⁶ https://ppp.gov.ph/in_the_news/fear-not-the-ppp-for-public-hospitals/ (erişim tarihi 23.12.2019).

²⁸⁷ <https://www.expat.com/en/guide/europe/norway/863-health-care-in-norway.html> (erişim tarihi: 02.01.2020).

²⁸⁸ <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (erişim tarihi: 02.01.2020).

²⁸⁹ <https://data.oecd.org/healthres/hospital-beds.htm> (erişim tarihi: 02.01.2020).

²⁹⁰ Health at Glance, 2019, OECD, s.195.

²⁹¹ <https://www.regjeringen.no/en/dep/hod/id421/> (erişim tarihi: 02.01.2020).

olan katkı payı oranı daha da azalmaktadır. NIS üyesi olarak, Norveç Kamu Refah Ajansı (NAV) tarafından sağlanan tüm sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahipsiniz. Bu hizmetler içerisinde bir doktor, bir psikolog tarafından tedavi veya ilaç ve prosedürlere yönelik ödemeler de bulunmaktadır. Ayrıca AB vatandaşları da Avrupa Sağlık Sigortası kartı ile NIS üyeleri gibi hizmetten yararlanabilmektedir.²⁹²

NIS üyelerinin ücretsiz olarak faydalandığı sağlık hizmetleri şu şekildedir:

- Doğuma ilişkin tüm masraflar,
- 16 yaşından küçük bireylerin tedavisi ile ilgili bütün masraflar,
- İş kazaları neticesinde meydana gelen tüm yaralanmalar,
- Acil sağlık hizmetleri ile ilgili doğabilecek tüm masraflar,
- Göçmenler ve turistler için sağlık hizmetleri içerisinde tercüman,
- Aile planlaması dâhilinde prezervatif,
- Zehir danışma ve müdahale merkezi hizmetleri²⁹³,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamında (ilaç için ek ödemeler hariç olmak üzere) ücretsiz olarak faydalanılabilmektedir.²⁹⁴

Norveç'te sağlık hizmet sunumunun denetimini ise sağlık müdürlükleri yapmaktadır. Sağlık Müdürlüğü, Sağlık ve Bakım Hizmetleri bakanlığına bağlı bir yürütme ajansı ve otoritesidir. Yeni sağlık teknolojilerinin tanıtımı için klinik kılavuzlar ve yönetmelikler yayınlar ve ulusal sağlık sistemi korur. Ayrıca 1 Ocak 2016'da kurulan yeni e-Sağlık²⁹⁵ Müdürlüğü, sağlık hizmeti içerisinde standartların genel olarak belirlenmesinden, sağlık hizmetlerinde sağlık bilgi teknolojisinin geliştirilmesinden ve uygulanmasından sorumludur.²⁹⁶

Gelişmiş sağlık sistemi ve sigorta sistemi Norveç'i sağlık hizmetleri açısından ön plana çıkarmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu içerisinde özel sektörün payı oldukça düşüktür. 1990'larda sağlık hizmetlerinde rekabetçi bir yapı oluşturmak adına sağlık sektörü özel sektöre açılmıştır. Günümüzde devlet hastanesi ek olarak sağlık piyasası içerisinde Oslo'da polikliniklere sahip beş küçük özel hastane bulunmaktadır. Bu hastanelerin yatak sayısı toplam hastane yatak sayısının % 1 'inden azını oluşturmaktadır. Ayrıca Norveç'teki poliklinik hizmetlerinin% 5'inden azını temsil eden küçük bir özel hastane sektörü bulunmaktadır. Bu

²⁹² <https://www.expat.com/en/guide/europe/norway/863-health-care-in-norway.html> (erişim tarihi: 02.01.2020).

²⁹³ <https://helsenorge.no/other-languages/english> (erişim tarihi: 02.01.2020).

²⁹⁴ <https://www.expat.com/en/guide/europe/norway/863-health-care-in-norway.html> (erişim tarihi: 02.01.2020).

²⁹⁵ helsenorge.no web sitesi aracılığıyla sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında kamuya bilgi sağlar.

²⁹⁶ <https://www.expat.com/en/guide/europe/norway/863-health-care-in-norway.html> (erişim tarihi: 02.01.2020).

özel klinikler, açık kalp cerrahisi, kalça cerrahisi ve gastroskopi ve sterilizasyon gibi küçük cerrahi tedavilerini gerçekleştirmektedir.²⁹⁷

Norveç'te sağlık hizmetleri her ne kadar yüksek kalitede sunulsa da sağlık hizmeti talebini karşılamamaktadır. Özellikle hastaların bazı hastalıkların tedavisi için uzun süreli beklemleri sağlık sistemine yöneltilen en büyük eleştirilerden birisidir. Norveç yasaları, özel hastane kurulması konusunda sıkı kısıtlamalar getirmektedir. Bu nedenle de sağlık piyasası içerisinde kamu hastanelerine alternatif bir özel hastane ya da KÖO hastanesi bulunmamaktadır. Bu durum ise vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmak için başka ülkelere seyahat etmeleri ile neticelenmesine neden olmaktadır. Böylelikle de sağlık turizmi açısından ek gelir elde edemeyen Norveç, kendi vatandaşlarının başka ülkelerde tedavi olması yolu ile ekonomisinde sızıntıya sebebiyet vermektedir.²⁹⁸

2.2.7. Singapur

Singapur'daki sağlık hizmetleri, Singapur Hükümeti Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenmektedir. Büyük oranda önemli bir özel sağlık sigorta sektörüne sahip, devlet tarafından işletilen bir evrensel sağlık sisteminden meydana gelmektedir. Ek olarak sağlık hizmetlerinin maliyet finansmanını devlet sübvansiyonları, zorunlu tasarruflar, ulusal sağlık sigortası ve cepten ödemelerin karışımı şeklinde gerçekleştirmektedir.²⁹⁹

Singapur, 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün dünya sağlık sistemleri sıralamasında 6. sırada yer aldı.³⁰⁰ Bloomberg, 2014 yılında Singapur'un sağlık sistemini dünyanın en verimli sistemi olarak seçmiştir.³⁰¹ The Economist Intelligence Unit tarafından yapılan sağlık bakım sıralamasında Singapur, 166 ülke içerisinde 2. sıradadır. 163 ülkenin Bloomberg Global Sağlık Endeksi, Singapur'u dünyanın en sağlıklı 4. ülkesi seçmiş ve Asya'da ise birinci olarak seçilmiştir.³⁰²

Küresel danışmanlık firması Towers Watson'a göre Singapur, "hem finansmandaki verimlilik hem de toplum sağlığı sonuçlarında elde edilen sonuçlar açısından dünyanın en başarılı sağlık sistemlerinden birine sahiptir".³⁰³ Singapur hükümetleri gerçekleşen maliyetleri

²⁹⁷ European Observatory on Health Care Systems, 2000: 1-6.

²⁹⁸ A.g.e. s.7.

²⁹⁹ <https://international.commonwealthfund.org/countries/singapore/> (erişim tarihi: 02.01.2020).

³⁰⁰ https://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/en/ (erişim tarihi: 02.01.2020).

³⁰¹ <https://www.bloomberg.com/graphics/infographics/most-efficient-health-care-around-the-world.html> (erişim tarihi: 02.01.2020).

³⁰² <https://www.ibtimes.sg/italy-named-worlds-healthiest-country-despite-economic-crisis-8576> (erişim tarihi 02.01.2020).

³⁰³ <https://www.willistowerswatson.com/en-SG> (erişim tarihi: 02.01.2020).

kontrol altında tutabilmek amacıyla ülkedeki sağlık hizmetlerinin arzını ve fiyatlarını aktif olarak düzenlemek için politikaları düzenler.

Singapur'da 1990'lardan beri tüm devlet hastaneleri, poliklinikler ve uzmanlık merkezleri devlete ait şirketler olarak yeniden yapılandırılmış ve üç sağlık grubu faaliyet göstermektedir³⁰⁴:

- Ulusal Sağlık Grubu
- Ulusal Üniversite Sağlık Sistemi
- SingHealth

10 devlet hastanesi ve 7 genel hastane, bütünleşmiş bir hastane, bir kadın ve çocuk hastanesi ve bir psikiyatri hastanesinden oluşmaktadır. Buna ek olarak, 9 ulusal uzmanlık merkezi, kardiyak (NHCS), göz (SNEC), cilt (NSC), nörobilim (NNI), diş bakımı (NDCS) ve çoklu disiplinler için bir tıp merkezi (NCIS) vardır.³⁰⁵

Devletin kamu sağlık hizmetlerine yaptığı toplam harcama yıllık GSYİH 'nın %1,6'sıdır. Bu kişi başına ortalama 1.104 \$'lık bir sağlık harcamasına karşılık gelmektedir.

Kamu hastaneleri yönetim kararları konusunda özerkliğe sahiptir. Bunun temelinde yatan neden ise Singapur'un kamu hastanelerinin hastalar için birbirleriyle rekabet eder hale gelmesini istemesinden kaynaklanmaktadır. Singapur'da hastanelerin çeşitli işlevleri ve hizmetleri vardır; esas olarak çok disiplinli bir akut hizmeti, yatarak tedavi hizmeti ve uzman ayakta tedavi hizmetini sunmaktadırlar. Ayrıca Singapur'un halk sağlığı sektörünün arkasındaki finansmanı ise dörde ayrılmaktadır. Bunlar: Singapur Sağlık Bakanlığı, MediSave, MediShield Life ve MediFund 'dur.³⁰⁶

Singapur'un sağlık sistemi, Singapur vatandaşlar ve daimi sakinleri için ulusal hayat sigortası planlarını ve zorunlu tasarruf planından veya Merkezi İhtiyat Fonundan (CPF) kesintiler içeren karma bir finansman sistemini kullanmaktadır. Bu sistemin temel amacı sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımını azaltmayı hedeflemektedir.³⁰⁷

MediSave uygulaması, bireyin CPF hesabı kapsamında gelecekteki tıbbi masrafların yanı sıra sağlık sigortası poliçelerinin primleri için kullanılan tıbbi tasarruf hesabıdır. Fonlar geniş bir ailenin içinde toplanabilir.³⁰⁸

³⁰⁴ "What Makes Singapore's Health Care So Cheap?" The New York Times, 2.10.2017.

³⁰⁵ A.g.e.

³⁰⁶ Ho, vd. 2015: 413.

³⁰⁷ A.g.e. s. 415.

³⁰⁸ <https://www.cpf.gov.sg/members/aboutus/about-us-info/cpf-overview> (erişim tarihi: 02.01.2020).

1990 yılı itibariyle başlatılan MediShield uygulaması, tasarrufları tıbbi masraflarını karşılamak için yetersiz olanlar için tasarlanmış düşük maliyetli bir temel sigorta programıdır.³⁰⁹

Entegre Kalkan Planı (IP), kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde isteğe bağlı hizmetleri karşılamak için hem MediShield'i hem de özel sigorta şirketleri tarafından yürütülen ek bir özel sigorta kapsamı bileşenini içerir. IP primleri Medisave fonları tarafından ödenebilir.³¹⁰

MediFund, Singapur'un sadece en düşük hastaneye yatış ücretleri ve hizmetlerini kapsayan güvenlik ağı programıdır.³¹¹ Bu teminat ve sigorta şekli sadece Singapur vatandaşları tarafından sırasıyla MediSave ve MediShield fonlarını tükettikten sonra kullanılabilir. Fonlama ve teminat miktarı bireylerin gelirin, sağlık durumuna ve sosyoekonomik durumuna bağlıdır.³¹²

Singapur'daki özel sağlık sektörü, daha seçkin bir müşteriyle büyük bir pazara sahiptir. Singapur'daki özel sağlık hizmetleri özellikle kök hücre tedavisi veya özel kanser tedavileri gibi daha gelişmiş ve tedavisi için yüksek ihtisas gerektiren hastalıkların tedavisini talep eden kişileri çeker. Özel sektör özel hastanelerden ve özel sigortadan oluşmaktadır.³¹³

Singapur'da özel hastanelerin çoğunluğunu iki hastane grubu işletmektedir; Parkway Pantai ve Raffles Medical Group.³¹⁴ Bu tipik özel hastaneler kamu hastanelerine göre daha küçüktür. Hastalara daha fazla mahremiyet sağlayan ve tipik olarak belirli hastalıkların tedavisinde veya ameliyatlarında uzmanlaşmışlardır.

2010 yılı ve sonrasında, sağlık sistemine dönük en büyük eleştiriyi hastane yataklarında yaşanan sıkıntı oluşturmaktadır.³¹⁵ Araştırma şirketi ValuePenguin, Singapur devlet hastanelerinin ortalama doluluk oranları % 85 civarında olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu doluluk oranının genellikle hafta içi % 93'e kadar çıktığını da belirtmiştir. Singapur Sağlık Bakanlığı'nın verilerine dayanarak, hastaların acil servisten başka bir servise kabul edilebilmesi için ortalama 2,5 saat beklediği sonucuna varmıştır.³¹⁶

³⁰⁹ “The Good, the Bad, and the Ugly of Integrated Shield Plans”, The Business Times, 24.10.2017.

³¹⁰ A.g.e.

³¹¹ <https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/medifund> (erişim tarihi: 02.01.2020).

³¹² A.g.e.

³¹³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3114730/> (erişim tarihi: 03.01.2020).

³¹⁴ <https://www.guidemesingapore.com/business-guides/immigration/get-to-know-singapore/healthcare-in-singapore> (erişim tarihi: 03.01.2020).

³¹⁵ “Hospital bed crunch a cumulative problem”, The Business Times, 17.07.2017.

³¹⁶ “Singapore Public Hospitals Cave Under Pressure Of Overcrowding”, Singapore Business Review, 08.08.2018.

Singapur dünya sağlık hizmetleri kalitesi açısından 4. Sırada yer almakta ve dünya sağlık otoritelerinden tam not almayı başarmış bir ülke olmasına rağmen sağlık sistemi içerisinde sağlık hizmetine olan talebi karşılamadaki yetersizliği ile ön plana çıkmaktadır. Sağlık piyasası içerisindeki özel sektöründe genel itibariyle sağlık turizmine önem verdiği anlaşılmaktadır. Devletin sağlık hizmetine olan talebi giderebilmesi için KÖO hastanelerini tercih etmesi iyi bir alternatif bir seçenek gibi durmaktadır.

Seçilmiş olan ülkelerin sağlık sektörü içerisindeki KÖO projelerini ve sağlık sistemlerini dikkate aldığımızda Fransa'nın güçlü bir sigorta sisteminin yanı sıra hükümetin kamu kuruluşlarının raporlarını dikkate aldığı görülmektedir. Dikkate alınan bu raporlar neticesinde kamu yararı ön planda tutularak KÖO projesinden vazgeçilebilmektedir. Benzer şekilde Birleşik Krallık 'ta da hükümetlerin kamu yararı ön planda tutularak KÖO projelerini yeniden düzenlediği görülmektedir.

Birleşik Krallık 'ın resmi web sayfasında yer alan Avusturalya ve Filipinler'de var olan hizmetin daha iyi hale getirilmesi için KÖO hastane projelerini uygulamaya başladığı görülmektedir. Avusturalya'da kamu hizmet bilincinin daha yüksek olması neticesinde tepkiler olağan iken Filipinler'de ise halkın özelleştirme ile KÖO arasındaki farkı bilmemesinden kaynaklı tepkilerin olduğu görülmektedir. Hindistan'da ise KÖO modeline geçilmek istense de halk sağlığı uzmanlarının etkisi ile hükümet ve bölgesel eyalet yönetimleri başarısız olmuştur.

Sağlık sistemleri içerisinde KÖO modeline yer vermeyen Singapur ve Norveç'te ise sağlık hizmet kalitelerinin yüksek olmasına karşın, sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Bu bağlamda vatandaşların büyük oranda farklı ülkelerin sağlık hizmet sunumundan yararlandığını ve ülkelerindeki hizmetten yararlanmak için çok fazla bekleme sürelerine katlanıldığı görülmektedir.

2.3. Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklık Modeli

Türkiye hakkında çalışma, öncelikle yasal mevzuatın dönüşümü yeni mevzuatların çıkarılması, KÖO projeleri içerisinde sağlık sektörünün payı, sağlık sektörü içerisinde KÖO projelerinin sağlık hizmetlerine getirileri ve uygulanan projelerin sahip oldukları imtiyazlar ve proje süreleri üzerinde gerçekleşecektir.

2.3.1. Türkiye'de KÖO'nun Sağlık Hizmetinde Yasal Çerçevesi

Türkiye'de 1980'li yıllardan itibaren değişen ekonomik anlayış ile devletin küçülmeye gittiği, özel sektörün ise piyasa içerisinde payının arttırılmaya çalışıldığı görülmektedir. Bu

bağlamda ise ilk olarak hizmetlerin özelleştirilmesi ile başlanmıştır. Hizmetlerin özelleştirilebilmesi için de buna yönelik çeşitli kanunlar çıkarılmıştır.

1988 yılında Numune Hastanesi ile başlayan sağlık sektöründe dış kaynak kullanım uygulamaları, 1999 Anayasa değişikliği sonrasında daha çok uygulama alanı bulmuştur. KÖİ uygulamasına ilişkin yapılması beklenen Şahin³¹⁷'e işler şunlardır;

- Tesislerin yapımı özel sektör firma/firmaları tarafından gerçekleştirilmesi, kamu kesiminin ise karşılığında yıllık kira ödemesi yapması
- Sağlık bakanlığı envanterinde olan işler haldeki sağlık tesislerine ait ek bina yapımı, ek binalara bakım, onarım, mevcut eksiklerin giderilmesi ve yenileme işleri
- Özel sektör tarafından Sağlık Bakanlığına ait hastanelere tıbbi destek sağlama
- Sağlık bakanlığına ait hastanelerde tıbbi hizmetlerin dışında hizmetin kalitesi için önemli diğer hizmetlerin gerçekleştirilmesi (temizlik, güvenlik...)
- Sağlık bakanlığı bünyesinde olan hastanelerin ihtiyaç duymakta olduğu bütün tıbbi ekipmanların sağlanması³¹⁸

Yukarıda bahsedilen maddeler kamu kesiminin sağlık hizmeti sunumundaki ihtiyaçları doğrultusunda şekillenmiştir. Özellikle tesislerini inşası ve tıbbi hizmet desteğinin sağlık hizmetleri açısından önemi oldukça büyüktür. Yine sağlık hizmetlerinin tamamlayıcısı olan hastanelerde tıbbi hizmet dışındaki hizmetler de sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından oldukça önemlidir. Maddenin doğası gereği ihtiyaçlara yetişemeyen kamu kesiminin sağlık hizmetinin devamlılığı ve kalitesi için özel sektör ile çalışmayı hedeflemiştir.

Türkiye, sağlık sektöründeki gelişmeleri sektördeki hedeflere uygun olarak yönlendirmektedir. Zira sağlık sektöründeki var olan eğilim, sağlık politikalarının esas amacı olan halkın/vatandaşın sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve geliştirilmesi, aynı zamanda stratejik amaçlardan birisi olan sağlık hizmetine dair risklerin en az seviyeye indirilmesi ve bu riskler karşısında toplumu korumak temel alınmıştır.

Kamu Özel Ortaklığı Modelin sağlık alanındaki ismi ile Özel hastane İşletmeciliği esas alınarak oluşturulacak sağlık kampüsleri ile bir zamanlar 6 kişinin aynı odada yattığı, ameliyathanelerinin steril olmadığı, polikliniklerinin ise işlerliğini kaybetme durumda olduğu devlet hastanelerinde dönüşüm üzerine dönüşüm yaşanması beklenmektedir. Böylelikle sağlık hizmeti dünya standartlarının üzerine çıkacak ve stratejik olarak ise mali yüke girilmemiş olacaktır.

³¹⁷ Şahin, 2011: 90.

³¹⁸ Şahin, 2011: 92.

Türkiye’de mevcut durumdan istenilen noktaya geçebilmek için öncelikle yasal mevzuatı düzenlemek gerekmektedir. Bu bağlamda SDP sonrasında ilk adım 2004 yılında atılmıştır. Sağlık sektörü için çalışmalar 2013 yılına kadar devam etmiştir. 2013 yılında 6428 KHK’da yapılan değişiklik ile yasal mevzuat tamamlanmıştır. Şekil 2.9.’da Türkiye’de KÖO ile ilgili mevzuat değişiklikleri kronolojik sıra ile verilmiştir.

1984 senesinde kabul edilen 233 sayılı Kamu İktisadi Teşebbüsleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamedir.
233 sayılı KHK’yı, 3096 sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik üretimi, iletimi ve dağıtımı ile ilgili kanun takip etmiştir.
1988 senesinde 3465 sayılı Kara Yolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi Hakkında Kanun,
1994 senesinde 3996 sayılı bazı yatırım ve hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun,
1994 senesinde 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun,
1997 senesinde 4286 sayılı Anayasanın ilgili maddelerinde değişiklik yapıldı.
2004 senesinde ise 5185 sayılı kanunla değişiklik ve 3653 Yalova Termal Kaplıcalarının İdaresi ve İşletilmesi Hakkında Kanun,
2005 senesinde Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na Eklenen Ek 7. Madde,
2011 senesinde 6082 sayılı kanunda değişiklik 351 sayılı Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanunu,
2011 senesinde 652 sayılı Milli Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname
2013 senesinde 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde değişiklik yapılması

Fotoğraf 2. 11. Türkiye’de KÖO Hakkındaki Yasal Mevzuat

Kaynak: ÖİB verilerinden faydalanılarak tarafımızca düzenlenmiştir.

Fotoğraf 2.11.’de görüleceği üzere sonuncusu 2013’te olan değişiklik ile sağlıkta KÖO şekillenmeye başlamıştır. Ayrıca sağlık hizmeti kendinden önceki bütün kanunlar ile ilişkilidir ibaresi ile sağlık hizmetinin kendi kanunlarının da geçerliliği devam etmiştir.

Yapılan değişiklikleri Sağlık hizmeti alanı özelinde değerlendirecek olursak eğer; 2005 yılında eklenen Ek 7. Maddede yapıldığı görülmektedir. Ek 7. Madde ise içerik olarak şu şekildedir:

- Sağlık hizmeti alanında KÖO’ların kararı Yüksek Planlama kurulunca verilir.
- Ön proje Sağlık Bakanlığınca verilmektedir.

- Sağlık Bakanlığına ya da hazineye ait arazilerin ve taşınmazların hizmeti sunacak olan özel sektöre ihale yolu ile bedelli ya da bedelsiz devredilebilir.
- Devredilen taşınır ve taşınmazların amacı dışında kullanılması durumunda, devir işleminin konusu olan mallar tekrar kamuya devredilir.
- Sağlık bakanlığına ait olan tesislerin yenilenmesi, tıbbi aletlerin yenilenmesi, tesislerin inşası ve teknoloji teçhizat alımlarında özel hukuk kişilerinin kaynaklarını kullanabilir.
- Kiralama süresi 49 yılı geçmemektedir. Kiralama bedeli ve süresi için kiralanacak hizmetin içeriği, hizmet alanının hukuki konusu ve taşınmazların durumu göz önünde bulundurulur.
- Projenin inşaat süresinin 36 ayı geçmemelidir. Sözleşmede belirtilen sürede inşaatın gerçekleşmesi gerekmektedir.

5396 sayılı kanunu inceleyecek olursak eğer sağlık sektöründe ihtiyaç duyulması halinde özel sektörle bir ortaklığın kurulabileceğini anlatmaktadır. Sözleşme süresini kırk dokuz yıl ile sınırlandırmıştır. Sözleşme süresi dolunca ise proje ücretsiz olarak devredilmektedir. Ayrıca özel sektör firmasını birtakım vergilerden muaf tutulduğu görülmektedir. Yine kanundan anlaşılabileceği üzere sağlık alanında uygulanacak model Yap-Kirala-Devret modelidir.

Türkiye’de sağlık sektöründe kurulan kamu özel ortaklık projelerinde hizmet sunumunu devlet kontrol etmektedir. Sağlık sektöründe hizmet sunumunun kontrolü için sağlık bakanlığı görevlendirilmiştir. Sağlık bakanlığı 2013 yılında kontrol işlevini yerine getirebilmesi için kendi bünyesinde içerisinde Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğünü kurulmuştur.

Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü vizyon olarak sağlık hizmetinin daha modern sunulmasını sağlamaktır. Özel sektörle yapılan ortaklıklarda ise daha şeffaf bir anlayışla, sağlık tesislerinin planlamasını, yapımını, onarımını verimli bir şekilde gerçekleştirmeyi amaçlamaktadır. Misyon olarak ise sağlık hizmetinde ihtiyaçlar doğrultusunda çağın gerektirdiği kalitede sağlık hizmetinin sunulması, ileri teknoloji ürünü cihazların sağlanmasını sağlayarak sağlık sektöründe uluslararası standartları yakalamayı hedeflemektedir.³¹⁹

Yukarıda bahsedilen vizyon ve misyonu sağlamak adına Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü kendi bünyesinde daire başkanlıkları kurulmuştur. Daire başkanlıkları: Kamu Özel Daire Başkanlığı, KOİ Proje Daire Başkanlığı, Denetim ve Müşavirlik Hizmetleri Daire Başkanlığı, Medikal ve İşletme Planlama Daire Başkanlığı, Yatırım Modelleri daire

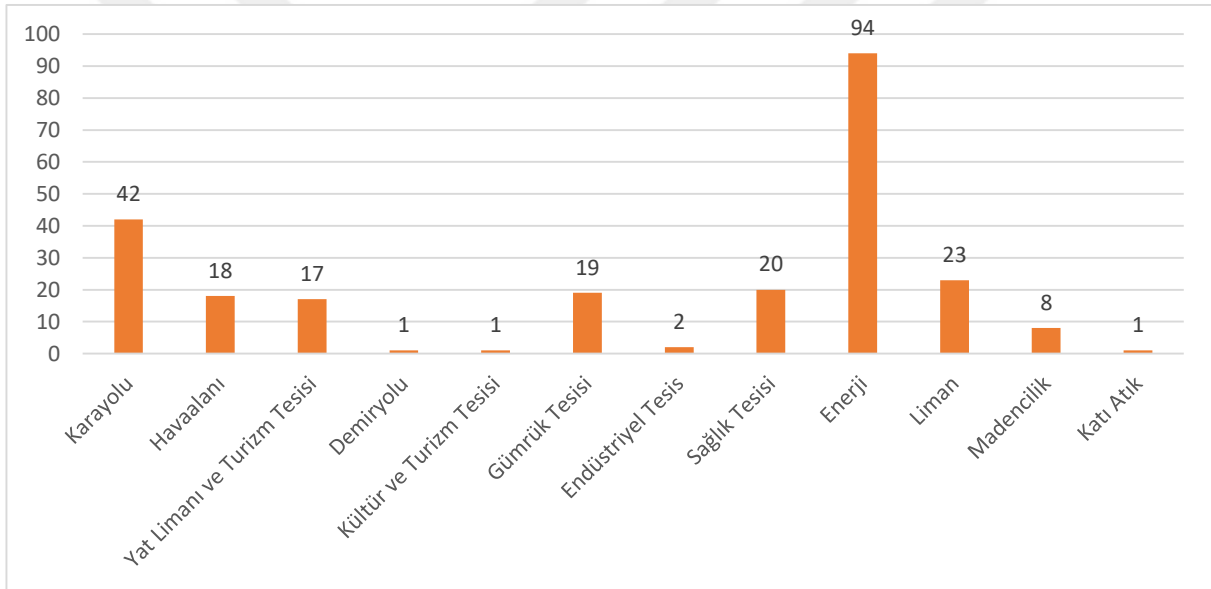
³¹⁹ <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,30038/genel-mudurlugumuz-misyon-ve-vizyon.html> (erişim tarihi: 20.01.2019).

başkanlığı, Bütçe ve Raporlama Daire Başkanlığı, Etüt, Proje ve Emlak Daire Başkanlığı, İhale Daire Başkanlığı, İnşaat Uygulama Daire Başkanlığı ve Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı'dır.³²⁰

Türkiye'de özellikle kamu kaynaklarının yetersizliği, hizmet kalitesinin yetersizliği, kamunun verimsizliği, sağlık hizmetlerinin verimsizliği ve istikrarsızlığı KÖO'larını tercih olmaktan çıkarıp zorunluluk haline getirmiştir.

2.3.2. Türkiye'de Kamu Özel Ortaklıkları içerisinde Sağlık Sektörünün Payı

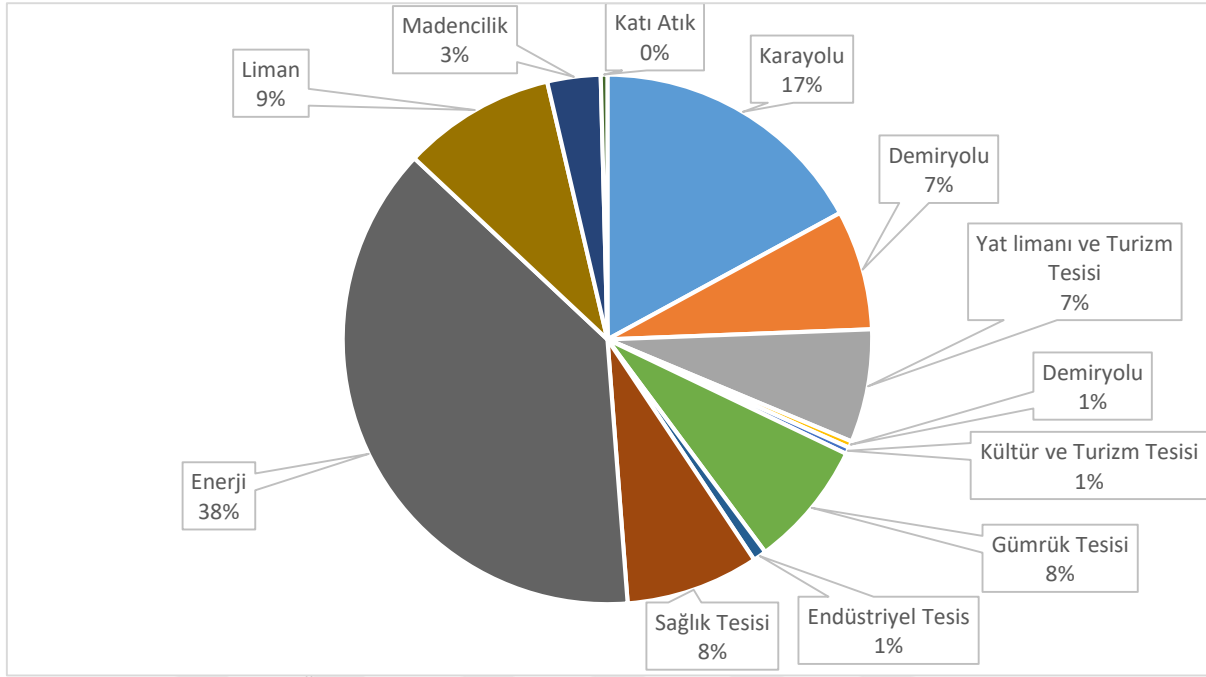
Türkiye'de 1986-2019 yılları arasında 246 adet KÖO anlaşması yapılmıştır. Grafik 2.13.'te görüleceği üzere KÖO uygulaması en fazla enerji (94) alanında gerçekleşmiştir. İkinci sırada ise karayolu alanında gerçekleşmiştir.



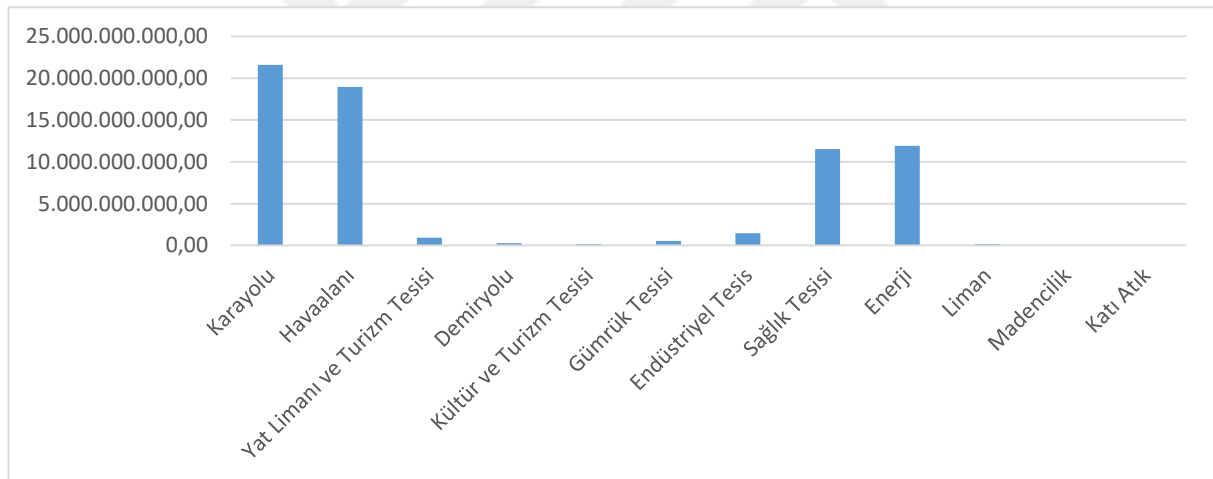
Grafik 2. 1. Türkiye'de KÖO Uygulandığı Sektörler ve Proje Sayıları

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı verileri doğrultusunda tarafımızca düzenlenmiştir.

³²⁰ <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,28699/gorev-ve-sorumluluklar-yonerge.html> (erişim tarihi: 21.01.2019).



Grafik 2. 2. Türkiye’de KÖO Modellerinin Sayı Bakımından Sektörler Bazında Yüzdesel Gösterimi
Kaynak: Kalkınma Bakanlığı verileri doğrultusunda tarafımızca hazırlanmıştır.



Grafik 2. 3. Türkiye’de KÖO Yatırım Tutarlarının Sektörlere Göre Dağılımı (ABD Doları)
Kaynak: 2019 Kalkınma Bakanlığı verileri doğrultusunda tarafımızca hazırlanmıştır.

Grafik 2.14.’ü incelendiğinde sağlık sektörünün KÖO projeleri açısından payının %8 olduğu görülmektedir. Grafik 2.15.’i incelendiğinde en yüksek yatırım tutarının karayolu alanında gerçekleştiği görülmektedir. Genel itibariyle Türkiye’de kamu özel ortaklık modeli kamu kesimince tercih edilen bir modeldir. Özellikle de altyapı hizmetlerinde ön plana çıktığı görülmektedir. Türkiye açısından incelemelerimizi proje özelinde değerlendirmek açısından gerçekleşen KÖO projelerinin sözleşmelerini incelemek gerekmektedir.

Grafik 2.13.’de görüleceği üzere Türkiye’de sağlık sektöründe 20 adet proje bulunmaktadır. Toplam 246 proje içerisinde sağlık sektörünün payının henüz oldukça az sayıda olduğu söylenebilmektedir. Sağlık hizmetleri içerisindeki mevcut projelerin değeri ise

Grafik 2.14.'te görüleceği üzere 13 milyar ABD doları dolaylarında olduğu Kalkınma Bakanlığı tarafından beyan edilmiştir. Sağlık hizmeti içerisinde yapılan bu yatırımların toplam sağlık harcaması üzerinde artışa neden olacağı kesindir. Sağlık harcamaları hakkında yorum yapmadan önce öncelikle şehir hastanelerinin sağlık hizmetine getirilerinden bahsetmek gerekmektedir.

2.3.2.1.Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmet Sunumuna Getirileri

2002 yılında iktidara gelen hükümet Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve verimsizliği gündeme gelmiştir. Özellikle hastanelerin teknolojik bakımdan yetersiz olması, 4-5 hastanın aynı odada kalması gibi sağlık hizmeti içerisinde kaliteyi düşüren etmenlerden uzaklaşılması gerektiği vurgulanmıştır. Kaynakların verimsiz kullanılmasına sebep olan 2003 öncesi sağlık hizmetinde değişime gidilmiştir.

Günümüzde özel sektörün daha fazla rol aldığı ve hizmet sunumunda KÖO’ları ile yeni bir boyut kazanan sağlık hizmetindeki yenilikleri şu şekilde sıralanabilir:

- Daha fazla konforun olduğu içerisinde televizyon, özel tuvalet, duş imkânı olan odalarda hastalar tek başına yatacak olup, refakatçi için ayrı bir bölme yapılacaktır.
- Hastanelerin helikopterler için özel iniş alanı olacak,
- Doktorlar için özel muayeneler yapılarak tıbbi sekreterden ayrılacak böylelikle hasta-doktor ilişkisindeki mahrumiyet arttırılacak ve doktorlar daha iyi fiziki imkânlarda çalışacaklar,
- Devlet erkânı için özel VİP odalara sahip olacaklar,
- Hastane çevresinde rekreasyon ve peyzaj çalışması yapılarak şehir mimarisine artı değer kazandıracak,
- Çevreci tesisler kurulacak, tesis içerisinde kojenerasyon ve gri sulama sistemi yer alacak,
- Hastanelerde çağın en yüksek teknolojisi vatandaşların hizmetine sunulacak,
- Önceleri 40 m² olan yatak başına düşen alan 200 m²’ye çıkartılacak
- Binaların zorunlu deprem sigortası dışında izolatörler ile binanın kullanım ömrü uzatılacak,
- Yap-İşlet-Devret modeli ile devlet sürekli hizmetin içerisinde vatandaş yanlı politikalar izleyecek,

Gibi yenilikler sağlayarak hem sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak hem de sağlık turizmi açısından ülkeye döviz girdisinin sağlandığı bir hizmete dönüşecektir sağlık hizmeti.

2.3.2.2. Türkiye’de Kamu Özel Ortaklık Modeli İmtiyazları ve Projelerin Süreleri

Türkiye’de kamu özel ortaklık modeli için oluşturulan hukuki düzen ile kamu özel ortaklıkları sağlık alanında faaliyete geçmiştir. Yüklenici firma yanı sağlık sunumu gerçekleştirecek olan özel sektöre tanınan bazı imtiyazlar, kira bedelleri ise Türkiye’de sağlık alanında kamu özel ortaklığının varlığının tartışılmasına neden olmuştur.

Tablo 2. 4. Türkiye’de Faaliyete Geçmiş Şehir Hastaneleri

	Kuruluş Yılı	Şehir Hastanesi	Yatak Sayısı	İşletme Hakkı (yıl)
1	2017	Adana Şehir Hastanesi	1550	25
2	2017	Mersin Şehir Hastanesi	1300	25
3	2017	Isparta Şehir Hastanesi	755	25
4	2017	Yozgat Şehir Hastanesi	475	25
5	2018	Kayseri Entegre Şehir Hastanesi	1607	25
6	2018	Manisa Şehir Hastanesi	558	25
7	2018	Elazığ Şehir Hastanesi	1038	25
8	2018	Eskişehir Şehir Hastanesi	1081	25
9	2018	Bursa Şehir Hastanesi	1355	25
10	2019	Ankara Şehir Hastanesi	3704	25

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü verileri doğrultusunda tarafımızca düzenlenmiştir.

Tablo 2.4.’ü inceleyecek olursak eğer; sağlık alanında gerçekleştirilmiş 10 adet projenin olduğunu görmekteyiz. Projelerin genel olarak özel sektör tarafından işletme hakkının 25 yıl olduğu görülmektedir. 10 farklı merkezde gerçekleşen şehir hastanelerinin sayısı 2021 yılına kadar sayısının 20’e ulaşması hedeflenmektedir. Hedefler doğrultusunda açılacak olan şehir hastaneleri Fotoğraf 2.12.’de verilmektedir.

No	Faaliyete Gececeği Yıl	Şehir Hastanesi	Yatak Sayısı	İşletme Hakkı (yıl)
1	2020	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	3577	25
2	2021	Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri	2.400	25
3	2020	Konya Karatay Şehir Hastanesi	838	25
4	2020	Gaziantep Şehir Hastanesi	1.875	25
5	2020	Tekirdağ Sağlık Yerleşkesi	480	25
6	2020	Kütahya Şehir Hastanesi	600	25
7	2020	Kocaeli Şehir Hastanesi	1.180	25
8	2020	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2.060	25
9	2020	İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi	2.682	25
10	2020	Şanlıurfa Sağlık Kampüsü	1.700	25

Fotoğraf 2. 12. 2021 Yılına Kadar Faaliyete Gececek Olan Şehir Hastaneleri

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü verileri doğrultusunda tarafımızca düzenlenmiştir.

Fotoğraf 2.12.'de görüleceği üzere açılacak 10 tane şehir hastanesinin işletme hakkı 25 yıldır. Özel sektör firmaları tarafından 25 yıl boyunca sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilecektir. Her bir projenin kendi özelinde sözleşmesi ve sözleşmesi dâhilinde taahhütleri bulunmaktadır. Bu doğrultuda ise projelerin bitirilme süreleri, hizmet sunumunda kalite gibi şartları özel sektör yüklenir iken hizmetin kira bedelini kamu kesimi karşılamaktadır. Kamu kesimi ayrıca sağlık hizmetinin sunumunu denetlemektedir. Türkiye’de şehir hastanelerine ait kira bedelleri sağlık bakanlığı genel bütçesinden gerçekleştirilmektedir. Ayrıca sağlık hizmetinin denetimini ise Türkiye’de Sağlık Bakanlığı yapmaktadır.

Tablo 2.4.’te faaliyete geçmiş hastaneler üçüncü bölümde inceleneceği için bu bölümde projeler özelinde Fotoğraf 2.12.’de bulunan hastaneler incelenecektir. Hastane projelerinin tamamının yüklenici firmaları ve özellikleri anlatılacaktır.

2.3.2.2.1. Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Etlik Sağlık Kampüsü içerisinde toplam itibariyle 3.577 yatak bulunacak şekilde tasarlanmıştır. Hastane 11 farklı binadan oluşacaktır. Hizmet sunduğu alanlar arasında: bir genel hastane (694 adet yatak kapasiteli), bir adet çocuk hastanesi (468 adet yatak kapasiteli), bir adet kardiyovasküler cerrahi hastanesi (362 adet yatak kapasiteli), bir adet kadın hastanesi (500 adet yatak kapasiteli), bir adet onkoloji hastanesi (484 adet yatak kapasiteli), bir adet ortopedik hastane (478 adet yatak kapasiteli), bir adet psikiyatri hastanesi (280 adet yatak

kapasiteli) ve son olarak bir adet rehabilitasyon hastanesi (300 adet yatak kapasiteli) bulunmaktadır.³²¹

Astaldi SpA ve Türkerler İnşaat'ın oluşturduğu konsorsiyum, Türkiye Ankara Etlik Sağlık Kampüsü KÖO projesi için mali kapanışı 2015 yılında gerçekleştirmiştir. Ticari kapanışı da Haziran 2015'te gerçekleşirken, genel seçimden sonra Türkiye'deki istikrarsız siyasi iklim nedeniyle finansal kapanma süreci daha yavaş ilerlemektedir. Toplam proje yatırımının 1.11 milyar € (1.2 milyar \$) olduğu tahmin edilmektedir. Proje finansmanı aşağıdaki borç verenler tarafından sağlanmıştır:³²²

- Avrupa İmar ve Kalkınma Bankası (EBRD),
- Uluslararası Finans Kurumu,
- Karadeniz Ticaret ve Kalkınma Bankası (BSTD),
- Alman Yatırım ve Kalkınma Şirketi (DEG),
- İtalyan ihracat kredi ajansı SACE,
- Kredi Agricole,
- UniCredit,
- Banca IMI,
- Alman bankası
- Türkiye İş Bankası,
- Akbank,
- TSKB

Şehir hastanesi Ankara'da, sağlık hizmeti olarak özellikle yetersiz hizmet alanlarına yönelmiştir. Bu alanlar sırasıyla onkoloji, kardiyovasküler cerrahi alanlarıdır. Yetersiz olan bu alanlardaki açığı gidererek toplum sağlığı maksimize etmeyi ve sağlık hizmetleri altyapısını iyileştirmeyi amaçlamaktadır. 2020 yılında faaliyete geçecek olan şehir hastanesinin şu anki hali Fotoğraf 2.13.'te verilmiştir.

³²¹ <https://www.infrapppworld.com/news/megaproject-610-financial-close-reached-for-etlik-integrated-healthcare-campus-in-turkey> (erişim tarihi: 03.01.2020).

³²² A.g.e.



Fotoğraf 2. 13. Ankara Etlik Şehir Hastanesi
Kaynak: Sağlık Bakanlığı web sayfasından alınmıştır.

2.3.2.2.2. Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri

Psikiyatri ve Yüksek güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri KÖO sözleşmesi birden fazla ili ve birden fazla hastaneyi tek bir sözleşme içerisinde barındırması özelliği ile dünya ekonomisinde benzersizdir. Sözleşme kapsamında 7 farklı ilde toplam 700.000 m² arsa alanı içerisinde 2.400 yatak kapasiteli hastanelerin inşaat, bakım ve işletim hakkı bulunmaktadır. Sözleşmenin özel sektör yüklenici firması Rönesans Holding AŞ'dir. Hastaneler yüklenici firma tarafından 2021 yılında inşa edilmiş ve hizmete sunulmuş olacaktır. 25 yıllık işletme hakkı yüklenici firmaya aittir.³²³

Hastanelerin kurulacağı iller, bölümler ve yatak sayıları aşağıdaki gibidir:

- Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri: İstanbul'da 240 +60 (tutuklu) yataklı hastane, Diyarbakır'da 100 yataklı hastane, Erzurum'da 100 yataklı hastane, Samsun'da 100 yataklı hastane, Van'da 100 yataklı hastane olmak üzere toplamda 700 yatak.
- Psikiyatri Hastaneleri: İstanbul'da 400 yataklı hastane, Diyarbakır'da 200 yataklı hastane, Van'da 200 yataklı olmak üzere toplamda 800 yatak.
- Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Hastaneleri: Diyarbakır'da 150 yataklı, Erzurum'da 150 yataklı, Malatya'da 150 yataklı, Samsun'da 150 yataklı, Afyon 150 yataklı, Van'da 150 yataklı toplamda 900 yatak.

³²³ <http://www.ronesansisletmehizmetleri.com/tr/37069/FTR-ve-YGAP-Hastaneleri> (erişim tarihi: 03.01.2020).

2.3.2.2.3. Konya Karatay Şehir Hastanesi

Konya’da yapılacak olan Karatay Şehir Hastanesi projesinin üstlenici firması YDA Group A.Ş olup yapımı hala devam etmektedir. Konya Karatay Şehir Hastanesi sözleşmesi kapsamında faaliyete geçeceği tarih ise 2020 yılıdır. Konya Karatay Şehir Hastanesi, KÖO ile hayata geçirilmektedir. Hastane için tahsis edilen proje alanı 412.187 m² olup, 279 bin m² kapalı alana sahiptir. Hastane 418 adet yatak kapasiteli kadın doğum ve çocuk hastanesinden ve 420 adet yatak kapasiteli genel hastaneden meydana gelmek üzere toplamda ise 838 yataklı bir şehir hastanesi olacak şekilde tasarlanmıştır. Yapımı devam etmekte olan şehir hastanesi projesinin toplam yatak kapasitesinin 1.250’e çıkarılması da planlanmaktadır.³²⁴ Yapım aşamasında olan hastanenin şu an ki hali Fotoğraf 2.14.’te görüldüğü gibidir.



Fotoğraf 2. 14. Konya Karatay Şehir Hastanesi

Kaynak: YDA İnşaat A.Ş. web sayfasından alınmıştır.

Hastanenin toplam yatırım tutarı 350 milyon € olup 2020 yılından itibaren 25 yıl boyunca işletim hakkı yüklenici firmaya verilmiştir.³²⁵ Yüklenici firmanın da aldığı krediler ve miktarları şu şekildedir:

Kapsamlı uzun vadeli finansal paket olarak EBRD, A / B kredi yapısı altında 147,5 milyon € sendikasyon kredisi düzenlemiştir. Banka kendi adına 67,5 milyon €, UniCredit Bank Austria AG ve Siemens Financial hesabı adına da 80 milyon € sendikasyon kredisi düzenlemiştir. Karadeniz Ticaret ve Kalkınma Bankası, yine benzer şekilde 50 milyon € tutarında paralel finansman desteği sağlamaktadır. Ayrıca İslami Kalkınma Bankası (IsDB)’da 67.5 milyon € finansman desteği alınmıştır.³²⁶

³²⁴ <http://ydasaglik.com.tr/projelerimiz/konya-karatay-sehir-hastanesi/> (erişim tarihi: 03.01.2020).

³²⁵ A.g.e.

³²⁶ <https://www.infrapppworld.com/news/islamic-development-bank-isdb-enters-into-ppp-hospital-market-in-turkey> (erişim tarihi: 03.01.2020).

2.3.2.2.4. Gaziantep Şehir Hastanesi

Gaziantep şehrinde KÖO olarak kurulacak olan Gaziantep şehir hastanesi toplamda 638.089 m²'lik alana kurulacaktır. 2020 yılında sözleşme dâhilinde faaliyete geçecek olan Gaziantep Şehir Hastanesi; 1875 yatak kapasitesine sahip olacak şekilde tasarlanmıştır.³²⁷ Fotoğraf 2.15.'te görüleceği üzere Gaziantep Şehir hastanesinin yapımı devam etmektedir.



Fotoğraf 2. 15. Gaziantep Şehir Hastanesi

Kaynak: CNN inşaat web sayfasından alınmıştır.

Mayıs 2011'de yapılan ihale, Kasım 2012'de konsorsiyum oluşturularak özel sektör firmalarınca üstlenilmiştir. KAYI, Samsung C&T Corporation ve Salini Impregilo SpA konsorsiyumu olarak kurulan Gaziantep Hastane Sağlık Hizmetleri İşletme Yatırım A.Ş., Aralık 2016'da 480 Milyon € 'ya denk bir mali kapanış imzalamıştır. 2017 Eylül ayında da Korea Eximbank proje için 143 milyon € doğrudan kredi ve kredi garantisi sağlamıştır. Eximbank tarafından projeye doğrudan 71 milyon € tutarında kredi verilmiştir.³²⁸

2.3.2.2.5. Tekirdağ Sağlık Yerleşkesi

Tekirdağ'da yapılması planlanan şehir hastanesi Trakya bölgesinin tek şehir hastanesi olma özelliğini taşımaktadır. Hastanenin kuruluş amaçlarının en başında sınıra yakınlığından dolayı sağlık turizminde artış sağlamak gelmektedir. Hastane projesi Akfen İnşaat Turizm ve

³²⁷ <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html> (erişim tarihi: 03.01.2020).

³²⁸ <https://www.infrapppworld.com/news/financiers-announced-for-turkish-hospital-ppp> (erişim tarihi: 03.01.2020).

Ticaret A.Ş. tarafından üstlenilmiştir. 2020 yılında faaliyete geçecek olan 480 yatak kapasitesi olan hastanenin 2019 yılı itibariyle %42'si tamamlanmıştır.³²⁹

Proje maliyetlerine ilişkin açıklama yapılmazken hastanene içerisinde 128 poliklinik, 16 adet ameliyathaneye ek olarak 1660 araçlık devasa bir otoparkı olacak şekilde tasarlanmıştır.³³⁰ Hastanenin şu an ki inşaat hali Fotoğraf 2.16.'da görülmektedir.



Fotoğraf 2. 16. Tekirdağ Şehir Hastanesi

Kaynak: Akfen İnşaat web sayfasından alınmıştır.

2.3.2.2.6. Kocaeli Şehir Hastanesi

Kocaeli'nde gerçekleştirilecek olan projenin 2015 yılında ihalesi gerçekleşmiştir. 386.688 m² alana kurulmuştur. Toplam 1180 yataklı bir hastane olacak şekilde tasarlanmıştır. 2020 yılında faaliyete geçecek olan hastanenin 2019 itibariyle %57'si tamamlanmıştır.³³¹ Projenin yüklenici özel sektör firmaları ile 28 yıllık imtiyaz sözleşmesi imzalanmıştır. Yüklenici firmalar olan GE Healthcare, GAMA Holding A.Ş. ve Türkerler Holding proje için araların konsorsiyum gerçekleştirmişlerdir. Toplam proje maliyetinin 480.6 milyon € olduğu tahmin edilmektedir.³³² Fotoğraf 2.17.'de Kocaeli şehir hastanesinin şu anki hali gösterilmektedir.

³²⁹ <https://yts.saglik.gov.tr/PublicYatirimlar.aspx?Oid=113> (erişim tarihi: 03.01.2020).

³³⁰ <https://yts.saglik.gov.tr/PublicYatirimlar.aspx?il=tekirda%c4%9f> (erişim tarihi: 03.01.2020).

³³¹ <https://yts.saglik.gov.tr/PublicYatirimlar.aspx?Oid=611> (erişim tarihi: 03.01.2020).

³³² <https://www.infrapppworld.com/news/megaproject-697-ebrd-considers-financing-kocaeli-hospital-ppp> (erişim tarihi: 03.01.2020).



Fotoğraf 2. 17. Kocaeli Şehir Hastanesi

Kaynak: Kocaeli Şehir Hastanesi resmi web sayfasından alınmıştır.

2.3.2.2.7. İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi

İzmir’de gerçekleştirilecek 2060 yataklı hastane projesinin yapımı Türkerler Holding ve GAMA holding tarafından oluşturulan konsorsiyum tarafından üstlenilmiştir. 36 aylık inşaat süresinin sonunda 2020 yılında faaliyete geçecek hastane konsorsiyum tarafından 25 yıl boyunca işletilecektir. Toplam yatırım tutarı 1.638.022.646 TL olan hastane 622.530 m² ‘lik bir alan üzerine kurulacaktır.³³³

Sağlık Bakanlığı verilerine göre %53’ü tamamlanmış olan proje içerisinde: 715 yatak kapasiteli bir genel hastane, 424 yatak kapasiteli bir kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi, 380 yatak kapasiteli kardiyovasküler cerrahi hastanesi, 141 yatak kapasitesine sahip onkoloji hastanesi, 300 yatak kapasitesine sahip fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi ve 100 yatak kapasiteli yüksek güvenli adli psikiyatri hastanesi olacak şekilde tasarlanmıştır.³³⁴ Fotoğraf 2.18.’de İzmir Bayraklı Şehir Hastanesinin şu an ki halini göstermektedir.

³³³ <http://www.izhas.com.tr/tr/proje-hakkinda.html> (erişim tarihi: 03.01.2020).

³³⁴ A.g.e.



Fotoğraf 2. 18. İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi
Kaynak: İZHAS resmi web sayfasından alınmıştır.

2.3.2.2.8. İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi

İstanbul’da artan nüfus ile doğru orantılı şekilde artan sağlık talebini karşılamak için yapılacak olan şehir hastanesi projesidir. Toplamda 2682 yatak kapasitesine sahip olacak şekilde tasarlanmıştır. 2862 hastane yatağının dağılımı şu şekildedir: 443 yatak kapasiteli bir genel hastane, 451 yatak kapasiteli pediatri hastanesi, 359 yatak kapasiteli onkoloji hastanesi, 451 yatak kapasiteli jinekoloji hastanesi, 347 yatak kapasiteli nöroloji ve ortopedi hastanesi, 303 yatak kapasiteli kardiyo vasküler cerrahi hastanesi, 128 yatak kapasiteli psikiyatri hastanesi ve 200 yatak kapasiteli fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi şeklindedir. Hastane hem bölüm sayısı hem de yatak sayısı bakımından oldukça büyüktür. Hastanenin kurulacağı arazi 1.019.000 m²’dir.³³⁵

Kampüs, karayolu ile ayrılmış iki parçadan oluşacaktır. Proje alanının kuzey kesiminde yer alacak olan 6 hastane binası, bir teşhis ve tedavi bloğu, bir merkezi tesis, bir yönetim alanı ve konferans salonu mevcuttur. Hastanenin güney kısmında da bir psikiyatri hastanesi ve fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi bulunacaktır.³³⁶

³³⁵ <https://www.infrappworld.com/news/megaproject-528-ronesans-holding-acquires-istanbul-ikitelli-hospital-ppp-in-turkey> (erişim tarihi: 03.01.2020).

³³⁶ <https://yts.saglik.gov.tr/PublicYatirimlar.aspx?Oid=524> (erişim tarihi: 03.01.2020).

2020 yılında faaliyete geçecek olan şehir hastanesinin şu an %75'lik kısmı tamamlanmış durumdadır.³³⁷ Hastanenin şu an ki durumu Fotoğraf 2.19.'da görüldüğü gibidir. Hastanenin yüksek kapasitelere sahip olması nedeniyle 10.000 çalışanın olması ve günlük 100.000 hasta tedavisinin gerçekleştirilmesi planlanmaktadır. Hastanenin inşaat süresi 36 ay olmakla beraber 25 yıl işletme hakkı yüklenici firmaya verilmiştir. Hastanenin yüklenici firması ise Rönesans Holding A.Ş.'dir. Hastanenin yatırım tutarı ise 511 milyon ABD dolarıdır.³³⁸



Fotoğraf 2. 19. İstanbul Şehir Hastanesi

Kaynak: Sabah Gazetesi web sayfasından alınmıştır.

2.3.2.2.9. Şanlıurfa Şehir Hastanesi

Şanlıurfa şehir hastanesi Güneydoğu Anadolu'da sağlık hizmetleri kalitesini arttırmayı hedeflemektedir. Hastane toplamda 1700 yataklı olup yatak dağılımı şu şekildedir: 520 yatak kapasiteli eğitim ve araştırma hastanesi, 600 yatak kapasiteli kadın doğum ve çocuk hastanesi, 200 yatak kapasiteli onkoloji hastanesi, 200 yatak kapasiteli kalp ve damar hastanesi, 100 yataklı rehabilitasyon hastanesi ve 80 yatak kapasiteli psikiyatri hastanesinden oluşmaktadır.³³⁹

³³⁷ A.g.e.

³³⁸ <https://www.infrapppworld.com/news/megaproject-528-ronesans-holding-acquires-istanbul-ikitelli-hospital-ppp-in-turkey> (erişim tarihi: 03.01.2020).

³³⁹ <https://www.yda.com.tr/ydagroup/sanlıurfa-saglik-yerleskesi-1-700-yatak/> (erişim tarihi: 03.01.2020).

Hastane KÖO projesi olarak 14 Kasım 2014 yılında imzalanmıştır.³⁴⁰ Mali kapanışı ise 2015 yılında gerçekleşmiştir. Projenin yüklenici firması ise YDA Group A.Ş.'dir. Proje maliyetlerine ve inşaat süresine dair herhangi bir bilgi kamu kurumları tarafından paylaşılmadığı gibi YDA tarafından da paylaşılmamıştır. Sağlık bakanlığı 2020 yılı verilerine göre an itibarıyla hastanenin sadece %1'lik kısmı inşa edilmiştir.³⁴¹ Hastane sözleşmesinin durdurulma kararı alınıp alınmadığına dair resmi bir açıklama ise yapılmamıştır.

Türkiye'de büyük çoğunluğunun 2020 yılında faaliyete geçeceği 10 şehir hastanesi bulunmaktadır. Şehir hastanelerinin ortak özelliği ise hepsinin 25 yıllık işletme hakkını barındırmasıdır. Ayrıca bazı sözleşmelerde görüleceği üzere sözleşmelerin para birimi ise dövizdir. Yine benzer şekilde faaliyete geçecek olan şehir hastanelerinin maliyetleri kamu kesimi tarafından şeffaf bir şekilde paylaşılmamaktadır.

Türkiye'de faaliyete geçmiş olan şehir hastanelerinin maliyetleri ve kira bedelleri de paylaşılmamaktadır. Kamu kesimi izlenilen bu politikaya ticari sır³⁴² demektir. Fakat Şehir Hastane İzleme Grubu, Türkiye Tabipler Birliği, Infra PPP World (IPW) ve bazı muhalefet partilerinin maliyetler hakkında raporları mevcuttur.

Bu raporlardan hareketle Türkiye'de gerçekleştirilmiş olan 10 şehir hastanesinin maliyeti Tablo 2.5.'te şu şekilde beyan edilmektedir.

³⁴⁰ A.g.e.

³⁴¹ <https://yts.saglik.gov.tr/PublicYatirimlar.aspx?Oid=814> (erişim tarihi: 03.01.2020).

³⁴²“Ticari Sır” Kavramına Sıkıştırılmış 146 Milyar \$'lık Kamu Sözleşmeleri ! (YİD ve KÖİ)”, Haberek, 14.07.2019.

Tablo 2. 5. Türkiye’de Faaliyete Geçmiş Şehir Hastanelerinin Maliyetleri

İhale	Kira Bedeli Yıllık (TL)	25 Yıllık Toplam Kira (TL)	Sabit Yatırım Tutarı (TL)	Fazla Ödeme (TL)
Kayseri Ş. H.	137.730.000	3.443.250.000	427.454.111	3.015.795.889
Bursa Ş. H.	-	-	-	-
Ankara Ş.H.	240.000.000	6.000.000.000	1.097.491.420	4.902.508.580
Elâzığ Ş.H.	94.837.104	2.370.927.600	218.445.768	2.152.481.832
Yozgat Ş.H.	54.750.000	1.368.750.000	122.788.993	1.483.461.007
Manisa Ş.H.	64.250.000	1.606.250.000	122.788.993	1.483.461.007
Konya	88.791.634	2.219.790.850	246.020.811	1.973.770.039
İstanbul- İkitelli	258.900.000	6.472.500.000	548.049.141	5.924.450.859
Mersin	140.900.000	3.522.500.000	-	-
Adana	115.500.000	2.887.500.000	-	-

Kaynak: ŞHİG, TTB ve IPW verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

Tablo 2.5.’i incelendiğinde 10 tane ihalesi gerçekleşmiş ortaklık projesini görmekteyiz. Tablo içerisinde gerçekleşecek olan ortaklık projelerinin sırasıyla yıllık kira bedellerini, sözleşme sonunda ödenmiş olacak toplam kira bedelini, özel sektör yüklenicisinin hizmeti sunmak için katlanması gereken sabit yatırım tutarını ve son olarak toplam ödenecek kira bedellerinden sabit yatırım tutarı çıkarılarak elde edilmiş olan fazladan ödeme tutarını göstermektedir.

Şekil içerisinde yer alan projelerinin sabit yatırım tutarlarını yani yüklenici firmanın hizmet sunumu için katlanacağı maliyet 3.880.513.591 TL iken, hizmet sunumu başladıktan sonra devletin yıllık kira bedeli olarak sadece 10 tane kamu özel ortaklığı için katlanacağı maliyet ise 1.471.658.738 TL’dir. Toplam 25 yılın sonunda devletin sadece kira bedeli olarak ödeyeceği tutar ise 36.791.468.450 TL’dir. Fazladan ödenecek tutar ise 26.500.964.859 TL’dir. Bu maliyet aslında devlet için büyük bir mali yük oluşturmaktadır. Devlet aslında 3.880.513.591 kadar maliyete kendi katlanmayı tercih ederse eğer projenin gerçekleşeceği yılın bütçesi için büyük mali yük oluştursa da ilerleyen yıllarda mali açıdan daha rahat edecek olduğu açıktır.

Sağlık alanında görülen bu maliyetin dışında ek maliyetler de vardır. Sözleşme dâhilinde özel sektöre tanınan imtiyazlar, vergi muafiyetleri, hastanenin kurulacağı arazi, şehir içerisinde kapatılacak olan devlet hastanesine ait ekipmanlar ve hizmetten yararlanan bireylerin hizmet karşılığında ödediği katkı payları da devlet için ek maliyet unsuru olacaktır.

Tablo 2.5.'te görüleceği üzere var olan devlet hastanesinin kapatılması ve yüklenici firmaya devredilmesi dışında, devlet kamu özel iş birliği yaptığı firmalara yıllık belirli miktarda kira ödemesi yapmaktadır. Bu kira sözleşmesi sonunda ortaya çıkan maliyete bakıldığında ise; sabit yatırım tutarının yaklaşık 10 katı bir değere tekabül etmektedir.

Sağlık bakanlığı genel ödenekler bütçesi içerisinde ödenecek olan kira bedellerini daha detaylı incelemek için Türkiye'nin sağlık harcamalarını incelemek gerekmektedir. Bu doğrultuda bir sonraki konu içerisinde Türkiye'de sağlık harcamaları değerlendirilecektir.

2.4. Dünyada ve Türkiye'de Gerçekleşen Sağlık Harcamaları ve KÖO Modelinin Etkisi

Sağlık hizmetlerinin sunuma hazır hale gelmesi, gerçekleştirilmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla yapılan tüm harcamaları kapsamaktadır. Sağlık harcamaları öz itibarıyla uzun dönemli bir yatırımdır. Bu durumun altında yatan neden yapılan harcamanın sonuçları uzun dönemde görülmesidir. Faydasının ve sonuçlarının uzun dönemde görülmesinden dolayı kalkınma carisi diye de adlandırılabilir.

Sağlık harcamalarının artması ülke nüfusunun sağlıklı olması ile doğru orantılıdır. Öz itibarıyla emek sektörü içerisinde yer alan mevcut nüfusun etkin ve verimli bir şekilde üretim içerisinde yer alması ülke ekonomisi için oldukça önemlidir. Hasta bireyler üretim süreci içerisinde yer alamayacak olsa da maksimum kapasitede çalışamayacaktır. Bu nedenle sağlık harcamaları ülke ekonomisi için de oldukça önemlidir.

Sağlık harcamaları ülkenin gelecekteki nüfusunu da etkilemektedir. Özellikle gelecekte sağlıklı bir genç nüfusa sahip olmak için mevcut bireylerin sağlıklı olması gerekmektedir. Yine bu kapsamda gelecek nüfusun şekillendirilmesi de mümkündür. Gelecekte ihtiyaç duyulacak iş gücü sağlık hizmeti içerisinde yer alan aile planlanması ile mümkün olabilmektedir. Böylelikle aslında devletler sağlık harcamaları yaparak uzun dönemli demografik bir yatırım yapmaktadır.

Sağlık harcamalarının artması ve sağlık hizmetinin geliştiği ülkelerde ortalama ömür artmaktadır. Sağlık harcamalarına yöneltilen eleştirilerden biri de sağlık harcamalarının artması yaşlı nüfusun artmasına neden olmakta ve bu artışın da devleti daha fazla sağlık harcamasına sevk etmesidir.

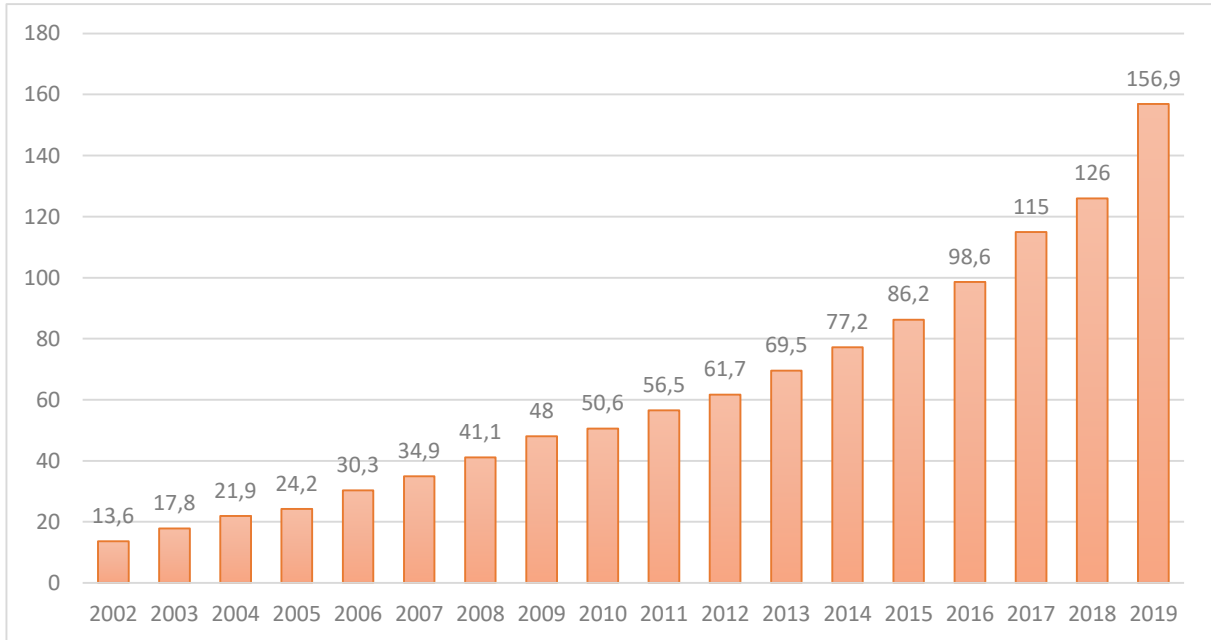
Türkiye’de sağlık hizmetine dönük yapılan sağlık harcamaları merkezi yönetim bütçe giderleri içerisinde yer almaktadır. Fonksiyonel olarak sınıflandırılmış merkezi yönetim bütçesi Fotoğraf 2.20. incelendiğinde, sağlık harcamalarının artma eğiliminde olduğu görülmektedir.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017 ***	2018 ****	2019 *****	2020 *****
MERKEZİ YÖNETİM BÜTÇESİ	533	337	358	380	378	430	469	512	551
Tedavi*	349	257	272	283	277	330	355	378	400
İlaç	184	80	86	97	101	100	114	134	151
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU****	43.506	49.181	53.837	59.411	68.048	77.120	83.911	92.563	100.195
Tedavi*	29.206	33.508	36.295	40.371	46.457	51.555	54.846	58.411	61.799
İlaç**	14.300	15.673	17.542	19.040	21.592	25.565	29.065	34.152	38.396
AİLE HEKİMLİĞİ	3.570	3.973	4.421	4.766	5.573	6.350	6.885	7.769	8.675
TOPLAM	47.609	53.491	58.616	64.557	73.999	83.900	91.266	100.843	109.420

Fotoğraf 2. 20.Yıllar itibariyle Türkiye Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

Kaynak: 2018 Bütçe Gerekçesi, Maliye Bakanlığı.

Grafik 2.16.’yı incelendiğinde Türkiye’de sağlık bütçesinin giderek arttığının görmekteyiz. Bu bağlamda OECD verileri içerisindeki artışın nedenleri arasında gösterilebilir.



Grafik 2. 4. Türkiye’de Yıllar İtibariyle Sağlık Bütçesi (Milyar TL)

Kaynak: BUMKO ve SBB verileri doğrultusunda tarafımızca düzenlenmiştir.

2019 yılında sağlık için ayrılan bütçe 156,9 milyar TL’ye çıkarılmıştır. 2002 yılı bütçesi içerisinde %11,3 olan sağlık hizmetleri payı, 2019 yılı bütçesinde 16,3’e

çıkmaktadır.³⁴³ Sağlık harcamalarının bütçe içerisindeki oranı kadar gayri safi yurtiçi harcama (GSYİH) içerisindeki oran da önemlidir. Fotoğraf 2.21. incelendiğinde sağlık harcamalarının GSYİH oranı verilmektedir.

YILLAR	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Kanada	8,9	9,0	9,1	9,0	9,4	9,5	9,6	10,8	10,7	10,4	10,4	10,3	10,1	10,6	10,8	10,7	10,7
Estonya	4,7	4,9	5,2	5,1	4,8	5,0	5,8	6,5	6,3	5,8	5,8	6,0	6,1	6,4	6,5	6,4	6,4
Finlandiya	7,4	7,7	7,8	8,0	8,0	7,8	8,1	8,9	8,9	9,0	9,3	9,5	9,5	9,7	9,4	9,2	9,1
Fransa	10,0	10,1	10,2	10,2	10,4	10,3	10,5	11,3	11,2	11,2	11,3	11,4	11,6	11,5	11,5	11,3	11,2
Almanya	10,1	10,3	10,1	10,2	10,1	10,0	10,2	11,1	11,0	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1	11,1	11,2	11,2
Japonya	7,5	7,6	7,7	7,8	7,8	7,9	8,2	9,1	9,2	10,6	10,8	10,8	10,8	10,9	10,8	10,9	10,9
Meksika	5,1	5,8	6,0	5,8	5,7	5,8	5,7	6,1	6,0	5,7	5,8	5,9	5,6	5,8	5,5	5,5	5,5
Türkiye	5,1	5,1	5,0	4,9	5,2	5,3	5,3	5,5	5,1	4,7	4,5	4,4	4,3	4,1	4,3	4,2	4,2
Birleşik Krallık	6,6	6,8	7,0	7,2	7,3	7,4	7,6	8,5	8,4	8,4	8,3	9,8	9,8	9,7	9,7	9,6	9,8
ABD	14,0	14,5	14,6	14,6	14,7	14,9	15,3	16,3	16,4	16,4	16,3	16,3	16,4	16,7	17,1	17,1	16,9

Fotoğraf 2. 21.Bazı OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı

Kaynak: OECD Database verileri doğrultusunda tarafımızca oluşturulmuştur.

Ek olarak Grafik 2.16. incelendiğinde ise tam tersi bir tablo çıkmakta karşımıza. Türkiye'nin sağlık harcamalarının GSYİH oranı azalma eğilimindedir. Almanya, Birleşik Krallık, Fransa, Japonya gibi gelişmiş ülkelerde ise oranın arttığı görülmektedir. Gelişmekte olan Meksika'da da benzer şekilde artış görülmektedir.

Genel itibariyle yorum yapmak gerekirse gelişmiş ülkeler sağlık harcamalarına önem vermektedir. Ekonomik olarak güçlü olan bu ülkelerin kriz dönemlerinde de sağlık harcamalarında değişiklik olmamaktadır. Gelişmekte olan ya da gelişmemiş ülkelerde kriz dönemlerinde sağlık harcamalarında bir azalma görülmektedir.

Bölüm itibariyle toparlamak gerekirse eğer, dünyanın en kaliteli sağlık hizmetini sunan Fransa'nın sağlık sektöründeki başarısını; yerel sağlık hizmetlerine, sağlık uzmanlarının sağlık hizmetlerinde söz sahibi olmasına, Sağlık Bakanlığının etkin denetimine ve var olan sigorta sistemine borçludur. Özellikle 2002'de başlayan ve Hôpital 2007 programı ile şekillenen sağlık hizmetleri dünya sağlık otoritelerinden tam not almaktadır. Sağlık hizmetlerinden vatandaşların memnun olması ve hizmete olan talebin karşılanmasında kuşkusuz KÖO projelerinin katkısı vardır. Yine de gelişmiş ve yüksek gelir düzeyine sahip olan Fransa'da da CHFS örneğinden görüleceği üzere KÖO uygulamalarında hatalara rastlanılmaktadır. Fakat iyi bir denetim mekanizmasına sahip olan Fransa'nın bu hatanın

³⁴³Strateji Bütçe Başkanlığı, 2019: 2-5.

önüne geçtiği ve kamuyu yaklaşık 600-700 milyon € tasarruf ettirdiği görülmektedir. Bu tutum neticesinde de kamunun, devletin maliyesini uzun dönemde tehdit edecek verimsiz ya da yanlış hazırlanmış KÖO projelerinde sözleşmenin feshi uygulamasına gideceği görülmektedir. Fesih uygulamasının haklı gerekçelerinin açıklanması ise uygulamayı meşrulaştırmıştır.

Sağlık sektörü içerisinde KÖO modelinin uygulanmasında öncü ülke konumunda olan Birleşik Krallık 'ta yurtiçinde hizmet kalitesini arttırarak modern hale getirmiştir. Sağlık sektörüne getirdiği yeni finansman modeli ile hem hizmetin içerisinde yer alırken hem de hizmetin sunumunun yükümlülüğünden arınmaktadır. Fakat hizmetin uygulanış şekli olan açılan KÖO hastanesinin yakınlarındaki kamuya ait hastanelerin kapatılması ya da KÖO hastanesine taşınması vergi ödeyicilerinin tepkisine yol açmıştır. Yine özellikle N&N hastanesinde olduğu gibi projelerin maliyetlerinin hesaplanmasında hata yapılması da vergi ödeyicilerin eleştirilerinin odak noktası olduğu görülmektedir. Ayrıca ödenecek olan kiralar ve bu kiraların miktarı haksız bir kaynak aktarımı olarak değerlendirilmektedir vergi ödeyicileri tarafından.

Birleşik Krallık sağlık sektöründe KÖO projelerindeki 22 yıllık tecrübesini uluslararası ekonomi içerisinde pazarlama konusunda oldukça başarılı bir politika izlemektedir. Bu politika neticesinde Avusturalya, Hindistan, Filipinler ve çeşitli başka ülkelerin KÖO projelerinde şirketleri ile yer almaktadırlar. Sağlık sektöründe KÖO modeli ile aslında kendi şirketleri için var olmayan bir pazarı kendi yaratmıştır. Bu bağlamda oluşan bu pazarın en büyük aktörü rolünü üstlenmektedir.

Hindistan, Filipinler ve Türkiye'de görüleceği üzere sağlık sektörü içerisinde KÖO modeline olan ihtiyacın temelinde kamu kesiminin yeterli düzeyde ve kalitede sağlık hizmetini sunamamasından kaynaklanmaktadır. Hindistan'da sağlık hizmeti içerisinde KÖO modeline geçilememesinin temel nedeni sağlık uzmanlarının eleştirisi olur iken, Filipinler'de ise halk tarafından özelleştirme ile KÖO arasındaki farkın bilinmemesinden kaynaklanmaktadır. Filipinler'de ki vergi ödeyicilerine göre sağlık hizmeti içerisinde devletin mutlak suretle bulunmalıdır. KÖO modellerinin tam manasıyla bir özelleştirme olduğu bilinmediği için yani başka bir deyişle KÖO bir özelleştirme algısı hâkim olduğu için sağlık sektöründe KÖO uygulanamamıştır.

Sağlık hizmetleri içerisinde KÖO uygulamasına yer vermediği halde dünyada sağlık hizmet kalitesi sıralamasında üst sıralarda olan Norveç'in ve Singapur'un sağlık sistemlerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Her ne kadar sistemleri güçlü bir kamu ve özel sigorta sistemine sahip olsa da hizmetin sunumu esnasında problemler gerçekleşmektedir. Sağlık

piyasası içerisinde KÖO hastanelerine yer veren ülkelerin bazı sorunları hâsıl olsa da sağlık hizmet talebini karşılamada bir problem görülmemiştir. Bu bağlamda sağlık hizmetine olan talebi karşılamak için sağlık hizmetlerinde KÖO uygulamalarını tercih etmek devletler açısından rasyonel bir hamledir sonucuna varılmaktadır.

Türkiye’de ise 1980 sonrası dönemde daha fazla gündeme gelen özelleştirme kavramı 2000’li yıllarda yerini KÖO modellerine bırakmaya başlamıştır. Özellikle 2002 sonrası dönemde somut adımlar atılmaya başlanmış ve 2017 yılında sağlık sektörü içerisinde KÖO projesi olan şehir hastaneleri faaliyete geçmiştir.

Türkiye’de sağlık sektörü içerisinde kendine Birleşik Krallık modellerini örnek almıştır. Hatta özel sektör yüklenici firma ile kamu kesimi arasında yaşanacak olan uyuşmazlıklarda Birleşik Krallık tahkim mahkemelerinin yolu açılmıştır. Bu bağlamda da Birleşik Krallık ’ın deneyimlerinden faydalanılmaktadır.

Türkiye’de sağlık sektörüne dair en büyük eleştirinin projelerin maliyetlerinin açıklanmamasından kaynaklanmaktadır. Açıklanan verilerden hareketle sağlık sektörü içerisinde etkin ve verimli değildir yorumu yapılabilmektedir. Fakat bölüm içerisinde yüzeysel bir çalışma yapıldığı için daha net bir yorum yapabilmek adına üçüncü bölümde konu Türkiye özelinde faaliyete geçmiş olan şehir hastaneleri üzerinden daha detaylı bir şekilde projeler özelinde irdelenecektir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIK MODELİ ÜZERİNE İNCELEME

Türkiye’de şehir hastaneleri hala tartışılan bir konudur. Konu içerisinde, var olan tartışmalara ve şehir hastaneleri hakkındaki eleştirilere değinilecektir. Türkiye’de şehir hastanelerinin tercih edilmesinin sağlık hizmeti içerisinde var olan ihtiyaçlardır. Dönemin politikacıları var olan ihtiyaçlar neticesinde de sağlık sektöründe KÖO modelini tercih etmiştir. Ayrıca sağlık sektöründe KÖO modelinin dünya ekonomisi içerisinde popüler bir uygulama olması, modelin uygulanma kararını desteklemiştir.

Türkiye’de şehir devlet hastanelerinin sunulması gerekliliği hakkında birden fazla neden öne sürülmüştür. Özellikle dönemin politikacıları, basına yansıyan haberler ve Türkiye maliye literatüründeki çalışmalardan hareketle bu nedenle şöyle sıralanabilir:

- Sağlık piyasası içerisinde istihdamın yetersiz olması,
- Sağlık harcamalarının fazla olması,
- Sağlık piyasası içerisinde gerçekleştirilen harcamaların etkin ve verimli olmaması,
- Sağlık hizmetinin sunumunda kalitenin düşük olması,
- Hastanelerde bulunan yatak sayısının yetersiz olması,
- Yatak başına düşen oda ve m² sayısının yetersiz olması,
- Yüksek teknoloji gerektiren tıbbi cihazların yüksek maliyetlerinden dolayı alınamaması,
- Kamu kesiminin sağlık hizmet sunumunda yavaş kalması,
- Sağlık hizmetine erişimin yeterli seviyede olmaması,
- Sağlık piyasası içerisinde rekabetin eksikliği,
- Sağlık piyasası içerisinde de özel sektörün bilgi, tecrübe ve finansal yetkinliklerinden yararlanma arzusu,
- Sağlık piyasası aracılığıyla ülkeye yabancı sermaye girişi sağlamak,

Olarak sıralanabilir. Bu bağlamda sunulan vaatlerin bahsedilen gereklilikleri sağlayıp toplumsal faydayı maksimum seviyeye çıkartılması bir yandan da kaynakların etkin ve

verimli şekilde kullanılması beklenmektedir. Bu doğrultuda sağlık hizmeti içerisinde gerçekleştirilecek olan sağlık sunumunun vaatlerini sıralayacak olursak şöyledir;

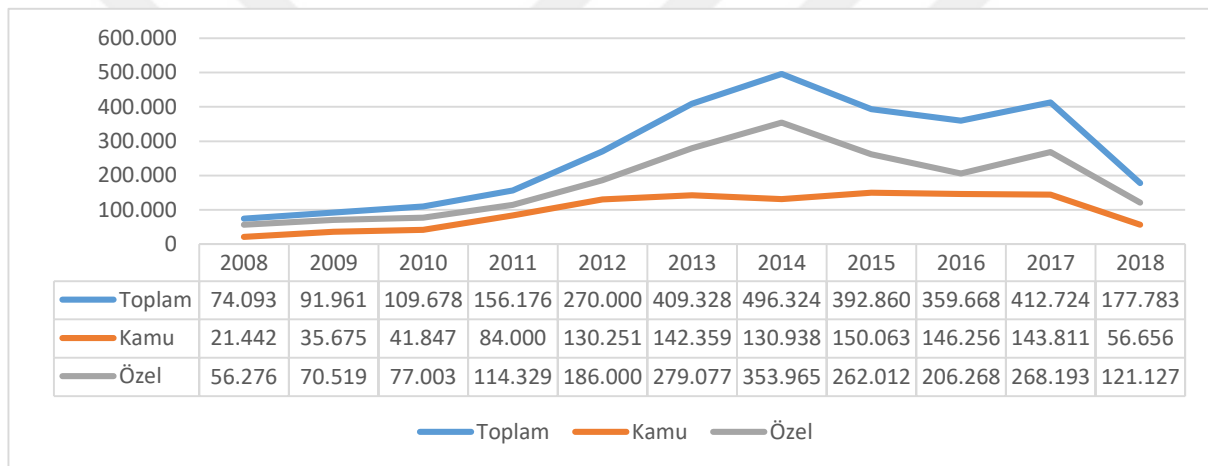
- Daha fazla konforun olduğu içerisinde televizyon, özel tuvalet, duş imkânı olan odalarda hastalar tek başına yatacak olup, refakatçi için ayrı bir bölme yapılacaktır.
- Hastanelerin helikopterler için özel iniş alanı olacak,
- Doktorlar için özel muayeneler yapılarak tıbbi sekreterden ayrılacak. Böylelikle hasta-doktor ilişkisindeki mahrumiyet arttırılacak ve doktorlar daha iyi fiziki imkânlarda çalışacaklar,
- Devlet erkânı için özel VIP odalara sahip olacak,
- Hastane çevresinde rekreasyon ve peyzaj çalışması yapılarak şehir mimarisine artı değer kazandıracak,
- Çevreci tesisler kurulacak, tesis içerisinde kojenerasyon ve gri sulama sistemi yer alacak,
- Hastanelerde çağın en yüksek teknolojisi vatandaşların hizmetine sunulacak,
- Önceleri 40 m² olan yatak başına düşen alan 200 m²'ye çıkartılacak
- Binaların zorunlu deprem sigortası dışında izolatörler ile binanın kullanım ömrü uzatılacak,
- Yap-İşlet-Devret modeli ile devlet sürekli hizmetin içerisinde vatandaş yanlı politikalar izleyecek,
- Şehir hastanelerinin konumu ve yapısı itibariyle erişimi daha etkin olacak yerlerde tüm vatandaşların erişimine açılacak,
- Şehir hastanelerinin temel prensibi müşteri memnuniyeti olurken, Sağlık bakanlığı bu memnuniyetin istikrarını sağlayacak,

Vaatlerden anlaşılacağı üzere yeni, modern ve çağın gerekliliklerine sahip bir sağlık kompleksi yaratılmak istenmektedir. Bu bağlamda gerçekleşmesi belirlenen sağlık hizmeti içerisinde, hem özel sektör varlığını sürdürebilecek (hatta sağlık piyasası içerisinde varlığı görece daha da artacak), hem müşteriler memnun kalacak, hem kamu kesimi maliyetlerden arınarak görevlerinde azalma gerçekleşecek, hem de ülkeye yabancı sermaye girişi sağlanacaktır.

Türkiye’de şehir hastanelerinin varlığını ya da var olması gerektiğini savunan kesimin görüşlerini yerellik açısından gerekliliğini ortaya koymak büyük önem arz etmektedir. Şehir

hastaneleri hakkında yapılan çalışmaları bu bağlamda hastaneler fiziki açıdan daha yeni ve kullanışlı hale gelmekte, hastane envanterindeki teçhizatlar yüksek teknolojiye sahip, yeni yapılmış hastanelerin sağlığa uygunluk bakımından daha iyi durumda olması, otel konforunda hastanelerin sağlık piyasası içerisinde Türk sağlık hizmet kalitesini arttırmaktadır.³⁴⁴

Sağlık piyasası içerisinde yeni yüzüyle şehir hastanelerinin olmasının sağlık turizmini etkileyeceği de öne sürülmüştür. Gerçekten de dünya genelinde sağlık sektöründeki hareketlilik oldukça yüksek rakamlara tekabül etmektedir. 2018 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre yıllık 30 milyon insan tedavi görebilmek için kendi ülkesinden başka bir ülkeye seyahat etmektedir³⁴⁵. Sağlık turizminden kaynaklı dünya sağlık piyasasında 500 milyon ABD doları hareketlilik mevcuttur. Bu bağlamda Türkiye’de gerçekleşen hareketlilik Grafik 3.1.’de verilmiştir.



Grafik 3. 1. Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Turizmi

Kaynak: Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı verileri doğrultusunda tarafımızca hazırlanmıştır.

Grafik 3.1.’de 2018 yılına ait veriler yılın ilk 6 ayına aittir. Bunun dışında ise bakıldığında hizmete sunulan ilk şehir hastanesinin 2017 yılında açılan Yozgat Şehir Hastanesi olduğunu göz önünde bulunduracak olursak eğer; henüz sağlık turizmi açısından bir gelişme bulunmamaktadır.

Türkiye’de sağlık sektörü içerisinde, şehir hastanelerine yöneltilen eleştirileri inceleme de gerekmektedir. Şehir hastanelerine yöneltilen eleştirilerin başında şehir hastanelerinin maliyetler konusu gelmektedir. Özellikle maliyetlerin ve yıllık kira bedellerinin gizli tutulması hem bütçenin doğasına hem de kamu özel ortaklık modellerinin doğasına aykırı bir

³⁴⁴ http://sssjournal.com/Makaleler/1581310363_29_4-19.ID581.%20G%c3%b6kkaya%20vd._2235-2243.pdf

(erişim tarihi: 15.12.2019).

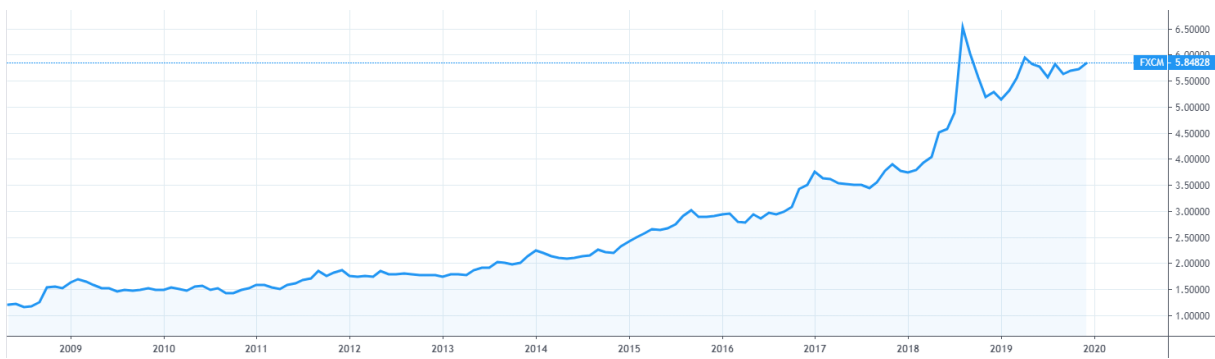
³⁴⁵ SATURK, 2019: 4-8.

durum oluşturmaktadır³⁴⁶. “Ticari sır³⁴⁷” olarak nitelendirilmesi³⁴⁸ ana muhalefet partisi tarafından sıkça eleştirilmektedir.

Ana muhalefet partisinin hazırladığı rapor doğrultusunda şehir hastanelerine sadece ödenecek 3-4 yıllık kira bedeli ile yeni bir devlet hastanesi yapılabileceği ileri sürülmüştür. Rapor içerisinde devletin 17 şehir hastanesinin yapılması ve hizmete sunulması durumunda ödenmesi gereken tutarın 27 milyar ABD doları olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda kaynakların verimsiz kullanıldığı yönünde eleştiriler gelmiştir.

Bir başka eleştiri ise şehir hastanelerine hasta garantisi verilmesidir. Kamu kesiminin diğer sektörlerde müşteri garantisi vermesi sosyoloji temelinde etik bir probleme neden olmazken, hizmetin esas konusu sağlık olduğunda ise sağlık sosyoloji açısından etik değerlere aykırı bir durum doğurmaktadır. Gerçekten de kamu kesiminin hasta-müşteri garantisi, vatandaşlarının hasta olmasını garanti etmesi anlamına gelmektedir. Vatandaşları hasta olmayınca verilen garanti doğrultusunda zarar eden bir devlet görüntüsünü ortaya çıkarmaktadır. Sonuç itibarıyla bütçe giderleri açısından vatandaşlarının sağlıklı olma halinin bozulmasını isteyen bir devlet politikası izlenmektedir.³⁴⁹

Şehir hastanelerine dair yöneltilen bir başka eleştiriler; yapılan sözleşmelerdeki para biriminin döviz cinsinden olmasıdır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde döviz kuru oldukça hareketli ve yükselme eğilimindedir. Buradan hareketle yapılan sözleşme doğrultusunda sunulan hizmet sabit kalır iken döviz kuru hareketleri neticesinde kamu borç yükü de değişmektedir. Türkiye’de son 10 yılın döviz hareketlerini gösteren Fotoğraf 3.1.’yi incelendiğinde ise bu durumu kanıtlar niteliktedir.



Fotoğraf 3. 1. TL/ABD Doları Değişim Grafiği

Kaynak: Trading View, <https://tr.tradingview.com/symbols/USDTRY/>, (Erişim Tarihi: 15.12.2019).

³⁴⁶ <https://www.chp.org.tr/haberler/11-aralik-2017-tarihli-tbmm-genel-kurulu-2018-yili-merkezi-butce-kanunu-tasarisi-hakkinda-konusmasi?q=%C5%9Fehir%20hastane> (erişim tarihi 15.12.2019).

³⁴⁷ <https://www.dw.com/tr/şehir-hastanelerinde-mali-yük-işleyiş-ve-ulaşım-soru-işareti-yaratıyor/a-47761136> (erişim tarihi: 15.12.2019).

³⁴⁸ A.g.e.

³⁴⁹ A.g.e.

Fotoğraf 3.1.'de görüleceği üzere dolar kuru sürekli olarak artma eğilimindedir. Mevcut durum içerisinde ise kamu borç yükü de doğru orantılı olarak artmaktadır. Ayrıca Türkiye'de TL cinsinden sözleşmelerin yapılmaması, TL'ye olan itibarı da düşürmektedir.

Şehir hastanelerinin kurulma amaçlarından birisi de hastanelerin yatak sayısını arttırmaktır. Şehirlerdeki hastane yatak sayısı Özel Hastaneler Yönetmeliğince³⁵⁰ Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmektedir. Yapılan yeni hastanelerdeki hasta yataklarının Sağlık Bakanlığı onaylanması için artırıma gidilmeyip mevcut yataklı hastaneler kapatılmıştır. Böylelikle toplam yatak sayısı içerisinde şehir hastanesinin gerçekleştirilmesinden kaynaklı bir artış olmamaktadır.³⁵¹

Şehir hastanelerinin bir başka eleştirildiği konu ise şehir hastanelerinin, şehir merkezine olan uzaklığıdır. Şehir hastanelerinin açılması ile sağlık hizmetlerine erişim hem daha fazla vakit almakta hem de daha maliyetli hale geldiği öne sürülmektedir. Çalışmanın analiz kısmında öne sürülen bu hipotez analiz edilecektir.³⁵²

Şehir hastanelerinin genel itibarıyla şehrin uzak noktalarına yapılmaktadır. Şehir hastaneleri faaliyete geçmesiyle birlikte belirlenen devlet hastaneleri kapatılmaktadır. Sonuç itibarıyla kapatılan devlet hastanelerinin etrafındaki eczaneler ise tamamen işlevsiz hale gelmektedir. Mevcut sağlık ekonomisi içerisinde önemli bir hizmet faaliyeti olan eczaneler bu yeni yapılanma neticesinde olumsuz etkilenmektedir. Yeni yapılan şehir hastanelerinin etrafında ise eczane yapımına müsait arazinin olmayışı da müşteriler açısından ilaca erişim konusunda sorunlar yaratmaktadır.

Özel hukuka tabi olan şehir hastaneleri çıkabilecek sorunlar doğrultusunda Türk hukukuna değil uluslararası hukuka tahkim yolu açılmıştır. Bu durum ise Türk adaletine olan güvensizliği göstermektedir. Sözleşmeler içerisinde çıkabilecek problemler için İngiltere Tahkim Mahkemesinin yetkisi geçerli kabul edilmiştir.³⁵³

Şehir hastanelerinin hekim ve diğer sağlık personelleri açısından baskı oluşturmakta ve sık sık personel çıkarmaktadır. Bu nedenle tam manasıyla uzmanlaşma sağlanamamaktadır. Ayrıca bahsi geçen çalışanların çalışma şartlarının elverişsiz olduğu öne sürülmektedir.³⁵⁴

Konu içerisinde Türkiye'de şehir hastanelerine neden ihtiyaç duyulduğunu, şehir hastanelerinin sağlık sektöründe sunulması gereken vaatleri inceledik. Şehir hastanelerinin

³⁵⁰ Ek 18

³⁵¹ http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=6215639c-0461-11ea-9041-8f759fbdb0f (erişim tarihi: 15.12.2019).

³⁵² A.g.e.

³⁵³ A.g.e.

³⁵⁴ A.g.e.

hizmete başlamasıyla literatür içerisindeki olumlu ve olumsuz eleştiriler konu dahilinde değerlendirilmiştir. Yapılan eleştirileri değerlendirebilmek adına bir sonraki konuda konu ile ilgili yapılmış analizleri değerlendireceğiz.

3.1. Türkiye’de 2019 Yılı İtibariyle Faaliyete Geçmiş Olan Şehir Hastanelerine Yönelik Analizler

Çalışmanın bu bölümünde Türkiye’de hizmete açılan şehir hastaneleri üzerine yapılmış olan analizler incelenecektir. Bu doğrultuda yapılmış olan analizler; çalışanlar açısından, sağlık sistemi açısından ve vatandaş açısından değerlendirilecektir.

3.1.1. Çalışanlar Açısından Şehir Hastaneleri

Şehir hastanelerinde çalışan personeller, kapatılan devlet hastanelerinden geçişi sağlanmış olan ve şehir hastanesinin kendi bünyesinde işe alımını gerçekleştirdiği personellerden oluşmaktadır. 2017 yılında gerçekleştirilmiş olan bu anket çalışması, çalışanların şehir hastanesi ile daha önceki dönemde çalıştıkları kurumları mukayese etmektedir. Bu bağlamda çalışanlar açısından şu sonuçlara varılmaktadır:

- Daha önceden devlet ya da özel hastanede çalışmış olan personellerin şehir hastanesinde çalışma memnuniyet düzeyi negatif çıkmıştır. Başka bir deyişle personeller şehir hastanesinde çalışmaktan daha az memnundurlar.
- Şehir hastanelerine geçiş ile birlikte çalışan personeller üzerinde iş güvencesi hakkında kaygıların olmakta ve iş yüklerinde ise artış gerçekleşmektedir.
- Çalışan personellerin hastaneye ulaşım konusunda memnuniyetsiz olduğu görülmektedir.
- Çalışan personellerin şehir hastanesinde çalışmayı başka bir sağlık personeline tavsiye etmemektedir.
- Şehir hastanelerinin fiziki imkânlarından ve yeni olmasından dolayı bu konuda çalışan personelin memnun olduğu görülmektedir.
- Çalışan personeller şehir hastanesine geçiş ile döner sermaye ödemelerinin azalmasından kaynaklı da memnuniyetsizlikleri bulunmaktadır.
- Yapılan yeni şehir hastanelerinin büyük olmasından ötürü hastane içerisindeki ulaşımdan memnuniyetsizlikleri bulunmaktadır.

- Çalışan personeller özellikle yönetsel açıdan sorunların olmasından ve sıklıkla yönetimin değişmesinden dolayı memnuniyetsizlikleri bulunmaktadır.³⁵⁵

Çalışma sonucu değerlendirmek gerekirse genel itibariyle şehir hastanesinin sağlık çalışanları üzerinde memnuniyetsizlik oluşturduğu gözlemlenmektedir. Bir önceki konu içerisinde öne sürülen şehir hastanelerinin sağlık personeli açısından sorunlara sebep olduğunu kanıtlar niteliktedir.

London School of Economics tarafından yapılan çalışma doğrultusunda çalışanların memnuniyeti ve çalışanların performansı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.³⁵⁶ Memnuniyetsiz olan şehir hastanesi çalışanlarının da bu doğrultuda performansları düşmektedir.

Sağlık çalışanlarının performanslarının düşmesi ise toplumsal fayda açısından oldukça riskli bir durum arz etmektedir. Sağlık çalışanlarının temel maksadının insan sağlığını onarmak başka bir deyişle insanın sağlıklı olma halinin istikrarını sağlamaktır. Fakat çalışanların memnuniyetsiz olması bu durumun tam manasıyla gerçekleşmesinin önüne geçmektedir. Böylelikle sağlık piyasası içerisinde bulunan emek kesiminin verimliliği düşmektedir ve yine aynı zamanda bu durum içerisinde hem şehir hastanesi hem de ülke ekonomisi olumsuz etkilemektedir.

3.1.2. Vatandaş Açısından Şehir Hastaneleri

Yeni kamu yönetimi ile değişen sağlık piyasasının en temel aktörü vatandaşlardır. Değişime gerek duyulması esasında devletlerin vatandaşlarına daha iyi hizmet vermeyi hedeflemesinden kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda Türkiye’de şehir hastanelerine giden vatandaşlar üzerinde yapılmış memnuniyet anketi üzerinde inceleme yapılacaktır. Çalışma³⁵⁷ 2018 yılında Isparta Şehir Hastanesi müşterileri üzerinde yapılmıştır. Çalışmada varılan sonuçları şu şekilde sıralanabilmektedir:

- Müşterilerin hastanenin yeni ve kullanılan tıbbi teçhizatlardan dolayı memnundurlar,
- Müşterilerin hastane odalarının konforundan, odaların içerisinde bulundurduğu lüks eşyalardan memnundurlar,
- Şehir hastanesinin sağlığa uygunluk açısından elverişli bir ortama sahip olmasından dolayı memnundurlar,

³⁵⁵ A.g.e. s.115.

³⁵⁶ <https://www.emolument.com/salary-reports/universities/london-school-of-economics/13867> (erişim tarihi: 15.12.2019).

³⁵⁷ Gökkaya, vd., 2018: 2425.

- Şehir hastanesinin otelcilik hizmeti ve sağlık hizmeti sunumundan, bilgiye erişimden dolayı müşteriler memnundurlar,
- Müşteriler şehir hastanesine ulaşım konusunda memnun değildirler,
- Müşterilerin hastanenin büyüklüğü ve hastane içerisindeki ulaşımından dolayı memnun değildirler,
- Müşterilerin hastanede yeterli sayıda tıbbi sekreterin bulunmamasından dolayı memnun değildirler,
- Müşterilerin sağlık hizmetinden yararlandıktan sonra ilaca erişimin zor olmasından kaynaklı memnun değildirler,
- Otopark ve kantin hizmetlerinden kaynaklı bir memnuniyetsizlik saptanmıştır³⁵⁸,

Vatandaşlar açısından genel bir değerlendirme yapacak olursak eğer; sağlık sektörü içerisinde bireylerin sağladıkları faydanın toplumsal faydaya olan etkisinden dolayı hizmetin faydası maksimum seviyede olmalıdır. Bu bağlamda sağlık hizmeti kadar hizmete erişim de oldukça önemlidir. Şehir hastanelerinin ulaşım açısından müşterilerini memnun etmediği görülmektedir.

Hastane içerisinde yönlendirmeleri gerçekleştirecek olan tıbbi sekreter ve danışman sayısının yetersizliği ise yine müşterileri olumsuz etkilemekte ve sağlıklı olma hali bozulan bireyler için hizmete erişimi zorlaştırmaktadır.

Türkiye’de şehir hastanelerine gereksinim duyulduğu konulardan olan konforsuz odalar, yetersiz alan, sağlığa uygunsuz hastane ortamı ve yetersiz tıbbi teçhizatlar şehir hastaneleri vasıtasıyla giderilmiştir. Bu açıdan bakıldığında şehir hastanesinin vaatlerinden olan müşteri memnuniyeti konusunda başarılı olduğu gözlemlenmektedir.

3.1.3. Sağlık Sistemi Açısından Şehir Hastaneleri

Sağlık sistemi açısından değerlendirmeler dört farklı şekilde yapılmaktadır. Bunlar sağlık politikaları, sağlık planlaması, mali sürdürülebilirlik ve yönetim açısından değerlendirmeleri içermektedir.

Sağlık politikaları açısından, şehir hastaneleri 2002 yılında SDP ile hedeflenen bir sistemdir. Yapılan çalışmalar ve nihayetinde ortaya çıkması beklenen şehir hastaneleri sağlık politikaları ile entegredir. Sağlık sistemi açısından kapatılan devlet hastanelerinin şehir hastaneleri bünyesine geçirilmesi yönetsel bağlamda sorunlara neden olabilmektedir. Yine

³⁵⁸ A.g.e.

aynı şekilde kapatılan hastanelerin çevresinde bulunan eczane ve esnaflar açısından istihdam ve Pazar kaybına neden olabilmektedir.³⁵⁹

Sağlık planlaması açısından, şehir hastanelerinin projelendirilmesi ile görevli olan Sağlık Bakanlığıdır. Yine aynı şekilde Sağlık Bakanlığı ülke sağlık planlaması ile görevlendirilmiş kamu kuruluşudur. Bu bağlamda da şehir hastaneleri Türkiye'nin sağlık planlamasına uygun olarak projelendirilmektedir. 2017 yılı itibariyle sağlık piyasası içerisinde yer alan şehir hastanelerinin bölge merkezinde bulunması ve sadece rutin hasta tedavisi ile yurtiçini değil aynı zamanda yurtdışına da hitap etmesi gerekmektedir. Türkiye'nin sağlık piyasasında yeni yüzü olan şehir hastaneleri, sağlık turizmi piyasasında Türkiye'nin payını arttırması beklenmektedir.³⁶⁰

Mali sürdürülebilirlik açısından, 2017 yılı itibariyle hizmete başlayan şehir hastaneleri mali sürdürülebilirlik açısından problem ortaya çıkmamıştır. Yapılması planlanan şehir hastanelerinin (32 tane) yıllık 5.4 milyar TL ödemesi olmakta ve bu ödeme Sağlık Bakanlığı'na ait Genel Bütçe ödenekleri ile ödenmektedir.³⁶¹ Fakat Türkiye'de ticari sır olarak nitelendirilen şehir hastanesi maliyetlerine ve sözleşmelerine erişim olmadığı için mali sürdürülebilirlik açısından bir yorum yapmak doğru olmamaktadır.

Yönetimsel açıdan, şehir hastanelerinin yapısı oldukça karışıktır. Hem özel sektör hem de kamuya ait personeller birlikte bulunmaktadır. Ayrıca kapatılan devlet hastanelerinin de kendi yönetimi bulunmaktadır. Şehir hastanelerinde iki farklı yönetimin olması yani hem özel sektör yüklenici firmanın yönetimi hem de hastane yönetimi bazı temel aksaklıklara sebebiyet vermektedir. Bu bağlamda şehir hastanelerinin idari yapısı karmaşık halde olduğu görülmektedir.³⁶²

Genel olarak konuyu özetlemek gerekirse şehir hastanelerinin başlangıçtaki vaatlerinin bir kısmını karşıladığı görülmektedir. Özellikle binaların yenilenmesi ve binalarda kullanılan teçhizatların yeterli seviyede olması vatandaşlar açısından olumlu bir sonuç doğurmaktadır. Ayrıca şehir hastanelerinin sağlık politikası ve sağlık planlaması doğrultusunda projelendirilmesi yine modelin olumlu yanları arasında yer almaktadır. Çalışma sonucunda şehir hastanelerinde karşılaşılan olumsuz sonuçlar; hastanenin yönetim karmaşıklığı, çalışanlarca yaşanan memnuniyetsizlikler ve vatandaşların şehir hastanesine ulaşımında yaşadığı problemler olduğu görülmektedir. Mali sürdürülebilirlik için ise kesin bir kanaatte bulunulamamaktadır. Türkiye'de şehir hastanelerine yönelik 3 farklı analizi içerisinde

³⁵⁹ Sağlık Sen Araştırma Enstitüsü, 2018: 74-81.

³⁶⁰ A.g.e. s.78.

³⁶¹ A.g.e. s.79.

³⁶² A.g.e. s.79.

barındıran çalışmaları değerlendirilmiş olup bir sonraki bölümde şehir hastanelerine dair Sayıştay raporları incelenecektir.

3.2. Şehir Hastaneleri Hakkında Sayıştay Raporları

Şehir hastaneleri hakkında yapılan çalışmalar neticesinde olumlu ve olumsuz yönlerine önceki konularda değinilmiştir. Bu konu dâhilinde Sayıştay'ın hazırladığı raporlar neticesinde şehir hastaneleri değerlendirilecektir. T.C. Sayıştay Başkanlığı tarafından 2018 yılındaki Sağlık Bakanlığı'na dair çıkardığı rapor neticesinde inceleme yapılacaktır. Raporda şehir hastaneleri ile ilgili kısımlar şu şekildedir:

- Yapım aşamasındaki şehir hastanelerinin sözleşmesinin gereği olarak yüklenici firmaların taahhütnamesi doğrultusunda muhasebeleştirmeyi Maliye Bakanlığınca belirlenen mevzuata tam ve uygun bir şekilde yapılmadığı saptanmıştır.
- Sağlık hizmeti sunmaya başlayan şehir hastanelerine ait taşınır ve taşınmazlarına ait kayıtların düzgün tutulmamış ve yapılan kira ödemelerinin ise yanlış şekilde kayıt altına alındığı tespit edilmiştir.
- Faaliyete geçmiş olan şehir hastanelerine ait mal ve yükümlülüklerin düzeltilmelerine dair yapılan kayıtlar hatalı şekilde tutulmuştur.
- Şehir hastaneleri sözleşmelerindeki garanti tutarlar muhasebeleştirilmemiştir.
- Şehir hastanelerinde iç kontrol sistemi oluşturulmadığı için iletişim ve koordinasyonda problemler yaşanmaktadır.
- Şehir hastanelerinin cerrahi setlerin yeterli miktarda bulunmadığı ortaya çıkmış ve kapanan devlet hastanesindeki cerrahi setler şehir hastanelerine taşınmıştır.
- Şehir hastanelerine ait belgelerde atıf hataları, nüsha farklılıkları ve nedeni belirsiz hükümler tespit edilmiştir.
- Şehir hastanelerinin sözleşmelerinde 6428 sayılı KHK'ya aykırı maddeler tespit edilmiştir.
- Şehir hastanesi sözleşmelerinin kamu yararı düşünülerek oluşturulduğuna dair kamu kurumları tarafından bir garanti verilememektedir.
- Şehir hastanesi sözleşmesi taahhütnamesinde yer alan konuların zamanında yerine getirilememesi durumunda uygulanacak olan yaptırımlara dair bir hüküm bulunmadığı tespit edilmiştir.
- Hizmete geçmiş olan şehir hastanelerinde bazı kısım inşaatların hala tamamlanmamış olduğu tespit edilmiştir.

- Hizmete geçmemiş ve hala inşaat halinde olan alanlar için hizmete geçmiş gibi ödemeler yapılmaktadır.
- Şehir hastanesinin sözleşme dâhilinde belirtilen tıbbi cihazların sayısı, mevcut şehir hastanelerince karşılanmamıştır.
- Şehir hastanelerinin bazı birim ve alt kalem fiyatlandırılmalarının sözleşme içerisindeki tutarlardan farklı ya da hatalı olduğu saptanmıştır.³⁶³

Sayıştay Başkanlığı tarafından oluşturulan raporu incelendiğinde genel itibariyle Türkiye’de gerçekleştirilen şehir hastanelerinin sadece sözleşmelerinin kusurlu olduğu değil aynı zamanda da uygulama açısından da kusurlarının olduğu görülmektedir. Bu bağlamda Türkiye’de KÖO sözleşmelerinin doğası gereği olan açıklık, şeffaflık ve hesap verilebilirlik ilkeleri açısından tutarsız olduğu görülmektedir. Yine aynı şekilde sözleşme içeriklerinin, sözleşme taahhütnamelerinin doğru şekilde hazırlanmadığı ve aynı zamanda denetlenemediği de görülmektedir. Yerine getirilemeyen taahhütnameler için de herhangi bir yaptırım olmaması sözleşmelerin ağır kusurlu olduğunu göstermektedir.

Rapor doğrultusunda varılan sonuç Türkiye’de sağlık hizmetleri içerisinde şehir hastanesine yöneltilen eleştirileri doğrular niteliktedir. Sayıştay Başkanlığının raporu dışında şehir hastanelerinin diğer eleştirildiği konuları incelemek adına bir sonraki konuda yeni bir analiz yapılacaktır.

3.3. Türkiye’de Şehir Hastaneleri Araştırması

Devletler, temel vazifesi olan kamu hizmetlerini yerine getirmek ve toplumsal faydayı en üst seviyeye çıkarmakla yükümlüdürler. Fakat devletlerin karşısına toplumsal faydayı en üst seviyeye çıkarma konusunda bütçe kısıtı ortaya çıkmaktadır. Devletler bütçe kısıtı altında toplumsal faydayı en üst seviyeye çekmek için etkin ve verimli kararlar vermek zorundadırlar.

Parlamente sistemi içerisinde bütçe kullanma hakkı hükümetlere aittir. Bu bağlamda da bütçe kısıtı altında hükümetlerin devletin hem kısa hem de uzun dönemde ödemeler dengesini düşünerek hareket etmesi gerekmektedir. Aksi halde kısa dönem içerisinde toplumsal faydada artış sağlayan bir uygulama, uzun vadede devletin ödemeler dengesi açısından sorunlara neden olabilmektedir. Bu bağlamda alınan kararlar devletin ödemeler dengesi açısından büyük önem arz etmektedir.

Bu bilgiler doğrultusunda çalışmanın bu kısmından itibaren araştırmanın amacı, önemi ve yöntemi üzerinde durulacaktır. Ek olarak şehir hastaneleri üzerinde yapılmış olan maliyet

³⁶³ Sayıştay, 2018: 2-25.

alışmaları hakkında literatür araştırması sonucunda elde edilen verilerden örnekler paylaşılacaktır. Ayrıca Türkiye’de faaliyete geçmiş şehir hastanelerinin fayda maliyet analizi sonuçları incelenecektir.

3.3.1. Araştırmanın Amacı

Türkiye’de sağlık piyasası içerisinde 2017 yılı itibariyle şehir hastaneleri hizmet sunumuna başlamıştır. Hizmet sunumuna başlayan hastanelerin daha önceki bölümlerde anlatıldığı üzere uzun dönemli sözleşmeleri bulunmaktadır. 2021 yılına kadar faaliyete geçecek olan şehir hastanelerinin eklenmesiyle de sayı daha da artacaktır.

Bu çalışmanın amacı Türkiye’de faaliyette olan şehir hastanelerinin mali açıdan etkin ve verimli olup olmadığını araştırmaktır. Yapılan literatür araştırması sonucunda şehir hastanelerinin geniş kapsamlı bir maliyet analizine rastlanmamıştır. Ancak şehir hastanelerinin sadece faydalarına ve sadece maliyetlerine dönük çalışmalara rastlanılmıştır. Buna ilaveten çalışmanın şehir hastanelerine dönük kapatılan hastanelerin fiziki maliyeti, şehir hastanesine tahsis edilen arazinin fiziki maliyeti, bu iki maliyetten hareketle toplam fiziki maliyeti, ulaşım maliyeti ve hastanelerin faaliyet raporları neticesinde şehir ekonomisi üzerinde oluşturduğu maliyet hesaplanacaktır. Bu doğrultuda maliye disiplini adına olan literatürdeki bu boşluk kapatılmaya çalışılacaktır.

3.3.2. Araştırmanın Önemi

Bu çalışma Türkiye’de 2020 yılı itibariyle hizmete sunulmuş olan 10 tane şehir hastanesi bulunmaktadır. Projeyi yüklenici firmaları, yıllık kira bedeli karşılığında hastaneleri işletme hakkına sahiptir. Uzun dönemli sözleşmelere sahip olan bu hastanelerin tamamının faaliyette olması Türkiye’nin ödemeler dengesi açısından oldukça büyük bir öneme sahiptir. Çalışma şehir hastanelerinin maliyet analizi yaparak, kazanımlarının kıyaslanması neticesinde Türkiye’de şehir hastanelerinin hizmet sunumu içerisinde olma kararının etkin ve verimli bir karar olup olmadığını sorgulamak açısından büyük bir öneme sahiptir.

3.3.3. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışmada şehir hastanelerinin fayda maliyet analizini yapabilmek için şehir hastanelerinin toplam fiziki maliyetine, ulaşım maliyetine ve şehir ekonomisi üzerindeki maliyetline başvurulmaktadır.

Toplam fiziki maliyet içerisinde hastanelere ait yıllık kira bedelleri, hizmet bedelleri, şehir hastanesinin inşaatı için tahsis edilen arazinin değeri ve şehir hastanesinin açılması ile birlikte kapatılan devlet hastanelerinin arazi değerleri toplanarak ulaşılabacaktır.

Şehir hastanesinin ve kapatılan devlet hastanelerinin arazi değerleri için tapu ve kadastro bilgilerinden yararlanılmaktadır. Tapu ve kadastro bilgileri doğrultusunda hastanenin yeri belirlenmekte ve harita ölçeklendirme programı ile arazinin kaç m² olduğu hesaplanmaktadır. Arazinin bulunduğu konumun 1 m² fiyatı ise emlak endeksi üzerinden hesaplanmaktadır. Emlak endeksi için kullanılan uygulamalar GİB arsa ve arazi değer m² birim değerleri, sahibinden.com., hürriyet emlak, emlak.net 'tir. Arazinin değeri, hesaplanan m² ile arazinin bulunduğu konumun 1 m² fiyatı ile çarpılarak hesaplanmaktadır.

Ulaşım maliyetleri ise belirtilen noktaların şehir hastanelerine olan uzaklığının para ve zaman cinsinden değerini göstermektedir. Bu verilerde ulaşım aracı olarak otobüs ve taksi ile ulaşım yöntemi seçilmiştir. Otobüs maliyetlerini hesaplamak için belediyelerin otobüs güzergâhları ve ücretleri esas alınarak Google Maps üzerinden çözümleme yapılmıştır. Taksi ücretleri için illerde bulunan şoförler odası fiyat tarifeleri esas alınarak Google Maps verileri üzerinden hesaplamalar yapılmıştır.

Yukarıda bahsedilen araştırma yöntemleri 2020 yılı itibariyle Türkiye’de hizmete açılmış 10 adet şehir hastanesi üzerinde uygulanacaktır. Faaliyette olan hastaneler ve hastane yatak sayıları kuruluş yılları Tablo 3.1.’de verilmiştir. Tablo 3.1.’de görüleceği üzere şehir hastaneleri 2017 yılı itibariyle faaliyete geçmiştir.

Tablo 3. 1. Türkiye’de Faaliyete Geçmiş Şehir Hastaneleri

	Kuruluş Yılı	Şehir Hastanesi	Yatak Sayısı
1	2017	Adana Şehir Hastanesi	1550
2	2017	Mersin Şehir Hastanesi	1300
3	2017	Isparta Şehir Hastanesi	755
4	2017	Yozgat Şehir Hastanesi	475
5	2018	Kayseri Entegre Şehir Hastanesi	1607
6	2018	Manisa Şehir Hastanesi	558
7	2018	Elazığ Şehir Hastanesi	1038
8	2018	Eskişehir Şehir Hastanesi	1081
9	2018	Bursa Şehir Hastanesi	1355
10	2019	Ankara Şehir Hastanesi	3704

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü verileri doğrultusunda tarafımızca düzenlenmiştir.

Türkiye’de şehir hastanelerinin maliyetleri kamu kesimi tarafından paylaşılmamaktadır. Bu nedenle Bursa Şehir Hastanesinin yıllık yatırım tutarına erişilememiştir. Bunun yanı sıra bazı hastanelerin 2018 ve 2019 sonrası faaliyete geçmesi nedeniyle hizmet bedelleri paylaşılmamıştır. Bunların dışındaki tüm veriler araştırma yöntemine uygun şekilde hesaplanmıştır.

3.3.4. Verilerin Analizi

Araştırmanın kendine has bir araştırma yöntemi olduğu için literatür içerisinde benzer bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle de araştırma literatüre uygun değil literatür açısından öncü niteliğini taşımaktadır.

Araştırma neticesinde elde edilen veriler fayda maliyet analizine göre değerlendirilmektedir. Fayda maliyet analizi kamu ile özel sektör yapacağı yatırım projelerinin ekonomik açıdan değerlendirildiği bir analiz tekniğidir.³⁶⁴ Teknik içerisinde yapılan yatırımın kamu hedeflerine uygunluğu ve yatırımın alternatifleri göz önünde bulundurularak yatırımın sağlayacağı faydaları tanımlar.³⁶⁵

Maliyet analizi içerisinde gölge fiyatlandırma ile maliyetler fiyatlandırılacaktır. Böylelikle de hastanelerin gerçek maliyetleri hesaplanacaktır. Ortaya çıkan gerçek maliyetlerle de ihale usulü ile gerçekleştirilmiş olan Erzurum Devlet Hastanesi ihale bedeli mukayese edilecektir. Her hastane bu bağlamda kendi özelinde değerlendirilecektir.

³⁶⁴ Ergen, 2008: 115.

³⁶⁵ Battiato, 1993: 7.

3.3.5. Şehir Hastaneleri Üzerine Yapılmış Çalışmalar

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü tarafından yapılan araştırma neticesinde şehir hastanelerinin gelir ve gider dengesinin genel bütçe tarafından desteklenmediği takdirde sağlanamayacağı bulgusuna varılmıştır. Uzun vadede yüklenici firmanın finansal sürdürülebilirliği sağlayamadığı takdirde hastalardan fark ücreti alabileceği sonucuna varılmıştır.³⁶⁶

Türk Tabipler Birliğinin yaptığı çalışmada ise Şehir hastanelerinin sağlık sunumu içerisinde yer almasının hizmetin içerisine kâr maksadının girdiğini göstermektedir. Bu nedenle de şehir hastanelerinin tam verimli çalışmadığını devlet bütçesine büyük bir yük olduğu sonucuna varmıştır. Çalışma içerisinde en büyük eleştirinin ise şehir hastanelerinin maliyetlerinin açıklanmaması olduğu görülmektedir.³⁶⁷

Konu hakkındaki bir başka çalışma ise bir muhalefet partisinin Türkiye’de gerçekleştirilen şehir hastaneleri hakkında düzenlediği rapordur. Bu rapor doğrultusunda da şehir hastanelerinin kısa vadede belirli bir bilanço içerisinde sağlık hizmetleri içerisinde kaliteyi arttırmayı hedeflediği sonucuna varılmıştır. Fakat şehir hastanelerinin yüksek maliyete sahip olması ve sürecin şeffaf bir şekilde yürütülememesi nedeniyle kusurlu bulunmaktadır. Hastanelerin yüksek maliyetlerle yapılması yüklenici firmanın maliyetlerini çıkarıp kâr etme arzusunu tetikleyeceğini böylelikle de şehir hastanelerinin bir ticaret merkezi haline dönüşeceğini öne sürmüştür.

Konu hakkındaki diğer bir çalışma ise Sabri Öncü tarafından yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün varlığı neticesinde piyasa aksaklıklarına neden olacağını bu nedenle de kamu kesiminin içerisinde olacağı bu modelin özellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda verimsizleşeceğini öne sürmektedir. Ayrıca şehir hastanelerinin uzun vadede büyük bir mali yüke neden olacağı sonucuna varmıştır. Bu bakımdan şehir hastanelerinin toplum açısından hem verimsiz bir hizmetin hem de verimsiz bir yatırıma dönüştüğünü öne sürmektedir.³⁶⁸

Gökkaya, Eroymak ve İzgüden ’in yaptığı çalışmada şehir hastanelerinin sözleşmelerinde boşlukların bulunduğu ve hastanelerin genel itibarıyla ulaşım sorununu içerisinde barındırdığı sonucuna varılmıştır. Bunun yanı sıra uzun süreli kira sözleşmeleri ile uzun vadede kronik bütçe açıklarına neden olacağını belirtmiştir. Açılan şehir hastaneleri ile birlikte kapanan devlet hastanelerine ne olacağının muamma olmasının da sorun teşkil ettiği

³⁶⁶ Sağlık Sen Araştırma Merkezi, 2018: 90.

³⁶⁷ http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=6215639c-0461-11ea-9041-8f759fbedb0f (erişim tarihi: 15.12.2019).

³⁶⁸ Öncü, 2017:63.

sonucuna varmıştır. Ayrıca şehir hastanesinin tüm hastaneleri barındırmasının birden fazla alanda tedavi görecektir hastalar için kolaylık oluşturduğunu, binaların yenilenmesi neticesinde de hastanelerin modern bir hale geldiği sonucuna varmıştır.³⁶⁹

3.3.6. Şehir Hastanelerinin İncelenmesi

Çalışmanın bundan sonraki kısmında veriler incelenecektir. Bu bağlamda ise şehir hastaneleri kendi özelinde araştırma yönteminde belirtildiği üzere değerlendirilmeye tabi tutulacaktır.

3.3.6.1. Adana Şehir Hastanesi

2017 yıl eylül ayında faaliyete geçen Adana şehir hastanesi Adana'nın Yüreğir ilçesine inşa edilmiştir. Hastanenin yatak kapasitesi 1550'dir. Adana şehir hastanesi hizmet sunumuna başlamasıyla birlikte Adana'nın Seyhan ilçesinde bulunan Adana Numune Devlet Hastanesi kapatılmıştır.

Adana Şehir Hastanesinin bünyesinde 184 yataklı onkoloji hastanesi, 187 yataklı kardiyoloji hastanesi, 582 yataklı genel hastane, 347 yataklı doğum ve çocuk hastanesi, 100 yataklı adli psikiyatri hastanesi ve 150 yataklı fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) hastanesi olmak üzere toplamda 6 hastaneden oluşmaktadır.³⁷⁰

Fotoğraf 3.2.'te görüleceği üzere Adana şehir hastanesi modern mimari yapısı ile hizmet sunmaktadır. Hastane içerisinde 1.512 adet sismik izolatörün bulunduğu hastanede bina güvenliği için bütün önlemler alınmıştır.



Fotoğraf 3. 2. Adana Şehir Hastanesi

Kaynak: Sağlık Bakanlığı.

³⁶⁹ Gökaya vd., 2018: 2242.

³⁷⁰ <https://ronesans.com/en/proje/adana-city-hospital/> (erişim tarihi: 15.12.2019).

Tablo 3. 2. Adana Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri

Yüklenici Firma / Firmalar	Sıla Danışmanlık Bilişim Eğitim İnşaat Taahhüt Ticaret ve Sağlık Hizmetleri Limited Şirketi - Şentürkler Mühendislik Müteahhitlik İnşaat Taahhüt Turizm Sanayi ve Ticaret A.Ş. - Rönesans Holding A.Ş. - Rönesans Medikal Yatırımları A.Ş. - Şam Yapı Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti ve IFC
Sabit Yatırım Tutarı	-
Yıllık Kira	114.799.996,80 TL
Yıllık Hizmet Bedeli	94.483.339,11 TL
Toplam Yıllık Kira Miktarı	209.283.335,91 TL
25 Yılın Sonunda Ödenecek Kira Miktarı	5.232.083.397,75 TL
Şehir Hastanesinin Kurulduğu Arazinin m² Değeri	2.016 TL
Şehir Hastanesinin Üzerine Kurulduğu Alan m²	318.500
Şehir Hastanesi Arazi Değeri	642.096.000 TL
Kapatılan Hastane Arazi m² Değeri	1.661 TL
Kapatılan Hastanenin Alanı m²	26.000 m ²
Kapatılan Hastanenin Arazi Değeri	43.186.000 TL
Toplam Fiziki Maliyet	5.917.365.378,75 TL

Kaynak: Şehir Hastaneleri İzleme Grubu ve Tapu Kadastro Müdürlüğü verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

Tablo 3.2.'de görüleceği üzere Adana şehir hastanesi tek bir firma tarafından değil, birden fazla firma tarafından gerçekleşen konsorsiyum ile meydana gelmiştir. Şehir hastanesinin arazisi 318.500 m²'lik bir alan üzerine kurulmuştur. Şehir hastanesinin kurulduğu bölge için yapılan fiyat araştırması neticesinde elde edilen m² fiyatı ile toplam alan çarpılarak arazinin değeri bulunmuştur. Benzer şekilde kapatılan Adana Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinin arazi bedeli hesaplanmıştır. Ayrıca Şehir Hastaneleri İzleme Grubu (ŞHİG)'nin verileri ile toplam kira bedeli hesaplanmıştır. Tüm maliyet kalemlerinin toplamı

sonucunda şehir hastanesinin toplam fiziki maliyeti 5.917.365.378,75 TL olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3. 3. Adana Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri

Yer	Mesafe (Km)	Otobüs	Taksi
Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	5.3	2.80 (1) 15 dk	18.9 TL (9 dk)
Adana Otogar	11.3	2.80 (1) 25 dk	36.3 TL (15 dk)
Adana Havalimanı	9.4	2.80 (1) 20 dk	31.2 TL (14 dk)
Adana Merkez	6.1	2.80 (1) 13 dk	21.3 TL (11 dk)

Kaynak: Google Haritalar, Adana Şoförler Odası ve Adana Büyükşehir Belediyesi verileri doğrultusunda tarafımızca hazırlanmıştır.

Tablo 3.3.'ten Adana Şehir Hastanesine ulaşım maliyetleri araç cinslerine göre verilmiştir. Kapatılan devlet hastanesinin yakınlarında olan bir birey şehir devlet hastanesine gidebilmek için 18.9 TL lik taksi ücreti ödenmektedir. Ortalama olarak 9 dakika uzaklıkta bulunmaktadır. Acil müdahale gerektiren hastalar için saniyeler bile oldukça önemlidir.³⁷¹ Acil sağlık tedavisi göz önünde bulundurulacak olursa eğer oldukça uzun bir süre hastanın beklemesi gerekmektedir.

Tablo 3.3.'te seçilen tüm değerler kapatılan devlet hastanesine oranla daha uzak bir noktada yapılan şehir hastanesi yapıldığını göstermektedir. Şehir hastanesi bu bilgi doğrultusunda şehir merkezinden daha uzak bir noktaya inşa edilmiştir Şehir hastanesinin haritada yeri ise Fotoğraf 3.3.'te verilmektedir. Fotoğraf 3.3.'te işaretlenmiş olan şehir hastanesi görüleceği üzere proje için seçilen yerin hastaneye ulaşımı açısından etkin bir nokta değildir.

³⁷¹ <http://www.ilkyardim.org.tr/> (erişim tarihi: 15.12.2019).



Fotoğraf 3. 3. Adana Şehir Hastanesi Konumu

Kaynak: Google Haritalar aracılığıyla tarafımızca hazırlanmıştır.

Hizmete erişim açısından etkinsiz olan şehir hastanesi ulaşım açısından da bir maliyet unsuru haline gelmektedir. Seçilen konum itibarıyla bakıldığında etrafında yapılanmanın olmaması bireylerin ilaç erişimi açısından da olumsuz etkilemektedir. Kapatılan merkezi konumdaki devlet hastanesinin çevresindeki esnaflar ise hizmetin taşınmasından dolayı olumsuz etkilenmektedir.

Adana Şehir Hastanesi 1500 yataklı bir hastanedir. Fotoğraf 3.2.'te toplam fiziki maliyetini 5.917.365.378,75 TL olarak hesaplamıştık. Devlete uzun dönemde olan bu maliyeti ihale usulü ile gerçekleştirilmiş olan Erzurum devlet hastanesi ile mukayese edilebilir. Erzurum devlet hastanesi 1.200 yatak kapasitesine sahip bir devlet hastanesidir. Toplam ihale bedeli ise 213.000.000 TL'dir³⁷². İhale sonrasında tesis doğrudan kamu kesimine devredilmektedir. Bu bağlamda karşılaştırma yapılacak olursak şehir hastanesinin 25 yıllık maliyeti ile 27 tane Erzurum devlet hastanesi yapılabilir.

Genel itibarıyla incelendiğinde ise Adana Şehir Hastanesi maliyeti uzun dönemde bütçe için yük oluşturacaktır. Görünen bu maliyetlerinin dışında ulaşım da toplum için daha maliyetli hale gelmiştir. Bunun dışında devlet hastanesinin kapatılması çevre esnafın zarar görmesine neden olmuştur. Yapılan şehir hastanesinin çevresinde ticari bir yapılanma

³⁷² http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=6215639c-0461-11ea-9041-8f759fbedb0f (erişim tarihi: 15.12.2019).

olmaması ise şehir ekonomisi içerisinde yaşanan kaybın telafi edilememesine neden olmaktadır.

3.3.6.2.Mersin Şehir Hastanesi

2017 yıl eylül ayında faaliyete geçen Mersin Şehir Hastanesi Mersin'in Toroslar ilçesinde inşa edilmiştir. Hastanenin yatak kapasitesi 1300'dür. Mersin Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başlamasıyla birlikte Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Kadın, Doğum ve Çocuk Hastanesi kapatılmıştır.

Mersin Şehir Hastanesinin bünyesinde 544 kişilik tek kişilik oda bulunmakta, 252 kişilik çift kişilik oda bulunmakta, 214 kişilik yoğun bakım yatağı bulunmaktadır. Psikiyatri, genel hastane, onkoloji, KVC ve kadın, doğum ve çocuk hastaneleri olmak üzere 5 hastaneden oluşmaktadır.³⁷³

Fotoğraf 3.4.'te görüleceği üzere Mersin Şehir Hastanesi modern mimari yapısı ile hizmet sunmaktadır. Hastane içerisinde 1.214 adet sismik izolatörün bulunduğu hastanede bina güvenliği için bütün önlemler alınmıştır.³⁷⁴



Fotoğraf 3. 4. Mersin Şehir Hastanesi

Kaynak: Sağlık Bakanlığı.

³⁷³ <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33129/mersin-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 16.12.2019).

³⁷⁴ A.g.e.

Tablo 3. 4. Mersin Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri

Yüklenici Firma / Firmalar	CCN Yatırım Holding
Sabit Yatırım Tutarı	-
Yıllık Kira	140.980.000 TL
Yıllık Hizmet Bedeli	-
Toplam Yıllık Kira Miktarı	140.980.000 TL
25 Yılın Sonunda Ödenecek Kira Miktarı	3.524.500.000 TL
Şehir Hastanesinin Kurulduğu Arazinin m² Değeri	1.716 TL
Şehir Hastanesinin Üzerine Kurulduğu Alan m²	347.813
Şehir Hastanesi Arazi Değeri	596.847.108 TL
Kapatılan Devlet Hastanesi Arazi m² Değeri	1,355 TL
Kapatılan Devlet Hastanesinin Alanı m²	6090 m ²
Kapatılan KDC Hastanesinin Arazi m² Değeri	4100 m ²
Kapatılan KDC Hastanesinin Alanı m²	1.139 TL
Kapatılan Hastanelerin Toplam Arazi Değeri	12.921.850 TL
Toplam Fiziki Maliyet	4.134.268.958 TL

Kaynak: Şehir Hastaneleri İzleme Grubu ve Tapu Kadastro Müdürlüğü verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

Tablo 3.4.'te görüleceği üzere Mersin Şehir Hastanesi tek bir firma tarafından üstlenilerek meydana gelmiştir. Şehir hastanesinin arazisi 347.813 m²'lik bir alan üzerine kurulmuştur. Şehir hastanesinin kurulduğu bölge için yapılan fiyat araştırması neticesinde elde edilen m² fiyatı ile toplam alan çarpılarak arazinin değeri bulunmuştur. Benzer şekilde kapatılan Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Kadın, Doğum ve Çocuk hastanelerinin arazi bedeli de hesaplanmıştır. Ayrıca Şehir Hastaneleri İzleme Grubu (ŞHİG)'nin verileri ile toplam kira bedeli hesaplanmıştır. Tüm maliyet kalemlerinin toplamı sonucunda şehir hastanesinin toplam fiziki maliyeti 4.134.268.958 TL olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3. 5. Mersin Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri

Yer	Mesafe (Km)	Otobüs		Taksi
Mersin Devlet Hastanesi	7.7	4.50 (2)	35 dk	26.1 TL (15 dk)
Mersin Kadın, Doğum ve Çocuk Hastanesi	6.8	4.50 (2)	35 dk	23,4 TL (13 dk)
Mersin Otogar	6.4	4.50 (2)	30 dk	22.2 TL (14 dk)
Mersin Havalimanı	10.4	4.50 (2)	60 dk	34.2 TL (20 dk)
Mersin Merkez	8.2	6.75 (3)	40 dk	27.6 TL (16 dk)

Kaynak: Google Haritalar, Mersin Şoförler Odası ve Mersin Büyükşehir Belediyesi verileri doğrultusunda tarafımızca hazırlanmıştır.

Tablo 3.5.'de Mersin Şehir Hastanesine ulaşım maliyetleri araç cinslerine göre verilmiştir. Kapatılan devlet hastanesinin yakınlarında olan bir birey şehir devlet hastanesine gidebilmek için 26.4 TL'lik taksit ücreti ödenmektedir. Ortalama olarak 15 dakika uzaklıkta bulunmaktadır. KDC hastanesi yakınlarında olan bir birey ise 23,4 TL'lik bir taksit ücreti ödeyerek ortalama 13 dakikalık bir bekleme süresi neticesinde hastaneye ulaşabilmektedir. Acil sağlık tedavisi göz önünde bulundurulacak olursa eğer, oldukça uzun bir süre hastanın beklemesi gerekmektedir.

Tablo 3.5.'te seçilen tüm değerler kapatılan devlet hastanelerine oranla daha uzak bir noktada yapılan şehir hastanesinin yapıldığını göstermektedir. Şehir hastanesi bu bilgi doğrultusunda şehir merkezinden daha uzak bir noktaya inşa edilmiştir Şehir hastanesinin haritada yeri ise Fotoğraf 3.5.'te verilmektedir. Fotoğraf 3.5.'te işaretlenmiş olan şehir hastanesi görüleceği üzere proje için seçilen yer itibariyle açısından etkin bir nokta değildir.



Fotoğraf 3. 5. Mersin Şehir Hastanesi Konumu

Kaynak: Google haritalar üzerinden tarafımızca hazırlanmıştır.

Hizmete erişim açısından etkinsiz olan şehir hastanesi ulaşım açısından da bir maliyet unsuru haline gelmektedir. Seçilen konum itibariyle bakıldığında etrafında yapılanmanın olmaması bireylerin ilaç erişimi açısından da olumsuz etkilemektedir. Kapatılan merkezi konumdaki devlet hastanesinin çevresindeki esnaflar ise hizmetin taşınmasından dolayı olumsuz etkilenmektedir.

Mersin şehir hastanesi 1300 yataklı bir hastanedir. Tablo 3.4.'te toplam fiziki maliyetini 4.134.268.958 TL olarak hesaplamıştık. Devlete uzun dönemde olan bu maliyeti

ihale usulü ile gerçekleştirilmiş olan Erzurum devlet hastanesi ile mukayese edilebilir. Erzurum devlet hastanesi 1.200 yatak kapasitesine sahip bir devlet hastanesidir. Toplam ihale bedeli ise 213.000.000 TL'dir³⁷⁵. İhale sonrasında tesis doğrudan kamu kesimine devredilmektedir. Bu bağlamda karşılaştırma yapılacak olursak şehir hastanesinin 25 yıllık maliyeti ile 19 tane Erzurum devlet hastanesi yapılabilir.

Genel itibariyle incelendiğinde ise Mersin Şehir Hastanesi maliyeti uzun dönemde bütçe için yük oluşturacaktır. Görünen bu maliyetlerinin dışında ulaşım da toplum için daha maliyetli hale gelmiştir. Bunun dışında devlet hastanelerinin kapatılması çevre esnafın zarar görmesine neden olmuştur. Yapılan şehir hastanesinin çevresinde ticari bir yapılanma olmaması ise şehir ekonomisi içerisinde yaşanan kaybın telafi edilememesine neden olmaktadır.

3.3.6.3.İsparta Şehir Hastanesi

2017 yıl eylül ayında faaliyete geçen Isparta Şehir Hastanesi Isparta'nın Merkez ilçesinde inşa edilmiştir. Hastanenin yatak kapasitesi 755'dir. Isparta Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başlamasıyla birlikte 350 yataklı Isparta Devlet Hastanesi kapatılmıştır.

Isparta Şehir Hastanesinin bünyesinde 310 kişilik tek kişilik oda bulunmakta, 150 kişilik çift kişilik oda bulunmakta, 131 kişilik yoğun bakım yatağı, 167 poliklinik, 20 ameliyathane bulunmaktadır.³⁷⁶

Fotoğraf 3.6.'da görüleceği üzere Mersin Şehir Hastanesi modern mimari yapısı ile hizmet sunmaktadır. Hastane içerisinde sismik izolatör ilk defa Isparta Şehir Hastanesinde kullanılmıştır.

³⁷⁵ http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=6215639c-0461-11ea-9041-8f759fbedb0f (erişim tarihi: 15.12.2019).

³⁷⁶ <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33978/isparta-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 15.12.2019).



Fotoğraf 3. 6. Isparta Şehir Hastanesi

Kaynak: Sağlık Bakanlığı.

Tablo 3. 6. Isparta Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri

Yüklenici Firma / Firmalar	AKFEN İnşaat
Sabit Yatırım Tutarı	-
Yıllık Kira	52.250.000 TL
Yıllık Hizmet Bedeli	-
Toplam Yıllık Kira Miktarı	52.250.000 TL
25 Yılın Sonunda Ödenecek Kira Miktarı	1.306.250.000 TL
Şehir Hastanesinin Kurulduğu Arazinin m² Değeri	2.258 TL
Şehir Hastanesinin Üzerine Kurulduğu Alan m²	222.571
Şehir Hastanesi Arazi Değeri	502.565.318 TL
Kapatılan Devlet Hastanesi Arazi m² Değeri	2.500 TL
Kapatılan Devlet Hastanesinin Alanı m²	62.500 m2
Kapatılan Hastanelerin Toplam Arazi Değeri	156.256.000 TL
Toplam Fiziki Maliyet	1.965.071.318 TL

Kaynak: Şehir Hastaneleri İzleme Grubu ve Tapu Kadastro Müdürlüğü verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

Tablo 3.6.'de görüleceği üzere Isparta Şehir Hastanesi tek bir firma tarafından üstlenilerek meydana gelmiştir. Şehir hastanesinin arazisi 222.571 m²'lik bir alan üzerine kurulmuştur. Şehir hastanesinin kurulduğu bölge için yapılan fiyat araştırması neticesinde elde edilen m² fiyatı ile toplam alan çarpılarak arazinin değeri bulunmuştur. Benzer şekilde kapatılan Isparta Devlet Hastanesinin arazi bedeli de hesaplanmıştır. Ayrıca Şehir Hastaneleri İzleme Grubu (ŞHİG)'nin verileri ile toplam kira bedeli hesaplanmıştır. Tüm maliyet

kalemlerinin toplamı sonucunda şehir hastanesinin toplam fiziki maliyeti 1.965.071.318 TL olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3. 7. Isparta Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri

Yer	Mesafe (Km)	Otobüs	Taksi
Isparta Devlet Hastanesi	2.7	2.50 (1) 10 dk	11.1 TL (5 dk)
Isparta Otogar	2.3	2.50 (1) 10 dk	9.9 TL (5 dk)
Isparta Havalimanı	29.1	5.00 (2) 40 dk	90,3 TL(25 dk)
Isparta Merkez	2	2.50 (1) 10 dk	9 TL (5 dk)

Kaynak: Google Haritalar, Isparta Şoförler Odası ve Isparta Belediyesi verileri doğrultusunda tarafımızca hazırlanmıştır.

Tablo 3.7.'de Isparta Şehir Hastanesine ulaşım maliyetleri araç cinslerine göre verilmiştir. Kapatılan devlet hastanesinin yakınlarında olan bir birey şehir hastanesine gidebilmek için 11.1 TL'lik taksi ücreti ödenmektedir. Ortalama olarak 5 dakika uzaklıkta bulunmaktadır. Fakat genel itibariyle kapatılan devlet hastanesine yakın ve merkezi bir konumdadır. Buradan hareketle Isparta'da şehir hastanesi ulaşım konumu olarak etkin bir noktadadır. Bu bağlamda şehir hastanesinin yer seçimi etkin ve verimlidir.



Fotoğraf 3. 7. Isparta Şehir Hastanesi Konumu

Kaynak: Google Haritalar aracılığıyla tarafımızca düzenlenmiştir.

Fotoğraf 3.7.'te işaretlenmiş olan Isparta Şehir hastanesi hizmete erişim açısından doğru bir seçim noktasıdır. Seçilen konum itibariyle bakıldığında etrafında yapılanmaların olması bireylerin ilaç erişimi açısından da olumsuz etkilememesini sağlamaktadır. Kapatılan merkezi konumdaki devlet hastanesinin çevresindeki esnaflar ise hizmetin taşınmasından

dolayı olumsuz etkilenmektedir. Fakat şehir hastanesinin etrafında olan yapıların ticari faaliyetleri artacağı için şehir ekonomisinde değişiklik olmayacaktır.

Isparta Şehir Hastanesi 755 yataklı bir hastanedir. Tablo 3.6.'de toplam fiziki maliyetini 1.965.071.318 TL olarak hesaplamıştık. Devlete uzun dönemde olan bu maliyeti ihale usulü ile gerçekleştirilmiş olan Erzurum devlet hastanesi ile mukayese edilebilir. Erzurum devlet hastanesi 1.200 yatak kapasitesine sahip bir devlet hastanesidir. Toplam ihale bedeli ise 213.000.000 TL'dir³⁷⁷. İhale sonrasında tesis doğrudan kamu kesimine devredilmektedir. Bu bağlamda karşılaştırma yapılacak olursak şehir hastanesinin 25 yıllık maliyeti ile 9 tane Erzurum devlet hastanesi yapılabilmektedir.

Genel itibarıyla incelendiğinde ise Isparta Şehir Hastanesi maliyeti uzun dönemde bütçe için yük oluşturacaktır. Bunun dışında devlet hastanelerinin kapatılması çevre esnafın zarar görmesine neden olmuştur. Fakat şehir hastanesinin merkeze yakın olması bu zararı ikame etmiştir.

3.3.6.4.Yozgat Şehir Hastanesi

2017 yıl eylül ayında faaliyete geçen Yozgat Şehir Hastanesi Yozgat'ın Toroslar ilçesinde inşa edilmiştir. Hastanenin yatak kapasitesi 475'dir. Yozgat Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başlamasıyla birlikte Yozgat Devlet Hastanesi kapatılmıştır.³⁷⁸

Yozgat Şehir Hastanesinin bünyesinde 475 kişilik yatak bulunmakta, 264 hasta odası bulunmakta, 83 yoğun bakım yatağı bulunmaktadır. Türkiye'de tek çevreye duyarlı yapı sertifikasına³⁷⁹ sahip hastanesidir.³⁸⁰

Fotoğraf 3.8.'de görüleceği üzere Yozgat Şehir Hastanesi modern mimari yapısı ile hizmet sunmaktadır. Bina içerisinde sismik izolatörün bulunduğu hastanede bina güvenliği için bütün önlemler alınmıştır.

³⁷⁷ http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=6215639c-0461-11ea-9041-8f759fbdb0f (erişim tarihi: 15.12.2019).

³⁷⁸ <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33130/yozyat-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 15.12.2019).

³⁷⁹ LEED Gold Sertifikası

³⁸⁰ <http://www.ronesansisletmehizmetleri.com/tr/35715/Yozyat-Sehir-Hastanesi> (erişim tarihi: 15.12.2019).



Fotoğraf 3. 8. Yozgat Şehir Hastanesi
Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Tablo 3. 8. Yozgat Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri

Yüklenici Firma / Firmalar	Şam Yapı Sanayii Ticaret Ltd. Şti. -Sıla Danışmanlık Bilişim Eğitim İnşaat Taahhüt Turizm Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Rönesans Holding A.Ş.- Şentürkler Mühendislik İnşaat Taahhüt Turizm ve Ticaret A.Ş -Rönesans Medikal Yatırımları A.Ş.
Sabit Yatırım Tutarı	-
Yıllık Kira	32.828.580 TL
Yıllık Hizmet Bedeli	-
Toplam Yıllık Kira Miktarı	32.828.580 TL
25 Yılın Sonunda Ödenecek Kira Miktarı	820.714.500 TL
Şehir Hastanesinin Kurulduğu Arazinin m² Değeri	1.566 TL
Şehir Hastanesinin Üzerine Kurulduğu Alan m²	142.000
Şehir Hastanesi Arazi Değeri	222.372.000 TL
Kapatılan Devlet Hastanesi Arazi m² Değeri	1.450 TL
Kapatılan Devlet Hastanesinin Alanı m²	6252
Kapatılan Hastanelerin Toplam Arazi Değeri	9.065.400 TL
Toplam Fiziki Maliyet	1.052.151.900 TL

Kaynak: Şehir Hastaneleri İzleme Grubu ve Tapu Kadastro Müdürlüğü verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

Tablo 3.8.'da görüleceği üzere Yozgat Şehir Hastanesi tek bir firma tarafından üstlenilerek değil birden fazla firmanın konsorsiyum oluşturması ile meydana gelmiştir. Şehir hastanesi arazisi 142.000 m²'lik bir alan üzerine kurulmuştur. Şehir hastanesinin kurulduğu bölge için yapılan fiyat araştırması neticesinde elde edilen m² fiyatı ile toplam alan çarpılarak arazinin değeri bulunmuştur. Benzer şekilde kapatılan Yozgat Devlet Hastanesinin arazi bedeli de hesaplanmıştır. Ayrıca Şehir Hastaneleri İzleme Grubu (ŞHİG)'nin verileri ile toplam kira bedeli hesaplanmıştır. Tüm maliyet kalemlerinin toplamı sonucunda şehir hastanesinin toplam fiziki maliyeti 1.052.151.900 TL olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3. 9. Yozgat Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri

Yer	Mesafe (Km)	Otobüs	Taksi
Yozgat Devlet Hastanesi	5.7	2.50 (1) 17 dk	20.1 TL (10 dk)
Yozgat Otogar	3.8	2.50 (1) 13 dk	14.4 TL (5 dk)
Yozgat Havalimanı	-	-	-
Yozgat Merkez	4.7	2.50 (1) 15 dk	17.1 TL (8 dk)

Kaynak: Google Haritalar, Yozgat Şoförler Odası ve Yozgat Belediyesi verileri doğrultusunda tarafımızca hazırlanmıştır.

Tablo 3.9.'de Yozgat Şehir Hastanesine ulaşım maliyetleri araç cinslerine göre verilmiştir. Kapatılan devlet hastanesinin yakınlarında olan bir birey şehir hastanesine gidebilmek için 20.1 TL'lik taksi ücreti ödenmektedir. Ortalama olarak 10 dakika uzaklıkta bulunmaktadır. Fakat genel itibariyle kapatılan devlet hastanesine yakın ve merkezi bir konumdadır. Buradan hareketle Yozgat'ta şehir hastanesi ulaşım konumu olarak etkin bir noktadadır. Bu bağlamda şehir hastanesinin yer seçimi etkin ve verimlidir.



Fotoğraf 3. 9. Yozgat Şehir Hastanesi Konumu

Kaynak: Google haritalar aracılığıyla tarafımızca hazırlanmıştır.

Fotoğraf 3.9.'de işaretlenmiş olan Isparta Şehir hastanesi hizmete erişim açısından doğru bir seçim noktasıdır. Seçilen konum itibarıyla bakıldığında etrafında yapılanmaların olması bireylerin ilaç erişimi açısından da olumsuz etkilememesini sağlamaktadır. Kapatılan merkezi konumdaki devlet hastanesinin çevresindeki esnaflar ise hizmetin taşınmasından dolayı olumsuz etkilenmektedir. Yozgat şehir hastanesinin etrafında yapılanmanın olmaması ticari faaliyetleri azaltacağı için şehir ekonomisi üzerinde olumsuz etkisi olacaktır.

Yozgat Şehir Hastanesi 475 yataklı bir hastanedir. Tablo 3.8.'da toplam fiziki maliyetini 1.052.151.900 TL olarak hesaplamıştık. Devlete uzun dönemde olan bu maliyeti ihale usulü ile gerçekleştirilmiş olan Erzurum devlet hastanesi ile mukayese edilebilir. Erzurum devlet hastanesi 1.200 yatak kapasitesine sahip bir devlet hastanesidir. Toplam ihale bedeli ise 213.000.000 TL'dir³⁸¹. İhale sonrasında tesis doğrudan kamu kesimine devredilmektedir. Bu bağlamda karşılaştırma yapılacak olursak şehir hastanesinin 25 yıllık maliyeti ile yaklaşık 5 tane Erzurum devlet hastanesi yapılabilir.

Genel itibarıyla incelendiğinde ise Yozgat Şehir Hastanesinin yıllık maliyeti uzun dönemde bütçe için yük oluşturacaktır. Bunun dışında devlet hastanelerinin kapatılması çevre esnafın zarar görmesine neden olmuştur. Şehir hastanesi merkeze yakın olmasına rağmen çevresinde yapılanmanın olmaması şehir ekonomisi içerisinde ortaya çıkan mevcut zarar durumunu değiştirmemiştir.

³⁸¹ http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=6215639c-0461-11ea-9041-8f759fbedb0f (erişim tarihi: 15.12.2019).

3.3.6.5.Kayseri Şehir Hastanesi

2018 yılı mayıs ayında faaliyete geçen Kayseri Şehir Hastanesi Kayseri'nin Kocasinan ilçesinde inşa edilmiştir. Hastanenin yatak kapasitesi 1607'dir. Kayseri Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başlamasıyla birlikte 1489 yataklı Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi kapatılmıştır.

Kayseri Şehir Hastanesinin bünyesinde genel hastane içerisinde 480, kalp ve damar hastalıkları için 412, FTR için 200, KDC için 261, yüksek güvenlikli psikiyatri için 100 adet yatak bulunmaktadır. Tek kişilik oda sayısı 499 iken çift kişilik oda sayısı 259'dur.³⁸²

Fotoğraf 3.10.'da görüleceği üzere Kayseri Şehir Hastanesi modern mimari yapısı ile hizmet sunmaktadır. Kayseri Şehir Hastanesi tesisi içerisinde sismik izolatör bulunduğu belirtilirken sayısı verilmemiştir. Fotoğraf 3.10.'dan da görüleceği üzere hastanenin çevresinde bir yapılanma bulunmamaktadır.



Fotoğraf 3. 10. Kayseri Şehir Hastanesi

Kaynak: Sağlık Bakanlığı.

³⁸² <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33978/kayseri-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 15.12.2019).

Tablo 3. 10. Kayseri Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri

Yüklenici Firma / Firmalar	Inso Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.P.A YDA İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.
Sabit Yatırım Tutarı	-
Yıllık Kira	137.730.000 TL
Yıllık Hizmet Bedeli	-
Toplam Yıllık Kira Miktarı	137.730.000 TL
25 Yılın Sonunda Ödenecek Kira Miktarı	3.443.250.000 TL
Şehir Hastanesinin Kurulduğu Arazinin m² Değeri	1.545 TL
Şehir Hastanesinin Üzerine Kurulduğu Alan m²	281.480
Şehir Hastanesi Arazi Değeri	434.886.600 TL
Kapatılan Devlet Hastanesi Arazi m² Değeri	1.450 TL
Kapatılan Devlet Hastanesinin Alanı m²	6252
Kapatılan Hastanelerin Toplam Arazi Değeri	9.065.400 TL
Toplam Fiziki Maliyet	3.887.202.000 TL

Kaynak: Şehir Hastaneleri İzleme Grubu ve Tapu Kadastro Müdürlüğü verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

Tablo 3.10.'da görüleceği üzere Kayseri Şehir Hastanesi tek bir firma tarafından üstlenilerek değil iki firmanın konsorsiyum oluşturması ile meydana gelmiştir. Şehir hastanesi arazisi 281.480 m²'lik bir alan üzerine kurulmuştur. Şehir hastanesinin kurulduğu bölge için yapılan fiyat araştırması neticesinde elde edilen m² fiyatı ile toplam alan çarpılarak arazinin değeri bulunmuştur. Benzer şekilde kapatılan Kayseri Devlet Hastanesinin arazi bedeli de hesaplanmıştır. Ayrıca Şehir Hastaneleri İzleme Grubu (ŞHİG)'nin verileri ile toplam kira bedeli hesaplanmıştır. Tüm maliyet kalemlerinin toplamı sonucunda şehir hastanesinin toplam fiziki maliyeti 3.887.202.000 TL olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3. 11. Kayseri Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri

Yer	Mesafe (Km)	Otobüs		Taksi
Kayseri Devlet Hastanesi	13	5.00 (2)	30 dk	42 TL (17 dk)
Kayseri Otogar	2.9	2.50 (1)	13 dk	11.7 TL (7 dk)
Kayseri Havalimanı	10	5.00 (2)	40 dk	33 TL (15 dk)
Kayseri Merkez	13.3	5.00 (2)	40 dk	42.9 TL (15 dk)

Kaynak: Google Haritalar, Kayseri Şoförler Odası ve Kayseri Büyükşehir Belediyesi verileri doğrultusunda tarafımızca hazırlanmıştır.

Tablo 3.11.'de Kayseri Şehir Hastanesine ulaşım maliyetleri araç cinslerine göre verilmiştir. Kapatılan devlet hastanesinin yakınlarında olan bir birey şehir devlet hastanesine gidebilmek için 42 TL'lik taksi ücreti ödenmektedir. Ortalama olarak 17 dakika uzaklıkta bulunmaktadır. Acil sağlık tedavisi göz önünde bulundurulacak olursa eğer, oldukça uzun bir süre hastanın beklemesi gerekmektedir.

Tablo 3.11.'de seçilen tüm değerler kapatılan devlet hastanelerine oranla daha uzak bir noktada şehir hastanesinin yapıldığını göstermektedir. Şehir hastanesi bu bilgi doğrultusunda şehir merkezinden daha uzak bir noktaya inşa edilmiştir Şehir hastanesinin haritada yeri ise Fotoğraf 3.11.'de verilmektedir. Fotoğraf 3.11.'de işaretlenmiş olan şehir hastanesi görüleceği üzere proje için seçilen yer itibariyle açısından etkin bir nokta değildir.



Fotoğraf 3. 11. Kayseri Şehir Hastanesi Konumu

Kaynak: Google Haritalar aracılığıyla tarafımızca hazırlanmıştır.

Hizmete erişim açısından etkinsiz olan şehir hastanesi ulaşım açısından da bir maliyet unsuru haline gelmektedir. Seçilen konum itibariyle bakıldığında etrafında yapılanmanın olmaması bireylerin ilaç erişimi açısından da olumsuz etkilemektedir. Kapatılan merkezi konumdaki devlet hastanesinin çevresindeki esnaflar ise hizmetin taşınmasından dolayı olumsuz etkilenmektedir.

Kayseri Şehir Hastanesi 1607 yataklı bir hastanedir. Tablo 3.10.'de toplam fiziki maliyetini 3.887.202.000 TL olarak hesaplamıştık. Devlete uzun dönemde olan bu maliyeti ihale usulü ile gerçekleştirilmiş olan Erzurum devlet hastanesi ile mukayese edilebilir. Erzurum devlet hastanesi 1.200 yatak kapasitesine sahip bir devlet hastanesidir. Toplam ihale

bedeli ise 213.000.000 TL'dir.³⁸³ İhale sonrasında tesis doğrudan kamu kesimine devredilmektedir. Bu bağlamda karşılaştırma yapılacak olursak şehir hastanesinin 25 yıllık maliyeti ile 18 tane Erzurum devlet hastanesi yapılabilir.

Genel itibarıyla incelendiğinde ise Kayseri Şehir Hastanesi maliyeti uzun dönemde bütçe için yük oluşturacaktır. Görünen bu maliyetlerinin dışında ulaşım da toplum için daha maliyetli hale gelmiştir. Bunun dışında devlet hastanelerinin kapatılması çevre esnafın zarar görmesine neden olmuştur. Yapılan şehir hastanesinin çevresinde ticari bir yapılanma olmaması ise şehir ekonomisi içerisinde yaşanan kaybın telafi edilememesine neden olmaktadır.

3.3.6.6. Manisa Şehir Hastanesi

2018 yılı Eylül ayında faaliyete geçen Manisa Şehir Hastanesi Manisa'nın Şehzadeler ilçesinde inşa edilmiştir. Hastanenin yatak kapasitesi 558'dir. Manisa Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başlamasıyla birlikte Manisa Devlet Hastanesi bünyesinde olan kardiyoloji ve KDC servisleri şehir hastanesine taşınmıştır.³⁸⁴

Manisa Şehir Hastanesi bünyesinde 236 tane bir kişilik oda, 100 tane iki kişinin kalabileceği oda bulunmaktadır. Ayrıca 21 adet ameliyathanesi, 122 adet yoğun bakım yatağı, 17 tane kemoterapi koltuğu, 145 adet poliklinik ve 15 adet diyaliz ünitesini bünyesinde barındırmaktadır.³⁸⁵

Fotoğraf 3.12.'de görüleceği üzere Manisa Şehir Hastanesi modern mimari yapısı ile hizmet sunmaktadır. Manisa Şehir Hastanesi tesisi içerisinde sismik izolatör bulunduğu belirtilirken sayısı verilmemiştir. Fotoğraf 3.12.'den de görüleceği üzere hastanenin çevresinde bir yapılanma bulunmamaktadır. Şehir hastanesinin konumu şehir ekonomisine Manisa'da zarar vermemektedir. Özünde yatan neden ise Manisa'da hastane kapatılmamış sadece, mevcut devlet hastanesinin bölümleri taşınmıştır.

³⁸³ http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=6215639c-0461-11ea-9041-8f759fbdb0f (erişim tarihi: 15.12.2019).

³⁸⁴ <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,50229/manisa-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 15.12.2019).

³⁸⁵ A.g.e.



Fotoğraf 3. 12. Manisa Şehir Hastanesi

Kaynak: Sağlık Bakanlığı.

Tablo 3. 12. Manisa Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri

Yüklenici Firma / Firmalar	YDA İnşaat A.Ş. Inso Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.P.A
Sabit Yatırım Tutarı	-
Yıllık Kira	46.000.000 TL
Yıllık Hizmet Bedeli	36.000.000 TL
Toplam Yıllık Kira Miktarı	82.000.000 TL
25 Yılın Sonunda Ödenecek Kira Miktarı	2.050.000.000 TL
Şehir Hastanesinin Kurulduğu Arazinin m² Değeri	2.681 TL
Şehir Hastanesinin Üzerine Kurulduğu Alan m²	178.000
Şehir Hastanesi Arazi Değeri	477.218.000 TL
Toplam Fiziki Maliyet	2.527.218.000 TL

Kaynak: Şehir Hastaneleri İzleme Grubu ve Tapu Kadastro Müdürlüğü verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

Tablo 3.12.'de görüleceği üzere Manisa Şehir Hastanesi tek bir firma tarafından üstlenilerek değil iki firmanın konsorsiyum oluşturması ile meydana gelmiştir. Şehir hastanesi

arazisi 178.000 m²'lik bir alan üzerine kurulmuştur.³⁸⁶ Şehir hastanesinin kurulduğu bölge için yapılan fiyat araştırması neticesinde elde edilen m² fiyatı ile toplam alan çarpılarak arazinin değeri bulunmuştur. Manisa'da devlet hastanesi kapatılmadığı için kapatılan devlet hastanesi değeri hesaplanmamıştır. Ayrıca Şehir Hastaneleri İzleme Grubu (ŞHİG)'nin verileri ile toplam kira bedeli hesaplanmıştır. Tüm maliyet kalemlerinin toplamı sonucunda şehir hastanesinin toplam fiziki maliyeti 2.527.218.000 TL olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3. 13. Manisa Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri

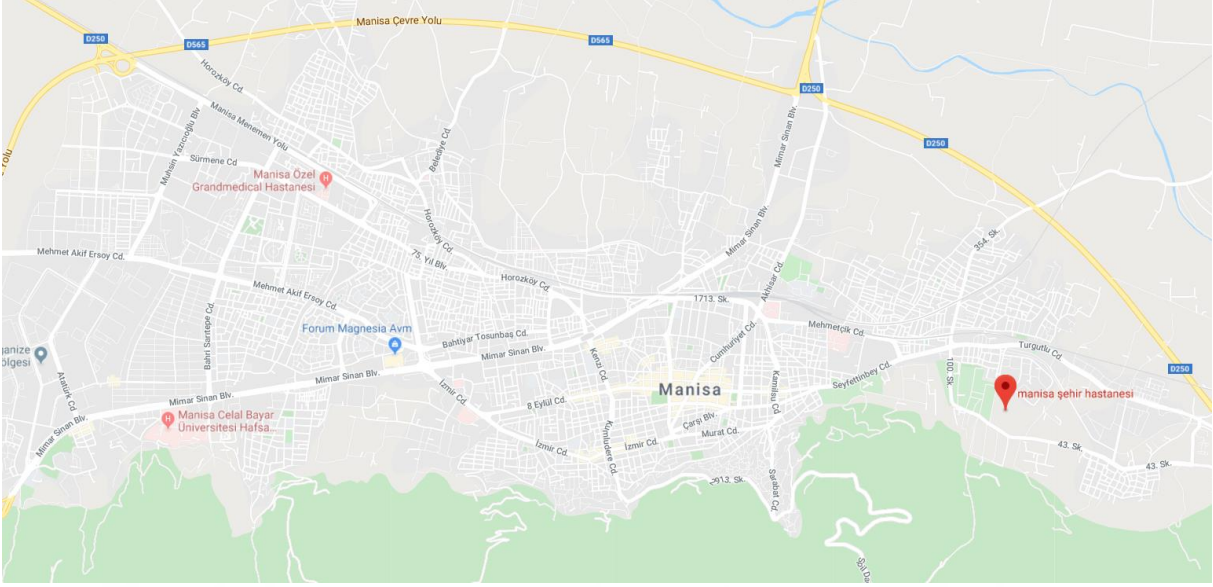
Yer	Mesafe (Km)	Otobüs		Taksi
Manisa Devlet Hastanesi	3	2.50 (1)	10 dk	11 TL (7 dk)
Manisa Otogar	4.2	2.50 (1)	10 dk	14.6 TL (7 dk)
Manisa Havalimanı	-	-	-	-
Manisa Merkez	3.4	2.50 (1)	10 dk	12.2 TL (5 dk)

Kaynak: Google Haritalar, Manisa Şoförler Odası ve Manisa Belediyesi verileri doğrultusunda tarafımızca hazırlanmıştır.

Tablo 3.13.'te Manisa Şehir Hastanesine ulaşım maliyetleri araç cinslerine göre verilmiştir. Taşınan devlet hastanesinin yakınlarında olan bir birey şehir hastanesine gidebilmek için 11 TL'lik taksi ücreti ödenmektedir. Ortalama olarak 7 dakika uzaklıkta bulunmaktadır. Fakat genel itibarıyla şehir hastanesi, taşınan devlet hastanesine yakın ve merkezi bir konumdadır. Buradan hareketle Manisa'da şehir hastanesine ulaşım konumu olarak etkin bir noktadadır. Fakat şehir hastanesinin konumunda Fotoğraf 3.12.'de görüleceği üzere etrafında yapılanma görülmemektedir. Bu da ilaca erişim konusunda problem teşkil etmektedir.

Tablo 3.13.'te seçilen tüm değerler taşınan devlet hastanelerine oranla daha uzak bir noktada şehir hastanesinin yapıldığını göstermektedir. Şehir hastanesi bu bilgi doğrultusunda şehir merkezinden daha uzak bir noktaya inşa edilmiştir Şehir hastanesinin haritada yeri ise Fotoğraf 3.13.'da verilmektedir. Fotoğraf 3.13.'da işaretlenmiş olan şehir hastanesi görüleceği üzere proje için seçilen yer itibarıyla açısından etkin bir nokta değildir.

³⁸⁶ A.g.e.



Fotoğraf 3. 13. Manisa Şehri Konumu

Kaynak: Google Haritalar aracılığıyla tarafımızca hazırlanmıştır.

Hizmete erişim açısından etkinsiz olan şehir hastanesi ulaşım açısından da bir maliyet unsuru haline gelmektedir. Seçilen konum itibariyle bakıldığında etrafında yapılanmanın olmaması bireylerin ilaç erişimi açısından da olumsuz etkilemektedir. Kapatılan merkezi konumdaki devlet hastanesinin çevresindeki esnaflar ise hizmetin taşınmasından dolayı olumsuz etkilenmemektedir. Nedeni ise burada devlet hastanesi kapatılmamış sadece bazı bölümleri taşınmıştır.

Manisa Şehir Hastanesi 558 yataklı bir hastanedir. Tablo 3.12.'de toplam fiziki maliyetini 2.527.218.000 TL olarak hesaplamıştık. Devlete uzun dönemde olan bu maliyeti ihale usulü ile gerçekleştirilmiş olan Erzurum devlet hastanesi ile mukayese edilebilir. Erzurum devlet hastanesi 1.200 yatak kapasitesine sahip bir devlet hastanesidir. Toplam ihale bedeli ise 213.000.000 TL'dir.³⁸⁷ İhale sonrasında tesis doğrudan kamu kesimine devredilmektedir. Bu bağlamda karşılaştırma yapılacak olursak şehir hastanesinin 25 yıllık maliyeti ile 11 tane Erzurum devlet hastanesi yapılabilmektedir.

Genel itibariyle incelendiğinde ise Manisa Şehir Hastanesi maliyeti uzun dönemde bütçe için yük oluşturacaktır. Görünen bu maliyetlerinin dışında ulaşım da toplum için daha maliyetli hale gelmiştir. Bunun dışında devlet hastanelerinin kapatılması çevre esnafın zarar görmesine neden olmamıştır. Yapılan şehir hastanesinin çevresinde ticari bir yapılanma olmaması ise ilaca erişim konusunda problem teşkil etmektedir.

³⁸⁷ http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=6215639c-0461-11ea-9041-8f759fbedb0f (erişim tarihi: 15.12.2019).

3.3.6.7.Elazığ Şehir Hastanesi

2018 yılı mayıs ayında faaliyete geçen Elazığ Şehir Hastanesi Elazığ'ın Merkez ilçesinde inşa edilmiştir. Hastanenin yatak kapasitesi 1038'dir. Elazığ Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başlamasıyla birlikte Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesinin bazı bölümleri ve Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi şehir hastanesine taşınmıştır.

Elazığ Şehir Hastanesinin bünyesinde 227 tane poliklinik bulunmakta, 39 tane ameliyathane, 17 tane kemoterapi bölümü, 28 tane hemodiyaliz bölümü, 46 yataklı yeni doğan ünitesi ve 114 yataklı erişkin yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Bulunan yatakların 334 bir kişilik oda, 169'u ise iki kişilik odalardan meydana gelmektedir.³⁸⁸

Fotoğraf 3.14.'de görüleceği üzere Elazığ Şehir Hastanesi modern mimari yapısı ile hizmet sunmaktadır. Elazığ Şehir Hastanesi tesisi içerisinde 872 sismik izolatör bulunduğu belirtilip binanın fiziki güvenliği için bütün önlemler alınmıştır. Fotoğraf 3.14.'den da görüleceği üzere hastanenin çevresinde bir yapılanma bulunmamaktadır.



Fotoğraf 3. 14. Elazığ Şehir Hastanesi
Kaynak: Sağlık Bakanlığı.

³⁸⁸ <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,46332/elazig-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 15.12.2019).

Tablo 3. 14. Elazığ Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri

Yüklenici Firma / Firmalar	<i>Rönesans Holding A.Ş.-RMİ Rönesans Medikal Taahhüt İnş. A.Ş. Meridiam Eastern Europe S.a.r.l. Sıla Danışmanlık Bilişim Sağlık İnşaat Ticaret A.Ş. TTT Sağlık Hizmetleri Eğitim İnşaat Sanayi Ticaret A.Ş.-Şam Yapı Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti.</i>
Sabit Yatırım Tutarı	-
Yıllık Kira	69.995.988 TL
Yıllık Hizmet Bedeli	58.451.037 TL
Toplam Yıllık Kira Miktarı	128.447.025 TL
25 Yılın Sonunda Ödenecek Kira Miktarı	3.211.175.625 TL
Şehir Hastanesinin Kurulduğu Arazinin m² Değeri	1.733 TL
Şehir Hastanesinin Üzerine Kurulduğu Alan m²	347.500
Şehir Hastanesi Arazi Değeri	602.217.500 TL
Kapatılan Devlet Hastanesi Arazi m² Değeri	1.352 TL
Kapatılan Devlet Hastanesinin Alanı m²	1010
Kapatılan Hastanelerin Toplam Arazi Değeri	1.365.520 TL
Toplam Fiziki Maliyet	3.814.758.645 TL

Kaynak: Şehir Hastaneleri İzleme Grubu ve Tapu Kadastro Müdürlüğü verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

Tablo 3.14.'de görüleceği üzere Elazığ Şehir Hastanesi tek bir firma tarafından üstlenilerek değil iki firmanın konsorsiyum oluşturması ile meydana gelmiştir. Şehir hastanesi arazisi 178.000 m²'lik bir alan üzerine kurulmuştur.³⁸⁹ Şehir hastanesinin kurulduğu bölge için yapılan fiyat araştırması neticesinde elde edilen m² fiyatı ile toplam alan çarpılarak arazinin değeri bulunmuştur. Elazığ'da devlet hastanesi kapatılmadığı için kapatılan devlet hastanesi değeri hesaplanmamıştır. Ayrıca ŞHİG'in verileri ile toplam kira bedeli hesaplanmıştır. Tüm maliyet kalemlerinin toplamı sonucunda şehir hastanesinin toplam fiziki maliyeti 3.814.758.645 TL olarak hesaplanmıştır.

³⁸⁹ A.g.e.

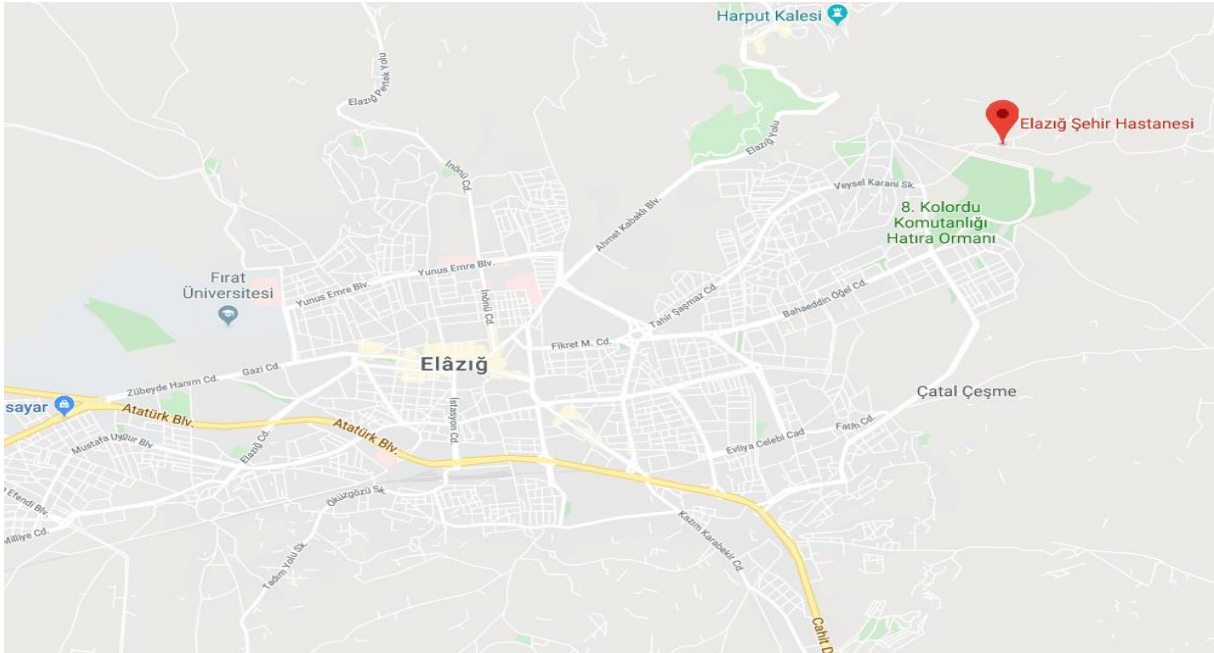
Tablo 3. 15. Elazığ Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri

Yer	Mesafe (Km)	Otobüs	Taksi
Elazığ Devlet Hastanesi	5.4	2.50 (1) 13 dk	19.2 TL (7 dk)
Elazığ Otogar	5.5	2.50 (1) 13 dk	19.5 TL (7 dk)
Elazığ Havalimanı	18	5.00 (2) 25 dk	57 TL (20 dk)
Elazığ Merkez	5.7	2.50 (1) 13 dk	20.1 TL (9 dk)

Kaynak: Google Haritalar, Elazığ Şoförler Odası ve Elazığ Belediyesi verileri doğrultusunda tarafımızca hazırlanmıştır.

Tablo 3.15.'da Elazığ Şehir Hastanesine ulaşım maliyetleri araç cinslerine göre verilmiştir. Taşınan devlet hastanesinin yakınlarında olan bir birey şehir devlet hastanesine gidebilmek için 19.2 TL'lik taksi ücreti ödemektedir. Ortalama olarak 7 dakika uzaklıkta bulunmaktadır. Acil sağlık tedavisi göz önünde bulundurulacak olursa eğer, oldukça uzun bir süre hastanın beklemesi gerekmektedir.

Tablo 3.15.'da seçilen tüm değerler taşınan devlet hastanelerine oranla daha uzak bir noktada şehir hastanesinin yapıldığını göstermektedir. Şehir hastanesi bu bilgi doğrultusunda şehir merkezinden daha uzak bir noktaya inşa edilmiştir Şehir hastanesinin haritada yeri ise Fotoğraf 3.15.'da verilmektedir. Fotoğraf 3.15.'da işaretlenmiş olan şehir hastanesi görüleceği üzere proje için seçilen yer itibariyle açısından etkin bir nokta değildir.

**Fotoğraf 3. 15. Elazığ Şehir Hastanesi Konumu**

Kaynak: Google Haritalar aracılığıyla tarafımızca düzenlenmiştir.

Hizmete erişim açısından etkinsiz olan şehir hastanesi ulaşım açısından da bir maliyet unsuru haline gelmektedir. Seçilen konum itibariyle bakıldığında etrafında yapılanmanın

olmaması bireylerin ilaç erişimi açısından da olumsuz etkilemektedir. Kapatılan merkezi konumdaki devlet hastanesinin çevresindeki esnaflar ise hizmetin taşınmasından dolayı olumsuz etkilenmemektedir. Nedeni ise burada devlet hastanesi kapatılmamış sadece bazı bölümleri taşınmıştır.

Elazığ Şehir Hastanesi 1038 yataklı bir hastanedir. Tablo 3.14.'de toplam fiziki maliyetini 3.814.758.645 TL olarak hesaplamıştık. Devlete uzun dönemde olan bu maliyeti ihale usulü ile gerçekleştirilmiş olan Erzurum devlet hastanesi ile mukayese edilebilir. Erzurum devlet hastanesi 1.200 yatak kapasitesine sahip bir devlet hastanesidir. Toplam ihale bedeli ise 213.000.000 TL'dir.³⁹⁰ İhale sonrasında tesis doğrudan kamu kesimine devredilmektedir. Bu bağlamda karşılaştırma yapılacak olursak şehir hastanesinin 25 yıllık maliyeti ile 18 tane Erzurum devlet hastanesi yapılabilir.

Genel itibarıyla incelendiğinde ise Elazığ Şehir Hastanesi maliyeti uzun dönemde bütçe için yük oluşturacaktır. Görünen bu maliyetlerinin dışında ulaşım da toplum için daha maliyetli hale gelmiştir. Bunun dışında devlet hastanelerinin kapatılması çevre esnafın zarar görmesine neden olmamıştır. Çünkü Elazığ Eğitim ve Araştırma hastanesi kapatılmamış sadece bazı bölümleri taşınmıştır. Bunun yanı sıra kapatılan Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi ise Şehir hastanesine 1 km uzaklıkta olduğu için ulaşım maliyeti hesabına katılmamıştır. Kapatılan hastane sadece toplam fiziki maliyet içerisinde hesaba katılmıştır. Yapılan şehir hastanesinin çevresinde ticari bir yapılanma olmaması ise yine ilaca erişim konusunda problem teşkil etmektedir.

3.3.6.8.Eskişehir Şehir Hastanesi

2018 yılı ekim ayında faaliyete geçen Eskişehir Şehir Hastanesi Eskişehir'in Odunpazarı ilçesinde inşa edilmiştir. Hastanenin yatak kapasitesi 1081'dir. Eskişehir Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başlamasıyla birlikte 995 yatak kapasitesine sahip Eskişehir Devlet Hastanesi kapatılarak şehir hastanesine taşınmıştır.³⁹¹

Eskişehir Şehir Hastanesinin bünyesinde 254 tane poliklinik bulunmakta, 38 tane ameliyathane, 13 tane kemoterapi bölümü, 24 tane hemodiyaliz bölümü, 57 yataklı yeni doğan ünitesi ve 114 yataklı erişkin yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Bulunan yatakların 437 bir kişilik oda, 191'i ise iki kişilik odalardan meydana gelmektedir. Ayrıca 1.100 m² alana sahip bir kreşi de mevcuttur.³⁹²

³⁹⁰ http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=6215639c-0461-11ea-9041-8f759fbedb0f (erişim tarihi: 15.12.2019).

³⁹¹ <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,50232/eskisehir-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 17.12.2019).

³⁹² A.g.e.

Fotoğraf 3.16.'de görüleceği üzere Elazığ Şehir Hastanesi modern mimari yapısı ile hizmet sunmaktadır. Elazığ Şehir Hastanesi tesisi içerisinde 956 sismik izolatör bulunduğu belirtilip binanın fiziki güvenliği için bütün önlemler alınmıştır. Fotoğraf 3.16.'den de görüleceği üzere hastanenin çevresinde bir yapılanma bulunmamaktadır.



Fotoğraf 3. 16. Eskişehir Şehir Hastanesi
Kaynak: Sağlık Bakanlığı.

Tablo 3. 16. Eskişehir Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri

Yüklenici Firma / Firmalar	<i>Akfen İnşaat Turizm Ticaret A.Ş</i>
Sabit Yatırım Tutarı	-
Yıllık Kira	99.990.000 TL
Yıllık Hizmet Bedeli	-
Toplam Yıllık Kira Miktarı	99.990.000 TL
25 Yılın Sonunda Ödenecek Kira Miktarı	2.499.750.000 TL
Şehir Hastanesinin Kurulduğu Arazinin m² Değeri	2.000 TL
Şehir Hastanesinin Üzerine Kurulduğu Alan m²	341.287
Şehir Hastanesi Arazi Değeri	682.574.000 TL
Kapatılan Devlet Hastanesi Arazi m² Değeri	2.090 TL
Kapatılan Devlet Hastanesinin Alanı m²	52.669
Kapatılan Hastanelerin Toplam Arazi Değeri	110.078.210 TL
Toplam Fiziki Maliyet	3.292.402.210 TL

Kaynak: Şehir Hastaneleri İzleme Grubu ve Tapu Kadastro Müdürlüğü verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

Tablo 3.16.'de görüleceği üzere Eskişehir Şehir Hastanesi tek bir firma tarafından üstlenilerek meydana gelmiştir. Şehir hastanesi arazisi 341.287 m²'lik bir alan üzerine kurulmuştur.³⁹³ Şehir hastanesinin kurulduğu bölge için yapılan fiyat araştırması neticesinde elde edilen m² fiyatı ile toplam alan çarpılarak arazinin değeri bulunmuştur. Eskişehir Şehir Hastanesi için Eskişehir Devlet Hastanesi kapatıldığı için kapatılan devlet hastanesinin değeri hesaplanmış ve toplam fiziki maliyete eklenmiştir. Ayrıca ŞHİG'in verileri ile toplam kira bedeli hesaplanmıştır. Tüm maliyet kalemlerinin toplamı sonucunda şehir hastanesinin toplam fiziki maliyeti 3.292.402.210 TL olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3. 17. Eskişehir Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri

Yer	Mesafe (Km)	Otobüs	Taksi
Eskişehir Devlet Hastanesi	5.4	2.50 (1) 13 dk	19.2 TL (7 dk)
Eskişehir Otogar	5.2	2.50 (1) 13 dk	18.6 TL (7 dk)
Eskişehir Havalimanı	11.5	5.00 (2) 25 dk	37.5TL(20 dk)
Eskişehir Merkez	5.7	2.50 (1) 13 dk	20.1 TL (9 dk)

Kaynak: Google Haritalar, Eskişehir Şoförler Odası ve Eskişehir Büyükşehir Belediyesi verileri doğrultusunda tarafımızca hazırlanmıştır.

Tablo 3.17.'de Eskişehir Şehir Hastanesine ulaşım maliyetleri araç cinslerine göre verilmiştir. Taşınan devlet hastanesinin yakınlarında olan bir birey şehir devlet hastanesine gidebilmek için 19.2 TL'lik taksi ücreti ödemektedir. Ortalama olarak 7 dakika uzaklıkta bulunmaktadır. Acil sağlık tedavisi göz önünde bulundurulacak olursa eğer, oldukça uzun bir süre hastanın beklemesi gerekmektedir.

Tablo 3.17.'de seçilen tüm değerler taşınan devlet hastanelerine oranla daha uzak bir noktada şehir hastanesinin yapıldığını göstermektedir. Şehir hastanesi bu bilgi doğrultusunda şehir merkezinden daha uzak bir noktaya inşa edilmiştir Şehir hastanesinin haritada yeri ise Fotoğraf 3.17.'de verilmektedir. Fotoğraf 3.17.'da işaretlenmiş olan şehir hastanesi görüleceği üzere proje için seçilen yer itibarıyla açısından etkin bir nokta değildir.

³⁹³ A.g.e.



Fotoğraf 3. 17. Eskişehir Şehir Hastanesi Konumu

Kaynak: Google Haritalar aracılığıyla tarafımızca oluşturulmuştur.

Hizmete erişim açısından etkinsiz olan şehir hastanesi ulaşım açısından da bir maliyet unsuru haline gelmektedir. Seçilen konum itibarıyla bakıldığında etrafında yapılanmanın olmaması bireylerin ilaç erişimi açısından da olumsuz etkilemektedir. Kapatılan merkezi konumdaki devlet hastanesinin çevresindeki esnaflar ise hizmetin taşınmasından dolayı olumsuz etkilenmektedir.

Eskişehir Şehir Hastanesi 1081 yataklı bir hastanedir. Tablo 3.16.'de toplam fiziki maliyetini 3.292.402.210 TL olarak hesaplamıştık. Devlete uzun dönemde olan bu maliyeti ihale usulü ile gerçekleştirilmiş olan Erzurum devlet hastanesi ile mukayese edilebilir. Erzurum devlet hastanesi 1.200 yatak kapasitesine sahip bir devlet hastanesidir. Toplam ihale bedeli ise 213.000.000 TL'dir.³⁹⁴ İhale sonrasında tesis doğrudan kamu kesimine devredilmektedir. Bu bağlamda karşılaştırma yapılacak olursak şehir hastanesinin 25 yıllık maliyeti ile 15 tane Erzurum devlet hastanesi yapılabilir.

Genel itibarıyla incelendiğinde ise Eskişehir Şehir Hastanesi maliyeti uzun dönemde bütçe için yük oluşturacaktır. Görünen bu maliyetlerinin dışında ulaşım da toplum için daha maliyetli hale gelmiştir. Bunun dışında devlet hastanelerinin kapatılması çevre esnafın zarar görmesine neden olmuştur. Kapatılan hastane toplam fiziki maliyet içerisinde hesaba katılmıştır. Yapılan şehir hastanesinin çevresinde ticari bir yapılanma olmaması ise yine ilaca erişim konusunda problem teşkil etmektedir.

³⁹⁴ http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=6215639c-0461-11ea-9041-8f759fbedb0f (erişim tarihi: 15.12.2019).

3.3.6.9.Bursa Şehir Hastanesi

2019 yılı ekim ayında faaliyete geçen Bursa Şehir Hastanesi Bursa'nın Nilüfer ilçesinde inşa edilmiştir. Hastanenin yatak kapasitesi 1355'dir. Bursa Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başlamasıyla birlikte Bursa Devlet Hastanesi, Zübeyde Hanım Doğumevi ve Turan Akyol Göğüs Hastalıkları Hastanesi ile toplamda 773 adet yatak kapasitesine sahip devlet hastaneleri kapatılarak şehir hastanesine taşınmıştır.³⁹⁵

Bursa Şehir Hastanesinin bünyesinde 6 tane branştan oluşmaktadır. Başka bir deyişle 6 farklı hastaneden meydana gelmektedir. Hastane içerisinde 100 tane YGAP, 200 tane FTR, 100 tane KDC, 254 tane onkoloji 308 tane genel hastane ve 114 yataklı erişkin yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Bulunan yatakların 454 tanesi bir kişilik oda, 192'i ise iki kişilik; FTR içerisinde 72 tanesi bir kişilik, 64 tanesi iki kişilik ve YGAP içerisinde 100 tane bir kişilik odalardan meydana gelmektedir.³⁹⁶

Fotoğraf 3.18.'de görüleceği üzere Bursa Şehir Hastanesi modern mimari yapısı ile hizmet sunmaktadır. Bursa Şehir Hastanesi tesisi içerisinde 859 sismik izolatör bulunduğu belirtilip binanın fiziki güvenliği için bütün önlemler alınmıştır.³⁹⁷ Fotoğraf 3.16.'den de görüleceği üzere hastanenin çevresinde bir yapılanma bulunmamaktadır.



Fotoğraf 3. 18. Bursa Şehir Hastanesi
Kaynak: Sağlık Bakanlığı.

³⁹⁵ <http://www.bursadabugun.com/haber/bursa-sehir-hastanesi-aciliyor-hastaneler-tasiniyor-1153780.html>, (erişim tarihi: 17.12.2019).

³⁹⁶ <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,56560/bursa-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 17.12.2019).

³⁹⁷ <http://www.ronesansisletmehizmetleri.com/tr/36841/Bursa-Sehir-Hastanesi> (erişim tarihi: 17.12.2019).

Tablo 3. 18. Bursa Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri

Yüklenici Firma / Firmalar	<i>Rönesans Sağlık Yatırım Meridiam Sıla Danışmanlık Bilişim Eğitim İnşaat Taahhüt Ticaret ve Sağlık Hizmetleri Ltd. Şti Şam Yapı Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti.</i>
Sabit Yatırım Tutarı	-
Yıllık Kira	-
Yıllık Hizmet Bedeli	-
Toplam Yıllık Kira Miktarı	-
25 Yılın Sonunda Ödenecek Kira Miktarı	-
Şehir Hastanesinin Kurulduğu Arazinin m² Değeri	3.555 TL
Şehir Hastanesinin Üzerine Kurulduğu Alan m²	745.000
Şehir Hastanesi Arazi Değeri	2.648.475.000 TL
Kapatılan Devlet Hastanesi Arazi m² Değeri	2.219 TL
Kapatılan Devlet Hastanesinin Alanı m²	16.500
Zübeyde Hanım Doğumevi m²	5061
Zübeyde Hanım Doğumevi Arazi m² Değeri	2403
Turan Akyol G.H. Hastanesi Arazi m²	1443
Turan Akyol G.H. Hastanesi Arazi m² Değeri	2327
Kapatılan Hastanelerin Toplam Arazi Değeri	52.132.944 TL
Toplam Fiziki Maliyet	2.700.607.944 TL

Kaynak: Şehir Hastaneleri İzleme Grubu ve Tapu Kadastro Müdürlüğü verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

Tablo 3.18.'de görüleceği üzere Bursa Şehir Hastanesi tek bir firma tarafından üstlenilerek değil birden fazla firmanın konsorsiyum oluşturması neticesinde meydana gelmiştir. Şehir hastanesi arazisi 745.000 m²'lik bir alan üzerine kurulmuştur.³⁹⁸ Şehir hastanesinin kurulduğu bölge için yapılan fiyat araştırması neticesinde elde edilen m² fiyatı ile toplam alan çarpılarak arazinin değeri bulunmuştur. Bursa Şehir Hastanesi için Bursa Memleket Devlet Hastanesi, Zübeyde Hanım Doğumevi ve Turan Akyol Göğüs Hastalıkları hastanesi kapatılmıştır. Kapatılan devlet hastanelerinin arazi değeri hesaplanmış ve toplam fiziki maliyete eklenmiştir. Bursa Şehir hastanesinin kira bedeline erişilemediği için maliyet

³⁹⁸ A.g.e.

içerisine eklenememiştir. Erişilebilen tüm maliyet kalemlerinin toplamı sonucunda şehir hastanesinin toplam fiziki maliyeti 2.700.607.944 TL olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3. 19. Bursa Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri

Yer	Mesafe (Km)	Otobüs	Taksi
Memleket Devlet Hastanesi	19.1	5.10 (2) 40 dk	66.6 TL (20 dk)
Zübeyde Hanım Doğumevi	14.8	5.10 (2) 30 dk	52.6 TL (18 dk)
Turan Akyol Göğüs Hastalıkları Hastanesi	31.4	7.15 (3) 60 dk	106.5TL(40dk)
Bursa Otogar	16.5	2.55 (1) 25 dk	58.1 TL (18 dk)
Bursa Havalimanı	68.4	5.10 (2) 25 dk	226 TL (70 dk)
Bursa Merkez	26.1	5.10 (2) 30 dk	89.3 TL (30 dk)

Kaynak: Google Haritalar, Bursa Şoförler Odası ve Bursa Büyükşehir Belediyesi verileri doğrultusunda tarafımızca hazırlanmıştır.

Tablo 3.19.'de Bursa Şehir Hastanesine ulaşım maliyetleri araç cinslerine göre verilmiştir. Taşınan devlet hastanesinin yakınlarında olan bir birey şehir devlet hastanesine gidebilmek için 66.6 TL'lik taksi ücreti ödemektedir. Ortalama olarak 20 dakika uzaklıkta bulunmaktadır. Yine taşınan Zübeyde Hanım Doğumevi yakınlarında olan bir birey şehir hastanesine gidebilmek için 52.6 TL'lik bir maliyete katlanmaktadır. Ortalama yolculuk süresi ise 18 dakikadır. Kapatılan diğer bir hastane olan Turan Akyol Göğüs Hastalıkları Hastanesi yakınlarında olan bir birey şehir hastanesine ulaşabilmek için 106.5 TL'lik bir maliyete katlanmakta ve ortalama 40 dakika yolculuğu sürmektedir.

Bursa havalimanında olan bir birey ise şehir hastanesine ulaşabilmek için 226 TL'lik bir maliyete katlanıp, 70 dakika yolculuk etmesi gerekmektedir. Bursa şehir merkezinde yaşayan bir birey için şehir hastanesine gitmesinin maliyeti ise 30 dakika yolculuk etmesi ve 89.3 TL'lik bir maliyete katlanması gerekmektedir. Acil sağlık tedavisi göz önünde bulundurulacak olursa eğer, oldukça uzun bir süre hastanın beklemesi gerekmektedir.

Tablo 3.19.'de seçilen tüm değerler taşınan devlet hastanelerine oranla daha uzak bir noktada şehir hastanesinin yapıldığını göstermektedir. Şehir hastanesi bu bilgi doğrultusunda şehir merkezinden daha uzak bir noktaya inşa edilmiştir Şehir hastanesinin haritada yeri ise Fotoğraf 3.19.'da verilmektedir. Fotoğraf 3.19.'da işaretlenmiş olan şehir hastanesi görüleceği üzere proje için seçilen yer itibarıyla açısından etkin bir nokta değildir.



Fotoğraf 3. 19. Bursa Şehir Hastanesi Konumu

Kaynak: Google Haritalar aracılığıyla tarafımızca düzenlenmiştir.

Hizmete erişim açısından etkinsiz olan şehir hastanesi ulaşım açısından da bir maliyet unsuru haline gelmektedir. Seçilen konum itibariyle bakıldığında etrafında yapılanmanın olmaması bireylerin ilaç erişimi açısından da olumsuz etkilemektedir. Kapatılan merkezi konumdaki devlet hastanesinin çevresindeki esnaflar ise hizmetin taşınmasından dolayı olumsuz etkilenmektedir.

Bursa Şehir Hastanesi 1355 yataklı bir hastanedir. Tablo 3.18.'de toplam fiziki maliyetini (toplam kira bedeli hariç) 2.700.607.944 TL olarak hesaplamıştık. Devlete uzun dönemde olan bu maliyeti ihale usulü ile gerçekleştirilmiş olan Erzurum devlet hastanesi ile mukayese edilebilir. Erzurum devlet hastanesi 1.200 yatak kapasitesine sahip bir devlet hastanesidir. Toplam ihale bedeli ise 213.000.000 TL'dir.³⁹⁹ İhale sonrasında tesis doğrudan kamu kesimine devredilmektedir. Bu bağlamda karşılaştırma yapılacak olursak şehir hastanesinin sadece arazi maliyeti ile 12 tane Erzurum devlet hastanesi yapılabilir.

Genel itibariyle incelendiğinde ise Bursa Şehir Hastanesi maliyeti uzun dönemde bütçe için yük oluşturacaktır. Görünen bu maliyetlerinin dışında ulaşım da toplum için daha maliyetli hale gelmiştir. Bunun dışında devlet hastanelerinin kapatılması çevre esnafın zarar görmesine neden olmuştur. Kapatılan hastaneler toplam fiziki maliyet içerisinde hesaba katılmıştır. Yapılan şehir hastanesinin çevresinde ticari bir yapılanma olmaması ise yine ilaca erişim konusunda problem teşkil etmektedir.

³⁹⁹ http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=6215639c-0461-11ea-9041-8f759fbedb0f (erişim tarihi: 15.12.2019).

3.3.6.10. Ankara Şehir Hastanesi

2019 yılı faaliyete geçen Ankara Şehir Hastanesi Ankara'nın Çankaya ilçesinde inşa edilmiştir. Hastanenin yatak kapasitesi 3704'dür. Ankara Şehir Hastanesi hizmet sunumuna başlamasıyla birlikte 13 adet devlet hastanesi kapatılmıştır. Kapatılan devlet hastanelerinin toplam yatak sayısı 3217'dir. Fotoğraf 3.20.'de Ankara Şehir hastanesi açılmasıyla kapatılan hastaneler ve yatak sayıları verilmiştir.

Sıra	Hastane Adı	Yatak Sayısı
1.	Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1046
2.	Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	300
3.	Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	484
4.	Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi	100
5.	Zekai Tahir Burak Eğitim ve Araştırma Hastanesi	300
6.	Sami Ulus Eğitim ve Araştırma Hastanesi	150
7.	Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	200
8.	Etlik Zübeyde Hanım Eğitim ve Araştırma Hastanesi	40
9.	Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi	100
10.	Ulus Devlet Hastanesi	200
11.	Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi	297
12.	Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi	-
13.	Dışkapı Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	-

Fotoğraf 3. 20. Ankara'da kapatılan Şehir Hastaneleri

Kaynak: Sağlık Bakanlığı.

Ankara Şehir Hastanesinin bünyesinde 8 tane branştan oluşmaktadır. Başka bir deyişle 8 farklı hastaneden meydana gelmektedir. Genel Hastane, KDH hastanesi, doğum hastanesi, nörolojik bilimler ve ortopedi hastanesi, FTR, YGAP, kadın hastalıkları hastanesi ve onkoloji hastanesinden meydana gelmektedir.⁴⁰⁰

Fotoğraf 3.21.'de görüleceği üzere Ankara Şehir Hastanesi modern mimari yapısı ile hizmet sunmaktadır. Bursa Şehir Hastanesi tesisi içerisinde sismik izolatör bulunduğu belirtilip sayısı belirtilmemiştir. Binanın fiziki güvenliği için ise bütün önlemler alınmıştır. Fotoğraf 3.21.'dan da görüleceği üzere hastanenin çevresinde bir yapılanma bulunmaktadır. Bu doğrultuda hastanenin ilaca erişim açısından problem yaşamayacağı öngörülmektedir.

⁴⁰⁰ <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,57195/ankara-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 17.12.2019).



Fotoğraf 3. 21. Ankara Şehir Hastanesi

Kaynak: Sağlık Bakanlığı.

Tablo 3. 20. Ankara Şehir Hastanesi Fiziki Maliyetleri

Yüklenici Firma / Firmalar	<i>Astaldi SPA-Türkerler.</i>
Sabit Yatırım Tutarı	-
Yıllık Kira	276.000.000
Yıllık Hizmet Bedeli	256.288.181,53
Toplam Yıllık Kira Miktarı	532.288.181,53
25 Yılın Sonunda Ödenecek Kira Miktarı	13.307.204.538,25
Şehir Hastanesinin Kurulduğu Arazinin m² Değeri	4.375 TL
Şehir Hastanesinin Üzerine Kurulduğu Alan m²	1.312.000
Şehir Hastanesi Arazi Değeri	5.740.000.000 TL
Kapatılan 1 nolu Devlet Hastanesi Arazi m² Değeri	1.396 TL
Kapatılan 1 nolu Devlet Hastanesinin Alanı m²	1800
Kapatılan 2 nolu Devlet Hastanesi Arazi m² Değeri	2.181 TL
Kapatılan 2 nolu Devlet Hastanesinin Alanı m²	26.500
Kapatılan 3 nolu Devlet Hastanesi Arazi m² Değeri	2.090 TL
Kapatılan 3 nolu Devlet Hastanesinin Alanı m²	12.000
Kapatılan 4 nolu Devlet Hastanesi Arazi m² Değeri	3051 TL
Kapatılan 4 nolu Devlet Hastanesinin Alanı m²	14.850
Kapatılan 5 nolu Devlet Hastanesi Arazi m² Değeri	2.090 TL
Kapatılan 5 nolu Devlet Hastanesinin Alanı m²	2.300
Kapatılan 6 nolu Devlet Hastanesi Arazi m² Değeri	1.888 TL
Kapatılan 6 nolu Devlet Hastanesinin Alanı m²	2.000
Kapatılan 7 nolu Devlet Hastanesi Arazi m² Değeri	4.735 TL

Kapatılan 7 nolu Devlet Hastanesinin Alanı m ²	38.500
Kapatılan 8 nolu Devlet Hastanesi Arazi m ² Değeri	2.045 TL
Kapatılan 8 nolu Devlet Hastanesinin Alanı m ²	16.000
Kapatılan 9 nolu Devlet Hastanesi Arazi m ² Değeri	3.052 TL
Kapatılan 9 nolu Devlet Hastanesinin Alanı m ²	17.000
Kapatılan 10 nolu Devlet Hastanesi Arazi m ² Değeri	1,540 TL
Kapatılan 10 nolu Devlet Hastanesinin Alanı m ²	4.500
Kapatılan 11 nolu Devlet Hastanesi Arazi m ² Değeri	2.000 TL
Kapatılan 11 nolu Devlet Hastanesinin Alanı m ²	4.200
Kapatılan 12 nolu Devlet Hastanesi Arazi m ² Değeri	1.543 TL
Kapatılan 12 nolu Devlet Hastanesinin Alanı m ²	1.700
Kapatılan 13 nolu Devlet Hastanesi Arazi m ² Değeri	2.181 TL
Kapatılan 13 nolu Devlet Hastanesinin Alanı m ²	1.400
Kapatılan Hastanelerin Toplam Arazi Değeri	427.107.650 TL
Toplam Fiziki Maliyet	19.474.312.188,25 TL

Kaynak: Şehir Hastaneleri İzleme Grubu ve Tapu Kadastro Müdürlüğü verileri düzenlenerek tarafımızca oluşturulmuştur.

Tablo 3.20.'de görüleceği üzere Ankara Şehir Hastanesi tek bir firma tarafından üstlenilerek değil birden fazla firmanın konsorsiyum oluşturması neticesinde meydana gelmiştir. Şehir hastanesi arazisi 1.312.000 m²'lik bir alan üzerine kurulmuştur.⁴⁰¹ Şehir hastanesinin kurulduğu bölge için yapılan fiyat araştırması neticesinde elde edilen m² fiyatı ile toplam alan çarpılarak arazinin değeri bulunmuştur. Ankara Şehir Hastanesi Fotoğraf 3.20.'da belirtilen 13 adet devlet hastanesi kapatılmıştır. Kapatılan devlet hastanelerinin arazi değeri hesaplanmış ve toplam fiziki maliyete eklenmiştir. Ek olarak ŞHİG 'in verileri ile toplam kira bedeli hesaplanmıştır. Erişilebilen tüm maliyet kalemlerinin toplamı sonucunda şehir hastanesinin toplam fiziki maliyeti 19.474.312.188,25 TL olarak hesaplanmıştır.

⁴⁰¹ A.g.e.

Tablo 3. 21. Ankara Şehir Hastanesi Ulaşım Süresi ve Maliyetleri

Yer	Mesafe (Km)	Otobüs	Taksi
Kapatılan 1 nolu Devlet Hastanesi	3.9	3.25 (1)	8 dk 17.9 TL (5 dk)
Kapatılan 2 nolu Devlet Hastanesi	14	3.25 (1)	13 dk 52.2TL(10 dk)
Kapatılan 3 nolu Devlet Hastanesi	11.1	3.25 (1)	12 dk 42,3TL (8 dk)
Kapatılan 4 nolu Devlet Hastanesi	11.1	3.25 (1)	12 dk 42,3TL (8 dk)
Kapatılan 5 nolu Devlet Hastanesi	14.1	3.25 (1)	14 dk 52,5TL(10 dk)
Kapatılan 6 nolu Devlet Hastanesi	7.7	3.25 (1)	10 dk 30,7 TL (6 dk)
Kapatılan 7 nolu Devlet Hastanesi	1.1	-	-
Kapatılan 8 nolu Devlet Hastanesi	15	3.25 (1)	15 dk 55,6TL (10 dk)
Kapatılan 9 nolu Devlet Hastanesi	10.6	3.25 (1)	10 dk 42,7 TL (8 dk)
Kapatılan 10 nolu Devlet Hastanesi	12.8	3.25 (1)	12 dk 48,1 TL (8 dk)
Kapatılan 11 nolu Devlet Hastanesi	11.2	3.25 (1)	13 dk 42,6 TL (6 dk)
Kapatılan 12 nolu Devlet Hastanesi	10.7	3.25 (1)	13 dk 39,9 TL (7 dk)
Kapatılan 13 nolu Devlet Hastanesi	14	3.25 (1)	15 dk 52.2TL(10 dk)
AŞTİ Otogar	7	3.25 (1)	10 dk 28,4 TL (5 dk)
Esenboğa Havalimanı	42.6	6.50 (2)	55 dk 149TL (40 dk)
Ankara Merkez	11.4	3.25 (1)	13 dk 43,3TL(11 dk)

Kaynak: Google Haritalar, Ankara Umum Otobüs ve Şoförler Odası ve Ankara Büyükşehir Belediyesi verileri doğrultusunda tarafımızca hazırlanmıştır.

Tablo 3.21.'de Ankara Şehir Hastanesine ulaşım maliyetleri araç cinslerine göre verilmiştir. Taşınan 1 nolu devlet hastanesinin yakınlarında olan bir birey şehir devlet hastanesine gidebilmek için 17.9 TL'lik taksi ücreti ödemektedir. Ortalama olarak 20 dakika uzaklıkta bulunmaktadır. En uzak nokta olarak taşınan 5 nolu devlet hastanesinin yakınlarında olan bir birey şehir devlet hastanesine gidebilmek için 52.5 TL'lik taksi ücreti ödemektedir.. Ortalama yolculuk süresi ise 10 dakikadır.

AŞTİ yakınlarında olan bir birey ise Ankara Şehir Hastanesi'ne ulaşması için katlanacağı maliyet 28,4 TL olup ortalama ulaşım süresi 10 dakikadır. Esenboğa havalimanında olan bir birey ise Ankara Şehir Hastanesi'ne ulaşması için katlanacağı maliyet ise 149 TL olup ortalama 40 dakika bir süre yolculuk etmesi gerekmektedir. Yine Ankara merkezden Ankara Şehir hastanesine ulaşma maliyeti 43,3 TL olup ortalama 13 dakika yolculuk etmesi gerekmektedir. Acil sağlık tedavisi göz önünde bulundurulacak olursa eğer, oldukça uzun bir süre hastanın beklemesi gerekmektedir.

Tablo 3.21.'de seçilen tüm değerler taşınan devlet hastanelerine oranla daha uzak bir noktada şehir hastanesinin yapıldığını göstermektedir. Şehir hastanesi yer seçiminde kapatılan hastanelerin merkezine olacak şekilde yer seçimi yapılmıştır. Şehir hastanesinin haritada yeri ise Fotoğraf 3.22.'de verilmektedir. Fotoğraf 3.22.'de işaretlenmiş olan şehir hastanesi görüleceği üzere proje için seçilen yer itibariyle açısından etkin bir nokta değildir.



Fotoğraf 3. 22. Ankara Şehir Hastanesi Konumu

Kaynak: Google Haritalar aracılığıyla tarafımızca hazırlanmıştır.

Hizmete erişim açısından etkinsiz olan şehir hastanesi ulaşım açısından da bir maliyet unsuru haline gelmektedir. Seçilen konum itibariyle bakıldığında kapatılan merkezi konumdaki devlet hastanelerinin çevresindeki esnaflar hizmetin taşınmasından dolayı olumsuz etkilenmektedir. Bu şehir ekonomisini de olumsuz etkilemektedir. Kapatılan veya taşınan devlet hastanelerinin etrafındaki eczanelerin iş potansiyeli bitmektedir. Yeni açılan şehir hastanesinin etrafında açılacak olan eczaneler ise bütün müşteri potansiyeline sahip olacaktır. Bu doğrultuda da haksız bir rekabet ortamı oluşacaktır.

Ankara Şehir Hastanesi 3704 yataklı bir hastanedir. Tablo 3.20.'de toplam fiziki maliyetini 19.474.312.188,25 TL olarak hesaplamıştık. Devlete uzun dönemde olan bu maliyeti ihale usulü ile gerçekleştirilmiş olan Erzurum devlet hastanesi ile mukayese edilebilir. Erzurum devlet hastanesi 1.200 yatak kapasitesine sahip bir devlet hastanesidir. Toplam ihale bedeli ise 213.000.000 TL'dir.⁴⁰² İhale sonucunda gerçekleşen tesis doğrudan kamu kesimine devredilmektedir. Bu bağlamda karşılaştırma yapılacak olursak şehir hastanesinin sadece toplam fiziki maliyeti ile yaklaşık 92 tane Erzurum devlet hastanesi yapılabilir.

Genel itibariyle incelendiğinde ise Ankara Şehir Hastanesi maliyeti uzun dönemde bütçe için büyük bir yük oluşturacaktır. Görünen bu maliyetlerinin dışında ulaşım da toplum için daha maliyetli hale gelmiştir. Bunun dışında devlet hastanelerinin kapatılması çevre esnafın zarar görmesine neden olmuştur. 13 tane devlet hastanesinin kapatılması ise Ankara içerisinde 13 farklı semtte bulunan eczanelerin iş potansiyelini büyük oranda azaltacaktır. Bütün hastaneleri tek bir hastane içerisinde toplamak ile hastane etrafındaki eczaneler açısından büyük avantaj haline gelecektir. Böylelikle sağlık piyasası içerisinde bulunan eczacılar arasında haksız rekabet ortamı oluşturulacaktır.

Genel itibariyle incelendiğinde şehir hastaneleri özellikle büyükşehirler içerisinde ulaşım açısından sorunlu haldedir. Bireylerin eski devlet hastanelerine göre şehir hastanelerine ulaşımında daha fazla bir maliyete katlandığı görülmüştür. Yine benzer şekilde devlet hastanelerinin kapanması ile çevre esnaflar da olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca çoğu şehir hastanesinin etrafında yapılanmanın olmayışı bölge içerisinde iktisadi faaliyetler açısından şehir hastanesini tekel haline getirmektedir. Yine benzer durum sonucunda şehir hastanelerinin etrafında eczanenin olmayışı bireylerin ilaca erişimi açısından sorun yaratmakta ve ilaca erişimi için tekrar bir ulaşım maliyetine katlanmak zorunda kalmasını sağlamaktadır. Şehir hastaneleri Ankara'da olduğu gibi çevresinde yapılanma olduğu durumlarda da sağlık piyasasının aktörleri arasında olan eczacı/eczaneler arasında da haksız rekabete neden olmaktadır.

Şehir hastanelerinde bir önceki paragraftan hareketle yer seçimi konusunda etkin ve verimli olmayan noktaların seçildiğini rahatlıkla söylenebilmektedir. Maliyetler açısından da ihale usulü ile şehir hastaneleri mukayesesi neticesinde etkin bir tercih olmadığı aşikârdır.

⁴⁰² http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=6215639c-0461-11ea-9041-8f759fbedb0f (erişim tarihi: 15.12.2019).

3.3.7. Bulgular

Bu bölümde şehir hastaneleri elde edilen bulgular doğrultusunda analiz edilecektir. Bu bağlamda da alınan sağlık hizmeti içerisinde KÖO uygulama kararının etkinliği ve verimliliği tartışılacaktır.

3.3.7.1. Şehir hastanelerinin Toplam Fiziki Maliyetleri

Tablo 3.22.'de görüleceği üzere şehir hastanelerinin toplam fiziki maliyetleri verilmektedir. 25 yılın sonunda şehir hastanelerinin devletin bütçesi üzerindeki etkisi oldukça yüksek rakamlara tekabül etmektedir. Bu bağlamda şehir hastanelerinin hizmet sunumu için kısa vadede harcama yapılmamasına rağmen uzun vadede bütçe için büyük bir mali yüke neden olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3. 22. Şehir Hastaneler Toplam Fiziki Maliyetleri

	Kuruluş Yılı	Şehir Hastanesi	Toplam Fiziki Maliyet (TL)
1	2017	Adana Şehir Hastanesi	5.917.365.378,75
2	2017	Mersin Şehir Hastanesi	4.134.268.958
3	2017	Isparta Şehir Hastanesi	1.965.071.318
4	2017	Yozgat Şehir Hastanesi	1.052.151.900
5	2018	Kayseri Entegre Şehir Hastanesi	3.887.202.000
6	2018	Manisa Şehir Hastanesi	2.527.218.000
7	2018	Elazığ Şehir Hastanesi	3.814.758.645
8	2018	Eskişehir Şehir Hastanesi	3.292.402.210
9	2018	Bursa Şehir Hastanesi	2.700.607.944
10	2019	Ankara Şehir Hastanesi	19.474.312.188,25

3.3.7.2. Şehir Hastanesi ile Erzurum Devlet Hastanesi Maliyet Karşılaştırması

Tablo 3.22. 'de verilen toplam fiziki maliyetlerle ihale usulü gerçekleştirilmiş olan Erzurum devlet hastanesinin devlete olan maliyeti karşılaştırılacaktır. Bu bağlamda Tablo 3.23.'ü incelendiğinde toplamda 226 tane Erzurum Devlet Hastanesi yapılabildiği tespit edilmiştir.

Tablo 3. 23. Alternatif Olarak Erzurum Devlet Hastanesinin Tercihinde Hastane Sayısı

	Kuruluş Yılı	Şehir Hastanesi	Yapılabilecek Erzurum Devlet Hastanesi Sayısı
1	2017	Adana Şehir Hastanesi	27
2	2017	Mersin Şehir Hastanesi	19
3	2017	Isparta Şehir Hastanesi	9
4	2017	Yozgat Şehir Hastanesi	5
5	2018	Kayseri Entegre Şehir Hastanesi	18
6	2018	Manisa Şehir Hastanesi	11
7	2018	Elazığ Şehir Hastanesi	18
8	2018	Eskişehir Şehir Hastanesi	15
9	2018	Bursa Şehir Hastanesi	12
10	2019	Ankara Şehir Hastanesi	92

3.3.7.3. Şehir Hastanelerinin Ulaşım Maliyetleri

Şehir hastanelerinin genel itibariyle ulaşım maliyetlerinin arttırdığı tespit edilmiştir. Özellikle bu durum büyükşehirlerde belirginleşmektedir. Ulaşım tercihi bakımından en ideal yer seçimi Ankara Şehir hastanesi olur iken, maliyetler açısından en verimsiz yer seçiminin Bursa Şehir Hastanesinin olduğu tespit edilmiştir.

Hastanenin uzaklığından dolayı şehir ekonomisi üzerindeki etkileri ise hastane faaliyet raporlarına erişilemediği için tespit edilememiştir.

3.3.7.4. Şehir Hastanelerinin Türkiye Sağlık Hizmeti Sektörüne Kazanımları

2017 yılı itibariyle sağlık sektörü içerisinde yer edinen şehir hastanelerinin Türkiye sağlık hizmet kalitesini arttırdığı görülmektedir. 149 ülke içerisinde sağlık hizmet kalitesi sıralamasında 2016 yılında 103. sırada⁴⁰³ bulunan Türkiye, 2020 yılında (2019 verileri ile meydana gelmiş sıralama) 70. Sıraya yükselmiştir.⁴⁰⁴

Şehir hastanelerinin birden fazla hastaneyi içerisinde barındırması neticesinde de hastaneler arasındaki gerçekleşmesi muhtemel olan maliyetin de önüne geçilmiştir. Böylelikle

⁴⁰³ “İşte Türkiye’nin Sağlık Hizmetleri Kalitesi”, NTV, 22.09.2016.

⁴⁰⁴ <http://worldpopulationreview.com/countries/best-healthcare-in-the-world/> (erişim tarihi: 02.01.2020).

normal şartlar altında sağlık nedenlerinden dolayı hastane dışına çıkamayan hastaların, aynı hastane bünyesinde tedavisi mümkün kılınmıştır.

Şehir hastaneleri yatak sayısında artışa neden olmasa da hasta yataklarının daha nitelikli hale gelmesini sağlamıştır. Bu sayede de sağlık hizmetlerindeki kalite artışı desteklenmiştir.

Şehir hastanelerinde yer seçimi yapılırken şehir planlamacılığı göz önünde bulundurularak şehrin hangi yönde genişleyeceğine kamu kesimi vermiştir.

Hastane binaları yenilenerek, hastaneler modern bir mimariye kavuşmuştur. Ayrıca hastaneler deprem riskine karşılık izolatörler ile donatılmıştır.

Sağlık hizmeti içerisinde kullanılan ekipmanlar son teknolojik ekipmanlar ile değiştirilmiştir. Bu sayede de sağlık hizmeti hem niteliksel hem de niceliksel anlamda kalitesini arttırmıştır.

SONUÇ

Kamu hizmeti kavramı devletler tarihinden daha eski bir kavramdır. İhtiyaçlar doğrultusunda birlikte yaşamaya başlayan bireyler, topluma dönüşmesi ve toplumsal ihtiyaçların devletleri yaratması ile sonuçlanmıştır. Devletin varoluşsal temel nedeni olan kamu hizmeti yıllar içerisinde sürekli değişim göstermektedir. Ayrıca aynı dönemler içerisinde bile ülkeden ülkeye kamu hizmetinin kapsamı da değişmektedir. Bu nedenle kamu hizmeti kavramı için kesin bir tanım yapmak mümkün değildir.

Dünya ekonomisi sürekli devinim halindedir. Ülkelerde bu devinimden etkilenmekte ve kamu hizmetlerini de bu devinime göre şekillendirmektedir. Şekillendirmediği durumda vatandaşlarının devletlerine karşı aidiyet duygusu giderek azalmaktadır. Bu nedenle kamu hizmetlerinin tatmin ve toplumsal fayda seviyesi oldukça önemlidir. Bütçe kısıtı içerisinde devletlerin toplumun bütün ihtiyaçlarını karşılaması mümkün değildir. Bu nedenle de hizmetler içerisinde bir öncelik sıralaması yapması gerekmektedir.

1929 sonrası dünya ekonomisi devinimi devletin piyasa içerisinde daha fazla rol aldığı bir dönemdir. Özellikle dönem içerisinde yaşanan durgunluğun piyasa başarısızlıklarından kaynaklanması devlete daha görev addetmiştir. Yine II. Dünya savaşı sonrasında özel sektörün piyasa içerisinde küçülmesi, vatandaşların yoksullaşması yeni bir kavram olarak sosyal devlet kavramını doğurmuştur. Sosyal devlet bir önceki dönemlere oranla devletin daha fazla vatandaşlarının ihtiyaçlarını giderdiği bir devlet modelidir. Sosyal devlet anlayışı ile devlete daha çok görev yüklenmiştir. Artan kamu hizmet görevi beraberinde ise artan kamu harcamalarını getirmiştir. Devletlerin artan kamu harcamalarının sebep olduğu kronik bütçe açıkları petrol krizleri ile ayyuka çıkmıştır. Devletler çok fazla kamu harcaması yapmak yerine bazı alanlarda özel sektörün varlığının olması gerektiği düşüncesini benimsemeye başlamışlardır.

1980 sonrası dünya ekonomisinin devinimi ise liberal politikalar etrafında gerçekleşmekte ve şekillenmektedir. Bu doğrultuda da özelleştirme kavramı dünya ekonomisi genelinde popüler hale gelmiştir. Özelleştirmeler ile devletler çoğu kamusal görevlerin çoğunu piyasaya bırakmakta ve böylelikle kamu harcamalarında azalma gerçekleşmektedir. Ayrıca özelleştirmeler ile birlikte piyasa içerisinde özel sektörün faaliyetleri üzerinden vergi geliri de elde edilmektedir.

2000'li yıllar içerisinde özelleştirmelerde yaşanan bazı problemler devletin bazı temel hizmetlerin sunumunda olmasa da denetiminde olup hizmet içerisinde yer alması

gerekliliği ile yeni bir modele ihtiyacın olduğunu göstermiştir. İhtiyaç doğrultusunda istenen bu yeni model ayrıca devlet bütçesinin de yetersiz kaldığı durumlarda da kullanılmak istenmektedir. Bahsi geçen model bu bilgiler doğrultusunda KÖO modelidir. Artık devletlerin içerisinde; kendi sınırları, kendi yönetimleri ve kendi bütçeleri olan birer küçük devletçikler varlık göstermektedirler.

KÖO modelleri genel itibariyle literatür içerisinde de tartışılan bir konudur. Devletin hizmetlerden tamamen çekilmediği ve hizmetin sunumuna kadar herhangi bir maliyete katlanmadığı modelde yıllık kira ödemeleri eleştirilerin temelinde bulunmaktadır. Ayrıca KÖO modeli içerisinde dışlanma, adaletsiz kaynak dağılımı, devletin KÖO modelinin içerisinde bulunmasından kaynaklı haksız rekabet ve uzun dönemli sözleşmeler yönünden de eleştirilmektedir. KÖO modeli tüm bu eleştirilere rağmen yıllar içerisinde sektörler arasında yayılmaya başlamıştır. Günümüzde hemen hemen her sektörde KÖO projeleri ile karşılaşmak mümkündür.

Sağlık sektörü içerisinde de KÖO projeleri varlık göstermektedir. Ancak sağlık hizmetleri diğer sektörlerle göre daha farklı bir yapıya sahiptir. Özellikle toplumsal fayda açısından oldukça yüksek bir öneme sahiptir. Ayrıca evrensel bir insan hakkı olan sağlıklı olmak kavramından hareket edecek olursak, sağlık hizmeti devletin öncelikli kamu hizmetleri içerisinde yer almaktadır. Piyasa içerisinde sağlık hizmetinin sunumu toplumsal fayda açısından bazı riskler taşımaktadır. Sağlık piyasası içerisinde özel sektör girişimlerinin artması da sağlık çalışanlarını etkilemektedir. Bu bağlamda incelendiğinde ise sağlık piyasası içerisinde KÖO projelerinin oldukça özenli bir şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.

Birleşik Krallık 22 yılı aşkın KÖO deneyimiyle sağlık sektöründe de öncü olma konumundadır. Sağlık hizmeti içerisinde KÖO modelinin uygulanması N&N hastanesi ile başlamıştır. KÖO hastanelerinin ortak özelliği ise hepsinin oldukça konforlu, modern tasarımı, ferah hastane odaları ve modern tıbbi teçhizatlar ile donatılmasıdır.

Birleşik Krallık içerisinde KÖO hastanesinin açılmasıyla birlikte kapatılan NHS'ye bağlı hastaneler ve açılan hastanelerin maliyetleri toplum sağlığı uzmanları ve vergi ödeyicileri tarafından eleştirilmektedir. Özellikle N&N hastanesinde gerçekleştirilen gereksiz yere fon kullanma modele tepkileri arttırmıştır. Birleşik Krallık içerisinde sağlık sektöründe KÖO 'lara yöneltilen bir başka eleştiri ise sağlık piyasası içerisinde haksız rekabete neden olmasıdır.

Birleşik Krallık içerisinde sağlık sektöründe KÖO modeli uygulamasının maliyetlendirilemeyen bazı kazanımları da bulunmaktadır. Bu kazanımlar içerisinde sektörde öncü olmasından kaynaklı deneyimini kullanarak Birleşik Krallık kökenli firmaları diğer

devletlere önermesidir. Bu bağlamda esasında kendi firmalarını dünya ekonomisine pazarlamaktadır. Çeşitli şekillerde hizmet vermekte olan bu firmalar ağırlıklı olarak projelerin tasarımı, danışmanlığı ve finans programlarının oluşturulması konusunda hizmet sunmaktadır. Firmaların dışında da Birleşik Krallık da projelere rehber olmak eğilimindedir. Böylelikle dünya ekonomisi içerisinde itibar, firmaların gelir elde etmesi kanalıyla GSMH’de artış ve stratejik bir önem kazanmaktadır.

Birleşik Krallık ’ın rehberliğinde sağlık sektöründe KÖO projelerinin uygulanmaya çalışıldığı ülkeleri incelendiğinde projenin gerekliliği benzer nedenlere dayanmaktadır. Birleşik Krallık ’tan farklı olarak sadece Filipinler’de ve Hindistan’da devletin sağlık hizmetine olan talebi karşılayamaması ve ek olarak karşıladığı kısımda da hizmetin oldukça verimsiz olmasıdır.

Türkiye’de ise 1980 sonrası başlayan özelleştirme uygulamaları 2000’li yıllarda da devam etmiştir. Gerekli yasal düzenlemelerin yapılmasıyla birlikte 2000’li yılların sonlarında KÖO projelerini piyasa içerisinde yerini almaya başlamıştır. Sağlık sektöründe 2017 yılı ile sağlık hizmetlerinde KÖO projeleri faaliyete geçmiştir.

Türkiye’de sağlık hizmetleri içerisinde KÖO modelinin gerçekleşmesi oldukça eleştirilmiştir. Eleştirilerin temelinde maliyetlerin yüksek olması, sözleşmelerin sürelerinin uzun olması, sözleşmelerin yetkin kişilerce hazırlanmaması, sözleşme maliyetlerinin şeffaf bir şekilde açıklanmaması, sözleşme şartları konusunda net bir açıklamanın olmaması bulunmaktadır.

Sayıştay’ın incelemeleri sonucunda oluşturulan raporda şehir hastanelerini yüklenici firmaların ağır kusurlu olduğu görülmektedir. Özellikle varlıkların muhasebeleştirilmesinde, alt kalemlerin fiyatlandırılmasında, yetkisiz işlemler yapması ve gerekli raporların teslim edilmemesi konusunda sözleşmelerine ya da KÖO projesinin özünde bulunan açıklık, şeffaflık ve hesap verilebilirliğe aykırı bir tutum içerisindedirler.

Türkiye’de sağlık sektörü içerisinde faaliyete geçmiş olan hastaneler için yapmış olduğumuz analiz neticesinde şehir hastanelerinin vaatlerini gerçekleştirilmemesinin yanı sıra kamu maliyesi için de ilerleyen dönemlerde sorun yaratacağı sonucuna varılmıştır.

Analiz içerisinde şehir hastaneleri için verilen arazi bedelleri, kapatılan devlet hastanelerinin arazi bedeli ve ulaşım maliyetleri hesaplanmıştır. Ayrıca analiz şehir hastanesinin konumundan hareketle şehir ekonomisi üzerindeki etkilerini de tartışmıştır.

Genel itibariyle Türkiye’de şehir hastanelerinin şehirlerden uzak konumlarda gerçekleştirildiğinden bireyler/müşteriler açısından ek bir maliyete ve zaman kaybına neden olduğu görülmüştür. Yine benzer bir şekilde şehir hastanelerinin konumundan kaynaklı olarak

çevre yapılanmasının olmadığı ya da yetersiz olduğu görülmektedir. Şehir hastanesine giden bir birey açısından şehir hastanesi tekeli bulunmaktadır. Ayrıca yapılanmanın olmayışı bireylerin ilaca erişimleri açısından da sorunlar yaratmaktadır.

Şehir hastaneleri sağlık piyasası aktörlerinden olan eczacılar arasında da haksız rekabete neden olmaktadır. Özellikle kapatılan devlet hastanelerinin çevresindeki eczanelerin iş potansiyeli büyük oranda düşmektedir. Şehir ekonomisi açısından da kapatılan devlet hastanelerinin çevresindeki esnafların da iş potansiyelinde azalma olmaktadır. Şehir hastanesinin çevre yapılanmasının olmaması ise şehir ekonomisinde yaşanan bu azalmayı ikame edememektedir.

Şehir hastaneleri maliyetlerinin Türkiye’de ticari bir sır olması neticesinde bazı kurumların beyan ettiği kira bedelleri, kapatılan devlet hastanelerinin arazi bedelleri ve şehir hastanesinin arazi bedellerini içerisinde bulunduğu toplam fiziki maliyet göz önünde bulundurduğumuzda şehir hastanesi yerine devlet hastanesinin açılmasının maliyetler açısından daha uygun olduğu kanısına verilmiştir. Şehir hastanelerinin baştaki vaatlerinden giderek uzaklaştığı görülmektedir. Yapılan 10 tane şehir hastanesinin toplam maliyetleri ile yaklaşık 226 tane 1200 yataklı Erzurum Devlet Hastanesi yapılabilmektedir.

Şehir hastaneleri maliyetlerinin dışında ise Türkiye’de sağlık hizmet kalitesini arttırdığı görülmektedir. Bu bağlamda şehir hastanesinin en başta vaatleri arasında olan sağlık hizmet kalitesini artırması gerçekleşmiştir.

Şehir hastaneleri ile daha fazla hizmet tek bir merkezden verilmektedir. Böylelikle birden fazla hizmetten yararlanmak isteyen bireyler ek bir ulaşım maliyetine katlanmaksızın tedavilerini gerçekleştirebileceklerdir.

Türkiye’de uzun dönemde büyük ve kronik bir maliyet unsuru haline gelecek olan şehir hastanelerinin Sayıştay raporlarında bulunan sözleşmeye aykırı hareketler neticesinde sözleşmelerinin feshi gerçekleştirilmesi makul bir politika olabilir. Ya da mevcut sözleşmelerin yeniden düzenlenmesine gidilerek maliyetlerin olağan seviyelere çekilmesi Türkiye için bir seçenek olabilir.

Şehir hastanesi projeleri Devlet İhale Kanunu, Sayıştay Kanunu, İmar Kanunu ve Çevre Kanunları ile entegre olacak şekilde gerçekleştirilmesi Türkiye’de daha etkin projelerin gerçekleşmesini sağlayabilir.

Projeyi üstlenen firmalara uzun dönemde kaynak aktarımı gerçekleşmemesi için vergiden muaf tutulmamalıdır. Bu sayede de kamu için hem bir ek gelir sağlanırken hem de kaynak aktarımının önüne geçilebilir.

Projeyi üstlenen firmaların dış borç almaları engellenebilir böylelikle de ödenen kira yurt içinde kalır. Bu da ekonomide gerçekleşecek olan sızıntının önüne geçmeyi mümkün kılar.

Şehir hastanelerinin var olan işletme süreleri Fransa'da ve Birleşik Krallık'ta olduğu gibi yeniden düzenlenebilir. Böylelikle uzun yıllar boyunca ödeme yapmanın önüne geçilmiş olunabilir.

Şehir hastaneleri projelendirme, ihale süreci, kira bedelleri ve muhasebeleştirilmesi kamuoyuna açık bir şekilde gerçekleşmelidir. Türkiye bu konuda gerekli şeffaflığı sağlayarak hesap verilebilirliğini arttırabilir.

Türkiye'de 2017 yılından sonra şehir hastaneleri sözleşmesi imzalanmadığı görülmektedir. Bu da şehir hastaneleri modelinden vazgeçildiğinin göstergesi olabilmektedir. Şehir hastanelerinin kendi içerisinde pozitif yanları olduğu gibi negatif yanları da bulunmaktadır. Yeni sözleşmelerin yapılmaması hakkında Türkiye'nin aldığı kararları kamu maliyesi açısından değerlendirecek olursak eğer; rasyonel bir karar olduğu görülmektedir.

KAYNAKÇA

- Абалкин, Л.И. (2007). *Экономическая история СССР*. ИИФРА-М, Moskova.
- Aktan, C. C. (1991). "Osmanlı İltizam Sistemi" . *Türk Dünyası Araştırmaları Dergisi*, 71: 73-79.
- Asian Development Bank (2007), *India: Mundra Ultra Mega Power Project; Enviromental Assesment Report*. ADB, Manila.
- Assian Development Bank, (2007). *India: Ultra Mega Power Project*. Assian Development Bank, New Delhi.
- Assian Development Bank, (2013). *Technical Assistance Consultant's Report: Philippines: Public-Private Partnership in Health (Financed by the Japan Special Fund)*. Assian Development Bank, Canberra.
- Batiato, S. E. (1993). "*Cost-Benefit Analysis and The Theory of Resource Allocation*". Williams A. (ed.), *Efficiency in The Public Sector*. E. Giardina Edward Elgar Publishing Company England, Londra.
- Bergh, R.(2014). "A Rule Must Arise From The As It Is and It Is Not Cast In Stone". *Fundamina: A Journal of Legal History*, 1: 965-972.
- Borchard, E. (1933). "French Administrative Law". *Yale University Law Faculty Scholarship Series*, Yale.
- Brookings Institution. (2017). *Public-Private Partnerships Reference Guide*. Brookings Institution, Londra.
- Boz, S. S. (2013). "Kamu Özel İşbirliği (PPP) Modeli". *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 4 (2): 277-332.
- Budina, N., Brixi, H. P. ve Irwin, T. (2007). "Public-Private Partnership in the New Member States". *Managing Fiscal Risks, World Bank Working Paper*, (114): 3.
- Chevallier, J. (1990). "*Le concept d'intérêt en science administrative*". l'Université Saint-Louis, St. Louis.
- Çal, S. (2009). "Kamu Hizmeti Kavramı Üzerine Kimi Düşünceler", *Prof. Dr. Hüseyin Hatemi'ye Armağan*, İstanbul, Vedat Yayıncılık, s.1829-1906.
- Çelen. M. (2013). "*Kalkınma Ajansları ve Yönetişim*". 26. Maliye Sempozyumu, 125-150.
- Daştan, İ. Ve Çetinkaya, V. (2015). *OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması*. *Journal Of Social Security / SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Danıştay, (2006). *Danışma Kararları Ve İdari Uyuşmazlıklara İlişkin Kararlar*. Danıştay, Ankara.
- Demir, L. (2003). "Kamu Hizmetleri". Balcı M. (ed.), *Genç Hukukçular Hukuk Okumaları Birikimler*, İstanbul.
- Devlet Planlama Teşkilatı, (1984). *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara.
- Duguît, L. (1923). "The Concept of Public Service". *Yale Law Journal*, 32(5): 425-435.

- Erdem, E. (2015). *Sağlık Hizmetinde Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Kamu Maliyesine Etkileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Erol, M. (2010). “Kamu Hizmetlerinin Görülüş Usullerinden Ruhsat (Lisans, İdari İzin, Yetkilendirme) Yönetimi ve Düzenleyici ve Denetleyici Kurumların Lisans Konusundaki Yetkilerinin Danıştay Kararları Çerçevesinde Değerlendirilmesi” . *TBB dergisi* 90: 344-378.
- Ferreira-Snyman, M. P. (2006). “The Evolution Of State Sovereignty: A Historical Overview”. *Fundamina : A Journal of Legal History*, 1: 2-12.
- Ergen, Z. (2008). “Kamu Kesimi Yatırım Projelerinin Değerlendirilmesinde Fayda-Maliyet Analizi Tekniği Ve Türkiyede Uygulanabilirliği”. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(2):115-132.
- Ergun ve Gül, (2011). “Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği: Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar”. 2. *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu Bildiriler Kitabı*, 323.
- Evren, Ç. C. (2016). *Kamu Özel İşbirlikleri*. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Garsse, S. V. (2008), *Public-Private Partnerships, Concessions and Public Procurement Law*, 3rd International Public Procurement Conference Proceedings, Londra.
- Gökkaya D., Eroymak S. ve İzgüden D. (2018). “Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi”. *Social Sciences Studies Journal*, 19(4):2235-2243
- Gözler, K. (2007). *İdare Hukuku*. Ekin Kitabevi, Bursa.
- Gözler, K. ve Kaplan, G. (2012). *İdare Hukuku Dersleri*, Ekin Yayınevi, Bursa.
- Güney, E. (2005), “Kamu Hizmetleri ve Altyapıda Kamu- Özel İşbirliği”, *E- Yaklaşım Dergisi*, 19: 126-151.
- Ho, Andrew Fu Wah; Chew, David; Wong, Ting Hway; Ng, Yih Yng; Pek, Pin Pin; Lim, Swee Han; Anantharaman, Venkataraman; Hock Ong, Marcus Eng (2015). "Prehospital Trauma Care in Singapore". *Prehospital Emergency Care*. 19(3): 409–415.
- IMF, Turkey, (2012). *Article IV Consultation Staff Report; Staff Supplements; Public Information Notice on the Executive Board Discussion; and Statement by the Executive Director for Turkey*, IMF Country Report No. 12/16.
- IMF, (2006). *Public Private Partnerships, Government Guarantees, And Fiscal Risk*. IMF, Washington.
- IMF, (2007). *Public-private Partnership, Government Guarantees, and Fiscal Risk*. IMF, Washington.
- IMF, (2012). *PPIAF: Public- Private Partnerships. Reference Guide*, IMF Version 1.0, Washington.
- IMF, (2018). *World Economic Outlook*. Version 1.0, Washington.
- IEnova, (2015). *Investor Presentation*, Nuevo Leon 2015.
- Hall, P. (1999). *Cities in Civilization*. Orion Publishing Group, Londra.
- Healthcare UK. , (2016). *Healthcare infrastructure services*. Healthcare UK, Londra.

- House of Commons Committee of Public Accounts, (2005). *The refinancing of the Norfolk and Norwich PFI Hospital*. House of Commons Committee of Public Accounts, Londra.
- İmirlioğlu, İ. (2009). “Devlet Hastanelerinde Çalışan Doktorların Ve Hemşirelerin Stres Kaynakları Ve Stresin Performanslarına Etkilerine İlişkin Görüşleri (Ankara İli Örneği)” . *Dergipark*, 1-12.
- Jubilee Debt Campagin. (2017). *The UK's PPP'S Disaster, Final Version*. Jubilee Debt Campagin, Londra.
- Karasu, K. (2011). “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı”. *SBF Dergisi*, 66(3): 217-262.
- Kartal, G. B. (2009). *Kamu Özel İşbirliği Kurumsal Yapılanma Modelleri – Türkiye Değerlendirmesi*, Uzmanlık Tezi, Hazine Müsteşarlığı, Ankara.
- Kalkınma Bakanlığı. (2012). *Dünya’da ve Türkiye’de Kamu Özel İşbirliğine İlişkin Gelişmeler*. Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Kalkınma Bakanlığı. (2012). *Kamu Özel İşbirliği Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Kalkınma Bakanlığı. Ankara.
- Kalkınma Bakanlığı. (2014). *Kamu Özel İşbirliği Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Kalkınma Bakanlığı. Ankara.
- Karahanoğulları, O. (2002). *Kamu Hizmeti (Kavram ve Hukuksal Rejim)*. Turhan Kitabevi, Ankara.
- Karahanoğulları, O. (2011a). “Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tip: Eksik İmtiyaz (Kamu Özel Ortaklığı)”. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 66(3):180.
- Karahanoğulları, O. (2011b). “Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tip: Eksik İmtiyaz (Kamu Özel Ortaklığı)”. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 66(3): 179.
- Keskin, S. (2011). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel Ortaklık Modeli (Aydın Örneği)*, Adnan Menderes Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- McGregor Jr., Eugene B. Campbell, A. K. Macy, A. (1982). "Symposium: The Public Service as Institution". *Public Administration Review*. Cleveland, Harlan Washington, 42 (4): 304–320.
- Oxford Economics, (2017). *Global Infrastructure Outlook*. University of Oxford, Oxford.
- Öncü, T. S. (2018). “Talan Yoluyla Sermaye Birikim Aracı Olarak Kamu-Özel Ortaklığı: Verimsiz ve Pahalı Bir Finansman Modeli”, *Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri*. K. Pala (drl.). İletişim Yayınları, İstanbul.
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, (2012). *2011 Sağlık İstatistik Yıllığı*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, (2013). *2012 Sağlık İstatistik Yıllığı*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, (2014). *2013 Sağlık İstatistik Yıllığı*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, (2015). *2014 Sağlık İstatistik Yıllığı*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, (2016). *2015 Sağlık İstatistik Yıllığı*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, (2017). *2016 Sağlık İstatistik Yıllığı*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, (2018). *2017 Sağlık İstatistik Yıllığı*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Sen Araştırma Merkezi, (2018). *Şehir Hastaneleri Araştırması*, Sağlık Sen Araştırma Enstitüsü, Ankara.
- Samuelson, P. (1954). "The Theory of Public Expenditure, in: Review of Economics and Statistics". *The MIT Press*, 36 (4): 387-389.
- Saraç, Ö. T. (2011). "Yarı çevrenin küresel meta zinciriyle bağlanması: 1980 Sonrası dönemde kobi'ler marifetiyle taşeronlaşmanın ekonomi politikası (Türkiye analizi)". *Mülkiye Dergisi*, 35: 7-41.
- Sargutan, A. T. (2005). "Karşılaştırmalı sağlık sistemleri yaklaşımı". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 81.
- SATURK, (2019). *Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Önemi*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sektörler ve Kamu Yatırımları Genel Müdürlüğü, (2019). *Kamu-Özel İşbirliği Raporu 2018*. Sektörler ve Kamu Yatırımları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Skanska, (2010). *Capital Hospitals and Barts and the Royal London*. Skanska, Londra.
- Soyak, M. (2010). "Özelleştirme Olgusu ve Türkiye'nin Özelleştirme Deneyimi Üzerine Bir Değerlendirme", *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*, 14: 188-189.
- Stambrook, D. (2005). *Successful Examples of Public-Private Partnerships and Private Sector Involvement in Transport Infrastructure Development Under Contract with the OECD/ECMT Transport Research Centre, Final Report*, Virtuosity Consulting, Ottawa.
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). *Kamu-Özel İşbirliği Raporu 2018*. Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Ankara.
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2018). *Kamu-Özel İşbirliği Raporu 2017*. Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Ankara.
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2017). *Kamu-Özel İşbirliği Raporu 2016*. Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Ankara.
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı, (2019). *Vatandaş Bütçe Rehberi*. Strateji Bütçe Başkanlığı, Ankara.
- Şahin B. (2011), *Dış Kaynaklardan Yararlanma ve İşletme Fonksiyonlarına Uygulanabilirliği. Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*. II, 86-106.
- T.C. Sayıştay, (2018). *Sağlık Bakanlığı 2018 Yılı Sayıştay Denetim Raporu*. T.C. Sayıştay, Ankara.
- Teker, D. (2008), "Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi", *Okan Üniversitesi*.
- Tekin, P. Ş. (2017) "Küresel Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları ve Türkiye Sağlık sektörü Açısından Bir Değerlendirme". *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 16(2), 7-19.
- Temiz, D. (2014), "Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık". *Ankara Üniversitesi SBF dergisi*, 71-195.

- Tıraş, H. (2013). “Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme”, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF Dergisi*, s. 124-141.
- Tokgöz, E. (2011). *İktisat Biliminin Yeni Uygulama Alanı: Sağlık Ekonomisi*. İstanbul Üniversitesi.
- Turan, M. (2007). *Fayda-Maliyet Analizi Kapsamında Kızılcahamam Soğuksu Milli Parkı İncelemesi*. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Uğurluoğlu, E. Özgen, H. (2008). “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2: 1-24.
- Unece, (2004). *PPP in France – Healthcare Sector*. Unece, Paris.
- Uzunali, E. ve Görmez, H. (2019). “Devlet Bütçesi Açısından Kamu Özel İşbirliği Projelerinde Hibrid Yönetişim Standartlarının Geliştirilmesinin Önemi”. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12 (65), 1133-1148.
- Varian, H.r. (2010). *Intermediate Microeconomics*. W.W. Norton & Norton Company, Londra.
- Yavuz, N. (2011). *Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması*. Tezsiz Yüksek Lisans Bitirme Projesi, Isparta.
- Yescombe, E. R. (2007). *Public Private Partnership: Principles of Policy and Finance*. Elsevier Publishing, Oxford.
- WHO: European Observatory on Health Care Systems, (2000). *Health Care Systems in Transition: Norway*. European Observatory on Health Care Systems. WHO, Londra.
- World Bank, (1991). *Managing Development: The Governance Dimension*. World Bank, Washington.
- World Health Organization, (2009). *A Basic Health Services Package*. World Health Organization For Iraq.
- World Health Organization, (1978). *Declaration of Alma-Ata*. World Health Organization, Alma-Ata.
- World Bank, (2011). *Philippine Health Sector Review Transforming The Philippine Health Sector: Challenges And Future Directions*. World Bank.
- World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. WHO Library Catalogue.

İNTERNET KAYNAKLARI

- ADB, “PHI Tacr” , <https://www.adb.org/sites/default/files/project-document/79124/41664-012-phi-tacr-01.pdf> ,(erişim tarihi: 22.12.2019).
- American Psychological Association , “Division 38” , <https://www.apa.org/about/division/div38-2012> ,(erişim tarihi: 15.07.2019).
- Ankarazi, <https://ankarazi.com/ankara-nigde-adana-otoyolu-tum-detaylar/186/> ,(erişim tarihi: 18.10.2019).
- Asian Development Bank, “Environmental Assessment Report” , <https://www.adb.org/sites/default/files/project-document/65648/41946-ind-seia.pdf> ,(erişim tarihi: 21.01.2019).
- Абалкин, Л.И., “Экономическая история СССР - Абалкин Л.И. – Очерки” , <https://institutiones.com/download/books/1972-ekonomicheskaya-istoriya-sssr-abalkin.html> , (Erişim Tarihi: 22.11.2019).
- Batiweb, Le Centre hospitalier sud-francilien veut rompre son PPP avec Eiffage. <https://www.batiweb.com/actualites/vie-des-societes/le-centre-hospitalier-sud-francilien-veut-rompre-son-ppp-avec-eiffage-2014-02-28-23853> (erişim tarihi: 02.01.2020).
- BDP, “Financial Close for Bristol Southmead Hospital” , <http://www.bdp.com/en/latest/news/2010/financial-close-for-bristol-southmead-hospital/> ,(erişim tarihi: 22.12.2019).
- Bergh, R., “A Rule Must Arise From The As It Is and It Is Not Cast In Stone” , <http://www.scielo.org.za/pdf/funda/v20n2/45.pdf> (erişim tarihi: 28.10.2019).
- Bloomberg, Where Do You Get the Most for Your Health Care Dollar?. <https://www.bloomberg.com/graphics/infographics/most-efficient-health-care-around-the-world.html> (erişim tarihi: 02.01.2020).
- Borchard, E., “French Administrative Law” , <https://pdfs.semanticscholar.org/8249/65b728af4f181bc91960e6a852419c5cc99e.pdf> (erişim tarihi: 28.10.2019).
- Bovis, “Puerta de Hierro Hospital Majadahonda” , <http://www.bovis.es/en/projects/puerta-de-hierro-hospital-majadahonda/> ,(erişim tarihi: 21.12.2019).
- Bursa’da Bugün, “Bursa Şehir Hastanesi Açılıyor, Hastaneler Taşınıyor” , <http://www.bursadabugun.com/haber/bursa-sehir-hastanesi-aciliyor-hastaneler-tasiniliyor-1153780.html> , (erişim tarihi: 17.12.2019).
- Cherry, K., “ Studying Health Psychology and Illness” , <https://www.verywellmind.com/what-is-health-psychology-2794907> , (erişim tarihi: 15.07.2019).
- Chevallier, J., “Les Fondements Ideologiques Du Droit Administratif Français” , <https://www.u-picardie.fr/curapp-revues/root/10/chevallier.pdf> (erişim tarihi: 28.10.2019).
- CHP, “11 Aralık 2017 TBMM Genel Kurulu” , <https://www.chp.org.tr/haberler/11-aralik-2017-tarihli-tbmm-genel-kurulu-2018-yili-merkezi-butce-kanunu-tasarisi-hakkinda-konusmasi?q=%C5%9Fehir%20hastane> ,(erişim tarihi 15.12.2019).
- CPF, Retrived. <https://www.cpf.gov.sg/members/aboutus/about-us-info/cpf-overview> (erişim tarihi: 02.01.2020).
- Cooper, K., “A Brief History of The UK Parliament” <https://www.bbc.com/news/uk-politics-29252332> (erişim tarihi: 28.10.2019).

- Çelen, M., “Kalkınma Ajansları ve Yönetişim”, http://www.maliyesempozyumu.org/wp-content/uploads/2017/10/Maliye-Sempozyumu_26_125_150.pdf, (erişim tarihi 14.05.2019).
- El País, “Who Owns the Madrid region’s Hospital?”, https://elpais.com/elpais/2012/03/22/inenglish/1332423616_936270.html, (erişim tarihi: 22.12.2019).
- Emlak Kulisi, “Haliçport Projesi’ne 4 bin 159 Metrekare alan ilavesi”, <https://emlakkulisi.com/halicport-projesine-4-bin-159-metrekare-alan-ilavesi/518290>, (erişim tarihi: 18.10.2019).
- Erdemir D. A. <https://www.medimagazin.com.tr/authors/aysegul-d-erdemir/tr-hipokratin-ogretlerinde-etik-gercekler-72-25-3705.html> (erişim tarihi: 23.12.2017).
- Expat, Healthcare System in Norway. <https://www.expats.com/en/guide/europe/norway/863-health-care-in-norway.html> (erişim tarihi: 02.01.2020).
- Ferreira-Snyman, M.P., “The Evolution of State Sovereignty: A Historical Overview”, <http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/3689/Fundamina%20Snyman.finaal.pdf?sequence=1> (erişim tarihi: 28.10.2019).
- Guide Me Singapore, Healthcare in Singapore. <https://www.guidemesingapore.com/business-guides/immigration/get-to-know-singapore/healthcare-in-singapore> (erişim tarihi: 03.01.2020).
- Güneş, T. (1957). *Parlamenter Rejimin Bugünkü Manası ve İşleyişi*. İ.Ü.H.F Yayınları, İstanbul.
- Hall, P., “Cities in Civilization: Culture, Innovation and Urban Order” https://books.google.com.tr/books/about/Cities_in_Civilization.html?id=0AmeQgAACAAJ&source=kp_cover&redir_esc=y, (erişim tarihi 28.10.2019).
- Hayes, A., Build-Operate-Transfer Contract, <https://www.investopedia.com/terms/b/botcontract.asp>, (erişim tarihi: 20.11.2019).
- Helsenorge Norway, Rights and Health Services. <https://helsenorge.no/other-languages/english> (erişim tarihi: 02.01.2020).
- Helmig, B., “Contracting Out” <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/contracting-out-30848>, (Erişim Tarihi: 22.11.2019).
- IEnova, (2015). Investor Presentation, Nuevo Leon 2015.
- ILO, “ILO’nun yayınladığı yeni rakamlar, dünyada 164 milyon göçmen işçi olduğunu gösteriyor”, https://www.ilo.org/ankara/news/WCMS_652525/lang--tr/index.htm (erişim tarihi 15.11.2019).
- Internationals Business Times, Singapore healthiest Asian country; Italy tops global list despite economic crisis. <https://www.ibtimes.sg/italy-named-worlds-healthiest-country-despite-economic-crisis-8576> (erişim tarihi 02.01.2020).
- International Common Wealth Fund, Singapur Healthcare System. <https://international.commonwealthfund.org/countries/singapore/> (erişim tarihi: 02.01.2020).
- International Health Care System Profiles, France Health System. <https://international.commonwealthfund.org/countries/france/> (erişim tarihi: 01.01.2020).
- INFRA PPP World, EBRD Consider Financing Kocaeli Hospital. <https://www.infrappworld.com/news/megaproject-697-ebd-considers-financing-kocaeli-hospital-ppp> (erişim tarihi: 03.01.2020).
- INFRA PPP World, Financiers Announced for Turkish Hospital. <https://www.infrappworld.com/news/financiers-announced-for-turkish-hospital-ppp> (erişim tarihi: 03.01.2020).

- INFRA PPP World, Financial Close Reached for Etlik Integrated Healthcare Campus in Turkey, <https://www.infrappworld.com/news/megaproject-610-financial-close-reached-for-etlik-integrated-healthcare-campus-in-turkey> (erişim tarihi: 03.01.2020).
- INFRA PPP World, France Eiffage Agrees. <https://www.infrappworld.com/news/eiffage-agrees-to-terminate-health-ppp-contract-in-france> (erişim tarihi: 02.01.2020).
- INFRA PPP World, Islamic Development Bank Enters into PPP Hospital Market in Turkey. <https://www.infrappworld.com/news/islamic-development-bank-isdb-enters-into-ppp-hospital-market-in-turkey> (erişim tarihi: 03.01.2020).
- INFRA PPP World, Ronas Holding Acquires Istanbul İkitelli Hospital. <https://www.infrappworld.com/news/megaproject-528-ronas-holding-acquires-istanbul-ikitelli-hospital-ppp-in-turkey> (erişim tarihi: 03.01.2020).
- İmirlioğlu, İ., “Doktor ve Hemşirelerin Stres Kaynakları ve Stresin Performanslarına Etkileri”, http://www.vizyon21y.com/documan/Genel_Konular/Guncel/Saglik/Doktor_ve_Hemşirelerin_Stres_Kaynaklari_Performansa_Etkileri.pdf ,(erişim tarihi: 21.12.2018).
- İZHAS, İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü. <http://www.izhas.com.tr/tr/proje-hakkinda.html> (erişim tarihi: 03.01.2020).
- Jubilee Debt Campaign, “The UK’s PPP’S Disaster, Final Version” , https://jubileedebt.org.uk/wp-content/uploads/2017/02/The-UKs-PPPs-disaster_Final-version_02.17.pdf ,(erişim tarihi: 22.12.2019).
- Kara Yolları Genel Müdürlüğü, <https://www.kgm.gov.tr/Sayfalar/KGM/SiteTr/Projeler/OtoyolProjeleri/AnkaraNigde.aspx> ,(erişim tarihi: 18.10.2019).
- Knoema, France Social Health Insurance as % of Current Health Expenditure Percentage, <https://knoema.com/WHONHA2019/national-health-accounts?tsId=1547240> (erişim tarihi: 02.01.2020).
- Krause, T., “Ausführliche Definition”, <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/privatisierung-42900>, (Erişim Tarihi: 22.11.2019).
- Lagay, J., “Aandeel Volkswagen: Een vreemde eend in de bijt”, <https://www.lynx.be/kennis/aandelen/20190726-aandeel-volkswagen-vreemde-eend/> ,(erişim tarihi: 21.11.2019).
- LENTA, “ЭКОНОМИКА”, <https://lenta.ru/rubrics/economics>, (erişim tarihi: 22.11.2019).
- Lemoniteur, Hôpital sud-francilien: une inauguration manquée pour un PPP rate. <https://www.lemoniteur.fr/article/hopital-sud-francilien-une-inauguration-manquee-pour-un-ppp-rate.673224> (erişim tarihi: 02.01.2020).
- Lister, J., “The Trouble with the Floundering Flagship is Barts Health”, <http://theconversation.com/the-trouble-with-the-floundering-flagship-that-is-barts-health-38020> ,(erişim tarihi: 22.12.2019).
- London School of Economics, “Average salary for London School of Economics alumni & graduates”, <https://www.emolument.com/salary-reports/universities/london-school-of-economics/13867> ,(erişim tarihi: 15.12.2019).
- LENTA , <https://lenta.ru/rubrics/economics> , (Erişim Tarihi: 22.11.2019).
- Mega İstanbul, <https://megaprojeleristanbul.com/print/3-havalimani> ,(erişim tarihi: 18.10.2019).
- Milliyet, “Erdoğan, Üçüncü bir Havalimanı Görürseniz Şaşırmayın”, <http://siyaset.milliyet.com.tr/erdgan-ucuncu-bir-havalimani-gorurseniz-sasirmayin/siyaset/siyasetdetay/30.10.2010/1308060/default.htm> , (erişim tarihi 18.10.2019).

- Ministère des Solidarités et de la Santé, <https://solidarites-sante.gouv.fr/> (erişim tarihi: 01.01.2020).
- National Library of Medicine National Institutes of Health, Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3114730/> (erişim tarihi: 03.01.2020).
- Norway Government, Ministry of Health and Care Services. <https://www.regjeringen.no/en/dep/hod/id421/> (erişim tarihi: 02.01.2020).
- OECD, “Principles for Public Governance of PPP”, <http://www.oecd.org/gov/budgeting/oecd-principles-for-public-governance-of-public-private-partnerships.htm>. (erişim tarihi: 09.01.2019).
- OECD, “PPP How Can”, <https://olc.worldbank.org/content/public-private-partnerships-ppp-how-can-ppps-help-deliver-better-services-0> ,(erişim tarihi: 09.01.2019).
- OECD, Health Spending Per Capita in Norway. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (erişim tarihi: 02.01.2020).
- OECD, Hospital Beds in Norway. <https://data.oecd.org/healthq/hospital-beds.htm> (erişim tarihi: 02.01.2020).
- Oxford Business Group, “Philippine Health Sector Grow Through Number Public Private Partnerships” , <https://oxfordbusinessgroup.com/analysis/philippine-health-sector-set-grow-through-number-public-private-partnerships> ,(erişim tarihi 23.12.2019).
- Oxford Economics, “Global Infrastructure Outlook”, <https://cdn.gihub.org/outlook/live/methodology/Global+Infrastructure+Outlook+-+July+2017.pdf> ,(erişim tarihi: 25.11.2019).
- ÖİB, <https://www.oib.gov.tr/misyon-vizyon>, (Erişim Tarihi: 22.11.2019).
- ÖİB, <https://www.oib.gov.tr/faaliyet-raporlar%C4%B1>, (Erişim Tarihi: 22.11.2019).
- ÖİB, <https://www.oib.gov.tr/faaliyet-raporlar%C4%B1>, (Erişim Tarihi: 22.11.2019).
- Pandey, K., “NITI Aayog’s PPP model for district hospitals pushes for privatisation of health sector” , <https://www.downtoearth.org.in/news/health/niti-aayog-s-ppp-model-for-district-hospitals-pushes-for-privatisation-of-health-sector-61905> ,(erişim tarihi: 22.12.2019).
- Philippine Government, https://ppp.gov.ph/ppp_projects/philippine-general-hospital-pgh-diliman-om-ppp-project/ (erişim tarihi: 22.12.2019).
- Philippine Government, “Fear Not the PPP for Public Hospitals” , https://ppp.gov.ph/in_the_news/fear-not-the-ppp-for-public-hospitals/ ,(erişim tarihi 23.12.2019).
- Philippine Government, https://ppp.gov.ph/in_the_news/all-72-doh-run-hospitals-candidate-for-ppp/ ,(erişim tarihi 22.12.2019).
- Pipfunds, “Southmead Hospital” , <https://www.pipfunds.co.uk/our-investments/social-infrastructure/southmead-hospital/> ,(erişim tarihi: 22.12.2019).
- PNHP, “Health Care Systems Four Basic Models”, <https://pnhp.org/resource/health-care-systems-four-basic-models/> ,(erişim tarihi: 19.06.2019).
- Power Technology, “Mundra Ultra Mega Power Plant Gujarat”, <https://www.power-technology.com/projects/mundra-ultra-mega-power-plant-gujarat/>, (erişim tarihi: 21.01.2019).
- PPP Forum, “Norfolk and Norwich Case Study”, <https://www.pppforum.com/case-studies/norfolk-and-norwich-case-study> ,(erişim tarihi: 22.12.2019).
- Practical Law, <https://uk.practicallaw.thomsonreuters.com/0-502-6943?transitionType=Default&contextData=%28sc.Default%29>, (erişim tarihi: 22.11.2019).
- Proller, I., “Privatisierung”, <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/privatisierung-42900> ,(erişim tarihi: 22.11.2019).

- Railwaypro, “China signs agreement for its first PPP rail Project”, <https://www.railwaypro.com/wp/china-signs-agreement-first-ppp-rail-project/>, (erişim tarihi: 22.01.2019).
- Reuters, T., “Privatization”, <https://uk.practicallaw.thomsonreuters.com/0-502-6943?transitionType=Default&contextData=%28sc.Default%29>, (erişim tarihi: 22.11.2019).
- Republic of the Philippines, Fear not the PPP for public hospitals. https://ppp.gov.ph/in_the_news/fear-not-the-ppp-for-public-hospitals/ (erişim tarihi: 23.12.2019).
- Rönesans, “Adana Şehir Hastanesi”, <https://ronesans.com/en/proje/adana-city-hospital/>, (erişim tarihi: 15.12.2019).
- Rönesans, “Yozgat Şehir Hastanesi”, <http://www.ronesansisletmehizmetleri.com/tr/35715/Yozgat-Sehir-Hastanesi>, (erişim tarihi: 15.12.2019).
- Rönesans, YGAP ve FTR Hastaneleri. <http://www.ronesansisletmehizmetleri.com/tr/37069/FTR-ve-YGAP-Hastaneleri> (erişim tarihi: 03.01.2020).
- Rude, G., “The Crowd in The French Revolution”, <https://global.oup.com/ushe/product/the-crowd-in-the-french-revolution-9780195003703?cc=tr&lang=en&> (erişim tarihi: 28.10.2019).
- Sağlık Bakanlığı, <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4854&MevzuatIliski=0&sourceXMLSearch=%C3%B6zel%20hasta>, (erişim tarihi: 15.12.2019).(a)
- Sağlık Bakanlığı, “Ankara Şehir Hastanesi”, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,57195/ankara-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 17.12.2019).(b)
- Sağlık Bakanlığı, “Bursa Şehir Hastanesi”, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,56560/bursa-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 17.12.2019).(c)
- Sağlık Bakanlığı, “Elazığ Şehir Hastanesi”, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,46332/elazig-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 15.12.2019).(ç)
- Sağlık Bakanlığı, “Eskişehir Şehir Hastanesi”, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,50232/eskisehir-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 17.12.2019).(d)
- Sağlık Bakanlığı, “İsparta Şehir Hastanesi”, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33978/isparta-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 15.12.2019).(e)
- Sağlık Bakanlığı, “Kayseri Şehir Hastanesi”, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33978/kayseri-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 15.12.2019).(f)
- Sağlık Bakanlığı, “Manisa Şehir Hastanesi”, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,50229/manisa-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 15.12.2019).(g)
- Sağlık Bakanlığı, “Mersin Şehir Hastanesi”, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33129/mersin-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 16.12.2019).(h)
- Sağlık Bakanlığı, “Türkiye’nin Sağlık Turizmindeki Önemi” ,<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10948,06pdf.pdf?0> , (erişim tarihi: 15.12.2019).(ı)
- Sağlık Bakanlığı, “Yozgat Şehir Hastanesi”, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33130/yozyat-sehir-hastanesi.html> (erişim tarihi: 15.12.2019).(i)
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları. <https://yts.saglik.gov.tr/PublicYatirimlar.aspx?Oid=113> (erişim tarihi: 03.01.2020).(j)

- Sağlık Bakanlığı, Şehir Hastanesi Yatırımları. <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html> (erişim tarihi: 03.01.2020).(k)
- Sağlık Bakanlığı, Tekirdağ Şehir Hastanesi. <https://yts.saglik.gov.tr/PublicYatirimlar.aspx?il=tekirda%c4%9f> (erişim tarihi: 03.01.2020).
- Sartorius, N., “The Meanings of Health and its Promotion”,(l) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080455/> ,(erişim tarihi: 15.07.2019).
- SASAM Enstitüsü, “Şehir Hastaneleri Araştırması”, <https://play.google.com/books/reader?id=n4R-DwAAQBAJ&hl=tr&pg=GBS.PA3> ,(erişim tarihi: 15.12.2019).
- Sayıştay, <https://www.sayistay.gov.tr/tr/?p=2&CategoryId=103> (erişim tarihi: 15.12.2019).
- SBB, http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/01/Vatanda%C5%9F-B%C3%BCt%C3%A7e-Rehberi-2019.BASKI_.pdf ,(erişim tarihi: 29.11.2019).
- SKANSKA, “Barts Whiye Paper Single Pages Brochure” , <https://www.skanska.se/4929c6/siteassets/om-skanska/press/nks-i-media/barts-white-paper-single-pages-brochure-format.pdf> ,(erişim tarihi: 21.01.2019).
- Singapore Minister of Health, MEDIFUND. <https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/medifund> (erişim tarihi: 02.01.2020).
- Solaker, G., “ Şehir Hastanelerinde Mali Yük İşleyiş ve Ulaşım Soru İşareti” , <https://www.dw.com/tr/şehir-hastanelerinde-mali-yük-işleyiş-ve-ulaşım-soru-işareti-yaratıyor/a-47761136> ,(erişim tarihi: 15.12.2019).
- SYGM, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,30038/genel-mudurlugumuz-misyon-ve-vizyon.html> ,(erişim tarihi: 20.01.2019).
- T.C. Anayasa, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.8711488.pdf> , (erişim tarihi: 22.11.2019).
- T.C. Anayasa, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3465.pdf> , (erişim tarihi: 22.11.2019).
- T.C. Anayasa, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3996.pdf> , (erişim tarihi: 22.11.2019).
- T.C. Strateji Ve Bütçe Başkanlığı, “2018 Kamu Özel İşbirliği Raporu”, <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/05/Kamu-Ozel-Isbirligi-Raporu-2018.pdf> ,(erişim tarihi 20.10.2019).
- TDK, <https://sozluk.gov.tr/?kelime=ozellestirme> , (erişim tarihi: 24,11,2019).(a)
- TDK, <https://sozluk.gov.tr/?kelime=hibrid%20sporcu> , (erişim tarihi: 15.10.2019).(b)
- TDK, <https://sozluk.gov.tr/?kelime=sa%C4%9F%C4%B1k%20hizmetleri> ,(erişim tarihi: 15.07.2019).(c)
- The Guardian, “Carillion Super Hospital Community Life” , <https://www.theguardian.com/sustainable-business/carillion-super-hospital-community-life> ,(erişim tarihi, 22.12.2019).
- Time of India, “Raj to Hand Over 50 Urban PHCS to Private Players” , <https://timesofindia.indiatimes.com/city/jaipur/raj-to-hand-over-50-urban-phcs-to-private-players/articleshow/59496563.cms> ,(erişim tarihi: 22.12.2019).
- Toppr, “Introduction to LPG”, <https://www.toppr.com/guides/economics/liberalization-privatisation-and-globalisation/introduction-to-lpg> , (Erişim Tarihi: 22.11.2019).
- TTB, “Şehir Hastaneleri” , http://www.ttb.org.tr/kollar/_sehirhastaneleri/haber_goster.php?Guid=bbfc359e-d8f7-11e7-ab27-5e59a11fb42d ,(erişim tarihi: 22.12.2019).
- TTB, “KÖİ Gerçekler ve Yalanlar” ,http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=6215639c-0461-11ea-9041-8f759fbedb0f ,(erişim tarihi: 15.12.2019).
- TTB, “Şehir Hastaneleri Sempozyumu” , http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=6215639c-0461-11ea-9041-8f759fbedb0f ,(erişim tarihi: 15.12.2019).

- Трофимова Альфия Харисовна, “ПОНЯТИЕ ПРИВАТИЗАЦИИ (ЮРИДИЧЕСКИЙ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ)”, <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-privatizatsii-yuridicheskii-i-ekonomicheskii-aspekty>, (Erişim Tarihi: 22.11.2019).
- Türk Kızılay, “İlk Yardım”, <http://www.ilkyardim.org.tr/>, (erişim tarihi: 15.12.2019).
- UK, “Charging Infrastructure Investment”, <https://www.gov.uk/government/publications/charging-infrastructure-investment-fund>, (erişim tarihi: 20.10.2019).(a)
- UK, “The NHS Constitution for England”, <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england>, (erişim tarihi: 19.12.2019).(b)
- UK, “Enhancing Economic Relationships Between The UK GCC Through PPP”, <https://www.gov.uk/government/news/enhancing-economic-relationships-between-the-uk-gcc-through-ppp>, (erişim tarihi: 19.12.2019).(b)
- UK, “EDP24”, <https://www.edp24.co.uk/news/health/revealed-how-pfi-deal-is-costing-norfolk-and-norwich-university-hospital-59m-this-year-1-5098561>, (erişim tarihi: 19.12.2019).(c)
- UK, “Healthcare Infrastructure Services”, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/524468/Healthcare_UK_Brochures_Infrastructure_DIGITAL.pdf, (erişim tarihi: 18.12.2019).(d)
- UK’s Treasury, “An Overview of Transport Investment and Government Policy”, <https://treasury.gov.au/speech/an-overview-of-transport-investment-and-government-policy>, (erişim tarihi: 19.12.2019).(e)
- UK, “Minister of State for Trade and Export Promotion”, <https://www.gov.uk/government/ministers/minister-of-state-for-trade-and-export-promotion>, (erişim tarihi: 24.01.2019).(f)
- UK, “PPP”, <http://www.partnershipsuk.org.uk/>, (erişim tarihi: 24.01.2019).(d)
- UN, “Member State”, <http://www.un.org/en/member-states/>, (erişim tarihi: 16.01.2019).(e)
- Ünal, S. “Sağlık Sosyolojisi”, https://www.researchgate.net/publication/294733837_Saglik_Sosyolojisi, (erişim tarihi: 15.07.2019).
- YDA Group, Konya Karatay Şehir Hastanesi. <http://ydasaglik.com.tr/projelerimiz/konya-karatay-sehir-hastanesi/> (erişim tarihi: 03.01.2020).
- YDA Group, Şanlıurfa Şehir hastanesi. <https://www.yda.com.tr/ydagroup/sanlıurfa-saglik-yerleskesi-1-700-yatak/> (erişim tarihi: 03.01.2020).
- Yeniçağ, “H1N1 Dünyayı Sardı”, <http://www.yenicaggazetesi.com.tr/h1n1-dunyayi-sardi-15539h.htm>, (erişim tarihi: 23.01.2018).
- World Health Organization, World Health Organization Assesses the World's Health Systems, https://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/en/ (erişim tarihi: 02.01.2020).(a)
- WHO, <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>, (erişim tarihi: 15.07.2019).(b)
- WHO, <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/en/>, (erişim tarihi: 15.07.2019).(c,d)
- WHO, http://applications.emro.who.int/dsaf/libcat/EMROPD_2009_109.pdf, (erişim tarihi: 19.07.2019).(e)
- WHO, https://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/alma_ata/en/, (erişim tarihi: 21.07.2019).(f)
- Willis Tower Watson, You See The Future. We Help You Get There. Managing People, Risk And Capital To Propel The World’s Leading Businesses Forward. <https://www.willistowerswatson.com/en-SG> (erişim tarihi: 02.01.2020).

- World Bank, <http://documents.worldbank.org/curated/en/884111468134710535/pdf/34899.pdf> ,(erişim tarihi: 14.05.2019).(a)
- World Bank, <https://ppi.worldbank.org/snapshots/rankings> ,(erişim tarihi: 16.01.2019).
- World Bank, “Los Ramones Gas Pipeline Phase”, <https://ppi.worldbank.org/snapshots/project/los-ramones-gas-pipeline-phase-ii-norte-8409> , (erişim tarihi 22.01.2019).(b)
- World Bank, “Hangzou Shaoxing Taizhou Railway”,
<https://ppi.worldbank.org/snapshots/project/hangzhou--shaoxing--taizhou-railway-9313>,
(erişim tarihi: 22.01.2019).(c)
- World Bank, <https://ppi.worldbank.org/snapshots/rankings> ,(erişim tarihi: 10.02.2019).(d)
- World Bank, <https://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.PPP> ,(erişim tarihi: 19.12.2019).(e)
- World Bank, “Bendigo Hospital PPP Project” , <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/library/bendigo-hospital-ppp-project-documents> ,(erişim tarihi: 19.12.2019).(f)
- World Bank,
<http://documents.worldbank.org/curated/en/500561468295233918/pdf/635630WP0Box361516B0P11906800PUBLIC00ACS.pdf> ,(erişim tarihi: 22.12.2019).(g)

EKLER

Ek 1.

V. Devletin temel amaç ve görevleri

Madde 5 – Devletin temel amaç ve görevleri, Türk milletinin bağımsızlığını ve bütünlüğünü, ülkenin bölünmezliğini, Cumhuriyeti ve demokrasiyi korumak, kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamak; kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmaktır.



Ek 2.



Ek 3.

6375-6377

**TASARRUFLARIN TEŞVİKİ VE KAMU YATIRIMLARININ
HIZLANDIRILMASI HAKKINDA KANUN ⁽¹⁾**

Kanun Numarası : 2983
Kabul Tarihi : 29/2/1984
Yayımlandığı R. Gazete : Tarih : 17/3/1984 Sayı : 18344
Yayımlandığı Düstur : Tertip : 5 Cilt : 23 Sayfa : 47

*Bu Kanun ile ilgili olarak Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe giren
yönetmelik için, "Yönetmelikler Külliyesi" nin kanunlara göre
düzenlenen nümerik fihristine bakınız.*

Amaç:

Madde 1 – Bu Kanunun amacı, istikrarlı ve güvenilir gelir verilmesi suretiyle tasarrufları teşvik ederek sağlanacak ek finansman kaynakları ile kamu yatırımlarını süratle gerçekleştirmektir.

Kapsam:

Madde 2 – Bu Kanun, Kamu Kurum ve Kuruluşlarına (Kamu İktisadi Kuruluşları ve İktisadi Devlet Teşekkülleri Dahil) ait ve 3 üncü maddede tanımlanan her nevi altyapı tesisi ile Kamu İktisadi Kuruluşları ve İktisadi Devlet Teşekküllerine ait tesisler için münferit olarak veya bir grup halinde "Gelir Ortaklığı Senedi" ile Kamu İktisadi Kuruluşları ve İktisadi Devlet Teşekkülleri için "Hisse Senedi" çıkarılması ve işletme hakkı verilmesine dair hükümleri kapsar.

Tarifler:

Madde 3 – Bu Kanunda geçen:

a) Altyapı Tesisleri, köprü, baraj, elektrik santrali, karayolu, demiryolu, telekominikasyon sistemleri ile sivil kullanıma yönelik deniz ve hava limanları ve benzerlerini,

b) Tesis; Kamu İktisadi Kuruluşları ve İktisadi Devlet Teşekküllerine (yurt dışındakiler de dahil) ait müessese, işletme, bağlı ortaklık ve benzerlerini,

Müessese; Sermayesinin tamamı bir İktisadi Devlet Teşekkülüne veya Kamu İktisadi Kuruluşuna ait olup, ona bağlı işletme veya işletmeler topluluğunu,

İşletme; Müesseselerin ve bağlı ortaklıkların mal ve hizmet üretim birimlerini,

Bağlı Ortaklık; Sermayesinin % 50 veya daha fazlası İktisadi Devlet Teşekküllerine veya Kamu İktisadi Kuruluşlarına ait olan işletme ve işletmeler topluluğunu,

(1) 28/12/1987 tarih ve 304 sayılı KHK'nin 5 inci maddesi ile ;bu Kanundaki, "Toplu Konut ve Kamu Ortaklığı Kurulu ", "Koordinasyon Kurulu" ve "Kamu Ortaklığı Kurulu" ibareleri "Yüksek Planlama Kurulu" olarak değiştirilmiş, daha sonra 3701 sayılı Kanunla aynen kabul edilmek suretiyle kanunlaşmıştır. 9/4/1990 tarih ve 414 sayılı KHK'nin geçici 3 üncü maddesi ile de bu Kanunda ve diğer mevzuatta yeralan "Toplu Konut ve Kamu Ortaklığı İdaresi", "Toplu Konut ve Kamu Ortaklığı İdaresi Başkanı" ve "Toplu Konut ve Kamu Ortaklığı İdaresi Başkanlığı" ibareleri, sırasıyla "Kamu Ortaklığı İdaresi", "Kamu Ortaklığı İdaresi Başkanı" ve "Kamu Ortaklığı İdaresi Başkanlığı" şeklinde değiştirilmiştir.

Ek 4.

7417

ÖZELLEŞTİRME UYGULAMALARI HAKKINDA KANUN⁽¹⁾

Kanun Numarası	: 4046	
Kabul Tarihi	: 24/11/1994	
Yayımlandığı Resmî Gazete	: Tarih : 27/11/1994	Sayı : 22124
Yayımlandığı Düstur	: Tertip : 5	Cilt : 34

*Amaç ve Kapsam***Madde 1** – Bu Kanunun amacı;

A) Bu maddede belirtilen ve Kanunun uygulanmasında "kuruluş" adı ile anılacak olan;

a) İktisadi devlet teşekküllerinin, bunların müessese, bağlı ortaklık, işletme, işletme birimleri ile varlıklarının ve iştiraklerindeki kamu paylarının,

b) Kamu iktisadi teşebbüsleri statüsü dışında kalmakla beraber sermayesinin tamamı veya yarısından fazlası devlete ve/veya diğer kamu tüzelkişilerine ait olan ticari amaçlı kuruluşlardaki kamu payları ile bu kuruluşlara ait müessese, bağlı ortaklık, işletme, işletme birimleri ve varlıklarının, iştiraklerindeki kamu paylarının,

c) Devletin diğer iştiraklerindeki kamu payları ile Hazineye ait payların,

d) Genel ve katma bütçeli idareler ile bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşların ve kamu iktisadi teşebbüslerinden kamu iktisadi kuruluşlarının gördükleri kamu hizmetleri ile doğrudan doğruya ilgili olmayan varlıklarının ve iştiraklerindeki paylarının,

e) Belediye ve il özel idarelerine ait ticari amaçlı kuruluşlar ile pay oranlarına bakılmaksızın her türlü iştiraklerindeki paylarının,

f) Genel ve katma bütçeli idarelerle bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşların, mal ve hizmet üretim birimleri ve varlıkları (baraj, gölet, otoyol, yataklı tedavi kurumları, limanlar ve benzeri diğer mal ve hizmet üretim birimleri) ile bu Kanunun 35 inci maddesinin (B) fıkrasında belirtilen kamu iktisadi kuruluşlarının temel kuruluş amaçlarına uygun mal ve hizmet üretim birimlerinin işletilmesi haklarının,

ekonomide verimlilik artışı, kamu giderlerinde azalma sağlamak, Hazineye ait taşınmazları değerlendirmek suretiyle kamuya gelir elde etmek gerekçelerinden birisi ile özelleştirilmelerine ilişkin esasları düzenlemektir.⁽²⁾

(1) Bu Kanunun adı " Özelleştirme Uygulamalarının Düzenlenmesine ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" iken, 3/7/2005 tarihli ve 5398 sayılı Kanunun 1 inci maddesiyle metne işlendiği şekilde değiştirilmiştir.

(2) 21/3/2018 tarihli ve 7103 sayılı Kanunun 38 inci maddesiyle bu bentte yer alan "Ekonomide verimlilik artışı ve kamu giderlerinde azalma sağlamak için özelleştirilmelerine ilişkin esasları düzenlemektir." ibaresi "ekonomide verimlilik artışı, kamu giderlerinde azalma sağlamak, Hazineye ait taşınmazları değerlendirmek suretiyle kamuya gelir elde etmek gerekçelerinden birisi ile özelleştirilmelerine ilişkin esasları düzenlemektir." şeklinde değiştirilmiştir.

Ek 5.

7387

**BAZI YATIRIM VE HİZMETLERİN YAP-İŞLET-DEVRET
MODELİ ÇERÇEVESİNDE YAPTIRILMASI
HAKKINDA KANUN**

Kanun Numarası : 3996
Kabul Tarihi : 8/6/1994
Yayımlandığı R.Gazete : Tarih : 13/6/1994 Sayı: 21959
Yayımlandığı Düstur : Tertip: 5 Cilt: 33

Amaç ⁽¹⁾

Madde 1 – Bu Kanunun amacı kamu kurum ve kuruluşlarınca (kamu iktisadi teşebbüsleri dahil) ifa edilen, ileri teknoloji veya yüksek maddi kaynak gerektiren bazı yatırım ve hizmetlerin,yap-işlet-devret modeli çerçevesinde yaptırılmasını sağlamaktır.

Kapsam ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾

Madde 2 – (Değişik birinci fıkra: 24/11/1994 - 4047/1 md.) Bu Kanun, köprü, tünel,baraj,sulama,içme ve kullanma suyu,arıtma tesisi, kanalizasyon, haberleşme, kongre merkezi, kültür ve turizm yatırımları, ticari bina ve tesisler, spor tesisleri, yurtlar, tema parklar, balıkçı barınakları, silo ve depo tesisleri, jeotermal ve atık ısıya dayalı tesisler ve ısıtma sistemleri (**Ek ibare: 20/12/1999 - 4493/1 md.)** elektrik üretim, iletim, dağıtım ve ticareti maden ve işletmeleri, fabrika ve benzeri tesisler, çevre kirliliğini önleyici yatırımlar,otoyol, trafiği yoğun karayolu, demiryolu ve raylı sistemler, gar kompleksi ve istasyonları, teleferik ve telesiyej tesisleri, lojistik merkezi, yeraltı ve yerüstü otoparkı ve sivil kullanıma yönelik deniz ve hava alanları ve limanları , yük ve/veya yolcu ve yat limanları ile kompleksleri, Kanal İstanbul ve benzeri su yolu projeleri, sınır kapıları ve gümrük tesisleri, milli park (özel kanunu olan hariç), tabiat parkı, tabiatı koruma alanı ve yaban hayatı koruma ve geliştirme sahalarında planlarda öngörülen yapı ve tesisleri, toptancı halleri ve benzeri yatırım ve hizmetlerin yaptırılması, işletilmesi ve devredilmesi konularında, yap-işlet-devret modeli çerçevesinde sermaye şirketlerinin veya yabancışirketlerin görevlendirilmesine ilişkin usul ve esasları kapsar.

(1) 9/5/2008 tarihli ve 5762 sayılı Kanunun 1 inci maddesiyle; 1 inci maddede yer alan "ileri teknoloji ve yüksek maddi kaynak" ibaresi "ileri teknoloji veya yüksek maddi kaynak" olarak değiştirilmiş, aynı Kanunun 2 nci maddesiyle 2 nci maddede yer alan "otoyol" ibaresinden sonra gelmek üzere "trafiği yoğun karayolu," ibaresi "demiryolu" ibaresinden sonra gelmek üzere "gar kompleksi, lojistik merkezi," ibaresi eklenmiş; "hava limanları" ibaresi "hava alanları ve limanları" olarak değiştirilmiş ve bu ibareden sonra gelmek üzere ", yük ve/veya yolcu ve yat limanları ile kompleksleri, sınır kapıları, milli park (özel kanunu olan hariç), tabiat parkı, tabiatı koruma alanı ve yaban hayatı koruma ve geliştirme sahalarında planlarda öngörülen yapı ve tesisleri, toptancı halleri" ibaresi eklenmiştir.

(2) 3/4/2013 tarihli ve 6456 sayılı Kanunun 26 ncı maddesiyle, bu maddenin birinci fıkrasında yer alan "haberleşme," ibaresinden sonra gelmek üzere "kongre merkezi, kültür ve turizm yatırımları, ticari bina ve tesisler, spor tesisleri, yurtlar, tema parklar, balıkçı barınakları, silo ve depo tesisleri, jeotermal ve atık ısıya dayalı tesisler ve ısıtma sistemleri" ibaresi, "demiryolu" ibaresinden sonra gelmek üzere "ve raylı sistemler" ibaresi, "gar kompleksi" ibaresinden sonra gelmek üzere "ve istasyonları, teleferik ve telesiyej tesisleri" ibaresi, "sınır kapıları" ibaresinden sonra gelmek üzere "ve gümrük tesisleri" ibaresi eklenmiştir.

(3) 26/7/2018 tarihli ve 7146 sayılı Kanunun 9 uncu maddesiyle: bu maddenin birinci fıkrasında yer alan "yük ve/veya yolcu ve yat limanları ile kompleksleri," ibaresinden sonra gelmek üzere "Kanal İstanbul ve benzeri su yolu projeleri," ibaresi eklenmiştir.

Ek 6.

867

KÜÇÜKLERİ MUZIR NEŞRİYATTAN KORUMA KANUNU

Kanun numarası : 1117
Kabul Tarihi : 21/6/1927
Yayımlandığı R.Gazete : Tarih : 7/7/1927 Sayı : 627
Yayımlandığı Düstur : Tertip : 3 Cilt : 8 Sayfa : 899

Bu kanunun yürürlükte olmayan hükümleri için "Yürürlükteki bazı kanunların mülga hükümleri külliyatı"nın kanunlara göre düzenlenen nümerik fihristine bakınız.
Cilt: 1 Sayfa: 115

Madde 1 – (Değişik: 6/3/1986 - 3266/1 md.)

18 yaşından küçüklerin maneviyatı üzerinde muzır tesir yapacağı anlaşılan mevkute ve mevkute tanımına girmeyen diğer basılmış eserler aşağıdaki maddelerde gösterilen sınırlamalara tabi tutulur. ⁽¹⁾

Madde 2 – (Değişik: 6/3/1986 - 3266/2 md.) ⁽²⁾

Mevkute veya mevkute tanımına girmeyen diğer basılmış eserlerin 1 inci maddede belirtilen sınırlamaya tabi tutulabilmesi için Çalışma, Sosyal Hizmetler ve Aile Bakanlığı bünyesinde oluşturulan yetkili kurulun, söz konusu eserlerin 18 yaşından küçükler için muzır olduğu hakkında bir karar vermesi gereklidir. ⁽²⁾

Kurul, basılmış eserlerin küçükler için muzır olup olmadığı hususunda yapacağı incelemede, 1739 sayılı Milli Eğitim Temel Kanunundaki genel amaç ve temel ilkeleri gözönünde bulundurmak zorundadır.

Kurul, bu Kanunla kendisine verilen görevlere ilaveten, Türk Ceza Kanununun 426, 427 ve 428 inci maddelerinde tanımlanan suçlarla ilgili olarak yargı organlarına resmi bilirkişilik yapmakla görevlidir.

(Değişik dördüncü fıkra: 2/7/2018-KHK-703/38 md.) Kurul; Çalışma, Sosyal Hizmetler ve Aile Bakanının belirleyeceği biri başkan olmak üzere Bakanlığın beş birim amirinden teşekkül eder.

(Mülga beşinci fıkra: 2/7/2018-KHK-703/38 md.)

(Değişik altıncı fıkra: 2/7/2018-KHK-703/38 md.) Kurul salt çoğunlukla karar alır.

(Değişik yedinci fıkra: 2/7/2018-KHK-703/38 md.)Kurulun sekretarya hizmetleri Çalışma, Sosyal Hizmetler ve Aile Bakanı tarafından belirlenen Bakanlık ana hizmet birimince yerine getirilir.

(1) Bu hükmün uygulanmasında ek 2 nci maddeye bakınız.

(2) 2/7/2018 tarihli ve 703 sayılı KHK'nin 38 inci maddesiyle, bu maddenin birinci fıkrasında yer alan "Başbakanlık" ibaresi "Çalışma, Sosyal Hizmetler ve Aile Bakanlığı" şeklinde değiştirilmiştir.

Ek 7.

7389

Muafiyetler

Madde 12 – 2 nci maddede belirtilen konularda ve yap-işlet-devret modeli çerçevesinde idare ile sermaye şirketi veya yabancı şirketin yapacağı bütün iş ve işlemler 1.7.1964 tarihli ve 488 sayılı Kanuna göre alınan damga vergisi ile 2.7.1964 tarihli ve 492 sayılı Kanun uyarınca alınan harçlardan muaftır.

(Ek fıkra: 13/2/2011-6111/133 md.) Yap-işlet-devret modeli ile yapılacak projelerde ilgili idaresince 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabi olunmadan yapım ve işletme sürelerinde müşavirlik hizmet alımı yapılabilir. Söz konusu hizmet alımına ilişkin esas ve usuller ilgili bakanlıklar tarafından belirlenir.

Saklı Tutulan Kanun Hükümleri

Madde 13 – 4.12.1984 tarihli ve 3096 sayılı, 28.5.1988 tarihli ve 3465 sayılı Kanunların hükümleri saklıdır.

(Ek: 24/11/1994 – 4047/2 md.) Ancak, ilgili idarenin isteği halinde 3096 ve 3465 sayılı Kanunlara tabi işler de 5, 11, 12 ve 14 üncü madde hükümlerinden yararlanır.

Uygulanmayacak Kanun Hükümleri

Madde 14 – 4 üncü maddede belirtilen Cumhurbaşkanı Kararına göre gerçekleştirilecek yatırımlar 8.9.1983 tarihli ve 2886 sayılı Devlet İhale Kanununa tabi değildir. (İkinci cümle iptal: Ana.Mah.’nin 28/6/1995 tarih ve E.1994/71 ve K.1995/23 sayılı kararıyla.)⁽¹⁾

Ek Madde 1- (Ek : 13/2/2011-6111/134 md.)

Bu Kanun kapsamında gerçekleştirilecek yatırım ve hizmetlerle ilgili olmak üzere görevli şirketin kullanımına bırakılacak olan mülkiyeti kamu kurum veya kuruluşlarına (kamu iktisadi teşebbüsleri dâhil) ve Hazineye ait taşınmazlar ile bedeli idare tarafından ödenmek suretiyle kamulaştırılarak tapuda idare veya Hazine adına tescil ya da tapudan terkin edilen taşınmazlar ve Devletin hüküm ve tasarrufu altında bulunan diğer yerler için kullanım bedeli ve hasılat payı alınmaz.

Ek Madde 2 – (Ek: 3/4/2013-6456/27 md.)

Kültür ve Turizm Bakanlığı, Yassıada ve Sivriada’da bu Kanun kapsamında, 4 üncü maddenin üçüncü fıkrasındaki düzenlemeye tabi olmaksızın, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarına veya üst kuruluşlarına doğrudan sözleşme yapma suretiyle kültürel ve turizm amaçlı yatırım ve hizmetler yaptırabilir.

Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları veya üst kuruluşları, bu madde kapsamındaki yatırım ve hizmetleri kendileri yapabileceği gibi başka şirketler vasıtasıyla da yapabilirler. Bu şirketlerin daha önce yap-işlet-devret projesi üstlenmiş olması bu madde kapsamında yeni bir proje yüklenilmesine engel değildir.

Yassıada ve **(İptal ibare: Anayasa Mahkemesinin 26/6/2019 tarihli ve E.:2018/70; K.:2019/54 sayılı kararı ile)** (...) yapılacak olan planlama, imar ve inşaat uygulamaları ile diğer düzenlemeler 4/4/1990 tarihli ve 3621 sayılı Kıyı Kanunu hükümlerine ve diğer mevzuatta yer alan kısıtlama ve prosedürlere tabi değildir.

Geçici Madde 1 – (Değişik: 24/11/1994 – 4047/3 md.)

Bu Kanun yürürlüğe girmesinden önce yap-işlet-devret modeline göre başlatılmış projeler ve işler, tabi oldukları usul ve esaslara göre sonuçlandırılır.

(1) 2/7/2018 tarihli ve 700 sayılı KHK’nin 118 inci maddesiyle, bu fıkarda yer alan “Bakanlar Kurulu” ibaresi “Cumhurbaşkanı” şeklinde değiştirilmiştir.

Ek 8.

**KAMU HİZMETLERİ İLE İLGİLİ İMTİYAZ ŞARTLAŞMA VE
SÖZLEŞMELERİNDEN DOĞAN UYUŞMAZLIKLARDA
TAHKİM YOLUNA BAŞVURULMASI HALİNDE
UYULMASI GEREKEN İLKELERE
DAİR KANUN**

Kanun Numarası : 4501
Kabul Tarihi : 21/01/2000
Yayımlandığı R.Gazete : Tarih : 22.1.2000 Sayı: 23941
Yayımlandığı Düstur : Tertip: 5 Cilt: 39

Amaç

Madde 1 – Bu Kanunun amacı, kamu hizmetleri ile ilgili imtiyaz şartlaşma ve sözleşmelerinde bunlardan doğan uyuşmazlıkların tahkim yoluyla çözülmesinin öngörülmesi durumunda taraflarca sözleşme yapılırken uyulması gereken ilke ve esasları belirlemektir.

Tanımlar

Madde 2 – Bu Kanunda geçen;

a) Tahkim yolu: Tarafların doğmuş veya doğabilecek bir uyuşmazlığı aralarındaki anlaşmaya göre hakem veya hakem kuruluna götürdükleri, usulü taraflarca belirlenebilecek özel bir yargılama faaliyetini,

b) Milletlerarası tahkim anlaşması: Yabancılık unsuru taşıyan kamu hizmetleri ile ilgili imtiyaz şartlaşma ve sözleşmelerinde bunlardan doğan uyuşmazlıkların tamamının veya bir kısmının milletlerarası tahkim yoluyla çözülmesi için yapılan anlaşmayı,

c) Yabancılık unsuru: Sözleşmeye taraf kurulu veya kurulacak şirket ortaklarından en az birinin yabancı sermayeyi teşvik mevzuatı hükümlerine göre yabancı menşeli olması veya sözleşmenin uygulanabilmesi için yurt dışı kaynaklı sermaye veya kredi veya teminat sözleşmelerinin akdedilmesinin gerekli olması hallerinden birini,

d) Sözleşme: Kamu hizmetleri ile ilgili imtiyaz şartlaşma ve sözleşmelerini, ifade eder.

Yabancılık unsuru taşıyan uyuşmazlıkların milletlerarası tahkim yoluyla çözümü

Madde 3 – Yabancılık unsuru taşıyan sözleşmelerde bunlardan doğan uyuşmazlıkların;

a) Türkiye'de toplanarak Türk hukukuna ya da yabancı hukuka göre karar verecek hakem veya hakem kurulunda,
b) Yabancı bir ülkede toplanarak Türk hukukuna ya da yabancı hukuka göre karar verecek hakem ve hakem kurulunda,

c) Kendi tahkim usulü bulunan milletlerarası tahkim kuruluşunda,
Çözülmesi kabul edilebilir.

Tahkim yoluna ilişkin ilkeler

Madde 4 – Tahkim yolunun öngörülmesi halinde tahkim anlaşması, sözleşmeye konulan tahkim şartı veya ayrı bir tahkim sözleşmesi şeklinde yapılabilir. Tahkim sözleşmesi, sözleşmenin yürürlüğe konulmasındaki usulü tabi olur.

Tahkim şartı veya tahkim sözleşmesinde; tahkim yoluyla çözülecek uyuşmazlıklar, uygulanması istenilen tahkim kuralları, tahkim yeri, hakem ya da hakem kurulunun seçimi ve sayısı, nitelikleri, hakem kurulunun yetkisi hakem kurulunun yargılama usulü, yargılamada kullanılacak dil, uyuşmazlığın esasına uygulanacak maddi hukukun seçimi, tarafların delil ikamesi, bilirkişilerin seçimi, uyuşmazlığın diğer tarafa ne şekilde bildirileceği, bildirim süresi, tahkim süresi, hakem kurulunun delil toplama yetkisi ve usulü, hakem ücreti, yargılama giderleri, vekâlet ücreti ve benzeri konular ayrıntılı biçimde düzenlenir.

Ek 9.

MENAFİİ UMUMİYEYE MÜTEALLİK İMTİYAZAT HAKKINDA KANUN

Kabul Tarihi : 10 Haziran 1326

Yayımlandığı Takvimi Vakayi : Tarih : 24 Haziran 1326 Sayı: 576

Yayımlandığı Düstur : Tertip: 2 Cilt : 2 Sayfa: 362

Madde 1– Evvela her ne suretle olursa olsun devletçe halen ve atiyen taahhüdatı maliyeyi tazammun ve emval ve emlakı umumiyenin sarf ve tahsisini istilzam etmiyen, saniyen bütçeye dahil bir hizmeti umumiyeye taalluk eylemiyen, salisen işbu kanunda tasrih olunan muafiyetten gayri muafiyatı muhtevi bulunmayan rabian kavanini mer'îye ahkâmının tadil ve tağyirini müstelzim olmıyan hamisen vilayet devairi belediyesinin teşkilatına dair vazedilecek kavanin ile itası hükümeti mahalliyenin dairei selahiyetlerinde bulunmıyacak olan menafii umumiyeye müteallik imalat imtiyazatı doğrudan doğruya kuvvei icraiye tarafından verilecektir.

Madde 2 – Bircümle imtiyazat için muktazi olup iştirası lazımgelen veya sureti muvakkatede işgal ve terki icabeden arazi ve emlak hakkında kavaidi atıye cari olacaktır. İmtiyazı ita olunacak imalat ve müteferriatının tesisine muktazi olup ashabı uhdesinde bulunan emlak ve arazinin iştirası hususunda sahibi imtiyazla ashabı beyinde itilaf hasıl olamadığı takdirde mezkûr emlak ve arazi istimlak kanununa tevfikân iştirâ olunacak ve bedeli iştirasıyla masarifi sahibi imtiyaz tarafından tesviye olunacaktır. İmtiyaz müddeti zarfında sahibi imtiyazın teklifi ve mercii olan Nezaretin tensibi üzerine muvakkaten işgali lazımgelen arazi ve taş ocakları ve balast mahalleri ashabına İstimlak Kanununda tayini kıymet için mevzu usule tevfikân takdir olunacak tazminat sahibi imtiyaz tarafından tesviye edildikten sonra hükümeti mahalliye marifetiyle sahibi imtiyaza teslim edilecektir.

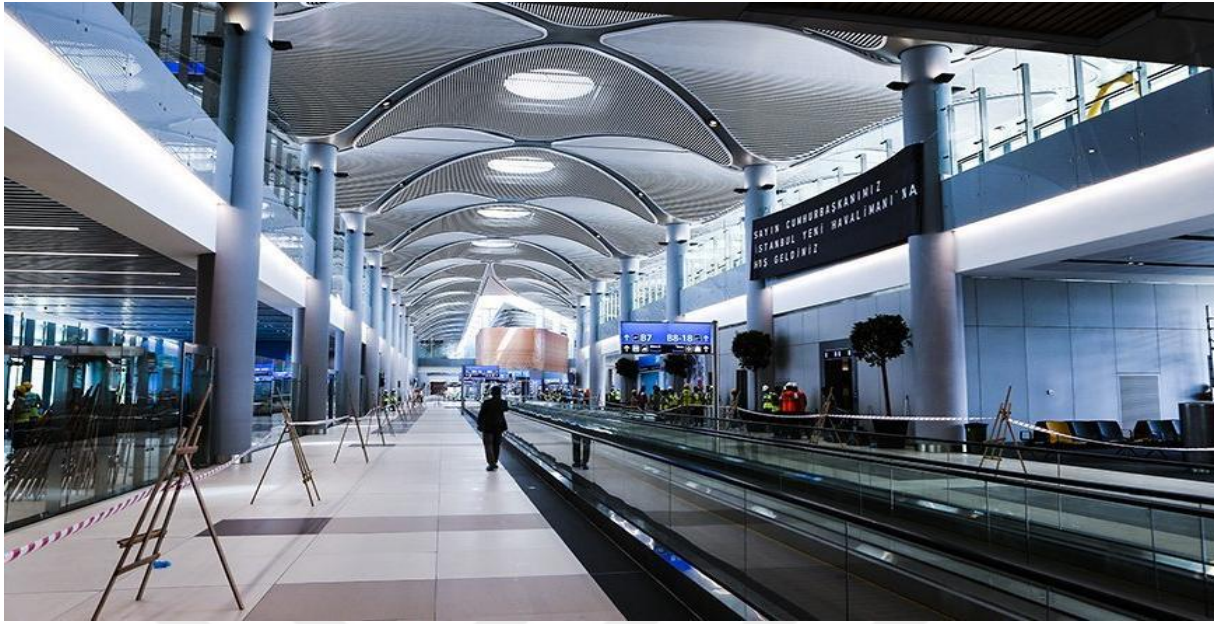
İmalat ve müteferriatının tesis ve inşasına muktazi olan arazii emriyei haliye hitamı müddeti imtiyaza kadar sahibi imtiyaza meccanen terkolu nabileceği gibi esnayı ameliyatta arazii mezkûreden muvakkaten işgali icabeden yerlerle derunlarında bulunan taş ocakları ve balast mahalleri de hükümetçe lüzum görüldüğü halde ashabı imtiyaza meccanen tahsis edilebilecektir.

Madde 3 – (Mülga: 25/6/1932 - 2025)

Madde 4 – İmtiyaz müddetinin inkızasında işletme umuruna mahsus olan edevat ile eşyayı menkule ve levazımatı iştirâ olunabileceği mukavelenamenin hini tanziminde hükümetçe lüzum görüldüğü takdirde tasrih olunabilecektir. İmtiyazat mukavelenamelerindeki müddeti muayene mürurunda hükümetin iştirak hakkı muhafaza olunacaktır. Edevat ve eşya ve levazımatı mezkûrenin bedeli iştirası ehlihibre marifetiyle ve defatiri hesabiyenin tetkiki ile veya hükümetçe tensip olunacak diğer bir suretle takdir ve tayin edilecektir.

Madde 5 – İmtiyaz şartnamesinde mevcut olmadığı halde imtiyazın azami olarak son on beş senesi zarfında Nezareti aidesinin ruhsatıyla müceddeden ve ilâ-

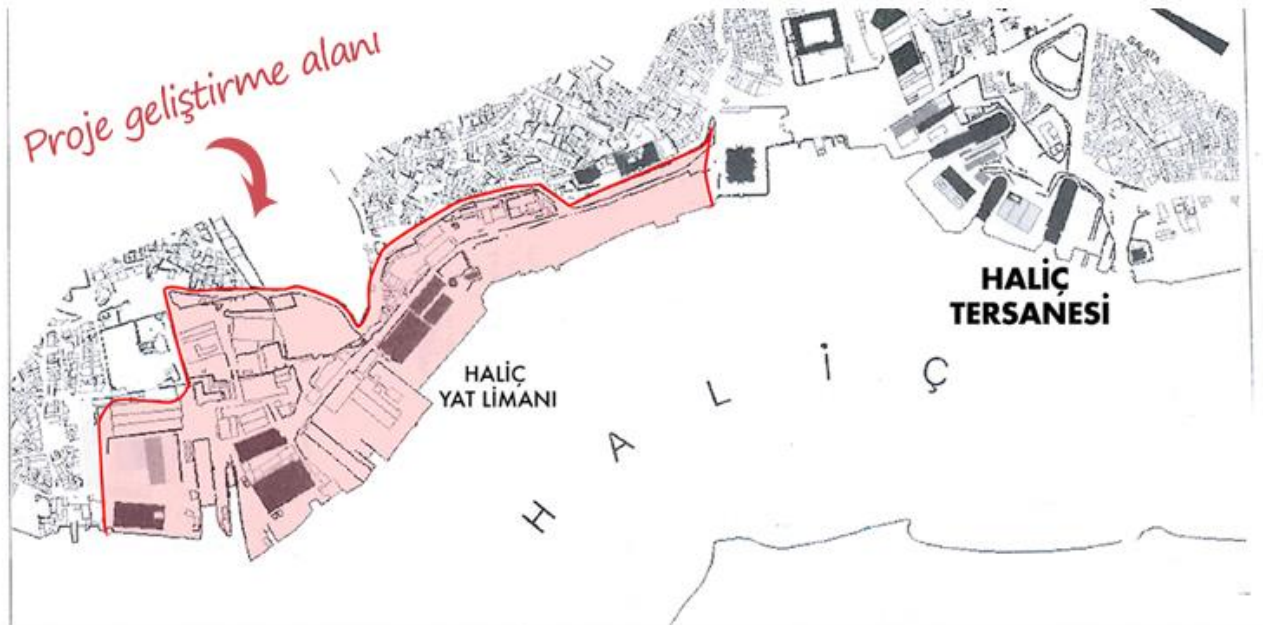
Ek 10.



Ek 11.



Ek 12



Ek 13

TOP CREDIT RATING AGENCIES

TOP AGENCIES :

- Dun & Bradstreet
- Moody's
- Standard & Poor's
- Fitch Ratings

OTHER AGENCIES :

- A. M. Best (U.S.),
 - Baycorp Advantage (Australia)
 - Egan-Jones Rating Company (U.S.)
 - Global Credit Ratings Co. (South Africa)
 - Levin and Goldstein(Zambia)
 - Agusto& Co(Nigeria)
 - Japan Credit Rating Agency, Ltd. (Japan).
 - Rapid Ratings International (U.S.)
 - Credit Rating Information and Services Limited(Bangladesh)
-

Ek 14

Article 25 of *The Universal Declaration of Human Rights*

Article 25

1. Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.
2. Motherhood and childhood are entitled to special care and assistance. All children, whether born in or out of wedlock, shall enjoy the same social protection.



Madde 25

1. Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.
2. Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar.

Ek 15.

Declaration of Alma-Ata

International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

The International Conference on Primary Health Care, meeting in Alma-Ata this twelfth day of September in the year Nineteen hundred and seventy-eight, expressing the need for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health of all the people of the world, hereby makes the following

Declaration:

I

The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector.

II

The existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as within countries is politically, socially and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries.

III

Economic and social development, based on a New International Economic Order, is of basic importance to the fullest attainment of health for all and to the reduction of the gap between the health status of the developing and developed countries. The promotion and protection of the health of the people is essential to sustained economic and social development and contributes to a better quality of life and to world peace. **IV** The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.

V

Governments have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organizations and the whole world community in the coming decades should be the attainment by all peoples of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice.

VI

Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals

and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of selfreliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.

VII

Primary health care:

1. reflects and evolves from the economic conditions and sociocultural and political characteristics of the country and its communities and is based on the application of the relevant results of social, biomedical and health services research and public health experience;
2. addresses the main health problems in the community, providing promotive, preventive, curative and rehabilitative services accordingly;
3. includes at least: education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them; promotion of food supply and proper nutrition; an adequate supply of safe water and basic sanitation; maternal and child health care, including family planning; immunization against the major infectious diseases; prevention and control of locally endemic diseases; appropriate treatment of common diseases and injuries; and provision of essential drugs;
4. involves, in addition to the health sector, all related sectors and aspects of national and community development, in particular agriculture, animal husbandry, food, industry, education, housing, public works, communications and other sectors; and demands the coordinated efforts of all those sectors;
5. requires and promotes maximum community and individual self-reliance and participation in the planning, organization, operation and control of primary health care, making fullest use of local, national and other available resources; and to this end develops through appropriate education the ability of communities to participate;
6. should be sustained by integrated, functional and mutually supportive referral systems, leading to the progressive improvement of comprehensive health care for all, and giving priority to those most in need;
7. relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional

practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community.

VIII

All governments should formulate national policies, strategies and plans of action to launch and sustain primary health care as part of a comprehensive national health system and in coordination with other sectors. To this end, it will be necessary to exercise political will, to mobilize the country's resources and to use available external resources rationally.

IX

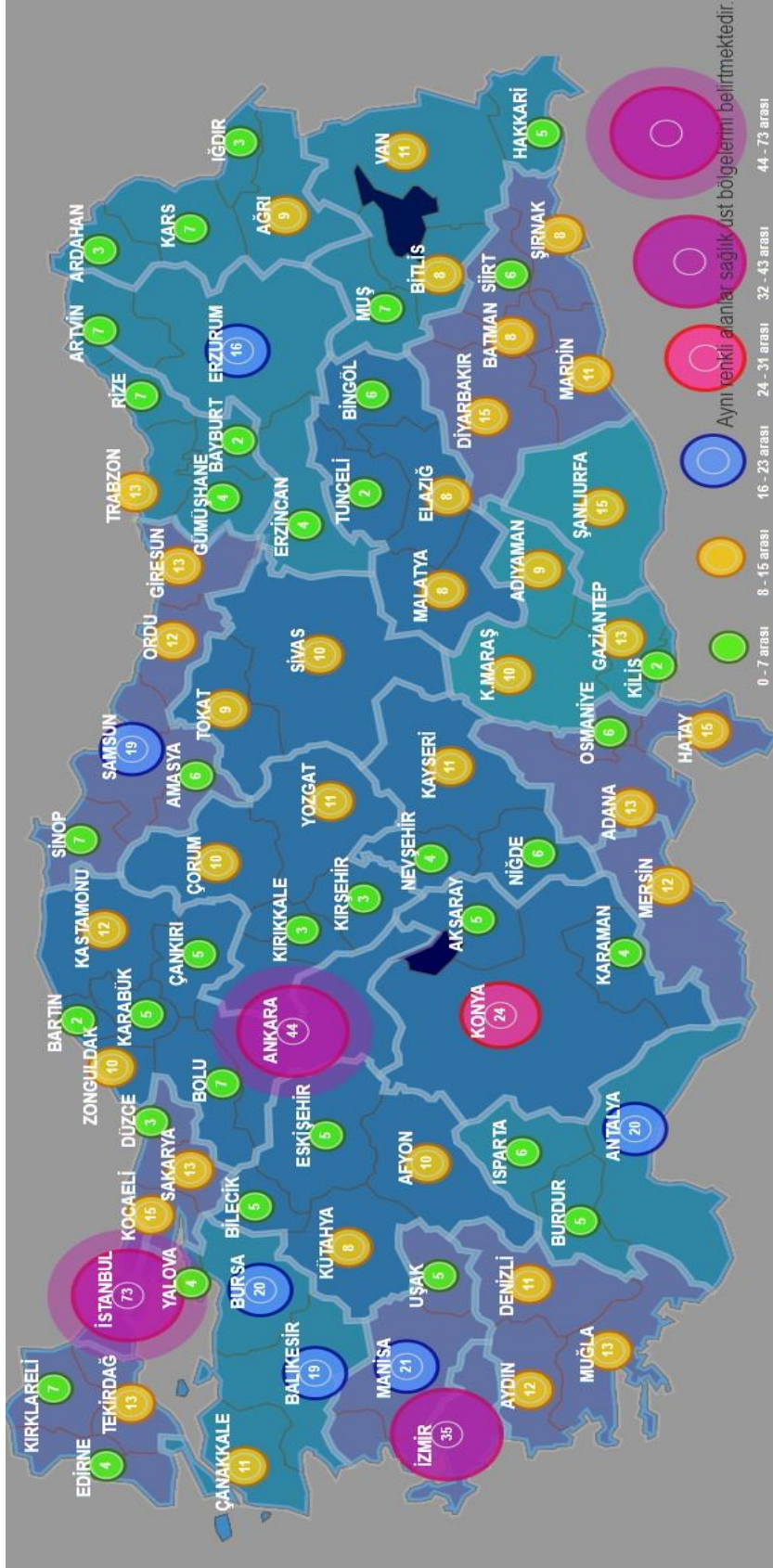
All countries should cooperate in a spirit of partnership and service to ensure primary health care for all people since the attainment of health by people in any one country directly concerns and benefits every other country. In this context the joint WHO/UNICEF report on primary health care constitutes a solid basis for the further development and operation of primary health care throughout the world.

X

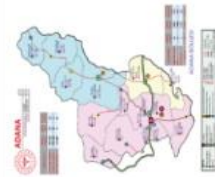
An acceptable level of health for all the people of the world by the year 2000 can be attained through a fuller and better use of the world's resources, a considerable part of which is now spent on armaments and military conflicts. A genuine policy of independence, peace, détente and disarmament could and should release additional resources that could well be devoted to peaceful aims and in particular to the acceleration of social and economic development of which primary health care, as an essential part, should be allotted its proper share.

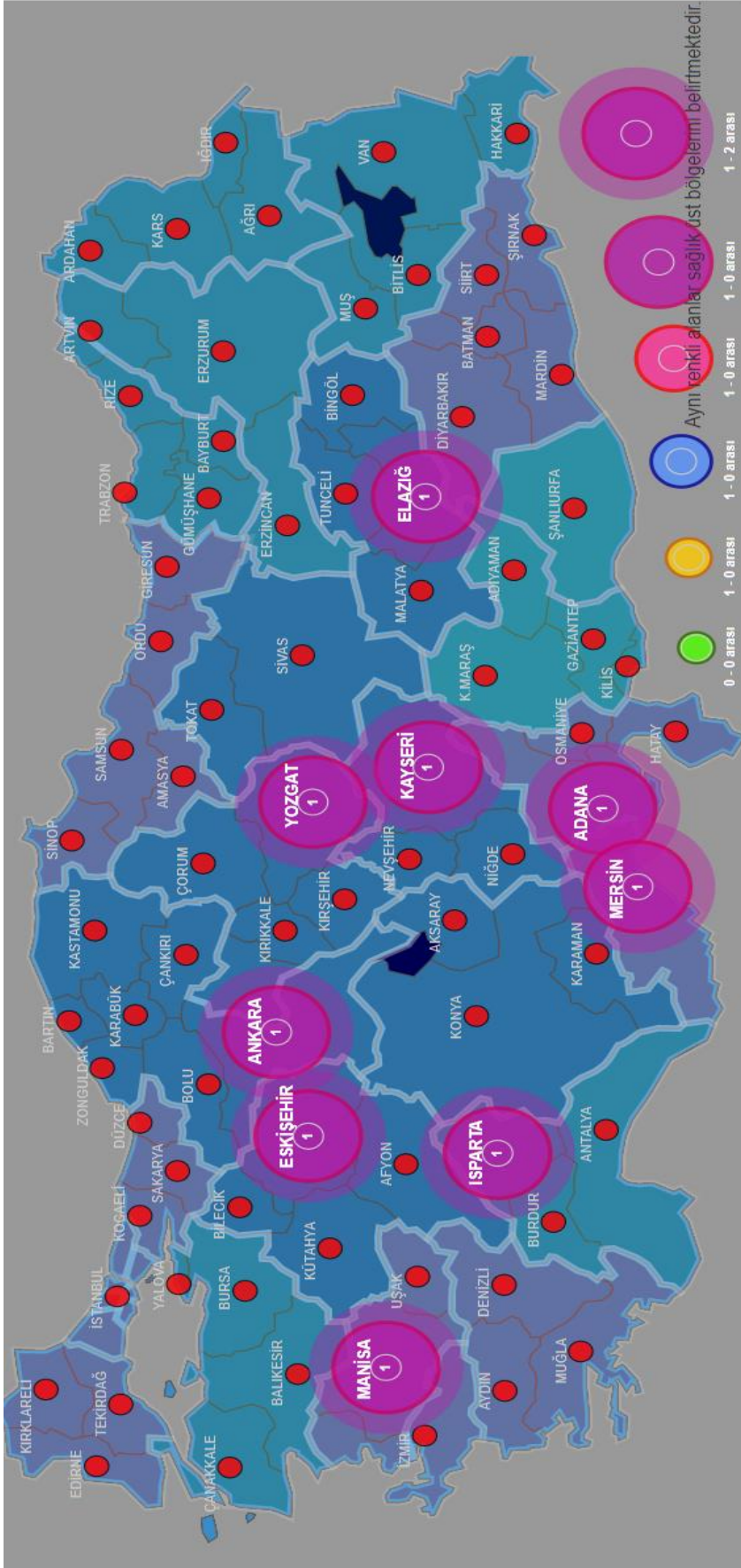
The International Conference on Primary Health Care calls for urgent and effective national and international action to develop and implement primary health care throughout the world and particularly in developing countries in a spirit of technical cooperation and in keeping with a New International Economic Order. It urges governments, WHO and UNICEF, and other international organizations, as well as multilateral and bilateral agencies, nongovernmental organizations, funding agencies, all health workers and the whole world community to support national and international commitment to primary health care and to channel increased technical and financial support to it, particularly in developing countries. The Conference calls on all the aforementioned to collaborate in introducing, developing and maintaining primary health care in accordance with the spirit and content of this Declaration.

Ek 16.



T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğümüz Türkiye'de Toplam: 81 ilde 853 sağlık tesisinde 140.190 yatakla ve 6.252 Diş Ünitisi ile hizmet vermektedir. Bu verilere T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Gn.Md. Kurumları ile Özel ve Üniversite sağlık tesisleri ile ADŞH Yatakları ve Hastane Dış Üniteleri Dahil Değildir.





ŞEHİR HASTANESİ

T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğümüz Türkiye'de Toplam: 9 ilde 10 sağlık tesisinde 10.568 yataklı hizmet vermektedir.

Bu verilere T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Gn.Md. Kurumları ile Özel ve Üniversite sağlık tesisleri ile ADŞH Yatakları ve Hastane Dış Üniteleri Dahil Değildir.



Ek 17

Fear not the PPP for public hospitals

April 1, 2014 - Malaya

IN the House of Representatives, two lawmakers filed a bill against the privatization of government hospitals to ensure that health care services are affordable and accessible to Filipino people.

Reps. Rufus Rodriguez (2nd District, Cagayan de Oro City) and Maximo Rodriguez Jr. (Partylist, Abante Mindanao) say House Bill 3994, to be known as Government Hospitals' Privatization Act, prohibits the Secretary of the Department of Health to privatize, sell or offer for sale all government hospitals.

The lawmakers reacted to reports that the National Orthopedic Hospitals in Quezon City and other government hospitals were being offered for "privatization" under the Public-Private Partnership Scheme of the government.

"While it is true that the government is experiencing difficulty in infusing the much needed funds to continually upgrade and acquire sophisticated and advanced medical equipment, it is a reality that majority of the people rely on these government hospitals for their medical and health needs," Rodriguez said.

Rodriguez said the corresponding increase in medical costs would ensue once the privatization of government hospitals is pursued and the increase in cost of hospitalization will be an additional burden to the poor.

Are the Congressmen Rodriguezes right? Is their HB necessary to stop this government from making health care so expensive to be beyond the ordinary citizen's means?



Ek 18

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Hukukî Dayanak ve Tanımlar

Amaç

Madde 1- Bu Yönetmeliğin amacı; etkin, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak üzere, bütün özel hastanelerin tesis, hizmet ve personel standartlarının tespit edilmesine, (Değişik ibare:RG-21/10/2006-26326) sınıflandırılmasına, sınıflarının değiştirilmesine, amaca uygun olarak teşkilatlandırılmasına ve bunların açılmalarına, faaliyetlerine, kapanmalarına ve denetlenmelerine ilişkin usûl ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

Madde 2- (Değişik birinci fıkra:RG-14/01/2004-25346) Bu Yönetmelik; Devlete, il özel idarelerine, belediyelere, üniversitelere ve diğer kamu tüzelkişilerine ait hastaneler hariç olmak üzere; gerçek kişiler ve özel hukuk tüzelkişilerine ait hastaneleri kapsar.

Bu Yönetmeliğe tâbi olmayan yataklı tedavi kurumlarının açılma, tesis, hizmet, personel ve kapanma durumları ile diğer durum değişikliklerinin ilgili kamu tüzel kişilerinca Sağlık Bakanlığına bildirilmesi ve ilgili diğer mevzuatın öngördüğü bilgi ve belgelerin Bakanlığa verilmesi zorunludur.

Dayanak

MADDE 3 – (Değişik:RG-25/8/2016-29812)

Bu Yönetmelik; 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesi ile 9 uncu maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi ve Ek 11 inci maddesi ile (Değişik ibare:RG-31/5/2019-30790) 10/7/2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 355 inci maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (ç) bentleri ile 508 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4- Bu Yönetmelikte geçen;

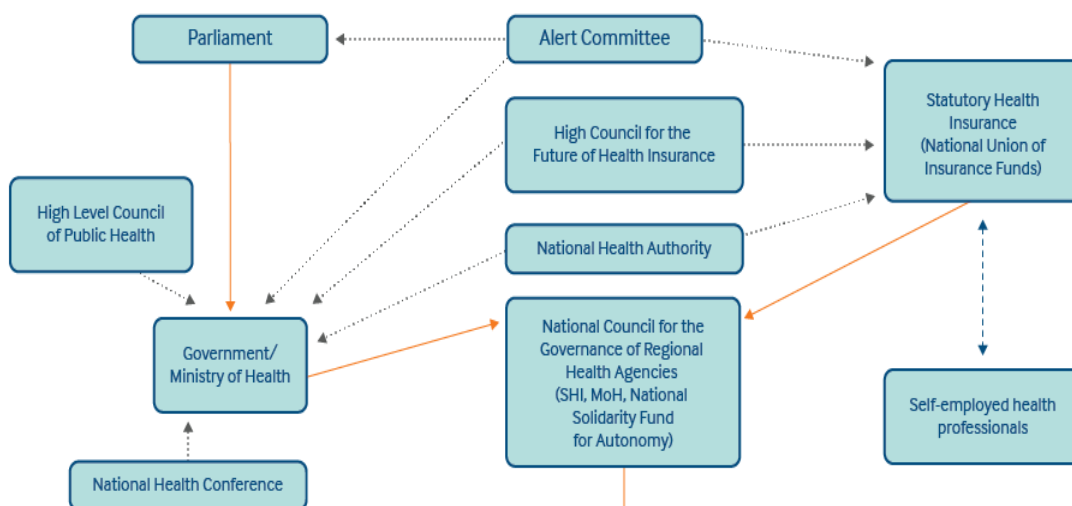
- a) **Kanun:** 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununu,
- b) **Bakanlık:** Sağlık Bakanlığını,
- c) (Değişik:RG-27/5/2012-28305) **Genel Müdürlük:** Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,
- d) (Değişik:RG-27/5/2012-28305) **Genel Müdür:** Sağlık Hizmetleri Genel Müdürünü,
- e) **Müdürlük:** il (Ek ibare:RG-11/7/2013-28704) veya ilçe Sağlık Müdürlüklerini,
- f) **Özel hastane :** (Mülga:RG-11/3/2009-27166)
- g) **Komisyon:** 10 uncu ve 11 inci maddelerde düzenlenen Özel Hastaneler (Değişik ibare:RG-11/7/2013-28704) Ruhsatlandırma Komisyonunu,
- h) (Değişik:RG-13/04/2003-25078) **Uzmanlık dalı:** Tıpta uzmanlık mevzuatında belirlenmiş olan uzmanlık alanlarını,
- i) (Değişik:RG-21/10/2006-26326) **Ruhsatname:** Özel hastanelerin bu Yönetmeliğe uygunluğunu gösteren ve açılışta hastane sahibi adına düzenlenen ve hastane ismi, türü ve adresinin yer aldığı belgeyi,
- j) (Mülga:RG-11/3/2009-27166)
- k) (Ek:RG-21/10/2006-26326) **Faaliyet izin belgesi:** EK-7’de örneğine yer verilen ve ruhsatlandırılmış hastanelerin faaliyete geçebilmeleri için veya faaliyette olan hastanelerin hasta kabul ve tedavi edeceği uzmanlık dalları ile bu uzmanlık dallarının gerektirdiği personeli, hizmet verilen laboratuvarları, diğer tıbbî hizmet birimlerini ve yatak kapasitesi ile bunlardaki değişikliklerin yer aldığı Bakanlıkça düzenlenen belgeyi,
- k) (Mülga:RG-11/3/2009-27166)
- l) (Mülga:RG-11/3/2009-27166)

ifade eder.

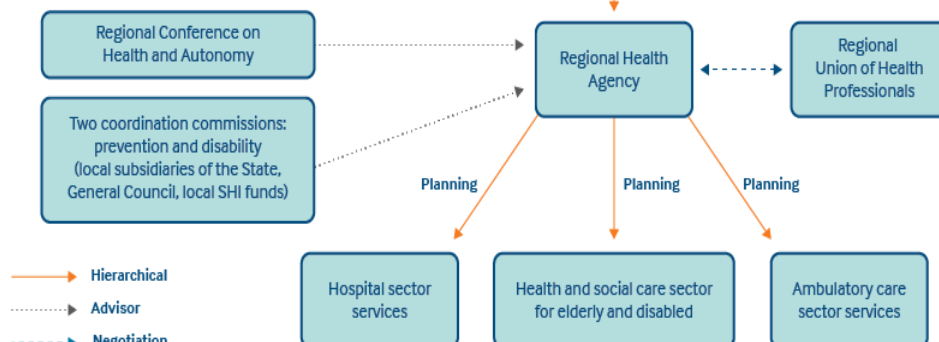
Ek 19.

Organization of the Health System in France

National level



Regional level

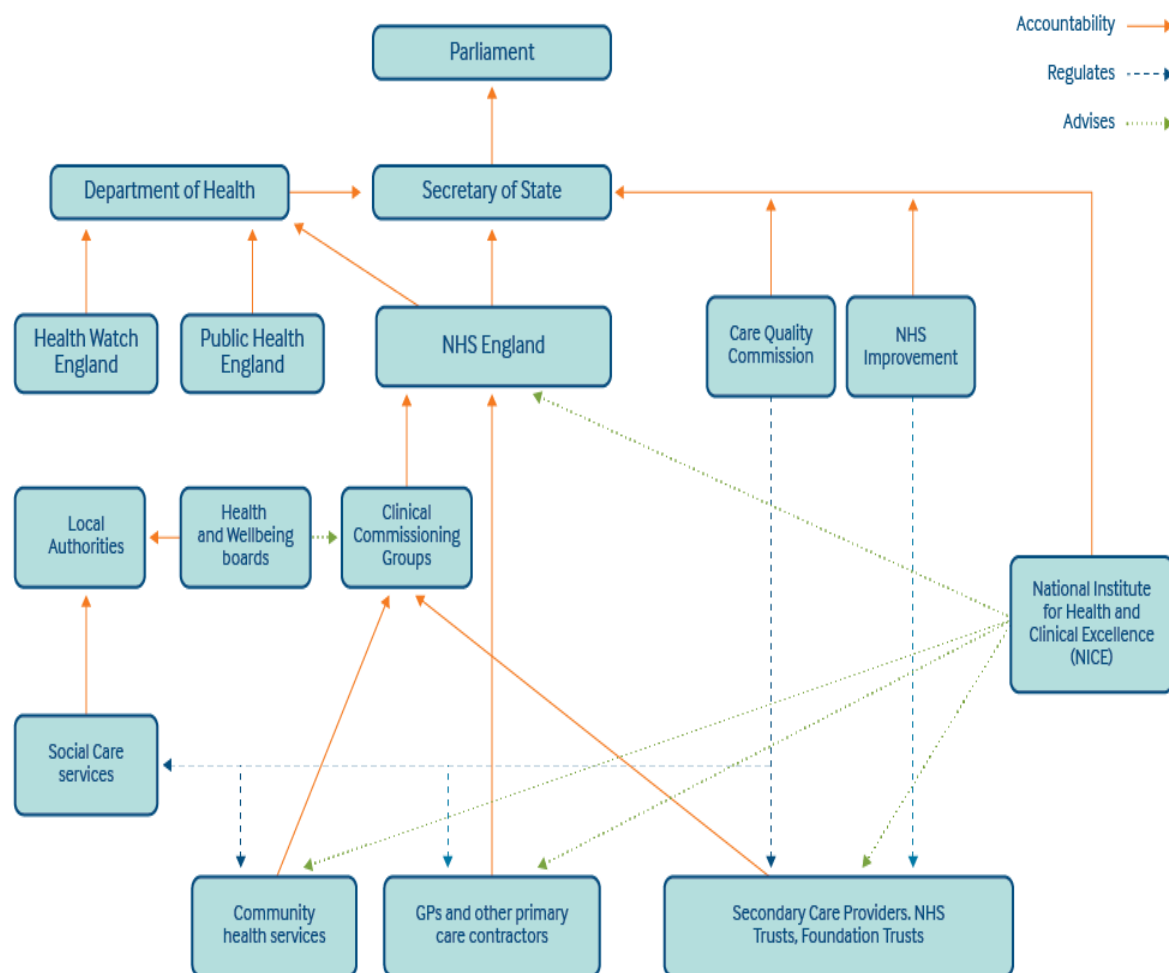


- > Hierarchical
- - -> Advisor
- - - -> Negotiation

Notes: SHI: Statutory health insurance. MoH: Ministry of Health.

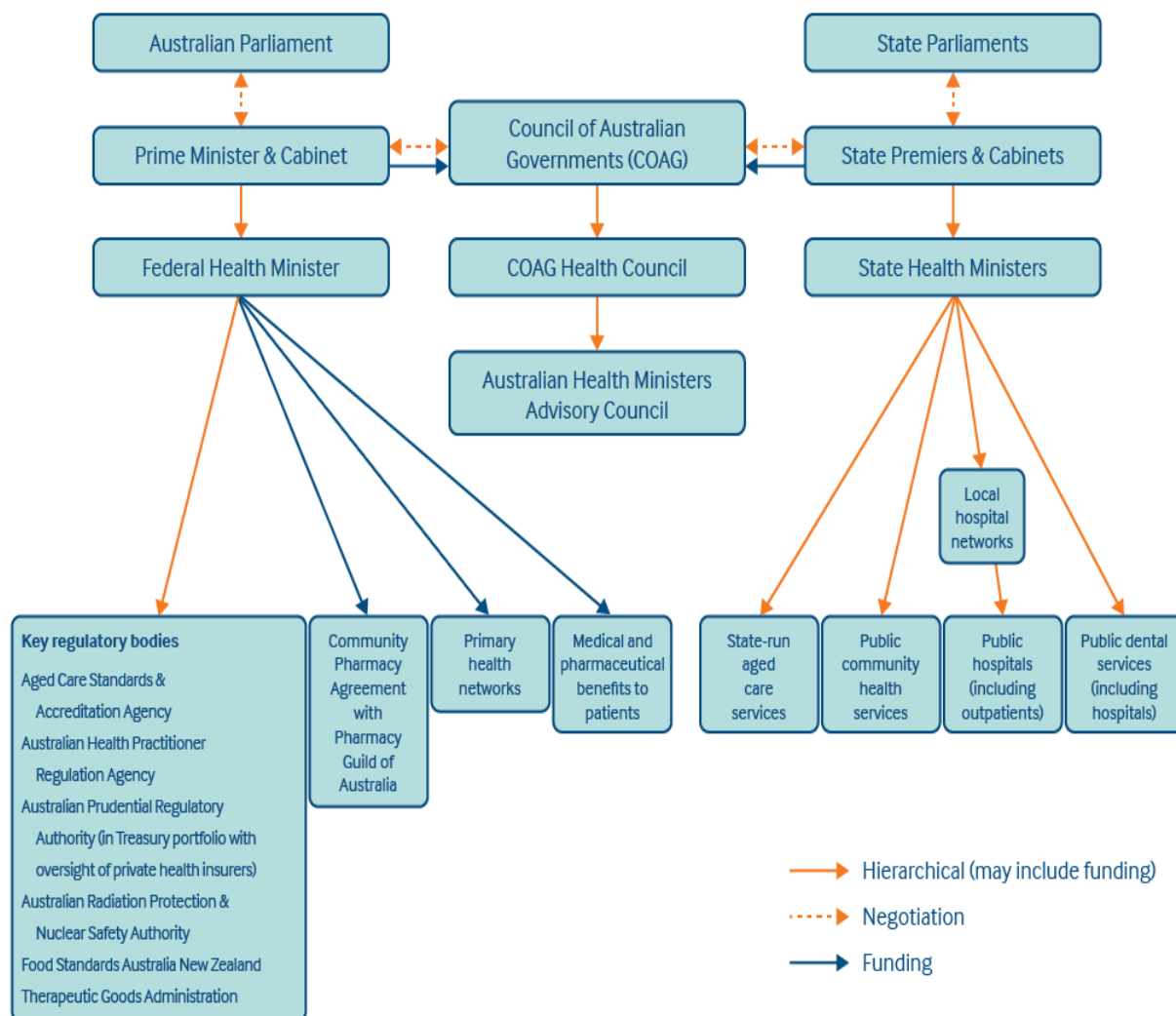
Source: Adapted from K. Chevreul, I. Durand-Zaleski, S. B. Bahrami et al., "France: Health System Review," *Health Systems in Transition*, vol. 12, no. 6, 2010, pp. xxi–xxii.

Organization of the Health System in England



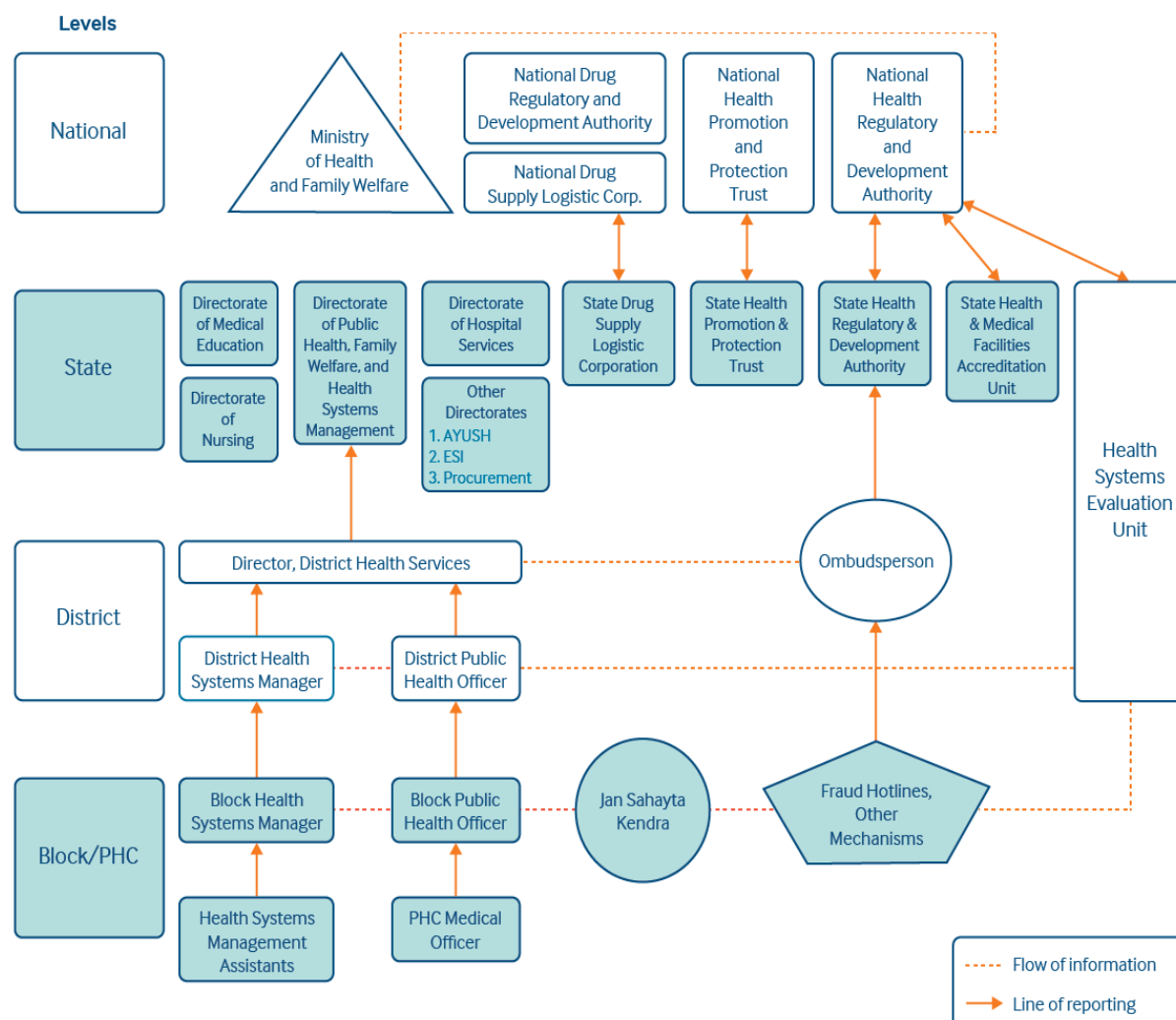
Source: R. Thorby and S. Arora, Nuffield Trust, 2014.

Organization of the Health System in Australia



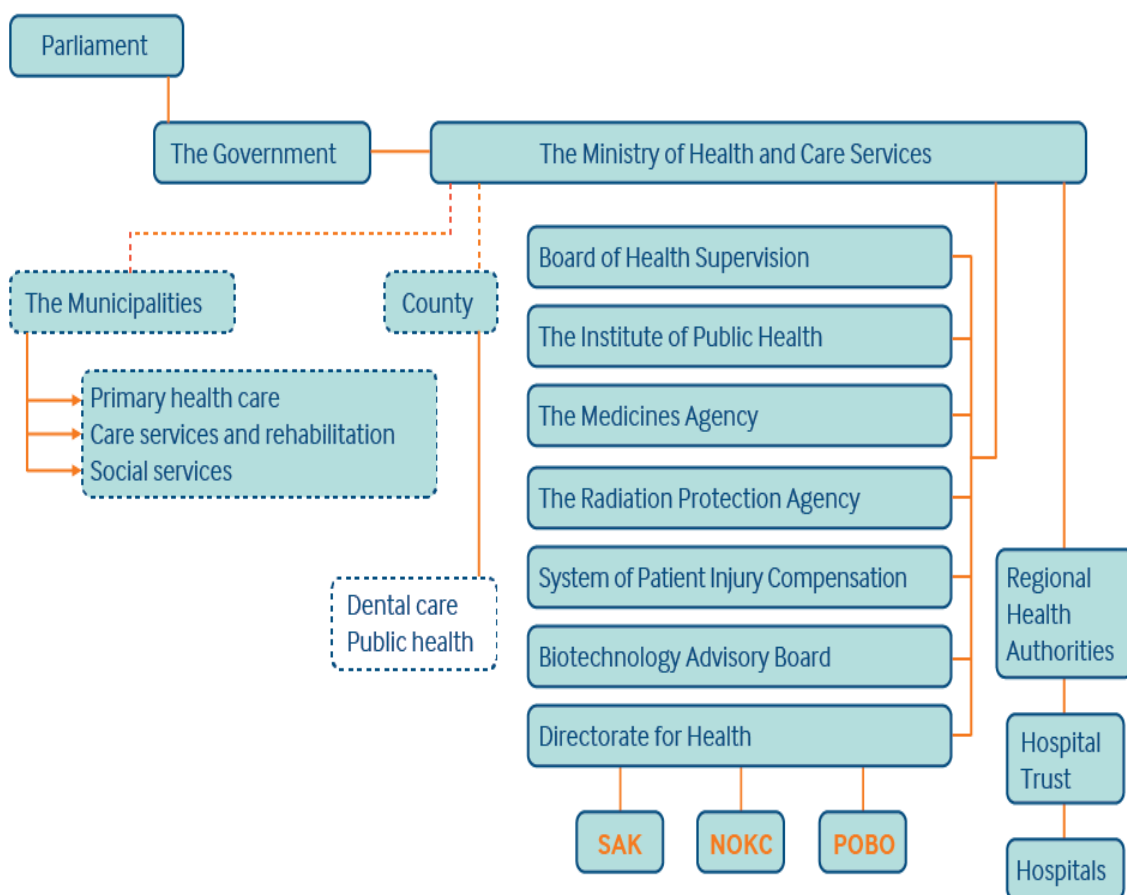
Source: L. Glover, 2015.

Organization of the Health System in India



Source: Planning Commission of India, 2011.

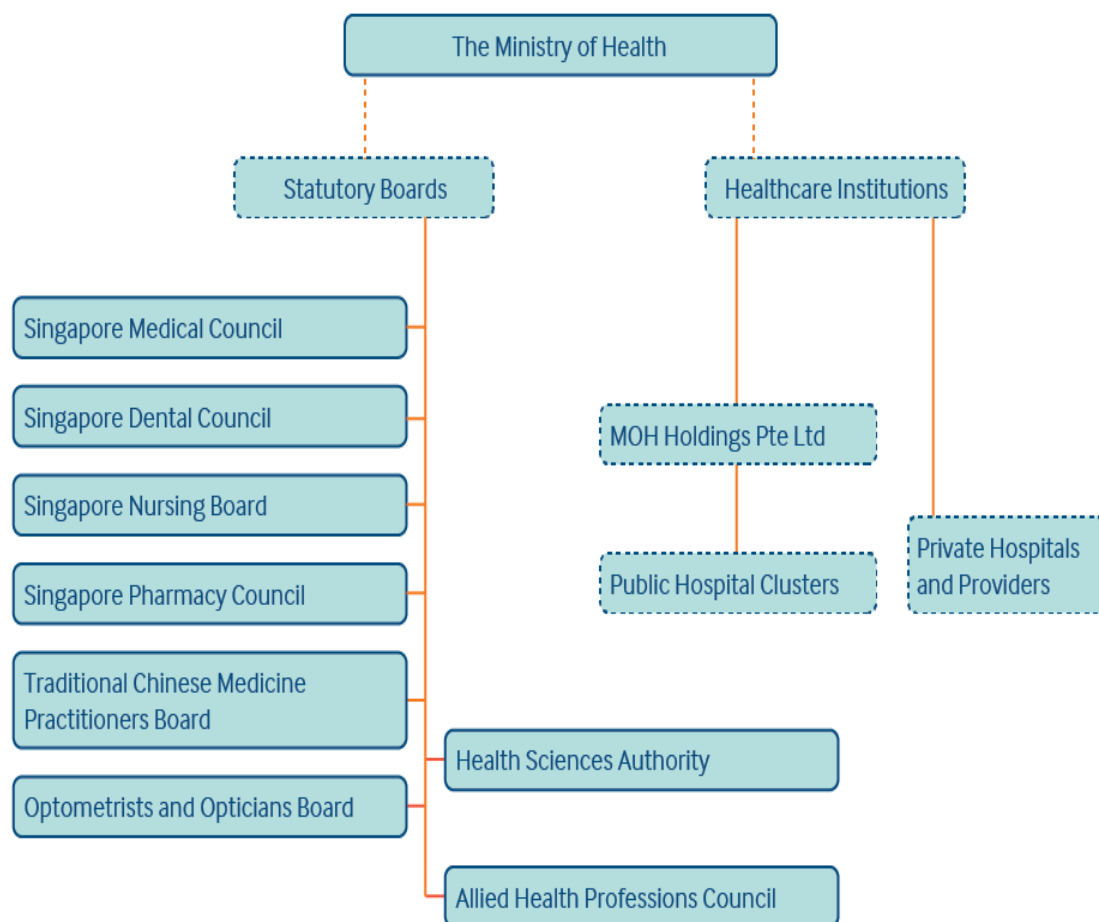
Organization of the Health System in Norway



SAK: Norwegian registration authority for health personnel
 NOKC: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services
 POBO: Health and care services ombudsmen

Source: A. K. Lindahl, Norwegian Knowledge Centre for Health Services, 2015.

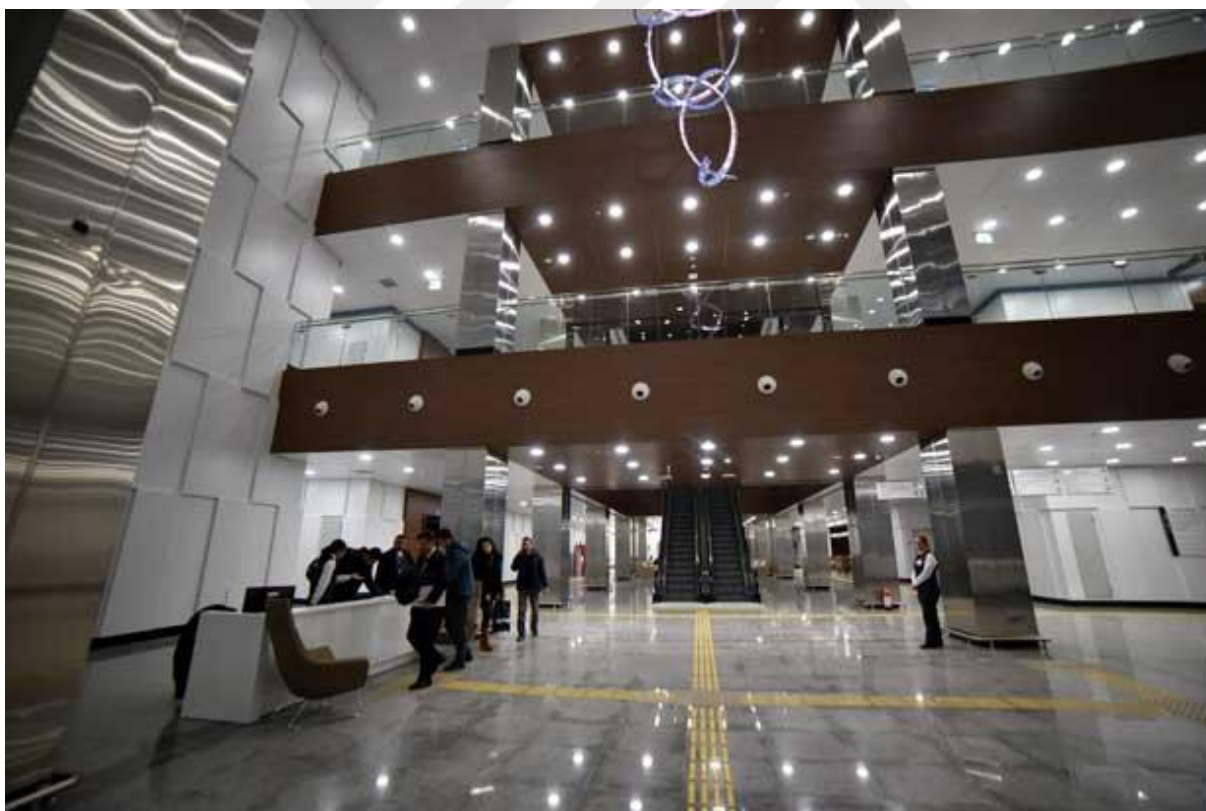
Organization of the Health System in Singapore



Source: Adapted from Singapore Ministry of Health website.

Ek 20

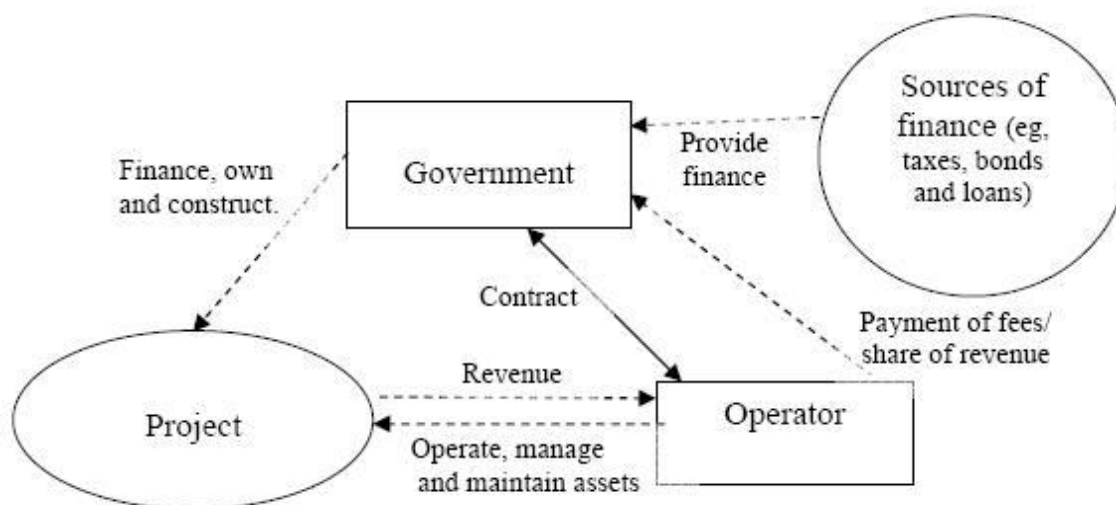




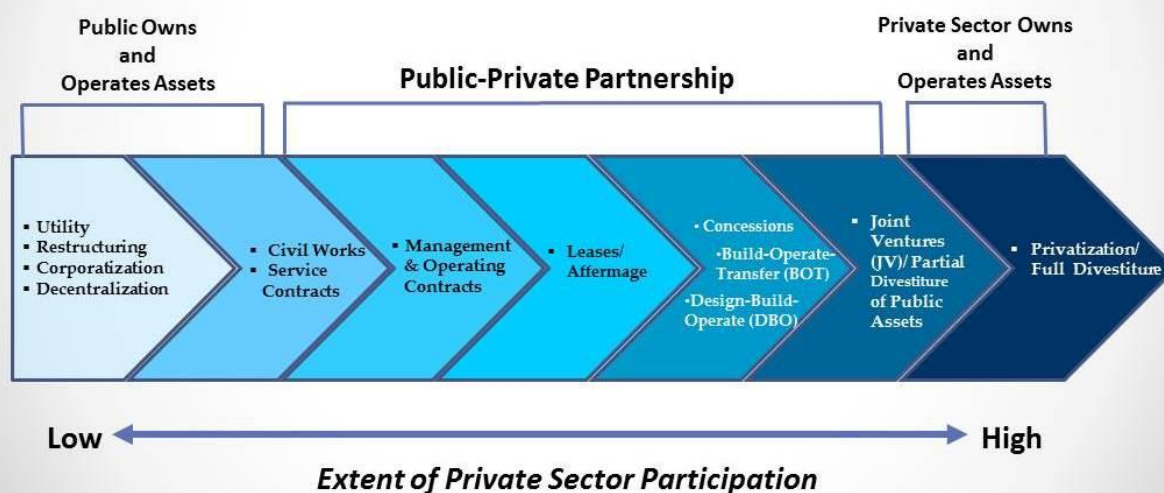




Ek 21



SPECTRUM OF PRIVATE SECTOR PARTICIPATION IN INFRASTRUCTURE AND DEVELOPMENT PROJECTS



Source: Delmon, Jeffrey (2010) *Understanding Options for Public-Private Partnerships in Infrastructure*. World Bank.

Ö Z G E Ç M İ Ş

Adı ve SOYADI	Volkan OLCA
EĞİTİM DURUMU	
Mezun Olduğu Lise	Sümer Lisesi
LİSANS	Akdeniz Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye
YABANCI DİL	İngilizce, Fransızca, Almanca
İŞ DENEYİMİ	
Çalıştığı Kurumlar	1- Finansbank 2- SY Eğitim Kurumları
E-Posta	olcavolkan@gmail.com