**Türk Tabipleri Birliği’nin Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü Projesi ÇSED Raporu Değerlendirmesi**

**Giriş**

Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü Projesi’ne yönelik nihai Çevresel ve Sosyal Etki Değerlendirme (ÇSED) raporu, Bilkent Ankara Entegre Sağlık Hizmetleri Yatırım ve İşletme A.Ş. adına 2U1K Danışmanlık Şirketi tarafından hazırlanmıştır. Rapordan 10 Ocak 2015 tarihinde yapılan toplantıda haberdar olunmuştur.

Bilkent Ankara Entegre Sağlık Hizmetleri Yatırım ve İşletme Anonim Şirketi Dia Holding FZCO ve İC İçtaş İnşaat Sanayi A.Ş.’den oluşmaktadır. Şirket, ihale ile aldığı hizmetlerin sunumu ve genel hizmetler için iki ayrı ortaklık daha kurmuştur. Genel Hizmetler Şirketi, Dia Holding FZCO ve ISS Türkiye’den oluşacaktır. Klinik Destek Hizmetleri Şirketi ise, Dia Holding FZCO ve Bozlu Holding Inc.’ten oluşacaktır. Hastanenin yapımının ardından 25 yıllık işletme süresi boyunca, Sağlık Bakanlığı, Proje Sahibine yıllık kira ödeyecektir. Bunun yanı sıra, Sağlık Bakanlığı tarafından garanti edilen hizmet ödemeleri, %70 doluluk oranına dayalı olacaktır. Yukarıda sözü geçen ödeme, kapasite hizmetleri ile ilgilidir. %70’lik doluluk oranının karşılanmaması durumunda, Sağlık Bakanlığı, karşılaşılan mali kayıplar için Proje Sahibine tazminat vermekle yükümlü olacaktır.

İhale alan şirketin kredi arayışında kullanılmak üzere hazırlanan ÇSED Raporunda şirketlerin “tüm Türk ÇED Yönetmeliklerine, Avrupa İmar ve Kalkınma Bankası’nın (EBRD) uluslararası kredilendirme Performans Gerekliliklerine ve Ekvator Prensiplerine tam olarak uymayı taahhüt ettiği” belirtilmektedir.

Hazırlanan ÇSED Raporunda kimi hususların netlik içermediği, kimi bilgilerin hukuksal olarak yanıltıcı nitelikte olduğu görülmüştür. Rapora ilişkin değerlendirmeler ve görüşler aşağıda özet olarak sunulmaktadır.

**“Paydaş” katılımı**

Raporda “paydaş” olarak nitelenen, sürece katılmasının önemine dikkat çekilen Türk Tabipleri Birliği ile raporu hazırlayan danışmalık şirketi adına bir temsilci sözlü görüşme yapmış olmasına karşın, görüşlerin Rapora alınmadığı görülmektedir.

Öte yandan daha çok proje/finansman/kredi alanına dair sözlükte geçen paydaş (stakeholder) tanımı, esasen çıkar paylaşımı, menfaat paylaşımı anlamında kullanılmakta olup Türk Tabipleri Birliği, kamu özel ortaklığı finansman yöntemi açısından paydaş değil muhataptır.

**Yasal altyapı**

OECD’ye ait kamu özel ortaklığı uygulamalarına ilişkin Rehber Kitap, Avrupa Konseyi’ne ait Yeşil Kitap, Dünya Bankası’nın Sağlıkta Dönüşüm Programı İhale Koşulları Rehberi ve diğer belgeler birlikte ele alındığında, Türkiye’de mevzuat hazırlanması sürecinin tümünün şeffaflıktan, katılımdan, görüş alınması ve bilgi paylaşımı zorunluluklarına uyulmadan yürütüldüğü görülmektedir.

Türkiye’de yap-işlet-devret gibi benzer uygulamalara dair yasal düzenlemeler olsa da bunlardan tümüyle bağımsız olarak ve ilk kez sağlık alanında kamu özel ortaklığına dair yasal düzenleme 2005 yılında yapılmıştır. Yasa tek maddeden ibaret olup o dönemde muhalefet partisinin yasal görüşmelerinde yapılan hataları protesto ettiği bir döneme denk getirilmiştir. Bu nedenle Türkiye’nin en az 50 yılını yakından ilgilendirecek bu düzenleme, hiçbir muhalif görüş açıklanmaksızın, sadece iktidar partisi milletvekillerinin oylarıyla kabul edilmiştir.

2005 yılında bu düzenleme hazırlanırken ne Türk Tabipleri Birliği’nin ne de sağlık alanındaki herhangi bir sendikanın görüşü alınmıştır. Aynı uygulama 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname döneminde tümüyle hukuka aykırı olarak yürütülmüştür. 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanına 20 Milyon TL’ye kadar olan projelere şahsen karar verme yetkisi verilmişken daha sonra yapılan bir değişiklikle bu yetki kaldırılmıştır.

Raporda 6428 sayılı Yasaya dair bilgi verilirken “yasal uzlaşma” (sf. 96) olarak nitelenmesi dikkat çekicidir. Raporda açıkça bu Yasanın Danıştay tarafından verilen kararların ortadan kaldırılması amacıyla yapıldığı söylenmektedir. Oysa Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi kararlarıyla da belirlendiği üzere, yargı kararlarını ortadan kaldırmayı ya da etkisiz hale getirmeyi amaçlayan yasal düzenlemeler Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin 6. Maddesiyle korunan adil yargılanma hakkının ihlali niteliğindedir.

Kaldı ki yasa tasarısı görüşmelerine davet edilen dönemin Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri Dr. Bayazıt İlhan, görüşlerini sunarken dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ, Plan ve Bütçe Komisyonu Başkanı Lütfü Elvan ve iktidar partisi milletvekillerinin sözlü saldırısına maruz kalmıştır. Yasanın görüşmeleri boyunca muhalefet milletvekillerinin Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı bürokrat ve yöneticilerine sordukları hiçbir soruya yanıt verilmemiştir. Yanıtsız kalan sorular arasında Türkiye’nin yapılacak hastaneler nedeniyle üzerine alacağı riskin tutarı ve bu tutarın karşılanıp karşılanamayacağı, maliyet etki analizi, hastanelerin bu yöntemle yapılmasının parasal değer analizi (VfM) sağlık hizmeti alacak kişilere etkilerinin ne olacağı, yeni hastane mi yoksa yenileme mi yapıldığı da vardır.

Raporda Unicredit AG şirketi tarafından hazırlandığı belirtilen bir çalışmaya atıf yapılmaktadır. Bu rapor hazırlanan dokümanlar arasında bulunmadığından tarafımızdan incelenememiştir. Ancak atıf yapılan çalışmada “Sağlık Bakanlığı’ndaki iç çalkantılar nedeniyle daha önce bilgi alınabilmesine rağmen artık istenen bilgilerin temin edilemediği” belirtilmektedir. Finansman şirketiyle bilgi paylaşımı yapılmasına karşın kamuya yönelik açıklama yapılmaması sürecin kötü yönetildiği ve uygulamanın başarısızlığını (unfailed) göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı, sadece Türk Tabipleri Birliği ve diğer sağlık çalışanlarına ya da “5 yıldızlı otel konforunda yeni hastaneler yapılacak” sloganıyla vatandaşlara değil yasama meclisi üyelerine de gerçek bilgileri vermemiştir. Dolayısıyla uluslararası kredi kuruluşlarınca belirlenen “güvenilir yasal zemin” ihtiyacını karşılamaktan uzak adı yasa olan bir düzenleme yapılmıştır. Bu yöntem için 2006 yılında yapılan ilk Yönetmelik ve 2014 yılında yapılan ikinci Yönetmelik de niteliği açısından yasa yapma süreçlerine benzemektedir.

6428 sayılı Yasa hakkında anamuhalefet partisi tarafından Anayasa Mahkemesi’ne başvurulmuş, 22 Mayıs ve 4 Temmuz 2013 günleri ilk inceleme yapılmış, ancak bugüne kadar henüz bir karar açıklanmamıştır. Dolayısıyla bu kararın da uygulamayı önemli ölçüde etkileyeceği açıktır.

Türkiye’de sağlık alanında kamu özel ortaklığı uygulamasının yasal altyapısı, yetersiz, belirsiz, niteliği tartışmalı ve bu alandaki uluslararası düzenlemelerdeki ölçütleri taşımamakta olup AB İlerleme Raporlarında da mevzuatın yetersizliği ve ihalelerin şeffaflığına dair eleştiriler sürmüştür.

**TTB’nin açtığı davaya dair süreç**

Raporda Türk Tabipleri Birliği’nin açtığı davalara dair verilen bilgilerin kısmen doğru olduğu (sf. 83) görülmektedir. Metinde tercüme hatası yapılmasından kaynaklandığı belirgin olması nedeniyle (yakın anlamına gelen ‘close to’ ibaresinin kapalı olarak çevrildiği görülmektedir) konuya ilişkin kısa bilgi verilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği Bilkent ihalesine karşı Aralık 2011’de dava açtı. Davada ihalenin usule aykırı yapıldığı gerekçeleriyle açıklandı. Ayrıca kapatılıp Bilkent hastanesi içine taşınacak hastanelerin arazilerinin şirketlere ticari olarak kullanmak üzere verilmesinin açıkça yasaya aykırı olduğu belirtildi. Temmuz 2012’de Danıştay, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ihale şartnamesinin yasaya aykırı olduğunu belirledi ve yürütmenin durdurulmasına karar verdi. Mahkeme ayrıca 2005 yılında yapılan yasanın da kanunların taşıması gereken özelliklere sahip olmadığı gerekçesiyle Anayasaya Mahkemesi’ne başvurulmasına karar verdi.

Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği’nin ihalelere dava açamayacağını ileri sürerek karara itiraz etti, ancak Ekim 2012’de İdari Dava Daireleri Kurulu bu itirazı reddetti.

Ancak Sağlık Bakanlığı ve ihaleyi alan şirketler, bu karar üzerine tamamıyla işlemi durdurmak zorunda olmalarına karşın 2013 yılında ihale sözleşmesinin imzalayıp temel atma töreni yaptılar. Yargı kararlarına idare ve özel kişilerin uyması Anayasaya ve evrensel hukuka göre zorunluyken suç işlenerek inşaata başlandı. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı ve ihaleyi alan şirketler, Anayasayı hiçe sayarak, suç işleyerek temel attı, Bilkent hastanesi hukuksuzluğun üzerine kuruldu.

**ÇED Süreci**

Raporda ihale alan şirketlerin aslında yasal olarak zorunlu olmadıkları halde Çevre Kanunu uyarınca Çevresel Etki Değerlendirme (ÇED) süreci için başvuruda bulundukları belirtilmektedir. Bu sürecin Çevre ve Şehircilik Bakanlığı bünyesinde sürdüğü anlaşılmaktadır. Bu sürece yönelik tarafımıza herhangi bir davet ve bilgilendirme bugüne kadar gelmemiştir. Ancak 10 Ekim 2014 tarihinde “halkın katılımı” toplantısı yapıldığı anlaşılmaktadır.

Öncelikle ihale alan şirketlerin tamamıyla kendi inisiyatifleriyle ÇED başvurusu yaptıkları, buna zorunlu olmadıkları bilgisi yanlıştır. Kamu Özel Ortaklığı Uygulama Yönetmeliğinin 4. Maddesinde “ön proje” hazırlanırken “çevresel etki değerlendirme raporları” da kullanılacak veriler arasında sayılmaktadır. Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı “Kamu Özel Ortaklığı modelinde izinler ve ruhsatlar yüklenici tarafından alınmaktadır” açıklamasını yapmıştır.

Diğer yandan yapılması planlanan 3700 yataklı hastane binasının otoparkının yaklaşık 8 bin araç kapasiteli olması bile başlı başına ÇED’e tabi olmasını gerektirir. Kasım 2014 tarihinde ÇED Yönetmeliğinin değiştirilmesiyle birlikte 500 ve üzeri yataklı hastaneler kapsamdan çıkarılmıştır. Dolayısıyla 500 ve üzerinde yataklı hastaneler Kasım 2014 tarihine kadar ÇED kapsamında olmasına karşın başvuru yapılmamıştır.

Bilkent’te ÇED süreci, arsa tahsis aşamasından başlayarak göz ardı edilmiştir. Süreç özetlenecek olursa; Bilkent hastanesi için 2007’de arazi tahsisi yapıldı, Ağustos 2009’da ön fizibilite raporu hazırlandı, Eylül 2009’da Yüksek Planlama Kurulu kararı alındı, Haziran 2010’da ihale ilanı çıktı, Ekim 2011’de ihale yapıldı, Eylül 2013’de sözleşme imzalandı, Ekim 2013’de temel atma töreni yapıldı.

Ancak Sağlık Bakanlığı ve şirketler 2014 yılına kadar ÇED başvurusu yapmadı. Oysa Çevre Kanununun 10. Maddesine göre ihaleye bile çıkılmaması gerekirdi. Sağlık hizmetini alacak kişiler, bu hizmeti sunacak kişiler ve tüm şehir ve çevre üzerinde bu kadar büyük etkisi olacak bir proje için ÇED sürecinin başlatılmaması beraberinde önemli bilgilerin göz ardı edilmesini de getirdi.

Raporda değinilmeyen hususlardan biri de örneğin Bilkent hastane alanının Ağıl dere yatağında ve taşkın alanında olmasıdır. Bu bölgede yer alan ve kapatılacağı belirtilen hastaneyi de bir süre önce sel basmıştır. Yine Çevre Mühendisleri Odası Başkanı yapılacak hastanenin doğalgaz çevrim santrali niteliğinde olacağını belirtmektedir. [[1]](#footnote-1)

Dünyada kampüs hastane modeli terk edilirken Türkiye’de hayata geçirilmeye çalışılması şehir plancılığı ilkelerine göre de değerlendirilmemiştir. Savaş, deprem gibi olağanüstü durumlarda hastaneye ulaşım ve hastane binasının korunması, herhangi bir olumsuzlukta zarar görecek alanın azaltılması ve sağlık hizmetlerinin devamlılığının sağlanması da bu anlamda göz önüne alınması gereken unsurlardır.

Yine bir sağlık tesisi açısından en önemli unsurlardan olan ulaşım başlığı Raporda yeterince çözüm ve ayrıntı içermemektedir. Yapılacak hastanenin Ankara merkezi ve 5 ayrı ili kapsayacak bir sağlık bölgesi hastanesi olması da gözetilerek ulaşılabilir bir alanda olmadığı açıktır. Raporda ODTÜ arazisinde gece baskını ile ağaçların kesilmesiyle açılan yeni bulvarın bu hastaneyle ilintili olduğu açıkça belirtilmektedir. Raporda yine ODTÜ kampüsü üzerinden ya da tüp geçitle altından bir yol daha açılması planlandığı belirtilmektedir. Ancak bu planlamaya dair ODTÜ ile yazışma yapılıp yapılmadığı belirtilmemektedir. Bu yolun açılamaması durumunda hastanenin atıl kalacağı ya da erişilemez, işleyemez olacağı öngörülebilmektedir.

**Hastanenin finansmanı/kira ve hizmet bedelleri**

Kamu özel ortaklığı yöntemiyle altyapı temini klasik ihale yöntemine göre daha pahalıdır. Avrupa Yatırım Bankası verilerine göre yüzde 24 daha pahalı[[2]](#footnote-2) , bu yöntem için alınan krediler ise devlet borçlanmasına göre yüzde 83 pahalı[[3]](#footnote-3) temin edilmektedir. 2012 ve 2013 Bütçe Yasası görüşmelerinde yapılan eleştiriler arasında “kamu özel ortaklığının kamusal stok değer yaratmak yerine uzun vadeli yüksek borçlanmaya neden olduğu” yer almıştır. Öte yandan finansal kriz ve resesyon ortamında özellikle kamu özel ortaklığı sözleşmelerinin uzun vadede sürdürülemez olduğuna ilişkin Avrupa Birliği çapında yapılan araştırma sonuçları da ihale alan şirketlerin ilk borçlarını ödemekte bile zorlandıklarını ortaya koymaktadır. [[4]](#footnote-4)

Türkiye’nin Hazine Müsteşarlığı düzeyinde temsil edildiği European PPP Expertise Centre (Avrupa Kamu Özel Ortaklığı Uzmanlık Merkezi) tarafından hazırlanan Mayıs 2011 tarihli Kamu Özel Ortaklığında Devlet Garantileri raporuna göre Türkiye yüklenici firmaların aldığı kredileri doğrudan üstlenme taahhüdünde bulunan tek ülkedir. [[5]](#footnote-5)

İngiltere’de Kamu Hizmetlerinde Ortaklık Merkezi Direktörü John Tizard, kamu özel ortaklığı projelerindeki kredi garantisi planlarının, projelerin kamusal finansmanla yürütülmesi anlamına geldiğini, ancak kamunun doğrudan borçlanmasının çok daha ucuz olacağını ve risk transferi açısından bu konunun değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir.[[6]](#footnote-6)

Öte yandan Eurostat kamu hesaplarıyla ilgili PPP tipi yatırımlarının zarar/açık ve borç yönetimi konusunu tanımlayan bir karar (DN: STAT/04/18) yayınlamıştır. PPP‘yle ilgili borcun sınıflandırılması sorununun kanuni borç sınırları üzerine potansiyel etkisinden dolayı kamu otoriteleri için önemli olduğu belirtilmiştir. Eurostat PPP’lerin devlet dışı değerler olarak sınıflandırılması ve devlet için denge kaydı tutulması için şu iki koşulun birlikte sağlanması gerektiği sonucuna varmıştır:

* Özel sektör tarafı inşaat riskini üzerine almalı
* Özel sektör tarafı yararlanabilirlik ya da talep risklerinden en az birini üzerine almalı

Yapılan değişiklikler ile birlikte Eurostat tarafından belirlenen bu ölçütler açısından, özel sektörün üstlendiği herhangi bir riskin bulunmadığı açıktır. Bu tür uzun dönemli projelere Hazine garantisi verilmesi doktrinde de eleştirilmektedir. Yrd. Doç. Dr. Ahmet Keşli, “… Her ne şekilde olursa olsun hazır bulundurma karşılığı yapılan ödemeler (asgari alım garantisi) sözleşme süresi kadar bütçeye bir borç yüklemektedir. Hazine garantili olarak yapılan her bir proje esasen bir sonraki iktidara hatta bazı durumlarda memleketin 49 yıl içindeki bütün iktidarlarına Hazine’den denmek üzere borç yükü yüklenmesi anlamına gelmektedir” demektedir. [[7]](#footnote-7)

Kamu özel ortaklığı projelerinin bütçe üzerinde uzun dönem için sert (rijit) etki yaratması da tartışılmakta ve kamunun esnek olmayan sözleşmelerle girdiği **taahhütler nedeniyle kendi kredi notunun da düştüğü belirtilmektedir.** Madrid Bölgesi için kredi notu 2009 yılında AA+ olarak belirlenirken Standard & Poor’s kamu özel ortaklığı sözleşmeleri nedeniyle “negatif görünüm” açıklaması yapmıştır. [[8]](#footnote-8) İspanya’nın 2013 yılı itibariyle kamu finansmanı açısından geldiği nokta ise malumdur. ABD’de Teksas Eyaletinde 183 Milyar ABD Dolarına kamu özel ortaklığı sözleşmesi büyük protestolar sonucunda iptal edilmiş ve Eyalet Yasama Meclisi bedeli ikiye bölmüştür.[[9]](#footnote-9)

Uluslararası Para Fonu (IMF) tarafından Türkiye ekonomisinin değerlendirildiği **“Madde 4”** çerçevesindeki raporda kamu özel ortaklığı projelerinin sürdürülebilirliğine dair kaygılar ve uygulamaya dair eleştiriler yer almıştır.[[10]](#footnote-10)

Bütçenin en önemli ilkeleri arasında yıllık yapılması gelirken, 5018 Sayılı Yasa ile yıllara sari işlemlere ilişkin sınır konulduğu ve yine Sağlık Bakanlığının “Kamu Hastaneleri Birliğine Geçiş Rehberi”ne göre de en fazla 3 yıllık sözleşmelere imza atılabileceği bunun da Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanı’nın vereceği yetkiye göre yapılacağı belirtilmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 6428 sayılı Yasanın 5. Maddesinin 5. Fıkrasına göre bedel, Bakanlığa veya bağlı kuruluşlara ait döner sermaye bütçesinden ve/veya merkezi yönetim bütçesinden ödenir. Yatırım ihalelerinde borcun ana ödeme kaynağı hastanelerde kurulacak döner sermaye işletmeleridir. Sayıştay Başkanlığının Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Döner sermaye İşletmesi Raporunda 2013 yılında 20 Milyar TL gelir elde edildiği bunun 18.6 Milyar TL’sinin hizmet sunum gideri olduğu belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından bugüne kadar yapılan kamu özel ortaklığı ihalelerinde belirlenen bedellerin yılda 3 Milyar TL’yi aştığı görülmektedir. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı döner sermayesinin ya da merkezi bütçesinin belirlenen tutarları ödeme kapasitesi yoktur.

Öte yandan hastane döner sermaye gelirleri arasındaki en temel kalem Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından aktarılan paydır. Bunun tutarı ise Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu arasında belirlenen global bütçe ile belirlenmektedir. Yine 5510 sayılı Yasa uyarınca Sosyal Güvenlik Kurumu ödeme yapacağı sağlık hizmetlerini ve bunların bedellerini tek başına belirlemeye yetkilidir. Bu belirlemeyi Sağlık Uygulama Tebliğ (SUT) ile yapmaktadır. SUT üzerinden ödenen bedellere dair kısıtlamaların yanı sıra kapsam dışında kalan hizmetler için katkı ve katılım payı ödenmesi uygulaması kamuda da yaygınlaşmaktadır.

Yine 30 Mayıs 2014 günlü ve 29015 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Ulusal İstihdam Stratejisi (2014-2023) ve Eylem Planları (2014-2015) ile ilgili Yüksek Planlama Kurulunun 6.5.2014 tarihli ve 2014/4 sayılı Kararı ekinde yer alan raporda da belirtildiği gibi Türkiye’de kayıt dışı çalışma oranı halen yüzde 50 oranındadır. İşgücü piyasasına katılımda eğitim yetersizliği bulunmakta, yaygın taşeron uygulaması nedeniyle ücretler ve buna bağlı primlerin kayıt altına alınarak tam olarak yansıtılmasında sorunlar bulunmaktadır. Kayıtdışı çalışanların yanı sıra “yeşil kartlı” olarak bilinen nüfusun oranı artmakta diğer yandan (kapatılan Bağ-Kur) şahsen prim ödeyenlerin prim borçları nedeniyle sağlık hizmetine ulaşmakta güçlük çektiği de bilinmektedir.[[11]](#footnote-11)

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından hazırlanan Haziran 2014 tarihli sosyal güvenlik ve gelir düzeyi araştırma sonuçlarına göre Türkiye, kişi başı geliri orta düzey ülkeler arasında sosyal güvenlik açısından geri sıralarda yer almaktadır. [[12]](#footnote-12)

Öte yandan giderek artan sağlık hizmeti bedellerinin karşılanabilmesi için tamamlayıcı sağlık sigortaları yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır. Ancak Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği’nin sağlık sigortalarına ilişkin raporunda da belirtildiği gibi halihazırda nüfusun yüzde 3’ü dolayında özel sağlık sigortası sahibi bulunmaktadır.[[13]](#footnote-13)

Gelinen aşamada mevcut kamu hastaneleri giderlerini karşılamak ya da gelirlerini artırmak için özel sağlık sigortası sahibi kişilere bir kat ayırmaya ve yatak tahsis etmeye başlamıştır.[[14]](#footnote-14)

Kamu özel ortaklığı yönteminin 20 yılı aşkın süredir uygulandığı İngiltere’de bu yöntemle işletilen hastanelerin kira bedellerini karşılamak için hekimlerin de aralarında olduğu çalışanlarını işten çıkarmaya başladığı, getirisi az olan kliniklerini kapattığı, yatak sayısını azalttığı bilinmektedir. Tüm bu tedbirlere karşın İngiltere’de halihazırda 7 hastane iflas ettiğini duyurmuştur. Yine İngiltere’de kamu özel ortaklığı yöntemiyle yapılan bir hastanenin kiralarını ödeyememesi üzerine proje sahibi şirkete kredi veren kuruluşun hastaneyi devraldığı bilinmektedir.

İnşaat şirketlerine yönelik kredilerin geri ödemelerinin aksaması nedeniyle kredi veren kuruluşların zararıyla sonuçlanan ve tüm dünyada ekonomik durgunluğa neden olan krizin finans krizi olduğu kabul edilmektedir. [[15]](#footnote-15) Krizin temel nedeni ise asıl borçlanıcıların gelirlerinde herhangi bir artışın olmaması ya da borçlandıkları tutar ile kredi faizi ve krediyi veren kuruluşların nakit temini için borçlandıkları “ikincil piyasa ürünü” olarak tanımlanan türev ürünlerin yarattığı fazladan maliyeti karşılayamamış olmaları olarak belirtilmektedir.

Diğer yandan riski artıracak bir diğer husus ise Sağlık Bakanlığının bugüne kadar yaptığı ihalelerde aynı iş ortaklıkları birden fazla ihale alması, ancak her bir ihalede sadece o ihaleye göre özkaynak denetiminden geçirilmeleridir. Ancak oluşacak toplam sabit yatırım tutarı açısından yeterlilikleri denetlenmemiştir. Bu yönüyle Hazine tarafından garanti altına alınacak toplam riskin maliyetinin hesaplanmaması, uzun vadede oluşacak kamu borcuna dair maliyet analizinin yapılmaması açıkça kamu yararına aykırı olması nedeniyle düzenleme hukuka aykırıdır.

**Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri tıbbi hizmetlerdir**

Raporda ihaleyi alan şirketlerin klinik alanlara dair Bozlu Holding ile birlikte çalışacağı belirtilmektedir. İhale teklif dosyasında Bozlu Holding ya da MNT şirketi alt işveren olarak gösterilmemiştir. Ancak Dünya Bankası Türkiye Projeler sayfasında MNT şirketine kamu özel ortaklığı hastaneleri için 15 Milyon ABD doları finansman sağlandığı açıklanmıştır. İhale süreci bu yönüyle usule aykırıdır. Diğer yandan görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinin ihale edilmesi hukuka aykırıdır.

Kamu özel ortaklığının “çekirdek hizmetler” ya da tıbbi hizmetlerin devrini öngörmemesi ve hizmet bedellerinin doğrudan hizmeti alacak kişilerden tahsil edilmeyeceğinin öngörülmesi nedeniyle “eksik imtiyaz” olarak nitelendiği dava dilekçemizde belirtilmiştir. 3359 sayılı Yasanın Ek-7. Maddesi ve dayanak Yönetmelik “tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların” devredilebileceğini kabul etmiştir. Ancak dava dilekçemizde de belirtildiği gibi “tıbbi destek hizmeti” ve “tıbbi hizmet” tanımlarının belirlenmemiş olması temel tıbbi hizmetlerin ihale konusu edilmesiyle sonuçlanmıştır.

Nitekim dayanak Yönetmelikte devri öngörülen hizmetler arasında eczanelerin de sayılması üzerine 2006 yılında dava açılmıştır. Dava sürerken Yönetmelikte yapılan değişiklikle “eczane” ibaresi kaldırılmıştır. Yönetmelik değişikliğiyle dava konusu ibarenin yönetmelik hükmünden çıkarılmış olmasının, davanın açıldığı tarih itibariyle yargısal denetiminin yapılmasına engel teşkil etmeyeceğini vurgulayan Danıştay 10. Daire Başkanlığının 10.2.2009 günlü ve E. 2006/5525 K. 2009/793 sayılı kararında “Hastane bünyesinde yer alan eczanelerin o hastane içinde bulunan hastaların ilaç tedariki dışında ticari bir amaç taşıyamamaları ve eczacılık mesleğinin sağlık hizmeti ağırlıklı bir alan olduğu göz önüne alındığında, eczanelerin yönetmeliğin ( l ) bendi kapsamında tıbbi hizmetler dışındaki alanlarda değerlendirilmesinde ve bunun sonucu olarak işletilmesinin hastanelerden bağımsız olarak müteahhide devredilmesine olanak sağlayan dava konusu düzenlemede mevzuat hükümlerine, kamu yararına ve hizmet gereklerine uyarlık bulunmamaktadır” gerekçesiyle iptal kararı vermiştir.

Öncelikle bu iki hizmet asıl sağlık hizmeti ya da temel sağlık hizmetine “yardımcı hizmet” niteliğinde alanlar değildir. Her iki alan tıpta uzmanlık dalı olan, sadece teşhis değil tedavi aşamasında da büyük önemi olan branşlardır. Kaldı ki hastanede verilen bütünlüklü bir hizmet olan sağlık hizmetinin iki uzmanlık alanının parçalanarak, herhangi bir yasal dayanağı olmaksızın “yardımcı hizmet” olarak nitelenmesi mümkün değildir. [[16]](#footnote-16)

Ankara dışında dört ile daha hizmet verecek bir sağlık tesisinin görüntüleme ve laboratuvar birimlerinde kamu çalışanı bulunmayacak olmasının kamu yararı açısından kabul edilebilir bir yönü yoktur. Ancak hazırlanan Raporda bu iki alanda çalışacak kişilerin durumları gerçekçi olarak ele alınmamıştır.

Yapılacak tesiste personel sayılarının daha az tutulması öngörülmüştür. Kaldı ki bu hastaneler “sağlık hizmet bölgesi hastanesi” olacağı için birden fazla ilden bu hastanelere başvuru olacaktır. Sadece Bilkent tesisine taşınacak 4 hastanenin personelinden daha az bir personelle, Ankara dışında 4 ile (Bolu, Düzce, Zonguldak, Kastamonu) de hizmet verilmesi öngörülmektedir.

Kapatılarak Bilkent sağlık tesisi içine taşınması öngörülen hastaneler Türkiye’nin köklü eğitim araştırma hastaneleridir. Bu hastanelerin görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerini sunan kamu çalışanı hekimleri ve diğer sağlık çalışanları, kendi alanlarında uzmanlaşmış kişilerdir. Tüm bu hastanelerde çalışan kamu çalışanı, alanlarında uzman kişilerin artık Ankara il merkezinde çalışma olanağı kalmayacaktır; çünkü tüm görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri istisnasız olarak yüklenicilere bırakılmaktadır.

İleri teknoloji ile donatılmış, bölge hastanesi olarak planlanan ve normal ihale yöntemlerine göre çok daha pahalıya mal olacak hastanelerde görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinin kamu personeli eliyle verilmesi önünde de herhangi bir engel bulunmamaktadır. Kaldı ki “kira” ödemelerinin hastane döner sermaye işletmesinden karşılanacak olması karşısında anılan hizmetlerin kamu eliyle verilmesinin kamu yararına olacağı da açıktır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve Yüksek Planlama Kurulu kararına esas alınan Ön Fizibilite Raporunda da açıkça, hastanelerin en büyük geliri bu iki alandan elde ettiği, hizmet satın alınması durumunda da bu alanların en büyük gider kalemi olduğu belirtilmektedir.

Dolayısıyla kamu özel ortaklığı yöntemiyle finanse edilecek bu hastanelerin, döner sermaye gelirlerinin artması ve giderlerinin azalması açısından da bu iki alanın kamu eliyle yürütülmesinin kamu yararına uygun olacağı açıktır. Son olarak Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ile Sudan arasında imzalanan, kamu özel ortaklığıyla hastane yapımına ilişkin sözleşmede de görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri kamu eliyle yürütülecek hizmetler olarak kabul edilmiştir. Bu iki tıpta uzmanlık branşının muhakkak hizmet satın alma yoluyla sunulmak zorunda olmadığı bu sözleşme ile de kabul edilmektedir.

Kamu özel ortaklığıyla hastane kuracak ve içindeki hizmetleri işletecek şirketlere Damga Vergisi, Harç, KDV muafiyeti tanındığı, alacakları kredilere Hazine garantisi verildiği, hastanelerin Yüzde 70 doluluk oranıyla çalışacağının (kullanım garantisi), kur farkından kaynaklı zararların karşılanacağına dair hükümler bir arada değerlendirildiğinde sözleşme konusu işin herhangi bir hizmet satın alma ve bina yapım işi olmadığı açıktır. Türkiye’de kamu özel ortaklığının uygulanmasının makro planlamasının ülke gerçekleriyle örtüşmeksizin yapıldığı anlaşılmaktadır.

**Şirketlere yüzde 70 doluluk oranı vaat edilmesi**

Raporda da açıkça belirtildiği gibi Sağlık Bakanlığı tarafından ihale alan şirketlere hastanenin yüzde 70 oranında doluluğu vaat edilmiş ve aksi durumda gereken ödemelerin yapılacağı taahhüt edilmiştir. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından bir kullanım ya da doluluk oranı vaat edilmesinin hiçbir yasal altyapısı yoktur. Kaldı ki Sağlık Bakanlığının kendi yatak doluluk oranı istatistikleri de bu vaadin gerçeği yansıtmadığını göstermektedir.

 Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulandığı dönem boyunca yatak doluluk oranları giderek artsa da şirketlere vaat edilen yüzde 70’lik doluluk oluşmamıştır.

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 (sf. 109) verilerine[[17]](#footnote-17) göre yatak doluluk oranı tüm sektörlerde 2013 yılı itibariyle yüzde 66’dır. Yataklı tedavi hizmetlerini değerlendirmek için kullanılan pek çok kavram vardır. Bunlar 100 kişiye düşen yatak sayısı, hasta yatırılma oranı, polikliniğe başvuran hastaların ne kadarının hastaneye yatırıldığı, bir yatağın yılda kaç gün boş kaldığı, yatakların ne kadarının dolu olduğu gibi verilerdir. Bu veriler daha nitelikli bir yataklı tedavi hizmeti vermek için bir planlama aracı olarak kullanılmalıdır. Hasta yataklarına karlılık gözlüğüyle bakmak, turistik tesis yatakları ile karıştırmak sağlık hizmeti ile bağdaşmaz. Turistik tesislerde doluluk için çaba harcanabilir, ama sağlıkta bu çaba daha çok insanın hastaneye yatacak denli hastalanması için çaba harcamak demektir.

**Sağlık Bakanlığı idari hizmet binası ihaleye dahil edilmesi**

İhale sürecinde hazırlanan zeyilnameler arasında 8 Eylül 2011 tarihli belgede, “idari bina” başlığı altında **“Sağlık Bakanlığı Hizmet Binaları”** bulunduğu, yer teslim tarihinden itibaren 18 ay içerisinde tamamlanarak teslimi gerektiği belirtilmektedir. Soru-cevap formlarında istekliler tarafından binanın 18 ayda tamamlanmasının ardından binaya ilişkin kullanım bedeli ödemesinin başlayıp başlamayacağı sorulmuş, İdare tarafından “aşama tamamlamaya göre ödeme yapılacağı” yanıtı verilmiştir. Yapılan değişiklikle Sağlık Bakanlığı, yapılacak Bilkent entegre sağlık kampüsü içine taşınacak, 1.5 yıl sonunda Sağlık Bakanlığı’nın idari hizmet binası yüklenicilere kira ödemeye başlayacaktır.

Ancak, ihale ilanında, “idari bina” bulunmamaktadır. İhale şartnamesinde zeyilname ile değişiklik yapılarak Yüksek Planlama Kurulu onayı alınmadan ihale konusu değiştirilmiştir. Öte yandan bu binanın “kira bedelinin” dayanak Yasa ve Yönetmelik hükümleri uyarınca döner sermayesinden karşılanması gerekmektedir, oysa idari hizmet binasının böyle bir kaynağı bulunmamaktadır. Dolayısıyla şartnamede zeyilname ile yapılan anılan değişiklik dayanak Yasa ve Yönetmelik hükümlerine açıkça aykırıdır. Uzun yıllara yaygın uygulama ve sözleşmelerin temellerinin, iç hukuk kurallarına ve uygulamayı belirleyen uluslararası ölçütlere bu denli aykırılık içermesi, tüm taraflar arasında sorun yaratmaya aday bir mesele haline gelecektir.

**Sonuç**

Türkiye’de 2005 yılından bu yana belirgin bir yasal altyapısı bulunmayan kamu özel ortaklığı finansman yönteminin özellikle sağlık hizmeti alanında uygulamasına dair ön hazırlıkların yeterli nitelikte yapılmadığı açıktır. Bunun dışında tüm hazırlık ve uygulama süreçleri kamuoyuna doğru bilgilendirme yapılmaksızın yürütülmektedir. Sağlık çalışanlarının meslek ve sendikal örgütlenmeleri sürece dahil edilmeden, itirazları göz önüne alınmadan yürütülen süreç, kamu özel ortaklığı uygulamalarına ilişkin dünya ölçeğinde özellikle finansman kuruluşları tarafından belirlenen ölçütlere de aykırıdır.

Türk Tabipleri Birliği, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın kabulü aşamasından bugüne değin Türkiye özelinde uygulamanın sürdürülemez olduğunu bilimsel çalışmalarıyla açıklamıştır. Kamu özel ortaklığı finansman yöntemiyle Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın yeni bir aşaması olduğu Dünya Bankası tarafından da açıklanan bu yeni sürecin uzun vadede sağlık hizmeti sunumunda, sağlık çalışanları ve hizmetten yararlanacak tüm çevreler açısından büyük hasar yaratacağı da açıktır. Dolayısıyla yukarıda kısaca özetlenen çerçevede açıklanmaya çalışıldığı gibi bu yöntem kullanılarak sağlık hizmeti sunulabilmesi Türkiye özelinde olanaklı değildir.

1. <http://www.cmo.org.tr/genel/bizden_detay.php?kod=90856&tipi=68&sube=0#.VMebfP7kd5I> [↑](#footnote-ref-1)
2. Jane Lethbridge-European Healthcare Services, Multinational Companies And A European Healtcare Market, PSIRU University of Greenwich, 2010 [↑](#footnote-ref-2)
3. CUPE PPP Hospitals Report:Wrong Direction, 2011 [↑](#footnote-ref-3)
4. Public-Private Partnerships (PPPs) in the EU - a critical appraisal PSIRU November 2008, <http://www.psiru.org/reports/2008-11-PPPs-crit.doc> David Hall, A crisis for PPP, University of Greenwich, PSIRU,2009 [↑](#footnote-ref-4)
5. EPEC, State Guarantees in PPP [↑](#footnote-ref-5)
6. <http://www.projectdatafile.co.uk/article/63/the-credit-crunch-hits-pfi> [↑](#footnote-ref-6)
7. Yrd. Doç. Dr. Ahmet Keşli, a.g.e. sf. 183 [↑](#footnote-ref-7)
8. S&P: Autonomous Community of Madrid Outlook Revised To Negative; 'AA+/A-1+' Ratings Affirmed. 23 December 2008 [www.standardandpoors.com/ratingsdirect](http://www.standardandpoors.com/ratingsdirect) [↑](#footnote-ref-8)
9. Houston Chronicle January 8, 2009: New road plan rises from ashes ; <http://www.statesman.com/blogs/content/shared-gen/blogs/austin/traffic/entries/2008/12/31/mixed_verdict_on_publicprivate.html> [↑](#footnote-ref-9)
10. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2012/cr1216.pdf> [↑](#footnote-ref-10)
11. Yaşar Yenimahalleli, Bağımsız Sosyal Bilimciler Kongresi(2013) Sunumu [↑](#footnote-ref-11)
12. <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/-publ/documents/publication/wcms_233953.pdf> [↑](#footnote-ref-12)
13. <http://www.tsb.org.tr/saglik-sigortasi.aspx?pageID=625> [↑](#footnote-ref-13)
14. <http://www.pirsushaber.com/dunyanin-tercihi-siyami-hersek-180585ny.html> [↑](#footnote-ref-14)
15. Jim Stanford, Herkes İçin İktisat, Yordam Yayınları, sf. 213 vd., Costas Lapavitsas, Finansallaşma ve Kapitalizmin Krizi, Yordam Yayınları, sf. 10 vd. [↑](#footnote-ref-15)
16. Prof. Dr. Onur Karahanoğulları, Kamu Hizmeti, Turhan Kitabevi, sf. 318 vd. [↑](#footnote-ref-16)
17. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sa%C4%9Fl%C4%B1k%20istatistik%20y%C4%B1ll%C4%B1%C4%9F%C4%B1%202013.pdf> [↑](#footnote-ref-17)