

## Sağlık alanında kamu-özel ortaklığı: Türkiye deneyimi

*Kayıhan Pala<sup>1</sup>, Özgür Erbaş<sup>2</sup>, Eriş Bilaloğlu<sup>3</sup>, Bayazıt İlhan<sup>4</sup>, Raşit Tükel<sup>5</sup>, Sinan Adıyaman<sup>6</sup>*

Neoliberal sağlık reformlarının sağlığı piyasalaştıran ve sermaye için yeni bir kâr maksimizasyonu alanı haline getiren yapısı, Türkiye’de son otuz yılda kamu hastanelerini hem örgütlenme hem finansman hem de istihdam yapısı açısından derinden etkilemiştir. Bu süreçte kamu hastanelerinin finansman yapısı büyük ölçüde değişmiştir. Yurttaşlar doğrudan ve dolaylı vergilerle zaten yükü üstlenmişken, hastaneler bütçe dışı kaynaklardan gelir elde etmeye zorlanmış ve bu zorlanma sonucunda sosyal/özel sigorta primleri, katkı payları/kullanıcı ödentileri ve cepten harcamalar gibi yollarla yurttaşların tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanına katkı yapması zorunlu hale getirilmiştir.

Sermayenin sağlık alanındaki faaliyet alanının genişletilmesinde, kamu hastanelerinin finansman ve örgüt yapısının değiştirilmesi başat yaklaşım olmaktadır. Bu bağlamda kamu hastanelerinin kamu-özel ortaklığı (KÖO) modeliyle inşa edilmesi ve hizmet sunması Türkiye’de ön plana çıkarılmaktadır.

### Tarihsel arkaplan

Kamuya ait sağlık tesislerinin “kiralama” karşılığı yaptırılabilmesine ilişkin Türkiye’deki ilk düzenleme, 1987 yılında çıkarılan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na 2005 yılında bir madde (Ek Madde 7) eklemesiyle yapıldı. Ardından hem bir yönetmelik (2006), hem de yeni bir yasa (2013) ile kiralamanın kapsam ve içeriği ayrıntılı olarak belirlendi. Bu düzenlemeler ilk önce “Entegre Sağlık Kampüsü”, sonra “Sağlık Kampüsü”, ardından “Kamu-Özel Ortaklığı”, daha sonra “Kamu-Özel İşbirliği” olarak anıldı. Sonunda kamu-özel ortaklığı yöntemi ile inşa edilen hastaneler “Şehir Hastanesi” adı verilerek topluma tanıtıldı.

---

<sup>1</sup> Halk Sağlığı Profesörü, Türk Tabipleri Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu üyesi.

<sup>2</sup> Avukat, Türk Tabipleri Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu üyesi.

<sup>3</sup> Biyokimya uzmanı, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı (2010-2012), Türk Tabipleri Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu üyesi.

<sup>4</sup> Göz sağlığı ve hastalıkları uzmanı, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı (2014-2016), Türk Tabipleri Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu üyesi.

<sup>5</sup> Psikiyatri Profesörü, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı (2016-2018), Türk Tabipleri Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu üyesi.

<sup>6</sup> Ortopedi ve Travmatoloji Profesörü, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı (2018-2020), Türk Tabipleri Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu üyesi.

Türkiye’de bugüne kadar 6 şehir hastanesi (Yozgat, Mersin, Adana, Isparta, Kayseri, Elazığ) hizmet vermeye başlamış bulunmaktadır.

2005 yılında yapılan Yasa, bunun uygulamasını belirleyen Yönetmelik ve uygulayacak Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı’nın kurulmasına dair düzenlemeler sırasında ne Türk Tabipleri Birliği’nin ne de sendikaların görüşlerine başvurulmuştur.

Şehir hastaneleri için kamu tarafından bedelsiz olarak verilen bir araziye, projesi Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş binalar için ihaleye çıkılmakta; ihaleler genel olarak tıbbi malzeme/teknoloji, inşaat ve finansman alanlarında faaliyet gösteren şirketler grubu tarafından alınmaktadır. İhale şartnamelerine göre hastane binalarının inşaatı üç yıl içerisinde bitirilmek üzere bu şirketler tarafından yapılacak (birçok hastanede bu sürelere uyulamamıştır, örneğin 2009 yılında ihaleye çıkılan Kayseri Şehir Hastanesi inşaatı henüz bitirilmiştir), binaların kiralama süresi boyunca (25 yıl) bakım/onarımı da ihaleyi alan şirketler tarafından yerine getirilecektir. İhale ile bilgi edinme «ticari sır» gerekçesiyle sınırlıdır.

Sağlık Bakanlığı ile şirketler arasında imzalanan sözleşmeler özel hukuk hükümlerine tabi olup çıkacak uyuşmazlıkların da tahkimde çözülmesi kabul edilmiştir. Bu noktada Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Özel Raportörü Prof. Dr. Alfred de Zayas’ın kamu-özel ortaklığı marifetiyle kamu hizmetlerinin özelleştirilmesinin insan hakları ihlallerine neden olacağı ve tahkimin de güçlülerin haklı çıkacağı bir mekanizma olması nedeniyle uzun vadede vatandaşlara zarar vereceği uyarılarını anımsamakta yarar vardır [1].

Şehir hastanelerinin yapılması ile ilgili karar Türkiye’de Kalkınma Bakanlığı bünyesinde çalışan, Başbakanın başkanlığında ilgili bakanlardan oluşan Yüksek Planlama Kurulu tarafından verilmekteydi. Türkiye’deki yeni yönetim sisteminde Kalkınma Bakanlığı kapatıldı. Yüksek Planlama Kurulu’nun karar verme yetkisi kaldırılarak Cumhurbaşkanı’nın tek başına kararı ile bu hastanelerin yaptırılmasına dair düzenleme yapıldı. Bugüne kadarki uygulamada ise Kurul, şehir hastanelerinin yapılmasına, yapılacak hastanedeki yatak sayısı kadar yatağın mevcut hastanelerden azaltılması ya da mevcut hastanelerin kapatılması kaydıyla izin verilmekteydi. Hastane inşaatının bitmesinin ardından, halen hizmet sunan devlet hastaneleri yeni binalara taşınmakta, şehrin içinde kalan eski binalar kapatılmakta; böylece, şehir hastanesi kurulan illerdeki Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yeni hasta yatağı oluşmamaktadır. Örneğin Adana kentinde kamu hastaneleri önceden 3.011 yatak kapasitesi ile

hizmet verirken, 1550 yataklı Şehir Hastanesi açıldıktan sonra 3.025 yatak kapasitesi ile hizmet vermeye başlamışlardır. Ülkemizin başkenti Ankara'da Sağlık Bakanlığı'na ait şehir merkezindeki 13 köklü hastanenin kapatılarak, tedavi edici sağlık hizmetlerinin iki şehir hastanesinde sunulmasının planlanması, sağlık hizmetlerini ve kent yapısını ciddi biçimde dönüştürecektir.

Kurul'un kararlarında ve yasal düzenlemelerde yer almamasına karşın, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ihale şartnamelerinde kapatılacak kamu hastanelerinin arazilerinin de ihaleleri alacak şirketlere bedelsiz olarak, otel, lüks konutlar ve alışveriş merkezi yapmak için verilmesinin kabul edildiği Türk Tabipleri Birliği'nin açtığı davalarda ortaya çıkmıştır. Danıştay, bu uygulama nedeniyle Ankara-Etlik, Ankara-Bilkent ve Elazığ hastanelerinin ihalelerinin durdurulmasına karar vermiştir. Bu kararın etkisiyle "hastane arazilerinin şirketlere verilmesini öngören ihale şartnamelerine uyulmaz" içerikli bir yasal düzenleme yapılmıştır. Danıştay'ın olası bir iptal kararının önüne geçebilmek için de "İdari yargının vereceği iptal kararları uygulanmaz, ancak iptal gerekçelerine göre işlemler revize edilir" içerikli bir başka düzenleme yapılmıştır.

Şehir hastanelerindeki «ticari alan gelirleri» ihaleyi alan şirketlere bırakılmakta, «Tıbbi Destek Hizmetleri» ve «Destek Hizmetleri» ihaleyi alan şirketler tarafından sunulmaktadır. Sözleşme süresi boyunca (25 yıl) şirketlere kira ve bakım/onarım için "kullanım bedeli", tıbbi destek hizmetleri ve destek hizmetleri için "hizmet bedeli" adı altında ödeme yapılacaktır. Türkiye'de şehir hastanelerinin ihalelerini alan şirketlere, hacme dayalı hizmetler için hastanelerin %70 doluluk oranında çalıştırılacağı garanti edilmektedir. Bu oran yüksek güvenli adli psikiyatri hastaneleri için %80'dir.

İhale şartnamelerinde yer alan "tıbbi destek hizmeti" tanımı yeterince açık değildir. Bu nedenle görüntüleme ve laboratuvar hizmetleriyle birlikte fizik tedavi ve rehabilitasyon, radyasyon onkolojisi gibi branşlar da "tıbbi destek hizmeti" kapsamı içine alınarak şirketlere bırakılmıştır. Yasada daha sonra yapılan değişiklikle belirsizlik iyice artmış "ileri teknoloji ve yüksek mali kaynak gerektiren hizmetlerin" şirketlere devredilebileceği kabul edilmiştir. Böylelikle getiri oranı yüksek tüm hizmetlerin istekleri halinde şirketlere devredilebileceği anlaşılmaktadır.

Şehir hastaneleri için kullanım bedelinin Sağlık Bakanlığı'na veya buna bağlı kuruluşlara ait döner sermaye bütçesinden ve/veya merkezi yönetim bütçesinden ödeneceği kabul edilmektedir. Ancak döner sermayelerin çok yüksek maliyetlerle ortaya çıkan hizmet bedellerini karşılayıp, karşılayamayacağı belirsizdir. Neoliberal sağlık politikaları nedeniyle Türkiye'de doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarının temel ücretleri düşüktür ve sağlık çalışanları için döner sermayeden karşılanmak koşuluyla performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulanmaktadır. Şehir hastanelerinde döner sermayeden şirketlere yapılacak ödemeler öncelikli olduğu için, hekimler ve sağlık çalışanlarının ek ödemelerinde kesintiler yaşanmaktadır.

Kamu özel ortaklığı, yukarıdaki aktarımlardan çok net anlaşılacağı gibi devletin bir özel şirket grubuyla uzun süreli sözleşme ilişkisi kurması esasına dayanan bir yatırım ve hizmet modelidir. Bu modelde hastane özel şirketler tarafından inşa edilerek devlete uzun süreliğine (25 yıl) kiraya verilmekte, devlet de hem şirketlere kira ödemekte hem de “çekirdek hizmet” dışındaki hizmetleri bu şirketlere devretmektedir.

Kamu özel ortaklığı bir özelleştirme yöntemidir ve birçok ülkedeki örnekleri kamu özel ortaklığı girişimlerinin hastaların değil, finansörlerin yararına hizmet ettiğini açık olarak ortaya koymaktadır. Kamu özel ortaklığı ile yapılan altyapı yatırımlarının normal ihale yöntemlerine göre daha pahalı olduğu pek çok çalışmada ortaya çıkarılmıştır. Kamu özel ortaklığı yönteminde, risk ve maliyet kamu üzerinde kalır, özel şirketlere kiralar yoluyla yatırım finansmanı ve hizmet devriyle de gelir garantisi verilir.

### **Türkiye’de öne çıkan sorunlar**

Türkiye’de şehir hastaneleri ile ilgili en başta gelen sorun hastane binalarının ve donanımının kamuya yüksek maliyetidir. Şehir hastaneleri için yapılan ihalelerde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen sabit yatırım tutarı ile yıllık kira bedelleri incelendiğinde, çok yüksek tutarların ödeneceği anlaşılmaktadır. Kalkınma Bakanlığı'nın raporuna göre, sözleşme değeri 10,6 milyar ABD doları olan 18 şehir hastanesi için kira bedeli olarak şehir hastanelerini yapan/işleten şirketlere 25 yılda 30,3 Milyar ABD Doları ödenecektir [2]. Yapılması planlanan şehir hastanesi sayısının –şimdilik- 31 olduğu bilindiğine göre, Türkiye'nin şehir hastanelerinin yalnızca kullanım bedeli için 2050 yılına kadar sürecek 50 Milyar doların üzerinde bir borç yükü ile karşı karşıya bırakıldığı öngörülebilir. Sağlık Bakanlığı toplam

yatırım bütçesinin 2018 yılı için yaklaşık 1,5 milyar ABD Doları olduğu düşünüldüğünde, sağlık alanında kamu-özel ortaklığı maliyetinin ne kadar yüksek olduğu daha iyi anlaşılabilir.

Devletin yatırımlarını belli bir plana uyarak yapması halinde uzun dönem borçlanarak ya da kira ödeyerek KÖO gibi yöntemleri kullanmasına gerek yoktur. Çünkü bu yöntemler çok pahalıdır ve bu yüksek maliyetler halkın cebinden çıkmaktadır. Örneğin Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunmaya başlamış olan şehir hastaneleri için 2018 bütçesine konulan 2,6 milyar TL ile 150 yataklı tam teşekküllü 64 hastane yaptırılabilirdiği hesaplanmıştır [3]. Kiranın 25 yıl boyunca ve her yeni açılacak hastaneyle birlikte artarak ödeneceği düşünülürse, toplumun ne kadar büyük bir maliyetle karşı karşıya bırakıldığı daha iyi anlaşılacaktır. Hastaneler için hazırlanan ön fizibilite raporlarında 1 ABD Doları 1,5 TL olarak hesaplanmışken an itibarıyla ABD Doları 6 TL'yi geçmiştir. Son yıllarda Türk Lirası'nın dolar ve euro başta olmak üzere yabancı para birimleri karşısındaki büyük değer kaybı, kira bedellerinin dolar üzerinden ödenecek olması nedeniyle maliyet artışı açısından Türkiye için ek büyük bir risk oluşturmaktadır. Uzmanlar kamu-özel ortaklığı girişimlerinin Türkiye'deki ekonomik krizi derinleştireceği uyarısında bulunmaktadır.

Dünya genelinde kamu özel ortaklığı ve diğer yöntemlerle özelleştirmelerin “rasyonel”, “meşru” zemini olarak tarif edilen kabuller çözülmekte, kamu hizmetlerinin kamu eliyle ve kamu yararına verilmesine ilişkin mücadele giderek güçlenmektedir. Dünyadan 150'den fazla örgütün Dünya Bankası ve IMF'ye yönelik Manifesto'su ile yaptığı çağrı bunun önemli aşamalarından olmuştur. Gelişen tepkiler üzerine Dünya Bankası Çevresel ve Sosyal Etki Değerlendirme ölçütlerini güncellemiştir [4]. Yine bu kapsamda The International Bank for Reconstruction and Development (IBRD) ve The International Development Association (IDA) destekli işlerde yapılacak danışmanlık hizmetlerine dair de gözden geçirilmiş metin Temmuz 2014'te yayımlanmıştır. Yapılan değişikliklerde önemle vurgulanan husus hazırlanacak raporların şeklen değil özü itibarıyla ve gerçekçi değerlendirmeler içermesi gerektiği yönündedir. Dünya Bankası tarafından yapılan açıklamada fon sağlayacağı projelere ilişkin alandan gelen çevresel ve sosyal etki değerlendirme raporlarında manipülasyon yapıldığı açıkça ifade edilmiş ve yereldeki birimlerinin konuya ilişkin daha titiz çalışması gerektiği kabul edilmiştir.

Türkiye'de ilki 2011 yılı Nisan ayında olmak üzere PPP yöntemiyle yapılan ihaleler ve bunların dayanağı olan mevzuat bir bütün olarak konunun muhataplarına kapalı olarak

yürütülmüştür. Türkiye uygulamasında ihalelerin aşamalarında usulsüz olarak şirket değişiklikleri yapılmış, ihale tamamlandıktan sonra yeniden fiyat belirleme görüşmelerine devam edilmiş, açıklanan tarihlerde yer teslimleri yapılmamış, sözleşmeler yeniden gözden geçirilmiş, ihaleler tamamlandıktan sonra Yasa ve Yönetmelikte bulunmayan bir yöntemle özel amaçlı şirketin hisselerinin devri usulüyle aslında ihale süreci işlevsiz kılınmıştır. İhale sürecinin kendisi, belirli bir işi, belirlenen ölçülere göre yapabilecek en uygun şirketin bulunması ve kamu yararını sağlayacak biçimde ihalenin verilmesidir. Oysa yukarıda sayılan yöntemle, ihaleye dahi girmemiş şirketler ihale komisyonu denetimi dışına çıkarak ihaleyi almıştır. Böylelikle Kamu İhale Kanunu ve 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun'a da aykırı işlem yapılmaktadır.

Türkiye'de 2011 yılından bu yana ihaleleri yapılmakta olan "şehir hastaneleri" adıyla bilinen PPP uygulamalarına ilişkin Türk Tabipleri Birliği'nden (TTB) farklı danışmanlık şirketleri çevresel ve sosyal etki değerlendirme çerçevesinde görüş almıştır. Hazırlanan görüşler kurumsal internet sayfasından da yayınlanmıştır. Geçen aşamalarda Dünya Bankası'nın proje değerlendirme ve tanıtım sayfaları incelendiğinde, TTB'den alınan görüşlerin raporlara aktarılmadığı yalnızca TTB'nin ihalelerin iptali için dava açtığı bilgisine yer verildiği görülmüştür.

Oysa TTB tarafından hazırlanan görüşlerde, uygulamanın mevzuat hazırlıkları başta olmak üzere tümüyle kamuoyu bilgisinden uzak yürütüldüğü, Çevre Kanununa göre zorunlu olmasına karşın hiçbir proje için Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED) yapılmadığı, projelerin uluslararası verimlilik ölçütlerine uygun hazırlanmadığı, örtük maliyet artışlarına neden olacak nitelikte yapı projeleri yapıldığı, hastanelerde çalışacak sağlık çalışanlarının statü farkları nedeniyle iş barışının bozulacağı, tıpta uzmanlık eğitiminin gerekleri gözetilmeden yapılan hazırlıklar nedeniyle uzmanlık eğitimlerinin aksayacağı, doktorların şirketlerle ilişkilerindeki kurallar belirlenmemesi nedeniyle hekim özerkliğinin zedeleneceği, risk paylaşımındaki belirsizlik nedeniyle şirketlerin riski kamu ve kamu çalışanları üzerinde bırakma olasılıklarının artacağı, projeler için hazırlanan ön fizibilite raporlarının Dünya Bankası, OECD, Avrupa Yatırım ve Kalkınma Bankası (EIBRD) ve Avrupa Yatırım Bankası (EIB) tarafından belirlenen ölçütlere uygun olmadığı, uluslararası standartlarda paranın değeri analizi (VfM) niteliğinde olmadığı, sendikalar ve meslek örgütlerinin sürece hiçbir aşamada

dahil edilmediği, görüş alınmadığı açıklanmıştır. Dolayısıyla Türkiye’de bugüne kadar yürütülen sürecin bütünü çevresel ve sosyal etki değerlendirme ölçütlerine aykırıdır.

Türkiye’de şehir hastaneleri ile ilgili yatak sayısının yüksekliği ve yatak başına düşen kapalı alanın büyüklüğü gibi hastane işletmeciliği açısından teknik sorunlar da bulunmaktadır.

Türkiye’de bir şehir hastanesine ortalama 1.311 yatak düşmektedir. Yatak sayısı Ankara-Bilkent Şehir Hastanesinde olduğu gibi 3704’e kadar çıkabilmektedir. Bilindiği gibi, hastanelerdeki yatak sayısı, verimlilik açısından çok önemli bir göstergedir. Hastanelerin verimliliği ve optimal büyüklüğü ile ilgili sistematik bir araştırmanın sonuçları 200 yatağın altında ve 600 yatağın üzerinde yatak sayısı olan hastanelerin verimsiz olduğunu ortaya çıkarmıştır [5]. Şehir Hastaneleri için tercih edilen yüksek yatak sayısı, geçmişteki deneyimlere ve bilimsel araştırmaların sonuçlarına göre bir verimsizlik kaynağı olarak Türkiye’nin karşısında durmaktadır. Dünyada büyük hastaneler verimsizlik nedeniyle terk edilirken, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı yatak sayıları birkaç binle ifade edilen dev hastaneler açmayı hedeflemektedir.

Türkiye’de Şehir Hastanelerinde ortalama olarak yatak başına 287 m<sup>2</sup> kapalı alan düşmekte, bazı hastanelerde bu sayı 350 m<sup>2</sup> kadar çıkabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde yeni yapılan hastanelere bakıldığında yatak başına düşen kapalı alanın genel olarak 150-200 m<sup>2</sup> dolaylarında olduğu görülmektedir. Türkiye’de Şehir Hastanelerinde yatak başına düşen kapalı alan, son yıllarda modern hastaneler için tercih edilen kapalı alan miktarından yaklaşık yüzde 40 daha fazladır. Yatak başına düşen kapalı alanın çok fazla olması, başta enerji tüketimi olmak üzere, temizlik ve bakım-onarım giderleri gibi harcamaların artmasına da yol açacaktır.

Şehir hastaneleri sağlık çalışanları açısından ise öncelikle istihdam sorunu yaratmıştır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan taşeron işçilerin kalıcı kadroya alınması kabul edilmişken, şehir hastaneleri çalışanları ile bu hastaneler için kapatılacak kamu hastaneleri çalışanları bu düzenlemenin dışında tutulmuştur.

2005 yılından bu yana ilk kez 2018 yılında bir Sayıştay denetiminden geçen Şehir Hastaneleri uygulaması, vahim bir tabloyu ortaya çıkarmıştır. Sayıştay Raporu ile hastanelerin inşaatlarının ve donanımlarının tamamlanmadan teslim alındığı, döviz ve enflasyon farkı

garantisi verilmiş sözleşmelerin ödeme formüllerinde ayrıca şirketlerin yararına işlem yapıldığı, şirketlerin hizmetlerinin denetlendiği hastane bilgi yönetim sisteminin de ihale edilmesi nedeniyle aksaklık kayıtlarının şirketler tarafından silindiği veya idarenin şirketin veritabanı ile denetim yapmaya çalıştığı, şirketlerin ve kredi kuruluşlarının isteği ile tüm sözleşmelerin revize edildiği ve bunların tamamında şirket yararı gözetildiği, yasa gereği Hazine'nin yetkisindeki borç üstlenimlerini hiçbir yetkileri olmamasına karşın Sağlık Bakanlığı yöneticileri tarafından şirketlerin kusuru ile bile olsa sözleşmenin feshedilmesi halinde tazminat ödeneceği ve aldıkları borçların Sağlık Bakanlığı tarafından üstlenileceği yönünde imzalar atıldığı belirlenmiştir [6].

Özetle Türkiye'de «Şehir Hastaneleri» için öngörülen temel sorun alanları;

- finansman yöntemi (kamuya çok yüksek maliyet, taşınacak kamu hastanelerinin ödeme gücü, Hazine garantisi ve iflas durumunda izlenecek yol),
- yer seçimi (tarım arazilerinin imara açılması ile taşkın alanlarında inşaat yapılması),
- kent merkezlerindeki hastanelerin kapatılmasıyla birlikte yurttaşların söz konusu hastanelere ulaşım ve erişim sorunları (coğrafi/ekonomik erişilebilirlik),
- taşınacak kamu hastanelerinin boşaltacağı yerleşkelerin durumu (ihaleleri alan şirketlere devredilmesi söz konusu),
- taşınacak kamu hastanelerindeki hem sağlık hem de destek hizmetlerinin sunulması ile ilgili imtiyazlar ve
- sağlık çalışanlarının istihdam ve özlük hakları sorunları olarak sıralanabilir [7].

### **Türk Tabipleri Birliği'nin tutumu**

KÖO yönteminin sağlık alanında uygulandığı ülkelerde piyasa için yeni fırsatlar sağlayan bir özelleştirme yöntemi olduğu, amacının kamu yararı olmadığı bilinmektedir. KÖO çerçevesinde çalışan hastaneler, sağlık hizmetleri sistemini eriten, özel ve kâr amaçlı hizmetler vermektedir. Burada hizmetin odak noktasını insanların sağlıklı değil, elde edilecek kâr oluşturmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği (TTB) şehir hastaneleri sürecini yakından izlemekte, sağlık alanında kamu-özel ortaklığı girişimlerine karşı hekim/sağlık çalışanları ve toplum yararını gözeterek hem örgütsel hem de hukuksal bir mücadele yürütmektedir. TTB 2012 yılında, kamu özel



ortaklığı/şehir hastaneleri meselesini bütünüyle gündeminin ön sıralarına taşımış ve sağlık alanının tümüyle özelleştirilmesi, devlet hastanelerinde çalışan tüm hekimler ve sağlık çalışanlarının uluslararası konsorsiyumların işçisi olmak dışında çalışma olanakları kalmayacak olması nedeniyle stratejik bir çalışma alanı olarak belirlemiştir. TTB Merkez Konseyi 2017 Nisan ayında bu alandaki çalışmalarını çekip çevirmek amacıyla TTB Şehir Hastaneleri İzleme Grubunu kurmuştur.

Şehir Hastaneleri her ne kadar kamu hastanelerinin kavuşacağı yeni ve modern binalar olarak tanıtılsa da kamu-özel- ortaklığı yöntemiyle yapılacak bu yerleşkelerin “kamu” ile ilgisinin olmadığı açıktır. Şehir Hastaneleri “kamu” adını kullanarak küresel sermayeye yeni ve büyük bir kaynak aktarmanın aracı olacak gibi görünmektedir. Türkiye toplumu sağlık alanında bugüne dek yaşananlardan daha yıkıcı yeni bir özelleştirme ile karşı karşıyadır.

## **Kaynaklar**

[1] Current Concerns, erişim tarihi: 8 Ağustos 2018, <https://www.zeit-fragen.ch/en/numbers/2016/no-12-28-may-2016/ttip-international-arbitration-courts-an-assault-on-democracy-and-the-state-of-law.html> .

[2] Kalkınma Bakanlığı (2017), *Dünyada ve Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu 2016*, Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü.

[3] Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı Özel Hastane Ön Fizibilite Raporu (2016), Erişim tarihi: 22 Nisan 2018, [https://www.kuzka.gov.tr/paylasim/01\\_ozel\\_hastane\\_\(on\\_fizibilite\).pdf](https://www.kuzka.gov.tr/paylasim/01_ozel_hastane_(on_fizibilite).pdf)

[4] WORLD BANK Environmental and Social Framework Setting Environmental and Social Standards for Investment Project Financing, 2016, erişim tarihi: 8 Ağustos 2018, [http://consultations.worldbank.org/Data/hub/files/consultation-template/review-and-update-world-bank-safeguard-policies/en/materials/third\\_draft\\_esf\\_for\\_disclosure\\_july\\_20\\_2016.pdf](http://consultations.worldbank.org/Data/hub/files/consultation-template/review-and-update-world-bank-safeguard-policies/en/materials/third_draft_esf_for_disclosure_july_20_2016.pdf)

[5] Giancotti, M., Guglielmo, A. ve Mauro, M. (2017), “Efficiency and Optimal Size of Hospitals: Results of a Systematic Search”, *PLoS ONE*, 12 (3): e0174533.

[6] T.C. Sayıştay Başkanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2017 Yılı Denetim Raporu, Nisan 2018.

[7] Pala, K. (2017), “Şehir Hastanelerinin Yüksek Maliyeti Gizleniyor”, Bianet, Erişim tarihi: 15 Nisan 2018, <https://bianet.org/bianet/siyaset/183006-sehir-hastanelerinin-yukse-maliyeti-gizleniyor> .