

SAĞLIK ALANINDA
KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI
SEMPOZYUMU
6-7 MAYIS 2011



**SAĞLIK ALANINDA
KAMU-ÖZEL
ORTAKLIĞI SEMPOZYUMU**

6-7 Mayıs 2011



*Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı
Sempozyumu*

ISBN 978-605-5867-59-1

Türk Tabipleri Birliği

Merkez Konseyi

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79

Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: ttb@ttb.org.tr

<http://www.ttb.org.tr>

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	3
SUNUŞ	5
DÜNYADA SAĞLIKTA KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI:KAVRAM VE DEĞİŞİMLER.....	13
DEVLET / KAMU ÜZERİNE YENİDEN DÜŞÜNMEK.....	29
KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI VE KOORDİNASYONU SAĞLAYAN KURUM OLARAK YÖİKİK	84
KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ HUKUKSAL NİTELİĞİ.....	101
EKSİK İMTİYAZ (KAMU – ÖZEL ORTAKLIĞI).....	128
SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KÖO	164
KÖO’NIN KAMU MALİYESİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	232
SAĞLIK ALANINDA KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞININ MEKAN SEÇİMİ : BURSA ÖRNEĞİ	245



Uluslararası Katılımlı

SAĞLIK ALANINDA KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI SEMPOZYUMU



6-7 MAYIS 2011

Bursa Akademik Odalar Yerleşkesi

www.bto.org.tr

SUNUŞ

Çok basit, yorulmaya değmez: Kamu var. Özel var. Ortaklık; güç, kuvvet doğar.

Bu “kuvvet”ten istifade edilecek “alan” neresi olsun? Sağlık.. neden olmasın? Olsun.

Mahrum kalmasın sağlık alanı da kamu-özel ortaklığının getireceklerinden.

Nasıl yapacağız buna kafa yoralım... diyenlere bir dakika, bir duralım ve soralım:

Kime, ne getirecek?

Vatandaşa, yararına bir şeyse kamu neden getir(e)miyor? Kamu ne? Devlet ne? Bir kez daha, kamu ne? Gücü neye yetmiyor? Neden yetmiyor?...

Kimilerine göre ilkel, modası geçmiş sorular.

Kamu Özel Ortaklığı... Sağlık Alanında..

Sempozyum programının başlıklarına göz atınca bütünlüklü değerlendirme yapmaya elverişli bir zenginlikte konunun ele alındığını görmek mümkün.

Muhtemeldir ki kimilerince uygun olmayan, gereksiz, arkaik, “vizyon” içermeyen, “misyonu” doğru tanımlamayan bir çerçevedir.

Doğru cevapları bulabilmek için doğru soruları sorabilmek, çok önemli, buna imkan sunacak bir çerçeve çizebilmek.

Bu ortaklık kim için, kime yarıyor gerçekte?

Halk adına/yararına, hekimler/sağlık çalışanları adına, emekten-emekçiden yana, eşit, nitelikli, para dahil ulaşmanın önündeki engellerin olmadığı bir sağlık hizmeti talep edenler için sormaya, cevaplarımızı

bir kez daha söylemeye/bulmaya, bildiklerimizi, öğrendiklerimizi herkesle paylaşmaya, ortaklaşmaya ve mücadeleye devam edeceğiz.

Bu sürece zamanında ve yerinde bir katkı olan 6-7 Mayıs 2011 tarihlerinde Bursa Tabip Odası tarafından Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi ile ortaklaşa düzenlenen bu etkinlikte emek harcayan, görüşlerini söyleyen, soru soran, dinleyen-katılan herkese teşekkür ediyoruz.

**Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi**

KAYIHAN PALA (Bursa Tabip Odası Başkanı)- Hepinize günaydın. Sizlerle Bursa’da olmak büyük keyif. Bu sempozyuma katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederek sözlerime başlamak isterim.

Kısaca bu sempozyum fikri nereden çıktı, niye bugün buradayız? Onunla ilgili size biraz bilgi vereyim. Biliyorsunuz bu kamu-özel ortaklığıyla sağlık hizmetlerinin finansmanın sağlanması modeli kabaca 20 yıldır dünyada uygulanan bir model. Son 7-8 yıldır da Türkiye’ye böyle bir modelin uyarlanması gündemdedi. En son olarak yaklaşık 2 yıl kadar önce bu modelin uygulanmasına ilişkin Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen çalışmalar hızlandı ve Türkiye’nin birkaç yerinde, başta Kayseri, Etlik gibi olmak üzere ihale süreçleri başladı. Bu ihale süreçlerine Bursa’da eklendi. Bursa’nın Ankara yolu çıkışında işte 800 dönüm kadar bir alanda, Samanlı denilen bir yerde kamu-özel ortaklığı modeliyle 5 tane hastane, 1200 yataklı olmak üzere kurulması gündeme gelince, biz bu süreci takip etmeye başladık Bursa Tabip Odası olarak. Yalnızca Bursa Tabip Odası olarak takip etmekle kalmadık, yarın son oturumda sizlerin de dinleyeceğiniz gibi İnşaat Mühendisleri Odası, Mimarlar Odası, Ziraat Mühendisleri Odası ve Şehir Plancıları Odasıyla bu süreci yakın takibe aldık.

Bunun önemli gerekçelerinden bir tanesi -Tabip Odası dışındaki odalar açısından söylüyorum- kamu-özel ortaklığıyla ilgili bu hastanelerin kurulması planlanan mekana ilişkin yer seçimiydi. Odalarımız yer seçimi yanlışlığına vurgu yapmaya çalıştılar. Yer seçimiyle ilgili de şöyle bir şey söyleyeyim -yarın ayrıntılarını konuşacağız ama bu 700-800 dönümlük alan mera şehir planında. Önce bu mera alanı Bursa Büyükşehir Belediyesi Meclisi tarafından sağlık alanına çevrildi. O süreçte odaların buraya itirazları oldu, fakat tam “sağlık alanı uygun mudur, değil midir?” tartışmaları yürütülürken ilginç bir biçimde Büyükşehir Belediyesi ikinci bir imar planı değişikliği yaparak burayı yalnızca sağlıkla sınırlamayan, onun yanında eğitim, otel ve benzeri işlerin de yapılabileceği bir yere dönüştürdü. İkinci kez bizimde içinde bulunduğumuz odaları bu sürece itiraz ettik. İtirazımızı Büyükşehir Belediyesi kabul etmedi. Bunun üzerine de ilk davamızı açmış olduk biz Bursa Tabip Odası olarak. Ama diğer odalar yine yarın göreceksiniz, bu konuda mekan seçimine ilişkin zaten bir hukuksal süreci başlatmışlardı.

Şöyle bir kaba değerlendirme yapayım size. Bu alanda çalışan diğer odalardan öğrendiğimiz kadarıyla bu Samanlı denen yere bir yol bağlantısı ihtiyacı var. O yol bağlantısı için harcanacak para 100 milyon dolar. Yarın dediğim gibi ayrıntılarını göreceksiniz.

İkincisi Samanlı'da seçilen yer Devlet Su İşleri başta olmak üzere, İnşaat Mühendisleri Odası ve benzeri bazı kurum ve kuruluşlar tarafından resmi raporlarda taşkın alanı olarak ilan edilmiş bir yer. Ben gittim, gördüm, Deli Çay adında bir derenin sınırı olan bir yer. O çaya niye Deli Çay dendiğini herhalde tahmin edebilirsiniz. Oranın taşkın alanından kurtarılması için bir inşaat faaliyeti yürütmek gerekiyor. O faaliyet için ihtiyaç duyulan para da 55 milyon dolar. Dolayısıyla oraya yol ve taşkın alanı sorununu çözebilmek için başlangıçta 150-155 milyon dolarlık bir yatırım yapılması ihtiyacından söz ediliyor. Bunun üstüne Sağlık Bakanlığını ön ihale şartnamesinden anladığımız kadarıyla ve politikacıların dillendirdiği 300 milyon Euro değerindeki bu bin 200 yataklık, 5 hastanelik oluşumu da eklerseniz nasıl bir ticari büyüklükle karşı karşıya kaldığımızı anlamamız kolaylaşacak.

Bursa Tabip Odası bu süreçte son 1 yılda bu konuya ilişkin 2 küçük rapor yayınladı ve 3 kez basın toplantısıyla bu konuyu gündeme getirmeye çalıştı. Bizim itirazımız tabii mekan seçiminde önce bu işin ekonomi politikasına ilişkindir. Özellikle incelediğimiz örneklerde İngiltere başta olmak üzere bu yöntemle finansmanın kamu açısından yararlı olmadığına ilişkin görüşlerimizi toplumla paylaşmaya ilişkindir. Bu sempozyumda amacımız gerçekten topluma hani “kamu-özel ortaklığı iyi bir model” diyenlere karşı, acaba bu modele ilişkin birtakım sıkıntılar var mı? Dünyadaki örnekler bize neyi gösteriyor? Onları gündeme getirebilmek ve tartışabilmek, bu amaçla sizin de bildiğiniz gibi yurtdışından, İngiltere'den bu konuyu en iyi bilen uzmanlardan birisi Sayın David Price bizimle birlikte olacak. Açılış konuşmalarından sonraki ilk oturumda onu dinleme olanağına sahip olacağız ve bakacağız gerçekten dünyada bu iş nasıl gidiyor diye. Umuyoruz ki halkın yararına olmayan, sağlık alanındaki girişimler bir biçimde sonlandırılabilir. Bu açıdan da biz Bursa Tabip Odası olarak ve Türk Tabipler Birliği olarak elimizden geleni yapmaya devam edeceğiz. Ben hepinize katıldığınız için tekrar teşekkür ediyorum, umarım iyi bir sempozyumu birlikte geçirme olanağımız olur. Teşekkürler.

SUNUCU- Evet Tabip Odası Başkanımıza teşekkür ediyoruz. Sempozyum düzenleyicilerinden biri de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Necla Hocamız aslında konuşma yapacaktı, ancak annesinin rahatsızlığı nedeniyle katılamadı. Biz de kendisine ve annesine geçmiş olsun dilekelerimizi iletiyoruz.

Üçüncü konuşmamızı da yine düzenleyicilerden olan Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri Prof. Dr. Feride Aksu Tanık yapacaklar. Kendisini kürsüye davet ediyorum.

Prof. Dr. FERİDE AKSU TANIK (Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri)- Sevgili arkadaşlar günaydın. Hepinize katılımınız için öncelikle teşekkür ederim. Hepinizi Türk Tabipleri Birliği adına sevgi, saygı ve dostlukla selamlamak isterim. Kayıhan kısa bir arkaplan çizmemin yararlı olacağını söyledi böylesi bir açılış konuşmasında. Zaten sempozyumun oluşum sürecine kendisi değindi. Aslında buradaki heyetin belki de çok farkında olduğu bir arkaplana kısaca değinmek istiyorum bu nedenle.

“Sağlıkta dönüşüm” denilen ve 2003 Kasımından bu yana AKP İktidarı tarafından istikrarla sürdürülen program, Türkiye için biricik olan bir program değil biliyoruz ki. Aslında Türkiye’deki miladı da 2003 yılında başlamadı. Yine çok yakından bildiğimiz gibi 24 Ocak 1980’de alınan ekonomik ve politik yaşamın dönüştürülmesine ilişkin kararlarla başladı. 12 Eylül Darbesiyle pekişti. 1990’lardan itibaren dünyadaki Teatcher ve Reagen’ın da İngiltere ve ABD’deki uygulamalarıyla güçlü bir rüzgara dönüştü. Tüm ağırlığıyla da parlamentoda çoğunluğu olan bir hükümet tarafından uygulandığını biliyoruz. Sadece sağlık alanında olmadığını biliyoruz bu dönüşümün. Aslında tüm sosyam yaşamın, ekonomik yaşamın, çalışma ilişkilerinin, emek süreçlerinin de piyasalaşma ve emek sömürüsü yönünde ağırlıklı bir biçimde dönüşümünün yaşandığı bir süreç.

Hepimizin yakından bildiği Dünya Bankasının Sağlığa Yatırım Raporu 1993 yılında bu sürecin kilometre taşlarından biri, değinmekte yarar. Sağlık alanının piyasalaşmasıyla ilgili çok temel bir rapor ve hayatımıza giren katkı katılım payı, teminat paketi, giderek yararlanılan sağlık hakkının daraltılmasına ilişkin temel ilkeler bu Dünya Bankasının bu raporuyla gündemimize girdi.

Çok paralel uygulamalar Uluslararası Para Fonunun yapısal uyum programlarıyla yine yaşamamıza girdi. Biliyorsunuz parasal yardımın ya da borç anlaşmalarının temel yaptırımlardan ya da ön koşullarından biri sağlıktaki piyasalaşma. Yapısal uyum programları sadece sağlıkta değil, eğitim, ulaşım, iletişim gibi çok temel hizmet alanlarında piyasa uygulamalarının egemen olmasına yol açan yaptırımlar uyguladı bizde ve benzeri ülkelerde. Asında bütün bunların temeli Bretton Woods toplantısında atılmıştı. Uluslararası Para Fonunun, Dünya Bankasının kuruluşları ve Dünya Ticaret Örgütünün de öncülü olan GATT anlaşması ve daha sonra 40 yıllık müzakerelerden sonra 1994'te kuruluş anlaşması imzalanan ve hayatımıza giren Dünya Ticaret Örgütü.

Aslında uluslararası ticaretin çerçevesinin çizilmesi, kurallarının belirlenmesiydi Dünya Ticaret Örgütünün temel işlevi ve GATS Anlaşması, TRIPS Anlaşması gibi ikili anlaşmalarla ülkenin imzalayarak taraf olduğu ve taraf olmakla onun yaptırımlarına da uymak durumunda kaldığı anlaşmaları bu anlaşmalar. GATS Anlaşması özellikle tüm hizmet sektörlerinin piyasalaştırılmasının çerçevesini çizen bir anlaşma olarak karşımıza çıktı. Bir yanıyla sağlık hizmetinin nasıl piyasalaştırılacağına, diğer yanıyla emek süreçlerinin nasıl piyasalaştırılacağına çerçevesini çizdi. Dolayısıyla her iki boyutuyla da bir karabasan gibi yaşantımıza çökmüş durumda.

Dünya Sağlık Örgütü aslında 1970'li yıllarda kamusal sağlık politikalarının ve halkların sağlık haklarının savunucusuyken, 1980'lerden 1990'lardan sonra piyasalaşmanın bir aktörü olarak, bir bileşeni olarak karşımıza çıkmaya başladı. Düzenlediği raporlarla, tavsiye kararlarıyla dünya genelinde adı "sağlıkta reform" olan, bizde AKP Hükümetinin "Sağlıkta Dönüşüm" diye ifade ettiği programın savunucusu oldu. DSÖ sağlık hizmetlerinin, sağlığa erişimin piyasalaştırılmasının temel aktörlerinden biri oldu ve Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu raporuyla bu sürecin içine eklenildiğini 2001 yılında çok net bir biçimde deklare etti. Dediğim gibi GATS Anlaşması hizmetler kamu eliyle verilse bile piyasalaştırılacağını bize vaaz etmişti. Bunun çerçevesinde biz artık istihdam biçimlerinin de özelleştirme çerçevesinde olduğu, esnek çalışmanın, güvencesiz çalışmanın hayatımıza çok somut bir biçimde girdiği süreçler yaşadık.

2008 yılında Avrupa Birliği Ulusal Programına Türkiye sağlık hizmetlerini özelleştirmeyi programına aldığını ifade etti. Böylece malumu ilan eden bir yaklaşım sözkonusu oldu. Zaten biz süreç içinde AKP Hükümeti döneminde Sosyal Güvenlik Kurumu harcamalarından özel sektörden hizmet satın almaya ayrılan paranın, 2 kat arttığını biliyoruz. Yüzde 14'lerden yüzde 30'lara yükseldiğini biliyoruz. Bu sürecin son noktası, kamu hastane birlikleri yasa tasarısıdır meclis gündeminde bekletilen; muhtemelen 2011 seçimlerinin sonrasına ötelenen. Bununla birlikte bugünün ve yarının konusu olan kamu-özel ortaklığı yerleşkeleri bunun öncesinde başlamıştır. Evet, türünün ilk ve son örneği değildir, Avrupa'daki ülkelerde de örnekleri vardır. Zaten bu vahşi saldırı bütün ülkelerde benzer biçimde yaşanmaktadır.

Türkiye GATS Anlaşması çerçevesinde müzakereler yürütmektedir farklı ülkelerle. Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı sektör bazında bir görüş almak için Türk Tabipleri Birliğini çağırırken, utanmadan ülkemizin taviz verebileceği alanları müzakere edip gelmeyi bizden isteyebilmektedir. Böylesi bir karşı saldırıyla karşı karşıyayız. Haklara karşı bir saldırı bu dönüşüm. Ne yazık ki bazen ölmeyecek ve öldürmeyecek düzeydeki yardımlarla ya da bazen ölümle, sakatlıkla karşılaştığımızda da, bununla karşılaşan insanların itiraz etmemelerini sağlayan “suçlu kurban ruh halini” yaratarak insanların kabullenmesine yol açan bir karşı propaganda sürdürülmekte. Yani sadece hizmetlerin sunumunda ve yaşanan süreçlerdeki dönüşüm değil, insanların bunu kabullenişlerinde, tevekküllerinde de bir dönüşümü sağlayan ve mücadele etmeyi ortadan kaldıracak bir zihinsel karşı saldırının da odağındayız tümüyle. Bir yandan bu saldırı sürerken hizmete en çok gereksinimi olanların erişemedikleri, ama kıskırılan taleple gereksiz başvuruların arttırıldığı, bunun üzerinden erişilebilirliğin ve memnuniyetin arttığını ifade eden bir karşı zihinsel saldırı söz konusu. Tekil biçimde yalnızlaşan, “kaderiyle baş başa kalan”; maden kazalarında, tersane kazalarında soluğu giderek daralan kot taşıma işçilerinin yaşadıklarında; açlıktan ölen bebeklere karşı verilen duyarsız yanıtlarda, somutlaşan sorunlarla 2011 Türkiye'sinde kapitalizmin sağlık üzerindeki etkilerini ve yansımalarını böylesine değerlendirmek olanaklı.

Sorunların bir boyutu da esnek çalışma. Sennet'in dile getirdiği biçimiyle esnek çalışma, insanın her gün baştan başlayarak kendisini

ispatlamak zorunda kaldığı yeni zamanın bir iktidar aracı olarak tanımlanıyor ve esnek çalışma kazanan hepsini alır aracılığıyla eşitsizliği artırıyor. Emek süreçlerinde de bu tür bir saldırıyla karşı karşıyayız. Kuşkusuz bunların hiçbiri rastlantısal değil. Kavramsal arka planı, kuramcıları, stratejileri ve taktikleri var ve bizim de mücadelemizin olması gerektiği gibi bu mücadele bir yandan sürecin içinde olanların aydınlatılmasını ve iknasını gerektiriyor. Öte yandan mücadelenin bileşenlerini oluşturmada kuramsal karşı çalışmalara ihtiyaç duyuruyor. Bu toplantı tam da böyle bir gereksinimden yola çıktı. Bir kış akşamı Türk Tabipleri Birliğinde önümüzdeki dönemin gündeminin kamu-özel ortaklığı üzerinden piyasalaşmanın son adımları olacağını ve buna karşı mücadeleyi nasıl örmemiz gerektiğine ilişkin düşünceleri paylaşırken öncelikle Ziyet arkadaşımızın önerisiyle “buna ilişkin bir toplantı düzenlese, varolan bilgi birikimini sistematize etsek; bunu bir yazılı materyale dönüştürsek, ilgili bileşenleri, sosyal tarafları biraraya getirsek ve bilgi üzerinden öncelikle kendimizi güçlendirek” diye konuştuk. Bursa Tabip Odası’na, Kayıhan ve Alpaslan gerçekten çok teşekkür borçluyuz. Hiç sessiz, sitemsiz bu işin bütün düzenlemesiyle ilgili süreci üstlendikleri ve buraya kadar taşıdıkları için. Halk Sağlığı Koluna, ilgili tüm bileşenlere, çağrımıza, davetimize katkı sunan, bu alandaki çalışmaları derleyen, bilgileri bizimle paylaşacak olan bütün değerli konuşmacılara şimdiden bu değerli katkıları ve bunun da bir yazılı belgeye dönüşmesine sunacakları katkı için çok teşekkür ediyorum.

Hepinizi saygıyla selamlıyorum. (Alkışlar)

SUNUCU- Evet, sempozyumumuz çok uzaklardan gelen bir konuşumuzun konferansı ile devam ediyor. Konferans başlığımız: “Dünyada sağlık alanındaki kamu-özel ortaklığına ilişkin kavram ve deneyimler.” Oturum başkanı olarak Prof. Dr. Feride Aksu Tanık’ı tekrar sahneye alıyoruz. Kendisi hem oturum başkanlığını yürütecek, hem de konuşumuzun sunumunu çevirmeye çalışacak. Düzenleme kurulu olarak da bu katkısı için ayrıca teşekkür ediyoruz.

DÜNYADA SAĞLIKTA KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI:KAVRAM VE DEĞİŞİMLER

*OTURUM BAŞKANI : PROF.DR. FERİDE AKSU TANIK
KONUMACI: DAVID PRICE*

Prof. Dr. FERİDE AKSU TANIK (Oturum Başkanı)- Tekrar merhaba. Ben çok daha fazla zaman almadan konuşumuzu davet etmek istiyorum.

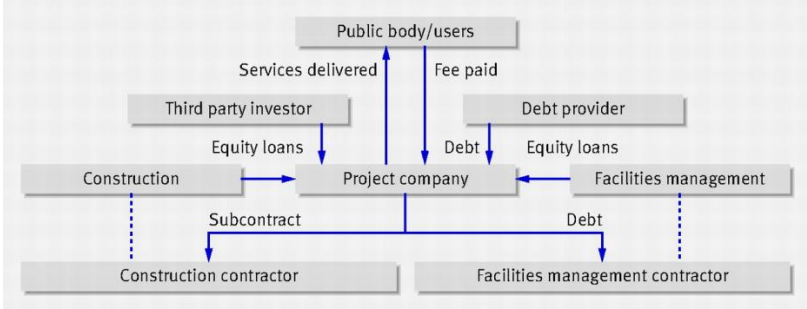
DAVID PRICE (Centre for Health Sciences, Blizzard Institute, Barts and London School of Medicine and Denistry, Queen Mary University of London)- Günaydın. Güneşli bir Akdeniz sabahında burada olmaktan çok mutluyum. Londra'daki tıp fakültesinden geliyorum ve Prof. Allyson Pollock ile birlikte 14 yıldır kamu-özel ortaklığı konusunda çalışmalar yapmaktayım. Çok yakında da İskoçya'daki bir çalışmaya başlayacağız. Sunum sırasında anlayamadığımız, açık olmayan herhangi bir konuda durdurup soru sorabilirsiniz.

Bugün beş konu hakkında konuşacağım. Bir tanesi kamu-özel ortaklığının İngilteredeki kapsamı ve boyutuna ilişkin. Daha sonra kamu-özel ortaklığına yönelik eleştirilerden söz edeceğim. İki temel mesaj vermek istiyorum. Bunlardan bir tanesi bu 3P (Public-Private-Partnership) olarak ifade edilen kamu-özel ortaklığının temel amaçlarından biri, kamu kaynaklarına özel sektörün ulaşımını sağlamaktır. İkinci olarak söylemek istediğim de, bu politikanın uygulanmasına gerekçe teşkil edebilecek somut kanıtlar yoktur. Sizin veya bizim hükümetimiz ne derse desin böyle kanıtlar yoktur.

Önce kısa bir tarihçe vermek isterim üç başlık altında. Önce tarihçesine bakarsak bu uygulamalar 1992'de başladı ve iki temel gerekçelendirme vardı bu politikaya ilişkin. Birincisi kamu kuruluşlarına zaten yatırım yapabiliydiniz Avrupa Birliğinin verdiği sınırlar içinde ve o sınırların ötesine geçmeyen bir yatırım yapılabildi. Kamu-özel ortaklığında kamu bütçesi üzerindeki hesaplar normalde yapıldığı biçimde yapılmamaktadır ve bütçe kalemlerinin içinde yer almamaktadır.

Mesela Portekiz örneğinde olduğu gibi kamu-özel ortaklığı harcamaları bu sistemde bütçe dışına çıkarılarak bütçe açıklarının önüne geçebiliyorlar. İkinci gerekçesi de bu uygulamanın hükümetin özel sektörün bu işi daha iyi yapacağını düşünmesidir. Bunun hakkında konuşuyoruz, ama çok açık, net ve kesin bir tanımı yok kamu-özel ortaklığının. Genel olarak konuşursak bunlar 25-35 yıllık çok uzun süreli anlaşmalar oluyor. Bu kuruluşların tasarımı, inşaatı, finansmanı ve işletmesine ilişkin kontratlar yapılıyor. Başka modeller de var tabii bu 4 temel aktiviteyi içinde barındırmayan. Uzun vadeli kontratta kamu sektörü, özel sektöre bu işlevleri için para ödemekte. İngiltere’de İşçi Partisi döneminde 1997’de bu politikaların uygulanmasına ilişkin bir itici güç oluştu. 2009 yılında 159 hastane bu PFI (Private Finance Initiative) denilen özel finans girişimleri veya kamu-özel ortaklığı denilen oluşumlar çerçevesinde kuruldu. Bu da o dönemki hastane programlarının yüzde 90’ına karşılık gelmekteydi. Temel uygulama, bir kamu hastanesinin bu kamu-özel ortaklığıyla bir anlaşma yapması üzerinedir. Bu anlaşmayla kamu hastanesi özel sektöre yıllık bir kira, bir bedel ödemekte. İki bölümden oluşan bir ödeme bu: Bunların bir tanesi bina kirasıdır. Bu kullanım ödemesi denilen ödeme yüzde 60’ını oluşturmakta ve bankalara, hissedarlara yapılan ödemeleri kapsar. Diğer yüzde 40’lık kısmı da hizmet ödemesini kapsar. Bir öncesinde borç ödemeleri vardı. Bu hizmet ödemelerinde de temizlikten çamaşıra hastanenin hizmet aldığı ödemeler yer almaktadır. Bu şekilde ilgili tarafların birbiriyle olan ilişkisini gösteriyoruz. İki ay önce basılan British Medical Journal’ın ilgili sayısında buna ilişkin ayrıntılı bir makale bulabilirsiniz (Pollock A.M.and Price D. The private finance initiative: the gift that goes on taking. BMJ 2010; 341: c7175, Private finance initiatives during NHS austerity. BMJ 2011; 342: d324). Bir seri anlaşma ilişkilerini görebilirsiniz bu şekilde.

Burada en tepedeki kamu hastanesi ve bu hastane yapısının içinde tüm ticari ilişki yapılarını görebilirsiniz. Bu slayt bir kamu-özel ortaklığı kontratına nasıl adım adım ulaşıldığını gösteriyor. Ortadaki kalın çizgi anlaşmanın, kontratın imzalandığı noktayı refere ediyor. Çizginin solundakiler kontrata doğru götüren bütün aşamaları simgeliyor ve bu çerçevede hükümetin bu işe olur verme sürecini gerçekleştiriyorlar. Çizginin sağında kontratın sonrasında olanlar simgeleniyor ve bunu inşaat süreci olarak nitelendirebiliriz. İlk 5 yıl inşaat süresi, ondan sonra 25 yıl da bunun işletilmesine ilişkin bir süreç bu.



SALONDAN- Burada bir kontrat var ama birden çok yüklenici firma var doğru mu?

DAVID PRICE- Burada devletle yapılan bir kontrat var. Bunun dışındaki kontratlar alt yüklenici, taşeronların kontratlarıdır. Bu kamu-özel firması.

SALONDAN- Bu ilişki içerisinde kamu sektörünün bu ilişkilere müdahale etme, karışma hakkı var mı?

DAVID PRICE- Hayır, bütün ilişkileri kamu-özel kuruluşu yürütüyor. Kamu sektörüyle temel anlaşmayı yapan bir proje şirketi var burada da “project company” olarak görülen. Fakat taşeron şirketler üzerinden alt anlaşmalar yapılıyor. Örneğin bir kamu okulunda patlayan bir lambanın değiştirilebilmesi için okulun kendisinin yapabileceği bir şey yok. O temel anlaşmayı yapan proje şirketinin taşeronlar üzerinden bir ampülün değiştirilmesini sağlamasını gerektirecek kadar ayrıntılı bir mekanizma var.

SALONDAN- Kamunun hizmet üzerindeki otoritesi kalkıyor yani.

DAVID PRICE- Evet.

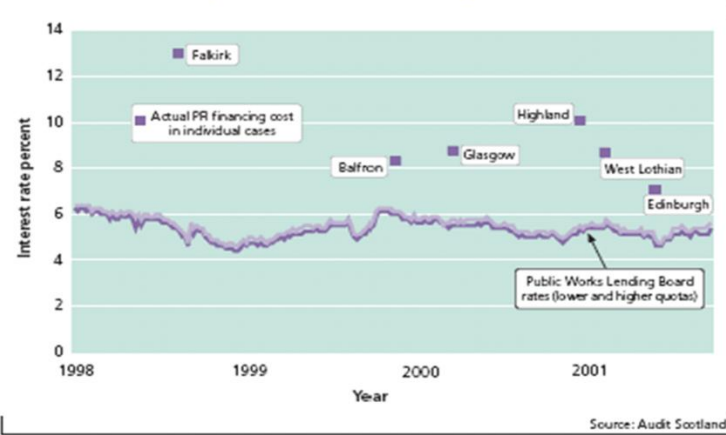
2005-2006 yılları arasında İngiltere’de 53 tane kamu-özel ortaklığı hastanesi bu 25 yıllık işletme süresine geçmiş oldu ve bu hastanelerin birleşik sermaye değeri 2,8 milyar Pound’du. Kamu hastanelerinin özel sektöre 2005-2006’da yaptığı ödeme yaklaşık 470 milyon Pound’du. Bunun da 280 milyon Pound’u yüzde 60, yüzde 40 diye ayarladığımız ve bina gideri olan temel giderlere yönelikti. Bu da şu demek: Bu 280 milyon Pound her yıl bankalara ve hissedarlara gidiyor. Bu harcamalar, bu bedel giderek artacak ve toplamda 90 milyar Pound’a

ulaşması bekleniyor. Kamu-özel ortaklığının ne olduğunu biraz anlatmaya çalışıp, buna yönelik eleştirileri şimdi dile getireceğim.

Bir tanesi maliyet etkililiği üzerinden bir eleştiridir. Bu politika bunu yapmaya değer mi? Diğer eleştiri de bunun karşılanabilirliği. Bizim bunu karşılamaya gücümüz var mı, hastanelerin bu bedeli ödeme güçleri var mı?

Birinci sorun maliyet etkililiğiyle ilgiliydi. Kamu sektörü, bu parayı bulmakta ya da kaynak yaratmakta bu binaları yapmak için. Sıradan kamusal yatırımlarda hükümet bu parayı ödünç alır ve hükümet özel sektöre kıyasla çok daha ucuza kaynak yaratabilir. Bu diyagramda İskoçya'daki 6 kamu okulu için özel sektörün borç para maliyetlerini görebiliriz. Özel sektörün borç aldığı ödediği faiz oranları var dikey ekseninde. Yüzde 7 ile yüzde 14 arasında bir faizle borç alıyor özel sektör. Aşağıdaki çizgi ortalama olarak yüzde 6 civarında kamu sektörünün faiz ödediğini gösteriyor. Buradan bakınca şunu anlayabiliriz: Kamu-özel ortaklığıyla ödünç aldığınız para, daha pahalıya mal olan bir para.

Exhibit 32: PFI financing costs and council borrowing rates



Bir başka sorun da bu politikanın uygulanması sırlarla kaplı bir uygulama ve her şey açıklıkla ifade edilmiyor. Sadece İskoçya'da hangi faiz oranlarının ödendiği ortaya çıkartılabilmiş durumda. Bu tabloda İskoçya'da kamu sektörünün özel sektöre kıyasla hangi oranlarla borç

para alabildiğini görebiliyoruz. Mesela Edinburg'da özel sektörün bir hastane inşa edebileceği parayla iki hastane inşa edilebilirdi. Süpermarketlerde yapılan reklamlarda hani 2'si 1 fiyatınayken, burada tam tersini görüyoruz.

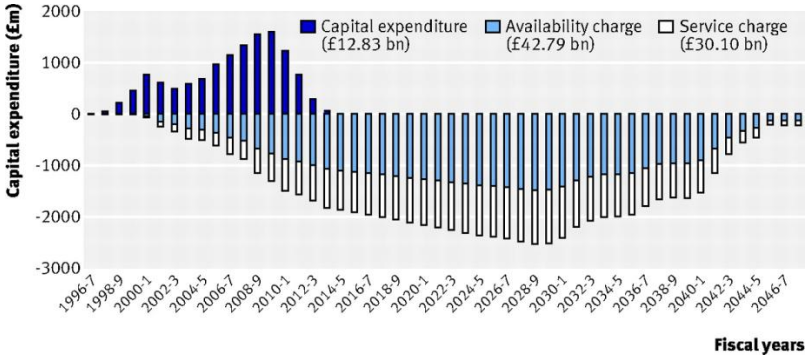
PFI project	Ratio: What the public sector could have borrowed at same cost relative to capital actually raised by the private sector
New Royal Infirmary Edinburgh PFI	2.04
Hairmyres Hospital PFI	1.97
James Watt College PFI	1.97
Highland PPP2 Schools PFI	1.49
Perth and Kinross Office and Car Park PFI	1.82
Hereford Hospital PFI	1.68

Birleşik Krallık'ta parlamento içinde mali polis (sayıştay) diye nitelendirebileceğimiz bir kurum var. İki hafta önce kamu-özel ortaklığıyla ilgili bir rapor yayınladı bu kurum. Bu slaydın bir tarafında Nisandaki sayıştay raporunda faiz oranlarının giderek kötüleştiği ifade ediliyor. Bu da kamu-özel ortaklığıyla yapılan binalarda yüzde 6-7 oranında maliyetin artmasına neden olmaktadır. Her geçen yıl kamu-özel sektör ortaklığı üzerinden özel sektöre ayrılan finansın arttığını görebiliyoruz. Hem temel bina yapımlarında, hem de hizmet kalemlerinde bu durum aynı. Bununla ilgili şu anda açıklayamayacağım bir teknik gerekçe var. Fakat en temel sorun İngiltere'de, kamu harcamaları tam da kamu-özel ortaklığına ilişkin harcamaların arttığı dönemde kısıtlanmıştı. Maliyet etkililik böyle bir anlaşma kabul edilmeden önce aslında ispat edilmeliydi.

Farklı ülkeler bunu farklı yaklaşımlarla yapıyor. Birleşik Krallık'ta bunun yapılmasının yolu kamu ve özel sektör karşılaştırması üzerinden

yapılıyor. Hangisi daha pahalı? Kamu sektörünün projesi mi, özel sektörün projesi mi? Bunun maliyet etkililik analizlerinin yapılma biçimine yönelik çok ciddi eleştiriler var. Biz de buna ilişkin makaleler yazdık ve bu makalelere internetten ulaşılabilir. Bu maliyet etkililik analizlerinin sonucu kullandığınız yöntemle bağlı olarak değişiyor ve hükümet özel sektörün lehine olan maliyet etkililik analizi yöntemleri tercih etti. Kontratın imzalanmasından önce yapılan analizler ciddiye alınması söz konusu olabilecek analizler değil.

Burada birkaç yeri özetleyeceğim, çünkü tercüme edilmesinin zor olacağını düşünüyorum. Burada vurgulamak istediğim, hükümet kontratların kamu-özel ortaklığı için yeterli olduğunu söylemekte. Özel sektör kontratlarında inşaatın bitirilmesi zamanında ve bütçeye uygun oluyor, ama kamu sektörü kontratlarında bunu gözlemleyemiyoruz. Hükümet şunu iddia ediyor: Kamu sektöründeki uygulamalarda yüzde 73 bir gecikme ya da maliyet artışı gerçekleşmekte. Ancak özel sektörün inşaatları zamanında yetiştirdiği belirtilmekte. Biz bu iddiayı inceledik ve gerçek olmadığını gördük; bununla ilgili bir veri yok. Gerçekte yüzde 73 iddiasının nereden geldiğini de açıklayabiliriz. Hükümet buna ilişkin 4 ayrı rapor ve kaynaktan bahsediyor. Bu raporların hiçbiri veri içermemektedir. Yani hükümet gerçekleri ifade etmiyor, ama iddiasını devam ettiriyor. Bu politikayı başka ülkelere de pazarlayan yönetim danışmanları da bu iddiayı sürdürmeye devam ediyorlar ve inanırlılıkları yok.



Bunlar kontrat öncesindeki maliyet etkililikle ilgili argümanlar, analizler. Peki kontrat imzalandıktan sonra ve plan uygulanmaya başladıktan sonraki maliyet etkililik oranları nedir ve pratikte gerçekte ne

olmaktadır? Bunu bilmiyoruz. 50 milyar Pound'luk yatırım 14 yıldır devam ediyor ve hala bir veri yok.

SALONDAN- Niye hiçbir şey bilmiyorsunuz? Hükümet niye hiç veri vermiyor? Verilere ulaşmanıza izin mi veriliyor?

DAVID PRICE- Sadece hükümet bir değerlendirme yapabilir. Kurallar var veri toplanmasına ilişkin, ama bugüne kadar hiçbir veri toplanmadı. Fakat kimse kurallara uymuyor. 2 hafta önce yayınlanan sayıştay raporu da açık bir veri olmadığına ilişkin. Böyle bir veri olmadığı için de kamu-özel ortaklığının daha iyi olduğuna ilişkin bir yoruma ulaşmamıza olanak yok.

Esasında durum bundan da kötü. Özel sektöre risk alması ve daha önce kamu sektörünün yaptığı şeyleri yapması için bir para ödeniyor. Üstelik bu riski almaları için ne kadar ödendiğini bilmiyoruz ve bunu da tahmin etmemiz imkansız. Sıradan bir anlaşma söz konusu olduğunda kamu sektörüyle özel sektör arasında ne kadar parayı ne için ödediğinizi bilirsiniz. Bu politika çerçevesinde (PPP) onlara bu riski almaları için ne kadar ödendiğini biz bilmiyoruz. 2007'de bu tür 622 anlaşma vardı ve 2006'daki Sayıştay raporuna göre sadece üçünde hangi riskler için ne tür ödemeler yapıldığına ilişkin veri vardı.

SALONDAN- Riskten kastınız, risk almaktan kastınız nedir? Finansal risk mi?

DAVID PRICE- En temel risk inşaat riski. Binayı ortaya koymak bir problem. O anlaşma bütünü içinde en büyük risk inşaata ilişkin. Talep riski, tabii kamu sektörüyle ilgili bu. İnşaat riski özel sektörde kuramsal olarak. Bunlar ana riskler.

Özel sektörün bu riskleri almak için ne kadar talep ettiğini bilmiyoruz. Bu bilgi İngiltere'de gizli bir bilgi. İskoçya'da bu bilgi açıklandı. İskoçya'da artık bu bilgi ticari açıdan mahremiyetini kaybetmiş durumda ve ticari sır olmaktan çıktı. Biz İskoçya'daki verilerden yola çıkarak özel sektörün yüzde 58 kâr elde ettiğini söyleyebiliyoruz. İngiltere'deki bazı hastanelerde 1 milyon pound kovanlar 3 yılda 34 milyon pound gelir alıyorlar. Bu gerçekten çok korkunç büyüklükte bir para. İskoçya'daki bir olgu biliyoruz. Bir yatırımcı 100 milyon pound koyup, anlaşmanın sonunda 84 milyon pound elde ediyor. Burada bir skandaldan bahsediyoruz. Bu doğru bir kamu politikası değil, bu bir

finansal skandal ve buna karşı uyanık olmalısınız sizin ülkenizde bu politika tartışıldığında. Bu işten çıkar sağlayacak kişiler tarafından bu politikalar savunuluyor olacak.

İkinci eleştiri noktası da bunun gerçekleştirilebilirliği. Bu analiz sürecinin analiz sürecinin anahtar kelimesi ilk yüzde 60'lık tesis ve bina oluşumuna ilişkin maliyetler. Bu ödeme hastanenin ödemek zorunda olduğu bir yıllık ödeme. Buradaki problem hastanenin bütçesinin böyle bir ödeme yapmak için düzenlenmemiş olması. O nedenle de bütçesinin başka kalemlerinden buna yönelik bir kaynak yaratması gerekiyor. Hastane bütçelerinin en büyük kısmı, hastane çalışanlarının maaşlarını ödemeye yönelik olan kısmıdır. Kamu-özel ortaklığında ödemeleri yapabilmek için bütçede kaydırılacak para çalışanlara ödenecek olan paradan olacaktır.

SALONDAN- Bu durumda İngiliz Tabipler Birliğinin görüşü nedir?

DAVID PRICE- İngiliz Tabipler Birliği baştan beri bu politikaya karşı ve bir araştırmanın yapılabilmesi de onların desteğiyle olabildi. İlk kamu-özel ortaklığı hastane örneğinde özel sektöre bu yıllık ödemeyi yapabilmek için hastane yatak sayısında yüzde 30 bir azaltmaya gidildi. Bizde teşhisle ilişkili gruplar (DRG, Diagnosis Related Groups), denilen gruplar üzerinden bir ödeme sistemi uygulanıyor. Biliyorum ki sizde de bu sistem yenilerde uygulanmaya başlanıyor. Bu slaytta mavi çizgi teşhisle ilişkilendirilmiş gruplarla ilgili ödemenin hangi düzeyde olduğunu gösteriyor. Halbuki dikey sütunlarda hastanelerin aktüel olarak ödemek durumunda olduklarını gösteriyor. Yani bir tanesi sizdeki teminat paketiyle hastaneye verilen paraysa, diğeri de hastalıkların gerçek maliyetleri üzerinden hastanedeki maliyetler. O nedenle de bu hastanelerin alacakları gerçekten de ödemesi gerekenin altında kaldı ve bu da hastanelerin borca girmesine yol açtı. Bu borç açığını ortadan kaldırmak için hastaneler, hastane çalışan sayısını azaltma yoluna gittiler. Hastanede bir işletme kurulmasına trust (Trust company; bir sanayi dalının, bir ortaklar grubunun eline geçmesiyle gerçekleşen tekelciliğin gelişmiş bir biçimi) diyoruz. Bu maliyet başkalarını karşılayabilmek için hastaneler çok tanıdık bazı yollara başvurdular. Uzun süre bakım gerektiren kronik hastalar gibi hastalardan kaçınarak genel otoritelere devrettiler bunu. Kliniklerde çalışanların sayısını azalttılar ve üretkenliği, verimliliği arttırmaya yönelik çabalar içine girdiler. Bu kamu-özel ortaklığı hastanelerinin

dörtte üçünde tavsiye edilenden daha yüksek bir yatak işgal oranı oluştu. Daha ayrıntıları var, ama sanıyorum bu açıkla ilgili yeterli bilgi vermiş durumdayım. Pek çok pdf formatında belge bırakacağım. Bunlar hakemli dergilerde yayımlanmış belgeler ve olur da sorularınız olursa elektronik postayla da yanıtlamaktan memnun olurum. Şimdi sonuç ve yorum cümlelerimi söyleyeceğim.

Bu politika 15 yaşında, fakat başarısına ilişkin iddiaların hiçbir temeli yok, hiçbir somut kanıtı yok. Geleneksel kamu yatırımlarına kıyasla daha pahalı bir politika bu ve hastanelere kamu-özel ortaklığı için ödeme yapmaları için de yeterli para verilmemekte. Kamu-özel ortaklığının sunulması ve başlatılmasıyla hizmetlerin azaltılması ve onlarda kısıtlamaya gidilmesiyle de doğrudan ilişkili. Bu politikanın burada sunulmasına, uygulanmasına destek veren şirketlerin adlarına bakın. KPMG, Deloitte gibi firmalar. Bu isimleri verebilirim, ama bu isimler tavsiyelerde bulunuyor olabiliyorlar hükümete ve bu tavsiyeler için bile büyük para kazanıyor olabilirler. Yani bu politikaların uygulanmasında onların da bir çıkarı vardır ve mutlaka bunun farkında olmalısınız.

Sunumum bu kadar, sorularınız varsa yanıtlamaya hazırım.

SALONDAN- İki soru soracaktım. Hastanelerin kurulması için gereksinim nasıl saptanıyordu? Bir gereksinim tartışması vardı.

DAVID PRICE- Bir bölgesel sistem var hangi hastanelere ihtiyaç olduğuna dair. Buna Sağlık Bakanlığı karar veriyor. Ulusal sağlık sistemi içinde uzun bir geçmişi olan ihtiyaç belirlemesi ve değerlendirme sistemi var. Kamu-özel ortaklığıyla ilgili en büyük trajedi, bu ulusal sağlık sisteminin bu bileşenine zarar vermesi ve bir kamu-özel ortaklığı hastanesi inşa edilip finans problemleri yarattığında, bir çözüm de diğer hastaneleri kapatmak oluyor. Bu kapanmalar da bir programa bağlı değil ve keyfi oluyorlar.

SALONDAN- İkinci sorum da şuydu: Bu hastane inşaatı bitti, hizmetlerle ilgili taşeronluğu da anladık, ama bizde mesela sağlık hizmetleri kısmı da bu şirketlere verilebilir diye; yani projeyi alan şirkete sağlık hizmetleri de verilebilir diye bir tartışma var. O var mı?

DAVID PRICE- Hayır, İngiltere’de klinik bakım hizmetleri kamu-özel ortaklığı anlaşmasının dışında tutuluyor.

SALONDAN- Peki öbür ülkelerde?

DAVID PRICE- Şu ana kadarki bilgilerin dahilinde, klinik bakımın dahil edildiği anlaşmalara ait bilgim yok başka ülkelerde de. Ama anladığım kadarıyla şu anda parlamentoda yürütülen görüşmelerde bunun da içine dahil edilebilme olasılığı gündemde. Makine tehzatının işleme, mesela diyaliz yapılacaksa onunla ilgili donanım, malzeme, firma tarafından sağlanıyor. Buna ilişkin hizmetse ulusal sağlık sistemi tarafından sağlanıyor. Bu da hızla değişiyor ve hükümet hızla hekimlerin de ulusal sağlık sistemiyle değil, bu özel şirketlerle anlaşma imzalayacağı istihdam modeline dönüştürmeye çalışıyor.

SALONDAN- Biz geriden geliyoruz, ama onları geçeceğiz sanırım.

DAVID PRICE- Birinci basamak için bu zaten gerçekleşti, onlar ticari şirketlerle bu anlaşmaları yapmaya başladılar, ulusal sağlık sistemiyle değil ve sözleşmeyle zorlandıkları biçimde reçeteleme ve sevk etme uygulamalarını değiştirmeye zorluyorlar.

SALONDAN- Bu özel şirketlerle yapılan anlaşmadan neyi kastediyorsunuz?

DAVID PRICE- Birinci basamakta da kamu-özel ortaklığı var ve bir ayrı model var bunun için. Bu sözleşmelerden bahsederken kamu-özel ortaklığını kastetmemiştim, daha üstteki bir politikadan bahsediyordum. Tüm hekimleri ticari sağlık kuruluşlarının kontrolüne sokmaya çalışan bir yaklaşım var. Bir kamu-özel ortaklığı bunun sadece bir parçası.

SALONDAN- Acaba tıp fakülteleriyle, araştırma hastaneleriyle bir bağı var mı bu kamu-özel ortaklığının?

DAVID PRICE- Eğitim hastaneleri sıklıkla hem büyük, hem en zengin hastanelerdir. O nedenle de en büyük kamu-özel ortaklığı planlarına sahip olabilirler. Kamu-özel ortaklığının en önemli özelliği, yeni iş olanakları çağrıştırmasında. Bir hastanenin içinde kuaförlük hizmetleri de olabilir bu çağrışım veya aynı havaalanlarında sizin arabanızı park etmek için sizden aldıkları para gibi. Edinburg'da tıp fakülteleriyle özel sağlık şirketleri arasında bir ilişki var. Özel sağlık kuruluşları spor yaralanmalarına yoğunlaşmakta ve İskoç rugby futbol takımlarının sorunlarıyla ilgilenmekte. Tıp fakültesinin bu konuyla ilgili mensupları da özel sektörle bu alanda işbirliği yapmakta.

SALONDAN- Acaba bu yıllık ödemeleri yapamayan hastane var mı? Varsa ne oldu?

DAVID PRICE- 1996'da hükümet bir yasa teklifi verdi parlamentoya eğer hastaneler ödeyemezse hükümetin ödeyeceğine garanti eden. Eğer bu garantiyi vermezlerse bankalar bu sistemin içine girmeyecekleri için böyle bir garanti vermek zorundaydılar.

SALONDAN- Son olarak bu kamu-özel ortaklığında özel şirketler tarafından, mesela arşiv, yemekhane bölümü gibi bir sürü kişiler zarar gördüğünde bu zararların hepsini kimden istiyorlar, nasıl istiyorlar?

DAVID PRICE- Tıbbi sorumluluk ulusal sağlık sisteminde. Risk varsa kamuya, kâr varsa özele gidiyor. Tıbbi olmayan sorumluluklar artık avukatların ilgi alanına ve başarsına giriyor.

SALONDAN- Bu süreçte hükümet dışı kuruluşlar yer alıyor mu? Geçiş sürecinde bir yerlerde varlar mı?

DAVID PRICE- Hayır. Sivil toplum kuruluşları ruh sağlığı dışında ulusal sağlık sisteminin içinde bir role ve işleve sahip değiller.

SALONDAN- Dünyada bu şekilde bildiğiniz deneyimler, uygulamalar var mı?

DAVID PRICE- Bu ilginç bir soru. Kâr gütmeyen örgütlerin yapılanmasını aslında hükümet teşvik ediyor. Yani ulusal sağlık sistemi içinde hastane işletmeleri de kâr amacı gütmeyen kuruluşlar aslında, ama şu an için bunların bu politikanın içinde önemli bir bileşen olduğunu düşünmüyorum.

SALONDAN- Vakıf hastaneleri konusunda durum nedir? Bu sistemle vakıf hastanelerinin ilişkisi nasıl?

DAVID PRICE- O kontratlarla ilgili şekli hatırlayalım. İki yasal yapının olması gerekiyor bir kontratın olması için. Bu da vakıf hastanelerine verilen bir güç aslında ve tüzel bir kişilik sayılıyor. Bu yapılmıyorsa kamu-özel ortaklığı daha ileri bir adım atamazdı. Bu kâr amacı gütmeyen bir durum, ama tartışabiliriz.

SALONDAN- İlgili ülkeler bu kamu-özel ortaklığına dönüşüm sürecini nasıl yaşadı? Yani sadece hükümetlerin teknik bir programı gibi mi

yaşadı? Yani o toplumsal süreçte bu program nasıl algılanmış, nasıl tartışılmış?

DAVID PRICE- Sizin 30 bin kişilik bir yürüyüşünüz oldu. Bizde de gösteriler, yürüyüşler olmuştü hastane kapanmalarına ilişkin ve gazetelerde hiç yer almadı. Bunun neden olduğunu hiç anlamadım. Çok ciddi bir politik çekiciliği var kamu-özel ortaklığının ve kendi görev süreleri içinde politikacılar yepyeni bir bina sağlamış oluyorlar ve bu iyi bir şey onlar için. Toplum da yeni bir binaya, ihtiyaç olan bir yerdeki yeni bir binaya olumlu bakıyor. Ama bir yandan da daha önceden beri daha çok sevdikleri eski binalardaki hizmetin de sonlanmasına karşı çıkıyorlar. İngiltere’de bu kamu-özel ortaklığının paradoksu ulusal sağlık sistemi içindeki en büyük hastane binaları programı. Ama sonuçta İngiliz sağlık sistemi tarihinde en büyük hastane kapanması programına dönüştü. Galiba 5 kamu-özel ortaklığı hastaneniz var.

SALONDAN- Daha fazla.

DAVID PRICE- Onların açık kalabilmesi için nelerin kapanacağını izlemeniz lazım.

SALONDAN- Benim iki sorum olacak. Birincisi Sağlık Bakanlığımızın bize yayınladığı ihale genelgesinde 49 yıldan bahsediyor. Burada da bir 25 yıl kamu-özel ortaklığıyla ilgili sözleşme. Bunun bir özel anlamı var mı? Yani 25 olması, Türkiye’de de özellikle 49 yıllık olmasının.

İkincisi de, İngiltere’de tıbbi hizmet dışındaki alanda çalışanların özlük haklarının düzenlenmesi konusunda ... özel kurumlar, özel şirketler. Bu konuda çalışmaların maliyeti azaltmak adına onların sosyal haklarında bir azalmaya gittikleri zaman bu konuda bir örgütlenme çabaları var mı? Bugüne kadar bu yaşandı mı?

DAVID PRICE- Sendikalar var emeğiyle çalışan insanları desteklemek için. Ancak emeğiyle çalışan insanların koşullarının giderek kötüleştiği bir gerçek. Bu insanlar özel şirketler tarafından istihdam ediliyorlar artık, hastaneler tarafından değil. Ameliyathaneye hastayı getiren personel artık ulusal sağlık sisteminin bir parçası değil, özel şirketin sözleşmeli çalışanı ve bu çok ciddi bir fark oluşturmakta.

SALONDAN- Amerika değil, Kanada değil, Almanya değil, Fransa değil, neden İngiltere? Neden bütün bu modeller İngiltere’den doğuyor?

DAVID PRICE- Aslında öncü role Amerika Birleşik Devletleri sahipti; su ve elektrik sektörü üzerinden bunu yapmaya girişmişti.

SALONDAN- Sağlık alanında zaten Amerika'nın ihtiyacı yok, orada her şey özel.

DAVID PRICE- Reagan'ı biliyorsunuz. Amerika Birleşik Devletlerinde bu yerel yönetim, yerel konseyler olmadığı kadar kamunun elinde. Bir yandan özelleştirmeler sürerken, bir yandan yeniden kamulaştırmalar da olmakta. Bir kadın yazar var, daha sonra adını da verebilirim isterseniz; onun yazdığı makaleler özelleştirmenin o kadar ciddi açıkları olduğunu gösteriyor ki, bunlar yeniden kamulaştırma için gerekçe teşkil etmekte.

SALONDAN- Ben iki şeyi merak ediyorum. Birincisi bu sürecin sağlıkla ilgili sonuçlarını izlemeye yönelik bir modelleri, sistemleri, önerileri var mı?

DAVID PRICE- Hayır, şöyle bir iddia var: Hastaneler rekabet ederse sonuçlar daha iyi olur. Özellikle kardiak cerrahi alanında böyle hani aslında hiç kimsenin böyle bir veriye sahip olmadığını da söylemekle birlikte. 2010'da tamamlanan bir araştırmalarına ve onları refere ederek söylüyorum, rekabet yaşamı kurtarır. Ama ne yazık ki aynı araştırma ekibi 4 yıl önce başka bir hükümet döneminde "rekabet yaşamlara mal oluyor" da diyebilirdi. Bu tür karmaşık politikaların sonuçlarını klinik çıktı olarak değerlendirmek gerçekten çok zor.

SALONDAN- Bir sorum da bu ortamın moral değerler ve etikle ilgili sonuçlarıyla ilgili bir şeyler söylemesi.

DAVID PRICE- 1948'de ulusal sağlık sistemini başlattığımızda vergilerden finanse edilen, erişilebilir, herkesi kapsayan bir sağlık sistemimiz vardı. Bu sağlık sistemi birçok ülke tarafından da örnek alındı. Ulusal sağlık sisteminin tahrip edilmesine ya da yıpratılmasına yönelik çok sayıda girişimlerle karşılaştık. Özellikle herkes için erişilebilir, ücretsiz bir sağlık sistemi noktasında karşı çıkışlar ve saldırılar oldu. Dünya Bankası ve OECD'nin baskılarıyla karma bir finansmana, özel sigortalının da içinde bulunduğu bir finansmana yönelme baskıları oldu. Klinik hizmet sağlayıcıların da kamu kapsamında değil, özel sektör temsilcileri olmaları yönünde baskılar oldu. Bunlar uluslararası politik yaklaşımlardı. Fakat bu yaklaşım ulusal

sağlık sisteminin temelini oluşturan, entegre, planlanmış ve risklerin bir havuzda toplandığı bir yaklaşıma karşı bir saldırıydı. Sistem kamu finansmanı ve kamu hizmet sunumuna dayanmaktaydı. Herkes için erişilebilir sağlık hakkı meselesine karşı bir saldırıdır kamu-özel ortaklığı. Size söylenen, bize söylenen, “herkesin erişebileceği bir sağlık hakkı”nın gerçekçi olmadığıdır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında ülke iflas ettiğinde biz ulusal sağlık sistemini gündeme getirmiştik. Norveç, Danimarka gibi birçok ülke bizden çok daha yoksul ülkeler de ulusal sağlık sistemini gündeme getirmişlerdi. Bu herkes için sağlık hakkının karşılanabilir bir şey olmadığını söylemek doğru değil. Dünya Sağlık Örgütünü destekleyen, herkes için erişilebilir sağlık hakkı olmalı diyen, mümkünse vergilerden finansa edilen ve mümkünse kamu tarafından sunulan halk sağlığı çalışanları için tek garanti altındaki yoldur. Maliyet etkili bir biçimde herkes için sağlık hedefine ulaşılabilecek en güvenli yol budur.

SALONDAN- Kamu-özel ortaklığı kurulan hastanelerin birleşimi nasıl oluyor? Yani sivil toplum kuruluşlarından bir katılım var mı? Yoksa bu ana sözleşmeyi yapan şirketin yönetim kurulunun üyelerinden mi oluşuyor?

DAVID PRICE- Şu dışardaki turuncu konteynırı görüyor musunuz? O bir kamu özel ortaklığı şirketi de olabilir. Orada bir kişi oturur. Sayıştay raporunu daha ayrıntılı verebilirim, bu kamu-özel ortaklığı şirketleriyle ilgili bir rapor hazırladı. Bunun arkasında çok büyük bir organizasyon yok.

SALONDAN- Bu sistemle sağlık sorunlarının yenilerinin ortaya çıkıp çıkmadığını merak ettim ben. Onun yanıtını verdi, ama hasta memnuniyeti ne oldu? Gördüğümüz kadarıyla yeni sistemde hasta memnuniyetinin daha artmış olabileceğini tahmin ediyorum, ama bu gelecekte uzun vadeli kötüye doğru gidiş olabilir. Ama geçici olarak böyle bir tahminim var, bu doğru mu?

DAVID PRICE- Bilmiyorum. Bu yeni bir kalite ölçümü ve bilmiyorum. Bu Amerika’dan gelen bir kavram, yeni yeni yükselen bir kavram olduğunu biliyorum, ama Birleşik Krallık’ta buna ilişkin verilere sahip değilim. Bir kalite ölçüm aracı olduğunu biliyorum, ama veriye sahip değilim.

SALONDAN- Ben şunu öğrenmek istiyorum: Kendisi bir akademisyen, bir üniversitede çalışıyor ve tıp fakültesinde çalışıyor. Hekim mi? Onu kaçırdım, ama halk sağlıkçı olduğunu biliyorum. Bütün bu özellikleriyle akademiye nasıl değerlendiriyor? Akademi bütün bu kocaman girişimin tamamına ya da bir ayağı olan bu girişime nasıl bakıyor? Türkiye’de az çok bilgi sahibiyiz, ama kendisini nasıl hissediyor mesela üniversitesinde?

DAVID PRICE- 14-15 yıldır 3 ayrı üniversitede çalıştım. İlk Londra’daki bir okuldu. Biz orada çalışırken hükümet bizim çalışmalarımızdan çok memnun kalmadı ve muhtemelen rektöre “bunları çıkartın” dedi. Rektör “hayır” dedi ve Edinburg’a geçtik. İskoç hükümeti de yaptıklarımızı beğenmedi ve yine üniversiteden uzaklaştırılmamız istendi. Bu tehlikeli çalışmalara devam edersek arkamızda duramayacaklarını söylediler. Parlamentoda profesyonel olmamakla ve taraf olmakla suçlandık. Daha önce hiçbir bireysel araştırmacı bu şekilde adlandırılmamıştı. Dünya Ticaret Örgütünün web sayfasında güvenilirmez ve ideolojik olmakla suçlandık. Hükümetteki pek çok bakan da “solcular” olarak adlandırdı bizi. Bu çalışmalar için hükümetten herhangi bir ödül yok ve gerçekten epeyce de bir profesyonel risk alıyoruz. Şimdi Edinburg’dan da Londra’ya geri geldik.

Çok destek aldık meslektaşlarımızdan. Hükümete zorluk yarattık, çünkü yaptığımız iş iyiydi ve bilimsel çerçevedeydi. Eğer öyle olmasaydı uyarı almazdık ve olur da herhangi bir hata yaparsak bunu da bize karşı kullanmak için hazırda bekliyorlar.

SALONDAN - Bizde sağlıkta dönüşüm programında kamusal hizmetin bazı ... çok kullandılar ve bu dönüşüm süresi içinde de bundan dolayı ... vatandaş memnuniyetinde artış oldu. İngiltere bunu nasıl yaşadı? Yani ... artış sayısı olarak bunları yaşadılar mı? Bu mecburiyet skalasına yansdı mı?

İkincisi, biz kendimiz söylerken yaklaşık 4-5 kat artan bir sağlık harcamasından bahsediyoruz. Bu kamu-özel ortaklığı süreci ve sağlıkta dönüşüm programı İngiltere’de sağlık harcamalarına nasıl yansdı? Bu toplam harcama içerisinde vatandaşların, kullanıcıların sağlık için ayırdıkları parada bir artış oldu mu?

DAVID PRICE- İki ilginç soru geldi. İngiltere’de geçmişte de, şimdi de karşılanmamış gereksinimler vardı sağlıkta. Bir Julian Tudor Hart isimli bir hekimin çok refere edilen bir ifadesi var: Yararlanmada terslik kanunu. Bu kanun sağlıkla ilgili kaynakların en az gereksinimi olan yerlere yoğunlaştığını ifade eder. Bir başka deyimle zengin bölgeler de diyebiliriz. Buna rağmen ulusal sağlık sisteminin hizmet kalitesinin çok iyi olduğunu söylemeliyiz. Ana problem, bazı hizmetlerin 300-400 yıllık binalarda sürdürüldüğünü de ifade etmemiz lazım.

Uçakta gelirken Türkiye hakkında okuyordum, hükümetin son 5-6 yılda sağlık harcamalarını 2 katı arttırdığını gördüm. İngiltere’de hükümet de benzerini yapmıştı aynı zaman diliminde; OECD ortalamalarına getirmek üzere gayrisafi yurtiçi hasıladan ya da ülkedeki zenginlikten sağlığa ayrılan para arttırıldı. Bu artış kamu-özel ortaklığının gündeme getirilmesiyle de eş zamanlı oldu ve onu finanse etmiş oldu. Ama şu anda ulusal sağlık sistemi son 5 yılda yüzde 20 azattı hazcamaları. Şu anda kamu-özel ortaklığı çok utandırıcı durumda.

Prof. Dr. FERİDE AKSU TANIK- Güzel sunumunuz için, bütün verdiğiniz bilgiler için, ülkenizle ilgili verdiğiniz örnekler için çok teşekkür ederiz. (Alkışlar)

SUNUCU- Teşekkür belgelerimiz var. Tabip Odası Başkanımızı alalım. Önce David Price’a veriyoruz. Feride Hocamızı da buraya rica ediyoruz. Kendisine de hem oturum başkanlığı, hem bu meşakatli çevirisi için çok teşekkürler ederek belgesini veriyoruz.

DEVLET / KAMU ÜZERİNE YENİDEN DÜŞÜNMEK...

OTURUM BAŞKANI: DOÇ.DR. MEHMET ZENCİR

Girişimci Cumhurbaşkanı, Girişimci Vali, Girişimci Rektör...

Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı'nın Yapısal/Konjonktürel ve
ürkiye'ye Özgü Nedenleri

Ferimah Yusufi-Yılmaz [†], Derya Gültekin-Karakaş ^{**}

Giriş

Türkiye'de 1980 sonrasında ulaşım ve enerji altyapı yatırımlarında kullanılmaya başlanan Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) modeli, 2000'li yılların sonlarından itibaren sağlık alanında da uygulama alanı bulmuştur. KÖO kapsamında belirlenen şehirlerde entegre sağlık kampüslerinin yapımına özel sektörün katılımı sadece kampüslerin inşaatı ile sınırlı olmayıp, hekimlik hizmeti dışındaki otopark, kafeterya gibi birtakım alanların ticari işletme hakkını da kapsamaktadır.

Bu çalışma, KÖO'nun sağlık alanına yayılmasının bir değerlendirmesini yapmak amacıyla. Bu doğrultuda, kamu hastane komplekslerinin yapımında neden KÖO'nun tercih edildiği ve bu yönelimin kamu-özel ortaklığı ilişkisinde taraf olan devlet ve sermaye kesimi açısından ne anlama geldiği ele alınacaktır. Sağlık hizmetlerinde KÖO'ya yönelimin nedenlerini ve olası sonuçlarını tartışmak, bu alanda toplumun ve sağlık emekçilerinin nasıl etkileneceğini anlamak açısından elzemdir. Bunun yanı sıra, gelecekte hekimlik hizmetlerini de içerecek şekilde, sağlıkta daha da yaygınlaşması beklenen KÖO'nun neler getirip-

[†] Y.Doç.Dr., Haliç Üniversitesi, İşletme Fakültesi, İşletme Bölümü, Tel: 212 2972560 (x154), e-mail: ferimahyilmaz@halic.edu.tr

^{**} Y.Doç.Dr., İstanbul Teknik Üniversitesi, İşletme Fakültesi, İşletme Mühendisliği Bölümü, Tel: 212 2931300 (x2003), e-mail: dkaraka@itu.edu.tr

Bu makale, 6-7 Mayıs 2011 tarihinde Türk Tabipler Birliği, Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Bursa Tabip Odası tarafından Bursa'da düzenlenen uluslararası katılımlı Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklığı Sempozyumu'nda yapılan sunuşun gözden geçirilmiş bir şeklidir.

götürebileceğinin dünya deneyimleri ışığında bugünden tartışılması gereklidir.

Çalışmada; ilk olarak dünyadaki KÖO uygulamalarına değinilerek, neden son dönemlerde Türkiye’de KÖO projelerinin revaçta olduğu sorusuna cevap aranacaktır. Bu amaçla, projelerin gerçekleşmesi için hazırlanan yasal zemin ve nihayetindeki uygulamaların nasıl hayata geçirildiği incelenecektir. Böylece Türkiye’de sağlık sektöründeki kamu ve özel işbirliğinin altyapısı verilerek, geleceğe dair yansımalarının neler olabileceği üzerinde tartışma imkânı doğacaktır. İzleyen bölümde KÖO’nun, Türkiye’de 2000’li yıllarda adım adım hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bir bileşeni olarak taşıdığı işlevsellik üzerinde durulacaktır. Bu bağlamda sağlık kampüsleri projesinin içeriği genel hatlarıyla tanıtılacaktır. Ardından, söz konusu devasa projelere dair sermaye içindeki bölünmelere işaret edilecek ve devletin sağlık alanını tümüyle sermayeye terk etmek yerine, hâlâ bu alanda kalma gereği hissettiğine ve sağlık alanında süren kamu var oluşunun sermaye ile kurulan yeni tarz ilişkiler üzerinden gerçekleştirildiğine işaret edilecektir. Sağlık kampüslerine neden gereksinim duyulduğu sorusunun önce resmi söylemdeki yanıtlarına değinilecek, ardından KÖO’nun sağlık alanında ortaya çıkış şekli, sermaye birikim süreci ile devlet arasındaki ilişkinin yapısal-tarihsel ve konjonktürel dinamikleri üzerinden değerlendirilecektir. KÖO’nun emeğe ve geniş toplum kesimlerine olası yansımalarının bir değerlendirmesi ile çalışma tamamlanacaktır.

Kamu Özel Ortaklığı Projelerinin Dünya ve Türkiye’deki Gelişimi ve Kapsamı

Son dönemlerde gerek yerel yönetimler gerekse merkezi yönetimlerce özel sektör ortaklığıyla gerçekleşen yatırım projeleri önceleri kamusal hizmet anlayışı çerçevesinde görülen alanlar da dâhil olmak üzere giderek genişleyen bir uygulama alanı bulmaktadır. Buna göre, KÖO modelleri; *enerji üretimi ve dağıtımı, sulama sistemleri, kanalizasyon sistemleri, su kanal ve dağıtım projeleri, hastaneler, eğitim binaları, okullar, stadyumlar, haberleşme, ulaştırma, trafik kontrol sistemleri, hapishaneler, yollar, faturalama ve diğer bilişim teknoloji sistemleri, güvenlik, tarım, turizm, madencilik, imalat, konut yapımı ve diğer inşaat işleri, kültür, kentsel ve kırsal altyapı, kentsel hizmetler ile kamu idarelerinin altyapı yatırım ve hizmetlerini kapsamaktadır. Kamu ve özel sektör işbirliğinden doğan ve yatırım alanı giderek genişleyen bu*

projelere dair çok çeşitli tanımlamalar bulunmaktadır.¹ KÖO'yu oluşturan öğelerin neler olduğu düşünüldüğünde içinde üç faktörü taşıdığı belirtilmektedir. İlk faktör, özel kurum ve kamu kurumunun ortaklık yapmasıdır. İkinci faktör, her iki kurumun toplumsal bir değer yaratılması için belirli bir amaca sahip olmalarıdır. Üçüncü faktör ise ortaklık yapan bu iki tarafın projeye dair tüm yükleri (sorumluluk ve riskleri) ve sağlanacak olan faydaları paylaşmalarıdır. Ancak bu tanımlama beraberinde farklı soruları getirmektedir. Bu tarz bir tanımlama yapılırken kamu ve özel sektör ayrımının netleştirilmesi gereklidir. Çünkü kamusal olarak tanımlanan kurumlar; devlet kurumları olabileceği gibi uluslararası kurumlar da aynı kapsamda değerlendirilebilmektedir. Diğer bir netlik ihtiyacı özel sektör tanımlamasında doğmaktadır. Hukuken özel kurum sınıflamasına dâhil olan ama kâr amacı gütmeyen kurumlar da kamu-özel sektör ayrımında özel tarafında yer alabilmektedir (Reich, 2002, s.3).

Kamu-özel ortaklıklarında kamu ve özel sektör ayrımı netleştirilse bile, kamunun bu ortaklık projelerine hizmet üretim sürecini kapsayan birçok faktörün de ister istemez piyasa sistemine uyum sağlayacak şekilde dönüşümü gündeme gelmektedir. Bu sebeptendir ki KÖO'yu, özel işletmeler için geçerli olan ortaklık kavramından hareketle, kamu hizmet sunumunun ve ilişkin kamu yatırımlarının piyasa etkinlik kriterlerine göre gerçekleştirilmesi sürecine özel sektörün de katılımını sağlayacak düzenlemeler bütünü şeklinde ifade etmek mümkündür. KÖO projelerinin muhteviyatı ve ortaklığa konu olan kamu hizmet ve yatırımlarını, Selime Güzelsarı; *“kamu idarelerinin özel sektör ile bir altyapı projesi veya bir hizmetin gerçekleştirilmesi amacıyla, bir projenin tasarımı, finansmanı, yapımı ve işletilmesi ile mevcut bir yatırımın yenilenmesi, kiralanması, bakım-onarımının yapılması ve işletilmesinde özel sektör katılımının sağlandığı yöntemler bütünü olarak”* tanımlamaktadır (Güzelsarı, 2009, s.46).

Aşağıda ilk olarak dünyada KÖO deneyimlerine, ardından Türkiye'de yaşanan sürece değinilecektir.

¹ Bu konuda kapsamlı bilgi ve KÖO'nun tarihsel gelişimi için bkz. Güzelsarı, S. (2009).

a. Dünyada KÖO Deneyimleri

Dünyadaki ilk Kamu Özel Ortaklığı projeleri 17. ve 18. yüzyıllarda imtiyaz sistemiyle ve ağırlıklı olarak kanal ve köprü yapımında kullanılmıştır. Avrupa'da 19. yüzyılda bazı altyapı hizmetleri özel sektör tarafından kurularak işletilmiştir. 20. yüzyıla gelindiğinde özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında Fransa, İtalya, Japonya ve ABD gibi ülkelerde en başta karayolu ağlarının inşasında kamu-özel sektör işbirliği uygulamaları yaygınlaşmıştır.

Kamu Özel Ortaklıklarının dünyada bilinen ismi *Public Private Partnerships* kısaca *PPP*'dir. KÖO projelerinden önce 1990'lardaki ilk uygulamalar İngiltere'de "Özel Finans Girişimi" (*Private Finance Initiative*, kısaca *PFI*) olarak tanımlanan ve özel sektörün kamu yatırımlarına finansal katkısıyla yer aldığı projelerdir. KÖO projeleri için 1990'lardan bu yana dünyada kamu yönetiminde reform başlığı altında tartışılan kurumsal ve yasal düzenlemelerde hâkim söylem; kamu ve özel sektör ortaklıklarıyla tek bir taraftan ziyade güçlerin birleştirilmesiyle daha etkin ve sosyal anlamda faydalı projelerin üretilebileceğidir (McKinsey & Company, 2009, s.4).

KÖO projelerinin uluslararası düzeyde ilgi ve destek görmesi "kamusal fayda yaratılmasında özel sektörün de katkısının yer alması ve dolayısıyla ekonomik kalkınmanın sağlanması" olarak gerekçelendirilmekte ve özel sektörün kamu ortaklıklarında dinamizmi, etkin kaynak kullanımı ve hızlı hareket kabiliyetinin, kamunun finansman ihtiyacı ve hantallığına çare olacağına inanılmaktadır. Dolayısıyla akademik çevrelerde KÖO projeleri desteklenmekte, akademik çalışmalar yapılmakta, uluslararası kurumlar çeşitli konferanslar düzenlemekte ve konuya ilişkin çalışmalar, uygulamalardaki tikanıklıkların giderilmesine dair raporlar yayınlanmaktadır.² Uluslararası düzeyde kamu-özel ortaklıklarının gelişimini devletlerin özel sektör ile gerçekleştirdikleri proje anlaşmaları ve resmi belgelerde izlemek mümkündür. Örneğin İngiltere ve ABD'de kentsel politika yasası, Fransa'da ulusal sanayi politikaları, İtalya, Hol-

² IMF, Dünya Bankası, AB Yatırım ve Kalkınma Bankası, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Kalkınma Programı (UNDP), Avrupa Birliği (EU), OECD, vb. tarafından yayınlanan raporlar, bireysel ve diğer örgütlere ait çalışmalar (McKee, M., Edwards, N., Atunc, R. (2006) ; Boltze, M. (2003); Farlam , P. (2005); Corrigan, M. B. ve diğ. (2005)).

landa ve İngiltere’de ekonomik kalkınma politikaları içinde KÖO projeleri önemli yere sahiptir (Güzelsarı, 2009, s.44-45).

Avrupa Birliği’nde (AB) KÖO modelleri topluluk düzeyinde 2004 yılında³ tanımlanmıştır. 2004’te yayınlanan Green Paper-Yeşil Kitap’ta yer alan esaslar çerçevesinde, AB Konseyi büyük çaplı ve sermaye yoğun altyapı yatırımları için kamu ve özel sektör arasında sözleşme yapılmasını destekler nitelikte bir rapor hazırlamıştır. Böylece birlik içindeki ülkelerde KÖO projelerinin ve dolayısıyla yatırımlarının artması hedeflenmiştir (AB -Yeşil Kitap, 2004).

KÖO’nun sağlık alanındaki uygulamalarına bakarsak, dünya çapında küresel krizle de yoğunlaşan finansal kaynak sıkıntısı içindeki hükümetlerin, artan sağlık harcamalarının baskısı altında, hastane yapımında ve klinik hizmetlerin temininde giderek daha fazla özel sektöre yöneldiği görülmektedir. Bu durum, özel şirketler için gelecek 10 yılda hızla büyümeye müsait, trilyon dolarlık bir küresel pazar yaratmaktadır (Pricewaterhouse 2010, s.5). KÖO ile hükümetlerin uzun dönemli maliyet tasarrufları sağlayacağı, bu modelin sağlıkta sürdürülebilirlik için şart olduğu ileri sürülmektedir. Sağlık harcamalarının GSYH’ye oranının artmaya devam edeceği OECD ve BRIC ülkelerinin, KÖO modeline daha fazla yöneleceği ve özellikle Çin ve Hindistan’ın iştah kabartan pazarlar olarak öne çıkacağı öngörülmektedir. Bu durumdaki ülkelerde hükümetler sağlık harcamalarındaki büyüme oranlarını kontrol altında tutma ve bütçe etkinliği sağlama baskısı altında kalacaklardır (Pricewaterhouse 2010, s.9-10). Dolayısıyla, sağlık alanına yabancı sermaye çekmeye yönelik küresel bir rekabet gözlemlenmektedir. Avrupa, Asya, Afrika ve Güneydoğu Asya hükümetleri kamu-özel sektör ortaklığı ajansları kurmaktadır. Bu ajanslar, KÖO için politika geliştirme, tedarik sürecini uygun hale getirme ve hizmetleri sözleşme ile sağlamadan sorumludur. 2010 yılında üç kıtada rekor sayıda KÖO, hastane altyapısını finanse etmenin yolu olarak hayata geçirilmiştir.

1990’larda İngiltere’de sağlık alanında KÖO uygulamaları hastane inşaatları ve bina bakım faaliyetlerini içererek başlamış, tüm klinik hizmetlerin temininde ise kamu sorumlu olmaya devam etmiştir. KÖO,

³ 2004/17/EC ve 2004/18/EC direktifleri 30 Nisan 2004 tarihli Yeşil Kitapta yayınlanmas (Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions).

İngiltere'den Avustralya, Japonya, İtalya gibi birçok ülkeye yayılmış ve kimi durumlarda kamuya da yansıyan başarısız örneklerden çıkarılan derslerle model sürekli uyarlanarak değiştirilmeye devam edilmiştir (Pricewaterhouse, 2010, s.7-8). İngiltere'de 2003 yılından itibaren KÖO kapsamına özel sektörden klinik hizmetlerin temininin dâhili, bu yönde dünya çapında bir yönelimin ilk adımını oluşturmuştur. Örneğin, KÖO'lar Afrika'da sıtma aşılarını, Valencia, İspanya'da temel sağlık hizmetlerini ve Almanya'da kanser tedavisine erişimi sağlamaktadır.

KÖO modelinin görece yeni girdiği Ortadoğu bölgesinde özellikle hastane sektöründe artan ihtiyaçlar karşısında, kapasite açığını kapatmak ve var olan tesisleri geliştirmek esas motive edici neden olarak görünmektedir (Pricewaterhouse, 2010, s.32).

b. Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı

Türkiye'de son dönemde ivme kazanan KÖO projelerine neden ihtiyaç duyulmaktadır? Bu sorunun cevabı kamudaki mali ve yönetsel değişimin izlenmesiyle mümkün olacaktır. Son yıllarda kamunun gelir kaynaklarını yitirmesi, hizmet sunumunda ortaya çıkacak tıkanıklıklara karşı kamuyu daha tedbirli olmaya itmekle beraber, sermaye birikimi açısından henüz "ulaşılmamış" alanların piyasa sistemi içine çekilmesini sağlayacak düzenlemeleri getirmiştir.

Kamunun gelir kaynakları; vergiler, uluslararası kurumlardan sağlanan finansman, iç ve dış borçlanma, para politikalarının kaynak yaratacak yönde uygulanması, özelleştirmelerden sağlanan gelirler iken, KÖO projelerinin hayata geçirilmesi, sözü edilen kaynakların sürekliliği ile beraber birer birer etkinliğini yitirmesiyle ortaya çıkmıştır.

Türkiye'de KÖO projelerine geçiş süreci kamunun esas gelir kaynağı olan vergiler açısından değerlendirildiğinde, kaynak sıkıntısı baskısı bariz biçimde görülmektedir. 1980 sonrası dönemde uygulanan ve kamu elindeki en büyük gelir kalemlerinden biri olan dolaylı vergilerin hâlihazırda birçok tüketim maddesinde kullanılıyor olması, buna karşın dolaysız vergilerde, özellikle de kurumlar vergisinin toplam vergi tahakkuku içindeki payının giderek azalması, kamu gelirlerinin önemli payını oluşturan vergi gelirlerinin belirli bir seviyede kalmasına neden olmaktadır.

Diğer bir kaynak olan, Türkiye’de uluslararası kurumlardan sağlanan resmi yardımlar ve krediler de son yıllarda artık bir gelir kalemi olmaktan çıkmıştır. Bir dönem ağırlıklı olarak dış borçlarla finanse edilen yatırımlar daha sonra iç borçlara sürdürülmektedir. Ancak iç borçlanma olanakları da belirli bir düzeyde kalmaktadır. Yine son yıllarda uygulanan ekonomik istikrar programları çerçevesinde para politikaları nedeniyle enflasyon da gelir yaratmak amacıyla kullanılmamaktadır. Son olarak özelleştirme uygulamalarında da kamunun sahip olduğu kurumlardan sağlanan gelirler belli bir düzeyde kalmıştır. Özelleştirmeler ya da ticari işletme mantığı ile yönetilen kamu kurumları arasında yer alan; Et ve Balık Kurumu, TOKİ, DSİ, Üniversiteler, Belediyeler, THY, Demiryolları vb., kurum ve kuruluşlar ve devamında kamu hastanelerinin gelir yaratan alanlarının özel sektöre devri söz konusu olmuştur.

Tüm bu gelişmeler karşısında kamusal alanda hizmet üretimi için kaynak ihtiyacı devam etmektedir. Kamu hizmet sunumunda her hizmetin özelleştirilmesi mümkün olmadığından (devlet belirli alanlarda kamusal hizmet üretmek durumundadır, örneğin; iç güvenlik, adalet, altyapı yatırım ve hizmetleri, toplum sağlığı...), devlet özel sektörden hizmet satın alma ya da kendi ürettiği hizmeti piyasada satma yoluna gidebilmektedir. Kamu özel ortaklığı projeleri bahsi geçen alanlarda hem özel sektöre yeni pazar imkânlarını sunmakta hem de kamunun gerçekleştirdiği altyapı yatırımları, su ve enerji, eğitim, sağlık gibi alanlarda kamunun hizmet üretiminde sürekliliğini sağlamaktadır. Bu büyük sermaye gerektiren projelerde devlet ortaklığın bir tarafını oluştururken, yerli ve yabancı özel sermayeler de kendi öz sermayelerinin yetmediği durumda, genellikle böylesine büyük projelerin üstesinden gelebilecek ortaklıklar, konsorsiyumlar kurarak yer almaktadır.

KÖO ile hizmete açılan alanlar, pazar büyüme potansiyeli yüksek sektörler olarak görülmektedirler. Bu nedenle de bu tip projelerde sadece yerli sermaye değil, uluslararası sermaye de kendi piyasa payını “az gelişmiş ülkelerin kamu hizmetleri alanı içinde” genişletmesi için önemli bir fırsat olarak görmektedir.

Özel sektör açısından talep edilen ve pazar payının gelişimine imkân veren KÖO projelerinin hayata geçirilmesinde kullanılan kaynaklar kamunun elindeki gelirler (ağırlıklı olarak vergiler) ve özel sektörün sermaye birikimidir. Özel sektör gerçekleştirdiği tüm projelere işletme-

lik esaslarına göre kâr-zarar ya da fayda-maliyet analizi ile yaklaşmakta ve bu projeler için de “doğal olarak” aynı yaklaşımı devam ettirmektedir. Dolayısıyla özel sektörün ürettiği hizmetten yararlananlar bedelini ödemek durumundadır. Kamunun ise sahip olduğu kaynakları kullanırken (son dönemlere kadar), işletmeci bir yaklaşımla yani kâr-zarar anlayışıyla hareket etmemesi, yapılan yatırımların ve üretilen hizmetlerin verimsiz olduğu ya da etkin olmadığı yönünde iddialara yol açmaktadır. Kamunun KÖO ya da farklı bir kamu projesi için kullanacağı gelir kaynağı ağırlıklı olarak vergilerdir. Vergiler kamunun sermaye katkısının kaynağını oluşturuyor ise bu kaynağı toplumun vergi ödeyen kesimleri yaratmaktadır. Ancak bir kamu hizmetinin üretim ve sunumu gerçekleşirken toplumun ilgili kesimleri vergi yükümlüsü olsun ya da olmasın vatandaşlık esasına göre bu hizmetten faydalanır. Örnek verecek olursak; devlet (kamu) ilköğretim okulu kamu kaynaklarıyla inşa edilmiş ve eğitim hizmeti vermekte iken, işsiz bir ailenin çocuğu ilköğretim sürecini devlet okuluna devam ederek tamamlayabilir. Benzer şekilde yine kamu kaynaklarıyla inşa edilmiş ve hizmet veren bir devlet hastanesinde, vergi yükümlüsü olmak bir yana hiçbir geliri olmayan bir kişi de sağlık hizmetinden faydalanabilir. Tüm bu kaynak kullanım ölçütleri özel sektör ve kamunun ortak hareket edeceği KÖO projeleri üzerinden değerlendirildiğinde, proje mevzuatlarının etkinlik esasına göre (kâr-zarar analizi üzerinden) oluşturulduğu görülmektedir. KÖO mevzuatının bu haliyle, Güzelsan’ın (2009, s.72) da vurguladığı gibi; *“kamunun etkin olmayan yapısının kamu hizmetinden yararlananın yararlandığı ölçüde bedelini ödemesini böylece kamu hizmetlerinin en temel kaynağı olan vergilerin, vergi ödeyenlerle, toplumun tamamının ya da diğer kısmının eşit şekilde yararlanmasının yaratacağı adaletsizlikleri önleyeceği”* varsayımıyla oluşturulduğu görülmektedir.

KÖO’ya diğer bir yaklaşım ise bazı durumlarda özelleştirme uygulamalarına benzetilmesidir. Oysa KÖO özelleştirmenin belirli bir aşamasından sonra gelmektedir, bu yüzden KÖO projelerini tamamen özelleştirme mantığı içinde değerlendirmek yanlış olur. Özelleştirme sürecinde devlet kısmen ya da tamamen kamu hizmeti sunduğu alandan çekilip yerini özel sektöre bırakırken, KÖO projelerinde genellikle devlet ve özel sektör aynı alan içinde yer almakta ve bu alan içinde kamu ve özel sektörce üretilen hizmetler üzerinden bir uygulama olmaktadır. Bu durum özelleştirme mantığı içindeki “devlet-piyasa karşıtlığı” genel kabulü yerine “devlet-piyasa ortaklığı”na dönüşümü ifade etmektedir.

Türkiye’de Kamu Özel Ortaklık projeleri arasında Yap-İşlet-Devret, Yap-İşlet, Kamu Hizmeti İmtiyaz, Yap-Kirala, İşletme-Bakım, İşletme-Hakki Devri, vb. projeler bulunmaktadır. Bu projeler tarihsel olarak incelendiğinde neredeyse 1910 ve 1924’teki kanunlarla başlamak mümkündür. Ancak günümüzde yaşanan sürecin ilk temelleri denebilecek uygulamalar 1983 ve 1984 yıllarında çıkan kanunlarla başlatılabilir. 1984’den bu yana; elektrik, su, karayolları, havayolları, iletişim sektörlerini kapsayan yap-işlet-devret, yap-işlet, yap-kirala ve işletme hakkı devriyle oluşan KÖO modelleri uygulanmaktadır.⁴ KÖO’nun önünü açan uygulamalar olarak 1994 yılında 3996 sayılı “Bazı Yatırımların ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapılması Hakkında Kanun” ve 1999 tarihinde 4446 sayılı yasa ile Anayasanın bazı maddelerinde değişiklik yapılarak kamu hizmeti kavramının yeniden tanımlanmasıyla, kamu hizmetlerinin özel sektöre yaptırılması ve devredilmesi sağlanmıştır (Karasu, 2009, s.81).⁵ KÖO projelerinin yasal zemininin netleşmesi 2000’li yıllardan sonra ortaya çıkmıştır. 2007 yılında DPT’nin öncülüğünde hazırlanan bir yasa taslağını⁶, sonrasında KÖO mevzuatının daha bütünlüklü hukuksal bir çerçeveye kavuşturulması girişimleri izlemiştir. Ancak 2007 yılında hazırlanan taslak yürürlüğe girmemiştir. Yasalaşmamanın nedeni taslağın, Avrupa Birliği’ne uyum yasaları çerçevesinde AB İhale Kanunu ile uyum sağlanamamasına bağlanmıştır. Ancak daha sonraki KÖO kanun hazırlıkları açısından bu taslak anlamlıdır. Taslağın içeriği incelendiğinde kamu-özel ortaklığının uygulanacağı sektörel kapsamın genişlediğini ve kamu hizmetinin düşük fiyatla verilmesinin haksızlığa yol açtığı (etkinlik kriteri) dolayısıyla “yararlanan öder ilkesini yaşama geçirmeye çalıştığı” görülmektedir.

Türkiye’de yukarıda belirtilen yasal sürece paralel olarak, 1994 yılından itibaren KÖO aşama aşama hayata geçirilmiş ve kapsamı giderek genişlemeye devam etmiştir. Kamu ve özel sektör arasında ortaklık sağlayan projeler aslında daha önceki dönemlerde de denenmekle

⁴ Yasal sürecin tarihsel gelişimi için bkz. Ek 1.

⁵ Anayasa’nın 47. maddesinin (Ek: 13.8.1999-4446/1 md.) son fıkrasında “Devlet, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzel kişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzel kişilere yaptırılacağı veya devredilebileceği kanunla hükme bağlanmıştır.

⁶ Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı.

beraber, 1980 sonrasında Anayasa Mahkemesi ve Danıştay tarafından verilen iptal kararları nedeniyle bu tarz projelerde sınırlı ilerleme kaydedilmiştir. O dönemlerde ağırlıklı olarak enerji ve havayolu ulaşımı sektörlerinde kamu-özel işbirliğine dayalı sınırlı projeler gerçekleştirilmiştir.

KÖO kapsamında düzenlenen mevzuatın gelişiminde ilk adımların 1994 Yap İşlet Devret (YİD) yasası ile atıldığını söylemek mümkündür. Bu ilk uygulama öncelikli olarak elektrik üretimi ve otoyol yapımında geçerli olmuştur. Bu yasanın yürürlüğe konmasıyla kamu yatırımlarına özel sektörün katılımının altyapısı oluşturulmuştur. Yürürlüğe konan yasayı 1995 yılında Anayasa Mahkemesi iptal etmiştir. İptal sonucunda 1995-1999 yılları arasında bazı Yap İşlet Devret sözleşmeleri beklemeye kalmış ve kapsam içindeki yatırımlar tamamlanamamıştır. 1999'da 4446 sayılı yasa ile söz konusu engel aşılmış ve kamu hizmetlerinin özel hukuk sözleşmesiyle özel sektöre gördürülmesine imkân tanınmıştır. Ayrıca imtiyaz sözleşmelerinden doğacak anlaşmazlıkların halli için uluslararası tahkimin önü açılmıştır.

KÖO'ye ilişkin düzenlemeler kurumlar arasındaki işbirliğini yürütmek için kamu personeli dışında hizmet görebilecek kişiler ya da kamu hizmetinin kamu personeli dışındaki kişilerden hizmet satın almayı sağlayacak düzenlemeleri de içermektedir. Bu nedenle söz konusu KÖO projelerinde yer alacak kişilerin görevlerini tanımlayan personel yönetimine dair yasal bir düzenleme gerçekleştirilmiştir. KÖO projelerinin 14.7.1965 tarihinde kabul edilen 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36. maddesinde değişiklik yapılarak memur hizmetlerine dair sınıflandırmada “yardımcı hizmetlerde *ihale* ve sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetlerinde *hizmet satın alınması*” koşulları hükme bağlanmıştır (Karasu, 2009, s. 82). Personel kanun değişikliği KÖO projeleri içindeki sağlık kampüslerinin inşası ve hizmet vermesinin yasal dayanağını sağlamaktadır.

Türkiye’de son dönemlerde; kentsel dönüşüm, sağlıkta dönüşüm ve KÖO kapsamında “sağlık kentleri/kampüsleri projeleri”, su kaynaklarının ve su yatırımlarının özelleştirmesi, sulamada kamu özel ortaklıklarını geliştirme girişimleri gibi birçok düzenleme ve gelişme gündemi oluşturmaktadır.

Son dönemde yasal, kurumsal, siyasi ve idari düzenlemeleri gerçekleştirerek KÖO'nun kapsamını genişletme çabaları gündemdedir. DPT

son birkaç yıldır KÖO üzerinde çalışmakta olup, çalışmalar tamamlan-
dığında yasaya dönüştürülecek ve eğitimden sağlığa ve enerjiye değin
devletin tüm birimlerinde uygulanmaya başlanacaktır. KÖO üzerinde
en son uygulamaya sokulan proje ise Sağlık Bakanlığı'nın 22 ilde ger-
çekleştirmeyi planladığı entegre sağlık kampüsleridir.⁷ Aşağıda ele
alınacağı gibi, projenin mantığı, proje finansmanı ve dolayısıyla fiziksel
ekipman, bakım, onarım ve yenileme işlerinin özel sektör, sağlık hizmeti
sunma ve proje alanındaki müşteri garantisinin ise devlet tarafından
verilmesi üzerinden işlemektedir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı KÖO modelini hem finansman hem iş
yapma modeli olarak bünyesine dahil etme adına kurumsal ve operas-
yonel çaba gösteren ilk bakanlık olarak öne çıkmaktadır. KÖO modeli-
ne işlerlik kazandırmanın önündeki yasal boşluğu aşmak üzere gerçek-
leştirilen ilk uygulama 7.5.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri
Temel Kanununa ek madde (7.Ek Madde) Eklenmesi Hakkında Kanun
(Kanun No: 5396 Kabul Tarihi: 3.7.2005) olan yasadır.⁸ Daha sonra
2006 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda gerçek-
leşen değişikliklerle devam etmiştir.⁹ Sağlıkta KÖO kapsamı içinde
değerlendirilecek son yasal uygulama, 2007 yılında çıkarılan 5683
sayılı yasanın birinci maddesiyle gerçekleşmiştir.¹⁰ Değişikliğe göre

⁷ Bkz. Sabah Gazetesi (2011) "Sağlık geliyor!", Erişim tarihi 25 Nisan.2011,
www.sabah.com.tr http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2011/04/25/saglikkient-geliyor-iste-
kareler?paging=4

⁸ 3359 sayılı Kanun Ek Madde 7 - Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama
Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve
belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar
üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı
geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir (5396
sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, 2005).

⁹ 3359 sayılı Kanun Ek Madde 7 - 03/07/2006 tarihinde karara bağlanan 2006-10665
sayılı Bakanlar Kurulu kararı, "Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile
Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında
Yenilenmesine Dair Yönetmelik" (3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek
Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, 2006 - Ek: 3/7/2005-5396/1 md.).

¹⁰ Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hak-
kında Kanun Hükmünde Kararıyla Değişiklik Yapılmasına Dair 5683 sayılı Kanunun
09 Haziran 2007 tarih ve 26547 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmesi
ile; 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararın 17/C Maddesinin (k) bendine göre
Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı adı altında müstakil Daire Başkanlığı olarak kurul-
muştur.

Sağlık Bakanlığı'nın Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ya da Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü gibi bakanlığın temel hizmet ve görev alanına giren faaliyetlerini yürüten ana hizmet birimlerine "Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı" adıyla yeni bir ana hizmet birimi eklenmiştir.

Sağlık Alanında Kamu-Özel Arası İçsel Geçişler Bağlamında KÖO

Küresel çapta sağlık alanına yabancı sermaye çekme çabasından Türkiye de arı değildir. KÖO modelinin sağlık alanındaki özgüllüklerini tartışmaya geçmeden önce, KÖO projelerinin sağlıkta yaşama geçirilmekte olan dönüşümün finansal açıdan bir tamamlayıcısı olduğu vurgulanmalıdır.

2000'li yıllarda Dünya Bankası ile birlikte adım adım hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı, bu kamusal hizmet alanına hem özel sektörün artan katılımını, hem de kamu sağlık kuruluşlarının verimlilik-kârlılık temelinde birer piyasa aktörü niteliğinde yeniden yapılandırılmalarını hedeflemiştir. Bu çerçevede, özel hastanelerle işbirliği içindeki kamu, örneğin kamu personeline özel hastanelerde tedavi olanağı tanınmasıyla görünür hale gelmiştir. Kamu sağlık çalışanlarına performans dayalı ücret sistemi getirilmesi, tam gün çalışma baskısının kurulması, kamu hastanelerinin maliyet-fayda analizi temelinde verimlilik ve kârlılık ekseninde yeniden yapılandırılarak şirketleştirilmesinin hedeflenmesi ve son olarak kamu hastanelerinin piyasa ilişkileri içinde dönüşüm ve yönetimini sağlamak üzere henüz tasarı aşamasında bekleyen Kamu Hastane Birlikleri Yasası sağlıktaki piyasa yönelimli yapılanmanın çeşitli veçheleridir.

Kamu-özel hastane ortaklıkları da, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın gerekli fiziki altyapısını oluşturmada finansman çözümü olarak, bu alandaki topyekûn dönüşümün bir parçası durumundadır. Sağlık harcamalarının GSYH'den daha hızlı arttığı ve bütçe açıkları üzerinde baskı yarattığı günümüzde, hükümetler sağlık alanındaki yatırımların gerçekleştirilmesinde giderek daha fazla özel sektöre yönelmektedir (Pricewaterhouse, 2010). Aşağıda ele alınacağı gibi, sağlık yatırımlarının bu modelle gerçekleştirilmesiyle kamunun hem yatırım yükünü yıllara yayacağı, hem de uzun vadeli maliyet tasarrufları elde edeceği belirtilmektedir.

Entegre Sağlık Kampüsleri Neler İçermektedir?

Sağlık Bakanlığı yabancı proje firmalarına 29 ayrı proje tasarlatmış bulunmaktadır. Bu projeler, 2010-2014 yatırım programında yer almakta olup, 22 ilde gerçekleştirilecektir. Projelerden 17'si Yüksek Planlama Kurulu'ndan onay almış durumdadır. Temmuz 2011 itibariyle 16'sı¹¹ proje aşamasında olup, hastane kampüslerinin 3-5 yıl içerisinde tamamlanması planlanmaktadır. Bu şehirler: Adana, Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Gaziantep, Isparta, İstanbul, İzmir, Kayseri, Kocaeli, Konya, Manisa, Mersin, Samsun, Trabzon, Urfa, Van, Yozgat'tır. Şekil 1'de er alan Türkiye haritasında, kapsanan iller işaretlenmiş bulunmaktadır.

Şekil 1: Türkiye'de Sağlık Kampüsü Yapılan İller



Kaynak: Türkiye Haritası Üzerinde Sağlık KÖO Proje İlleri tarafımızdan gösterilmiştir.

Haritayı incelediğimizde bölgesel dağılımda dikkat çeken nokta, daha önce hizmet götürülen ve gelişmiş yerlerde kampüslerin gündeme getirildiğidir. Bu açıdan özel sağlık kuruluşlarının da rağbet ettiği kıyı kentlerinde yapılan yeni entegre sağlık kompleksleri dikkat çekmektedir. Aşağıda da tartışılacağı gibi, KÖO kapsamında hayata geçirilen tesislerde pazarın sürekliliğine dair riskin devletçe üstlenilmesi, özel sektö-

¹¹ Bkz. Ek 2.1.: Proje Aşamasında olan Entegre Sağlık Kampüsleri (Temmuz 2011)

rün kâr edemeyeceği yerlerde kampüs projelerinin gündeme gelmemesiyle açığa çıkmaktadır. Bu durum, KÖO modelinin bölgesel eşitsizlikleri azaltmak bir yana, derinleştirmeye hizmet edeceği sonucuna götürülebilir bizi. Öte yandan, İstanbul ve Kayseri’de olduğu gibi bazı illerde eski devlet hastaneleri yıkılarak yeni tesisler yapılacaktır.. Bu durumun izleyen bölümlerde işaret edileceği gibi, eski hastanelerdeki mevcut personel ve bunları çevreleyen esnaf ve yerel doku üzerinde etkileri olacaktır. İç bölgelerdeki illerde ise genellikle mevcut hastanelerin yenilenmesi, birleştirilmesi, yıkılarak¹² ya da ilk defa inşa edilecek yeni tesislerin yapımı proje kapsamındadır ErciyesTV (2011).

KÖO projelerinde TOKİ kanalıyla bulunacak arazide hastanenin müteahhlik hizmeti özel sektöre verilecek olup, hastanenin işletilmesi Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacaktır. Kafe, otopark, yemekhane, otelcilik, alışveriş merkezi, süpermarket gibi sağlık dışı alanların işletmesi ise özel sektöre verilecektir.

Çeşitli türdeki KÖO modelleri yatırımın inşaatına odaklanmakta iken, sağlık kampüslerinde hizmet alanının çok sayıda asli unsurunun ihale kapsamına alındığı görülmektedir. Projede kapsananlara bakıldığında, 1548 yataklı bir sağlık tesisi yatırımının ihale ön yeterlik ilanında yer verilen sözleşme konusu işler şu şeklide sıralanmaktadır (Karasu, 2009, s.87):

¹² “Yeni terminal ile yeni çevreyol arasındaki alana yapılacak olan Entegre Sağlık Kampüsü’nün yapımı tamamlanınca, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Doğum Evi ve Göğüs Hastalıkları Hastanesi yıkılacak. Ancak bu hastanelerin yıkılıp yeni hastanenin kent merkezine uzakta inşa edilecek olması...” ErciyesTV (2011a).

“Kayseri’ye yapılacak olan Entegre Hastanenin ardından mevcut hastanelerden hangilerinin yıkılacağı belli oldu. Sağlık Bakanlığı Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanının yaptığı açıklamaya göre Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile birlikte Nuh Naci Yazgan Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve Kadın Doğum Hastanesi kapatılacak...” ErciyesTV (2011b).

Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanı Abdulvahap Yılmaz’ın demeci: “İstanbul’da İki Hastane Yıkılacak - 29 proje arasında Ankara’da iki, İstanbul’da ise 3 sağlık kenti projesi olduğunu belirten Yılmaz, Üsküdar’daki mevcut Üsküdar Devlet Hastanesi’nin yerine 300 yataklı hastane yapılacağını, Bakırköy’deki Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinin ise yıkılıp Kadın Doğum’dan Kardiyoloji bölümüne kadar birçok ihtisas alanın yer alacağı dev sağlık kompleksi kurulacağını söyledi (Haberses, 2011)

- Finansman,
- Uygulama projesi, tasarımı, inşaatı,
- Medikal cihazlar ve diğer donanımın tedariki,
- Tesis için gerekli mefruşat,
- Tesislerin bakım ve onarımı,
- Tıbbi görüntüleme, laboratuvar ve diğer tıbbi destek hizmetleri,
- Bilgi işlem, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, güvenlik ve yemek dahil olmak üzere destek hizmetlerinin sunumu,
- Sağlık hizmetleriyle uyumlu ve Bakanlık onayını alacak ticari alanların yapım ve işletilmesi.

Sağlık Bakanlığı KÖO Daire Başkanı Abdülvahap Yılmaz, sağlık kampüslerini birer 'yaşam merkezi' olarak tanımlamaktadır (Öner, 2010). Buna göre sağlık kampüslerinde yer alan unsurlar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Yüksek teknolojiye sahip laboratuvarlar,
- Araştırma merkezleri,
- Sağlık teknoparkları,
- Sosyal tesisler, otel ve medikal oteller,
- Alışveriş merkezi,
- İdari merkezler,
- Merkezi acil ve yoğun bakım üniteleri,
- Merkezi eczane ve depo yapıları,
- Konaklama imkânları,
- Atık yönetimi,
- Yeterli büyüklükte otopark ve peyzaj alanları.

Temizlik, hasta yönlendirme, bina bakımı, yemek, güvenlik, sekreteryaya, laboratuvar, görüntüleme hizmeti gibi hizmetlerin tümünü tek bir özel firma veremeyecek, özel şirketler kendi aralarında bir ortaklık kurarak ya da taşeron firmalardan hizmet satın alarak gerekli hizmet sunumunu sağlayacaklardır.

Sağlık kampüslerinin bir diğer özelliği branş hastanelerini bir araya toplamasıdır. Örneğin, Kayseri sağlık kampüsü ihale süreci tamamlanarak 750 bin metrekarelik bir alanda inşasına başlanan ilk kampüs durumundadır. Toplam 1548 yataklı bir sağlık kompleksi projesi olan Kayseri kampüsü aşağıda belirtilen hastaneleri içerecektir:

- 1048 yataklı Eğitim Araştırma Hastanesi,
- 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi,
- 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi ve
- 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi.

. Projenin yatırım dönemi üç yıl olup, işletme dönemi 25 yıldır. Kayseri sağlık kampüsünün yapılması için bu şehirde yıkılmak üzere birleştirilen hastaneler ise Nuhi Naci Yazgan Göğüs Hastalıkları Hastanesi İle Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi'dir.

Sağlık kampüslerinin bir diğer özelliği bu tesislerde ileri teknoloji kullanılacak olmasıdır. Örneğin, hastalar bir noktadan diğerine yürüyen bantlar ve merdivenler ile ulaşırken, binalar arasındaki ulaşımı ise golf araçları ile yapacaklardır. Doktorların sağlık kampüsü içerisinde hızlı ulaşımı için ise Ginger (kullanıcısının nereye gideceğini vücut hareketlerinden anlayan, 20 km hızla giden pilli araç) verilecektir. Tesislerin çatısında heliport alanları yer alacak ve helikopterle getirilen hastalar çatıdan doğrudan ameliyathaneye veya yoğun bakım odalarına alınabilecektir.¹³

Sağlık kampüslerinin yanısıra şehir merkezlerine uydu hastanelerin konumlandırılması ve bu hastanelerin acil ve basit vakalara bakarken, kapsamlı ve kanşık teşhis ve tedaviler için entegre kampüslerin devreye girmesi planlanmaktadır. Abdülvahap Yılmaz bu yapıyla sağlıkta %100 verimlilik hedeflediklerini söylemektedir. Sağlık kampüsleri, hastaları şehrin bir ucundan diğerine koşturmadan tek elden verilen hizmetler silsilesi olarak sunulmaktadır.¹⁴

Hastane ve diğer tesislerin inşaatı yanı sıra, sağlık kampüslerinin işleyişi birçok başka sektörle ilişkilidir. Bu bağlantılar şu sektörleri içermektedir:

- Planlama/proje,
- Medikal ekipman,
- Bilgi Teknolojileri (Information Technologies -IT),

¹³ Bkz. Sabah Gazetesi (2011) "Sağlık geliyor!", Erişim tarihi 25 Nisan.2011, www.sabah.com.tr <http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2011/04/25/saglikkent-geliyor-istekareler?paging=4>

¹⁴ Bir diğer projesi hazır yatırım silsilesi de 11 ilde 3000 yataklı ruh ve sinir hastalıkları kampüslerinin kurulması olacaktır. Eskişehir, Manisa, Kocaeli gibi illerde de 400 yataklı hastaneler inşa edilecektir. Manisa için İspanyol hükümeti kredi tahsis etmiş olup, diğer küçük illerde de bu proje örnek alınacaktır.

- Sigortacılık,
- Medikal hizmet alımı,
- Lojistik hizmetler,
- Finansman.

Sağlık kampüs projelerinin yaşama geçirilmesi, yukarıda sayılan diğer sektörlerdeki sermayeler için de büyüme olanağı anlamına gelmektedir. Örneğin, sağlık alanındaki piyasa yönelimli yapılanma sürecinde pazarları büyüyen bir kısmı yabancı özel sigorta şirketlerinin, sağlık kampüsleriyle daha hızlı bir gelişim sürecine gireceği öngörülebilir.

Yukarıda da belirtildiği gibi, entegre sağlık kampüslerinde hekimlik hizmeti kamuda kalırken, diğer hizmet alanları özel şirketlerce doldurulacaktır. Oysa özel hastaneler, kampüs hastanelerinin işletmesinin de kendilerine verilmesini istemektedir. Özel Hastaneler Birliği (OHSAD) Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Reşat Bahat: “Devlet çok güzel hastaneler açacak ama bunların işletmesini kendi yapacak. Özel sektöre sağlık dışı alanların işletmesi devredilecek. Özel sektörün işletme deneyiminin kullanılmayacağı bu sistem batar. Bu projeye özel sektörün büyümesi engelleniyor” şeklinde şikâyetini dile getirmiştir. Ancak, devlet yetkilileri kamunun sağlık alanından tümüyle çekilmesinin söz konusu olmadığını belirtmektedir. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Nihat Tosun’a göre, “özel sektör böyle bir yatırım yapabilir diye devletin böyle bir işletmeden vazgeçmesi söz konusu olamaz... Halkın sağlığını tedavisini esas itibarıyla sağlamak, devletin görevidir”. (Medimagazin, 2005) Toplumsal yeniden üretimin ve devletin meşruiyetinin sağlanması gereği, kamusal hizmet alanlarının tamamıyla özelleştirilmesinin olanaklı olamayacağına işaret eder. Dolayısıyla, devlet belirli alanlarda var olmak durumundadır. Sağlık kampüslerinde hastane kısımlarının işletilmesinin kamuda kalmasına bu çerçevede bakılmalıdır. Ancak, kamu kaynaklarının dağılımının giderek daha fazla verimlilik/kârlılık ekseninde biçimlendirildiği günümüz kapitalizmde, Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanı’nın da aşağıda belirttiği gibi, devlet kamusal hizmetleri sunabilmek adına, mevcut kaynakların yetersiz kaldığı durumlarda farklı kaynaklar bulup çıkarmak zorunda kalmaktadır.

Ülkemizin sağlık altyapısı ihtiyacı dikkate alındığında, kamunun kendi kaynaklarıyla gerçekleştirmesi zor olan sağlık kentleri gibi önemli ve acil büyük yatırım projeleri ve bunlarla ilişkili hizmetlerin tasarım ve yönetim süreçlerinde özel sektörün sermaye, tecrübe ve becerilerinden

istifade edilerek sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli bir şekilde sunulması bu metotla mümkün kılınmaktadır (Yılmaz, 2011).

Bu açıklamadan hareketle Sağlık Bakanlığı'nın KÖO'yu bir finansman kaynağı olarak gördüğünü düşünmek mümkündür. Bu noktada şu soru sorulabilir: Sağlık kampüsleri mevcut ve yapılacak özel hastane yatırımlarına rakip olabilir mi? Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Nihat Tosun'a göre, devlet bu yatırımlarla özel sektörün rakibi değildir. Bu yatırımlar kamu için elzem yatırımlardır. Devletin özel sektörle ortaklaşa projelendirdiği söz konusu devasa yatırımlarla, kamu sadece hekimlik gibi primer sağlık hizmetlerini verecek, bunun dışında kalan bütün hizmetler özel sektörden alınacaktır (Yücel, 2009). Yani, devletin hizmet sunumu gereksinimi, özel sağlık kuruluşlarına yaratacağı rekabetin önüne geçmektedir. Sağlık kampüslerinin özel sektör yatırımlarını sekteye uğratmayacağına üzerinde duran Tosun, 'özel sektör böyle bir yatırım yapabilir' diye devletin böyle bir işletmeden vazgeçmesinin söz konusu olamayacağına işaret etmektedir. "Halkın sağlığını tedavisini esas itibariyle sağlamak, devletin görevidir" diyen Tosun'a göre: "devletin bunu yapılandırabileceği unsurlar arasında en gelişmiş sağlık kentleridir".

Devletin eğitim, sağlık vb. birçok kamusal hizmetin sunumundan özelleştirmeler ve dışarıdan hizmet satın alma yoluyla 1980 sonrası dönemde belli bir ölçüde geri çekildiği gözlenmekle birlikte, toplumsal yaşamın devamlılığı adına bu tür hizmetleri tamamıyla özel sektöre bırakmasının olanaklı olmadığı ve bunların kamu tarafından sunumunun belli ölçülerde devamının gerektiği görülmektedir. Ancak, devletin bu zorunlu yeniden üretim alanında var olmaya devam etmekle birlikte, sermayeyi yeni tür ilişkiler üzerinden bu alana içerdiği de görülmektedir. Sağlık kampüslerinde hekimlik hizmeti dışındaki pek çok hizmetin KÖO kapsamında sermayeden alınması, bu yeni tür içermeleri temsil etmektedir.

Türkiye'de bugün gelinen aşamada KÖO modelinin sağlık alanında henüz sadece hekimlik hizmetleri dışındaki inşaat, bakım ve otopark vb. ticari işletmecilik ile sınırlı olması, bu ayrışmanın ilelebet kalıcı olacağı anlamına gelmemektedir. Dünyadaki eğilim KÖO'ların inşaat ve bina-bakım alanlarından sağlık hizmetleri sunumuna doğru yayılması yönündedir (Pricewaterhouse 2010, s.8). Hükümetlerin özellikle altyapı inşaatı dışındaki sağlık harcamalarının arttığı ve bu tür sağlık harca-

malarının toplam sağlık harcamaları içindeki ağırlığı dikkate alındığında, KÖO uygulamalarının Türkiye’de de inşaat ve yan hizmet alanlarından, klinik hizmetlerin sunumuna doğru genişleyeceği beklenebilir. Bu durum da, sağlıkta KÖO için potansiyel pazarın büyüyeceği anlamına gelmektedir.

Kampüs hastaneleri uygulamasının, sermaye içinde farklı etkilenen kesimler anlamına geldiğini işaret etmek de önemlidir. Bazı sermaye kesimleri, bu projelerle büyürken, bazı sermaye kesimleri de olumsuz etkilenebilecektir. Fayda sağlayan birinci kesime inşaat, medikal ekipman vb. sektörlerdeki şirketler verilebilir. Devletle iş yaparak hem üretim yapabilen hem de ürettiğini satacağı pazarı garantileyen bu şirketler için sağlık kampüsleri büyük bir kâr alanı sunmaktadır. İhalelerde ön yeterlilik alan firma ile ortaklıkların çoğunluğunu büyük inşaat firmaları ve holdingler oluşturmuştur.¹⁵ Dolayısıyla, öncelikle söz konusu alanlarda çalışan büyük sermayelerin ve onların etrafında halkalanan ve taşeron ilişkiler üzerinden hizmet sunacak küçük işletmelerin yararlanacağı öngörülebilir.

Öte yandan, sağlık kampüsleri özel hastaneler için kamuda artan rekabet anlamına gelmektedir (Öner, 2010). OHSAD Genel Sekreteri ve Özel Nene Hatun Hastanesi’nin kurucusu Cevat Şengül: “Görev yaptığım özel hastanenin terasına her çıktığımda Anadolu yakasının en büyük devlet hastanesinin sırtında yükseldiğini görüyorum (Pendik Eğitim Hastanesi’nden bahsediyor)” demektedir. Şengül, bu şartlarda 2010-11’de yeni yatırımların duracağını, özellikle küçük ve orta ölçekli hastanelerin kapanmaya başlayacağını iddia etmiştir.

Sermaye içinde farklı etkilenmelere yol açan sağlık kampüslerine acaba neden gereksinim duyulmuştur? Aşağıda ilk olarak resmi kaynakların bu soruya ilişkin cevapları üzerinde durulacak, ardından sağlıkta KÖO’ya nasıl bakmamız gerektiği üzerine düşüncelerimiz belirtilecektir.

¹⁵ Bkz. Gülşen Cebeci Ballım, “Başbakan’ın kent hastaneleri için inşaat firmaları yarışa girişti”, 30 Eylül 2010, <http://www.radikal.com.tr/Radikal.aspx?aType=RadikalHaberDetayV3&Date=30.09.2010&ArticleID=1021415>

Neden sağlık kampüsleri?

Resmi kaynaklar sağlık kampüslerine duyulan gereksinimi, mevcut hastane altyapısının yetersizliği, buna karşın yaşanan kaynak sıkıntısı ve KÖO modeli ile inşa edilecek sağlık kampüslerinin verimliliği azaltıp, maliyetleri düşürecek olması ile açıklamaktadır. Şimdi bu olguları sırayla değerlendirebiliriz:

a. Hastane ihtiyacı

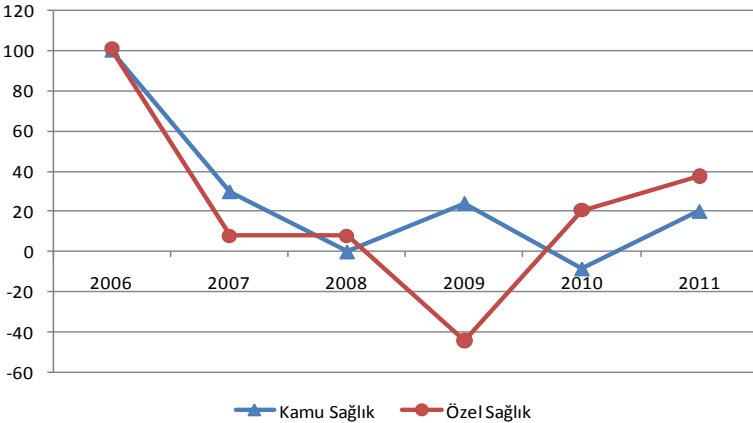
Kampüs hastanelerine duyulan gereksinimin nedenlerinin başında hastane ihtiyacı vurgulanmaktadır. Bu ihtiyaç hem yatak sayısının artırılması, hem de eskiden inşa edilmiş ve artık yaşlanarak işlevsizleşmiş hastanelerin bugünün standartlarına çıkarılması açısından söz konusudur. Sağlık Bakanlığı APK Uzmanı Cumali Yüksek'e göre, Türkiye yatak sayısı itibariyle OECD ülkelerinin çok gerisinde, ancak nüfusu en hızlı artan ülke durumunda olup, yatak kapasitesinin artırılması gerekmektedir (KÖO Paneli, 2005, s.28). Buna göre, 'devlet hastanelerinin içler acısı halinden kurtulmak', daha kaliteli hizmet verilebilecek, daha modern ve planlı kompleksler yapmak gerekmektedir. Tadilatı mümkün olmayan ya da yüksek harcamalar gerektiren, mevcut yatak kapasitesi ve fiziki mekân yetersizliği yaşayan hastanelerin yerine yapılacak kampüs hastanelerle, Türkiye'de 70,000 yatak kapasitesi ihtiyacının karşılanacağı belirtilmektedir (Köker, 2008). Bakanlığın hedefi %23'lerde olan nitelikli yatak¹⁶ sayısını 2014'e kadar % 80'lere çıkarmaktır (Öner, 2010). Bu hedeflere ulaşabilmek için KÖO'nun sağlayacağı en büyük kolaylık, özel sektör ile hızlanan inşaat yapım süreci olarak işaret edilmektedir. Buna göre yapılan projelerin temel mantığı "devlet 30 yılda, özel 3 yılda bitirir!" üzerinden işlemektedir. Aynı düşünce sistemi içindeki sonuç önermesi ise, KÖO modeli ile hızlandırılan modern hastane yatırımları ile daha iyi kamu sağlık hizmeti sunumunun sağlanacağıdır. Sağlık Bakanı Recep Akdağ'a göre özel sektörün gücü sayesinde kazanan vatandaş olacaktır: "Yaptığımız iş özelleştirme değil. Vatandaşın daha kaliteli sağlık hizmeti alabilmesi için özel sektörün gücünden yararlanmaktadır" (TGRT Haber, 2007).

¹⁶ Nitelikli yatakla kastedilen içinde tuvaleti, banyosu, en fazla iki hasta yatağı, katlanabilir refakatçi yatağı, tv, telefonu, yemek masası, etajeri vs. bulunan odadır.

b. Kaynak sıkıntısı

Kamunun artan ihtiyaçlar karşısında yeni hastane inşa etmesi gerekirken, kaynak sıkıntısı içerisinde yatırım yapamaz duruma geldiği belirtilmektedir. Türkiye’de 2000’li yıllarda Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte devletin sağlık harcamalarındaki artış dikkat çekici boyutlardadır. Buna karşın, Şekil 2’de kamu sağlık sabit sermaye yatırımları büyüme hızının çarpıcı bir düşüş eğilimi gösterdiği ve özel sektörün bu alandaki yatırımlarının büyüme hızının gerisinde kaldığı görülmektedir.

Şekil 2: Türkiye’de Sağlık Sektöründe Sabit Sermaye Yatırımlarının Büyüme Hızı (%)



Veri Kaynağı: Kalkınma Bakanlığı – Temel Ekonomik Göstergeler; <http://www.dpt.gov.tr/>

Sağlık alanında KÖO ile özel sektör finansman kaynaklarının kamu yatırımlarında kullanılması, kaynak sorununa bir çözüm olarak görülmektedir. Kamu, yatırım yükünü kira bedeli ödeme düzeyinde uzun yıllara yaymaktadır. Sonuçta, vergi yükünün hafifleyeceği, kamu borçlanma gereğinin azalacağı (Pricewaterhouse, 2010) ve sağlık harcamalarının aşağı çekileceği belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Nihat Tosun’a göre (Yücel, 2009):

...Bu kiralama sürecinde en uzun süre 49 yıldır. Yani bu süre 10 veya 20 yıl da olabilir. Bunların ortalaması genelde 20 ila 30 yıl arasında planlanıyor. Böylece daha verimli bir çalışma süreci işletilebiliyor. 30

yıldan çok olması yatırımcıya pek de cazip gelmiyor. 20 yıldan erken olunca da kira ödemesinin yüksekliği açısından kamuya cazip gelmiyor. Ama tabii yatırımın büyüklüğüne bağlı bu iş. Bu anlamda hangi kompleksin kaç yıllık kiralanaacağı, sürecin başlaması ile birlikte her bir yatırım için ayrı ayrı belirlenebilecektir.

Sağlık birimleri dışındaki otelcilik vb. alanların projede yer alan şirketlerce işletilecek olması nedeniyle kiralarda düşme olabilecektir (Köker, 2008). Dolayısıyla, KÖO modeli ile devletin sadece hekimlik hizmetlerine odaklanması ve diğer hizmet alanlarının sermayeye terki, sermayeye yeni birikim alanları açmakla kalmayıp, kamunun sağlık hizmetlerinin sunumunda maliyetleri düşürmesine de yardımcı olabilecektir.

2005 yılında, Türkiye Müteahhitler Birliği Başkanı Erdal Eren kaynak sıkıntısı karşısında Türkiye'nin alternatif bir finansman modeli bulması gerektiğini belirtiyordu:

Geçmişte çoğu siyasi nedenlerle başlatılmış olan 3 bin 500 kadar proje, ödenek yetersizliği nedeniyle bitirilememekte, ekonomiye katkı yerine, maalesef yük getirmeye devam etmektedir. Kısacası Türkiye'de kamu kesimi, yatırım yapamaz hale gelmiştir. Yatırım ortamı, yerli ve yabancı sermaye için de halen yeterince çekici değildir; işsizliğin ve yoksulluğun bir numaralı nedeni bence budur. Türkiye, nüfus artış oranı yüksek ve kırdan kente göçün yoğun olduğu bir ülke. Diğer bir deyimle, yatırımların duraklamasına karşın, ihtiyaçlarımız sürekli artmakta. Bütün bunlar, Türkiye'nin yeniden yatırım yapabilen bir ülke haline gelmesi gerektiğini ortaya koyuyor. Yatırıma ayrılacak kamu kaynağı sınırlı olduğuna ve başta istihdam olmak üzere, ihtiyaçlar daha fazla ertelenemeyeceğine göre, Türkiye alternatif finansman modellerini geliştirmek ve uygulamak zorundadır (KÖO Paneli, 2005, s.6).

Sonuç olarak KÖO modeli, Türkiye'de alternatif finansman ihtiyacına bir cevap olarak benimsenmiştir.

c. Maliyetleri düşürmek, verimliliği arttırmak

KÖO'nun hastane kampüslerinin yapımında kullanımının kamuda verimliliği arttıracığı ve maliyetleri düşüreceği iddia edilmektedir. Örneğin, farklı alanlarda uzmanlaşmış hastaneleri tek bir kampüste bir araya toplamak, uzman doktorların kampüsteki bütün branş hastanelerinde çalıştırılabilmesiyle, ülkede yetişmiş doktor kıtlığını aşmaya hiz-

met edecektir. Görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinde kullanılan tıbbi cihazın bir merkezde tüm kompleksin ortak kullanımına sunulması ile de bu cihazlardan kampüsteki her hastaneye ayrı ayrı almak gerek-meyecektir.¹⁷ Sonuçta, sağlıkta ölçek ekonomisine geçiş tekil hastanele-ri kapatıp tek bir hastane kompleksine dönüştürerek uzun vadeli mali-yet tasarrufları sağlayacaktır. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Nihat Tosun, Avrupa’da da benzer kalifiye sağlık elemanı sıkıntısı ol-duğunu ve dünyada da trendin bu nedenle sağlık kampüsleri inşa et-meye yönelik olduğunu belirtmektedir (Bkz. Yücel, 2009).

KÖO modeli ile hastane ihtiyacının karşılanması kamuya maliyet tasarrufları sağlayacağı tezi, bu model ile belirli alanlarda uzmanlaşmış özel sektör firmalarına işlerin havale edilmesinin etkinlik artışı sağlaya-cağı görüşüne de dayandırılmaktadır. Örneğin İsveç’te KÖO modeli ile yapılan New Karolinska Solna Hastanesi’nin yöneticisi şu şekilde be-yanat vermiştir: “İsveç çok küçük bir ülke. Ancak 30 bilemediniz 40 yılda bir büyük bir hastane inşa ediyoruz. Hastane yapımında hiçbir uzmanlığımız yok” (Pricewaterhouse 2010, s.12). Özel sektörün uz-manlığından yararlanma gereksinimi, KÖO modeli altyapı inşaatından daha geniş bir yelpazeye yayıldıkça daha da önem kazanacaktır.

Sağlık kampüsleri inşasının KÖO modeli ile gerçekleştirilmesinin, kay-nak sıkıntısına karşın gereksinim duyulan hastane kapasitesini sağlaya-cağı ve kamuya maliyetleri düşürücü, verimliliği artırıcı yönleriyle ka-zanımlar getireceği yönündeki vurgular karşısında, şimdi KÖO’ya nasıl yaklaşmalıyız sorusunu sorabiliriz.

KÖO’ya nasıl yaklaşmalıyız?

Günümüz kapitalizmde de kamunun kendini yeniden üretme zorun-luluğu devam etmektedir. Ama bu zorunluluğu gerçekleştirirken kamu, piyasa mantığı içinde sermaye ile etkileşim içinde bunu yapmaktadır. Bu değişim ise ancak dünyadaki sermaye birikimi, Türkiye’deki özel koşullarla ilişkilendirildiğinde anlaşılabilir. Yani yapısal olan koşulların günümüzde ulaştığı konjonktürel dille birlikte analiz edilmesi, sorunsal anlamada başlangıç noktası olacaktır. Bu anlamda KÖO’nun genel olarak gelişim süreciyle, sağlık alanının kendine özgüllükleri içindeki

¹⁷ Bkz. Adana Sağlık Müdürü Aytekin Kemik’in demeci, “Özel-Kamu Elele Sağlık Turizmi Gelişecek”, 18 Mart 2010, http://www.adanaulus.com/haber_detay.asp?haberID=1378

varlığı, bu iki alanın eşzamanlı analizinin çok önemli olduğunu göstermektedir.

KÖO'yu yukarıda işaret ettiğimiz birçok dinamiğin keşiştiği bir gerçeklik olarak ele almak gerekmektedir. Birikim sürecinin kamusal ve özel uğraklarının koordinasyonu ile sermaye birikiminin ilerletilmesi amaçlanmaktadır. KÖO ile amaç bir yandan devletin kendini yeniden üretmesini, yani meşruiyetinin sürdürülmesini sağlamak, bunu yaparken de hem sermayeye yeni birikim alanları açarak hem de verimliliği arttıracak altyapıyı sağlayarak sermaye birikimini ilerletmektir.

Milton Friedman'ın savunduğu sınırlı devlet çerçevesinde, özellikle 1970'lerden sonra sermayeden alınan vergilerin düşürülmesi, KİT'lerin satılması vb. yönünde talepler yükselmiştir. Neoliberal politika demeti ile devlet bir taraftan kendi boğazını sıkarken, diğer taraftan da kendini yeniden üretmek zorunda kalmaktadır. Böylece:

- Daha ucuza yapan varsa o hizmetleri dışarıdan satın alan,
- Kaynak bulabilmek için doğa vb. alanları piyasaya açarak oralarından gelir sağlamaya çalışan,
- Kamusal hizmetleri piyasa mantığı içinde paketleyip gelir sağlayan (birim zamanda daha çok hastaya baktıran, kamusal hizmeti yüksele bedellerle halka satan...) bir devlet çıkmaktadır karşımıza.

Böylece sermaye, devletin dönüşümüyle bir yandan üzerindeki yükleri atarken, diğer yandan da kamusal alanların piyasaya açılma süreci ile yeni birikim alanlarına kavuşmuştur. Bu bağlamda KÖO'ya, sermaye birikiminin ulaştığı aşamaya özgü konjonktürel ihtiyaçlar temelinde, devlet ve sermaye arasındaki bir etkileşimler alanı olarak bakmak gerekmektedir. Resmi ağızlar ve sermaye kesimlerince iddia edildiği gibi (bkz. Pricewaterhouse 2010), sağlık alanında KÖO her iki taraf için de "kazan-kazan" sonucunu getirmektedir. KÖO ile amaç bir yandan devletin kendini yeniden üretmesini, yani meşruiyetinin sürdürülmesini sağlamaktır. Böylece kamu, sağlık hizmetleri üzerindeki denetim ve standartları hizmeti vererek sürdürürken, diğer yandan sermayenin bu hizmeti destekleyecek verimli yatırımlarına da olanak tanımaktadır. Dolayısıyla, Güzelsarı'nın (2009, s. 47) da belirttiği gibi:

... Özellikle son yirmi yıldır sermayenin doğrudan büyük ölçekli altyapı projelerine yönelmesi kamu-özel ortaklık modellerinin yaygınlaşma ka-

zanmasında belirleyici rol oynamaktadır. Nitekim sermaye açısından kamu hizmetleri ve altyapı yatırımları bir yandan yüksek riskleri taşıyan bir yandan da en büyük kâr alanlarını oluşturmaktadır. Küresel kapitalizm koşullarında sermayenin yeni hegemonya stratejileri, bu alanlardaki “riskleri kamulaştırmaya” dönük uygulamalar çerçevesinde biçimlenmekte; sermaye için kamu hizmeti niteliği kazanmış bir faaliyetin “piyasa kurallarından görece bağışık olma” ayrıcalıklarından yararlanmak öncelikli hale gelmektedir. Kamu-özel ortaklık modelleri sermayenin söz konusu öncelikleri ve taleplerinin gerçekleşmesine aracılık etmektedir. Nitekim devlet tarafından piyasanın kurallarından belirli oranda bağışık kılınan mal ve hizmet üretimi alanında, belirli kaynaklardan ayrıcalıklı yararlanma, piyasanın olası riskleri karşısında devletin özel sektöre uzun süreliğine alım güvencesi vermesi, risklerin paylaşılması, mal ve hizmetlerin kâr maksimizasyonunu sağlayacak şekilde tarifelendirilmesi, emeğin denetlenmesi, emek ücretinin sabitlenmesi ve sendikasılaştırma gibi önlemlerin tümü esas olarak sermaye birikiminin genişletilmesi açısından oldukça önemlidir...

İzole alanlar içinde kamu hem sermayenin üretim alanını oluşturmasını sağlamakta, hem de realizasyonunu garanti ederek, sermaye için riskleri azaltmakta; kârlı bir alan sürekli birikim için devletçe sermayeye sunulmaktadır. Bu belli süreli bir ilişki olup, özelleştirmeden farklıdır. TEKEL’in British American Tobacco’ya satışında olduğu gibi, özelleştirmede satışla sermayeye devir tamamlanmaktadır. KÖO durumunda ise, hizmet alanı sonuçta devlet içinde kalmaktadır.

Sonuçta sermaye hem kamudan 49 yıla kadar değişen sürelerde kira alarak, hem de tedavi-dışı hizmetlerde kâr etme olanağı bularak KÖO’den kazanç sağlamaktadır. Sermaye için KÖO avantajlıdır çünkü, yatırımın tüm riskini üstlenmek yerine, bir kısmını devlete yükleyebilmektedir. Tüm bu vurgulananlar geçerli olmakla birlikte, KÖO modeli sadece sermaye kesimlerine yeni ve kârlı birikim alanları açma üzerinden değerlendirildiğinde sınırlı bir perspektiften bakılmış olacaktır. Bu nedenle KÖO değerlendirilirken şu saptamaya da eşzamanlı olarak işaret edilmelidir: Son dönemlerde finans kısıtı içinde bulunan kamu, kendini yeniden üretme adına sermaye mantığı üzerinden davranmaktadır ve KÖO modeli bu amaca da hizmet etmektedir. Gelecek dönemlerde kamu hizmetlerinin KÖO uygulamaları aracılığıyla giderek daha fazla piyasa mantığı içinde sunulması beklenmelidir.

KÖO ve Risk Yönetimi

KÖO, risk yönetiminden birikim sağlamaya olanak vermektedir. Büyük ölçekli altyapı projeleri, yüksek riskli, yüksek kârlı alanlardır ve KÖO ile bazı riskler kamulaştırılarak, bazı riskler ise sermayenin yönetimine bırakılarak sermaye birikim süreci hızlandırılmaktadır.

Bu modellerinin uygulanmasında karşılaşılan belli başlı risklerden ilki *ticari riskler*dir. Bunlar inşaatın yapım aşamasında maliyet artışı ve zamanında bitirilememesi, tasarım değişikliği, inşaatın yapılacağı arazi- de sorun çıkması, izin alımlarında gecikmeler gibi beklenmeyen maliyetlerden doğan riskler olarak tanımlanıyor. İkincisi, özel şirketin işletme ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirememesinden, asgari hizmet standartlarına ulaşamamasından, grevlerden doğan *işletme riskleri*dir. Üçüncüsü talep riskidir. Özel sektör daha çok ilk iki riski üstlenirken, talep riskini her iki taraf üstlenmektedir. Dördüncüsü *finansal riskler*dir. Bunlar ise işletme gelirlerinin proje finansmanı aracılığıyla alınan borç ve faizini karşılayamaması durumunda çıkan risklerdir. Bu durumda devlet borcun bir kısmını karşılamayı garanti etmektedir. Son grupta ise siyasi, idari ve hukuki riskler yer almaktadır. Bunlar kamunun aldığı kararlara dayandırıldığından kamu tarafından üstlenilmektedir. Örneğin, devlet veya kamu-özel ortaklığı düzenleyici birimi tarife artışlarını yapmaz veya düşürmeye çalışırsa devreye otomatik artış mekanizması sokulmakta veya devlet, yatırımı yeniden kamulaştırırsa veya yüksek vergiler koyarak girişimci şirketi zarara uğratırsa bu kez de devreye en başından sözleşmeye konulan uluslararası tahkime ilişkin hükümler girmektedir (Güzelsarı, 2009, s. 62).

Ancak, optimal risk dağılımının en baştan belirlenebilmesinin güç olduğu vurgulanmaktadır. Örneğin Japonya'da devletin özel sektöre 30-40 yıl sabit ödeme yapmasının bağıtlandığı anlaşmalar yüzünden, hizmet alımının çok pahalıya gelmesi ile kamunun ödeme yapmaya devam edemediği durumların görüldüğünü belirten Pricewaterhouse (2010, s.31), KÖO sözleşmelerinin zaman içerisinde revize edilebilme esnekliğine sahip olması gereğine işaret etmektedir. Hazine Müsteşarlığı Dış Ekonomik İlişkiler Genel Müdürlüğü'nden Türker Yöndem, İngiltere'de KÖO modeli ile hastane yapımlarında kamunun talep riskini ve çıktı belirleme riskini üzerine aldığını belirtmektedir. Talep riski, belli bir yere hastane yapım kararı alındığında bunun kullanılıp kullanılmayacağına kamu tarafından üstlenilmesi anlamına gelmektedir. Çıktı riski

ise, hastanenin istenen niteliklerinin en ince ayrıntısına kadar belirlenme riskinin kamuya ait olmasıdır. Diğer yandan özel sektör, tasarım, inşaat, bakım, işletme vb. riskleri üzerine almaktadır. Bu yöntemin uygulanması için öncelikle projenin büyüklüğünün işlem ücreti masrafı, danışmanlık masrafı... vs.ye degecek kadar büyük olması gerekmektedir. Ayrıca, teknolojik değişimin çok hızlı olduğu alanlar da her zaman KÖO'ya uygun olmayabilir. Yöndem'e göre (KÖO Paneli, 2005, s.24):

Mesela, bilişim hizmetlerinin buna uygun olmadığı söyleniyor; çünkü çok kısa dönemde değişen teknolojiler, atıl durumda bırakıyor. Mesela bir bilgisayar 2-3 yılda atıl hale bile gelebiliyor. Dolayısıyla bu tür hızlı değişen teknolojilerin uygun olmadığı söyleniyor. Yine sağlık sektöründe bir MR, bunun riskini kimse alamıyor, yani özel sektör böyle bir riski alamıyor.

Sağlık kampüslerinde kullanılacak tıbbi cihazların teknolojik gelişmelerle atıl kalması ve yenilenmesi gereği durumlarında karşılaşılabilecek maliyetlerin kamu mu özel sektör tarafından mı yüklenileceği, sözleşme süresi boyunca teknolojik yenilenmenin yapıp yapılamayacağı üzerinde düşünülmesi gereken konulardır.

KÖO Yatırımının Finansmanı ve Arsa Temini

Hastane kampüslerinde KÖO'nun 'Yap-Kirala-Devret' biçimi kullanılmaktadır. Bu çerçevede, devlet özel sektöre arazi tahsis etmekte, ancak sadece üst hakkını vermektedir. Üst hakkı, başkasına ait bir arsanın altında veya üstünde inşaat yapmak veya mevcut inşaatı yerinde tutmak hakkını veren bir irtifak hakkıdır. İnşaat için gerekli sermayeye sahip olmakla birlikte arsayı satın almaya mali kaynak bulamayan ve böyle bir kaynağa sahip olsa bile bunu arsa bedeline ayırmak istemeyen özel şirket, kamunun gösterdiği toprak üzerinde inşaatı yapmakta ve bunun karşılığında inşa ettiği yatırımı belirlenen bir süreyle işletme hakkını elde etmektedir.

Sağlık kampüslerinde de, inşaatı özel sektör yapmakta, inşaat bittiğinde de hastaneleri yatırımın büyüklüğüne göre değişebilen vadelerde (10/20/30/49...yıllığına) devlete kiralamaktadır. Yatırımcı, eğer kira dönemi 30 yıldan uzun süreli ise, üst hakkını tapuda tescil edip bunu bankaya teminat göstererek kredi alabilecektir. Kira süresi zarfında ise devletten kullanım ve binanın bakım onarım, güvenlik, ekipman yeni-

leme vb. hizmetleri karşılığı kira alacaktır. Süre bittiğinde tesisi devlete devredecektir.

KÖO kapsamında özel şirketlerin devleti arkasına alarak kredi bulması olanaklı olabilmektedir. Devletin ortaklık adı altında garantisinin varlığı sayesinde sermaye başka türlü bulmakta zorlanacağı uzun vadeli yatırım kredisini daha kolay temin edebilecektir. 500 milyon dolarlık yatırımlarda Türkiye’de yedi seneden uzun vadeli kredi bulmak zor olduğundan, yatırımcı yurtdışına yönelmektedir. Yabancı finans kuruluşları da Türkiye gibi ülkelerde KÖO’ye sıcak bakmaktadır. Riskin yatırımcıyla birlikte devlet tarafından paylaşılması yabancı kredi kuruluşlarına güvence vermektedir (Öner, 2010). Yani sermaye tek başına gerçekleştirilemeyeceği yatırımı devlet sayesinde yapmaktadır.

Ancak KÖO kapsamında devletin tahsis ettiği arsanın banka kredisi için teminat gösterilerek finansman kaynağı olarak kullanımı önünde engeller söz konusudur. Kira dönemi 30 yıldan az süreli ise ya da 30 yıldan fazla olmasına rağmen üçüncü kişilere devredilemeyeceğine dair kısıtlamalar getirilmişse, üst hakkı müstakil nitelikte sayılamayacağından, arsa bankalara teminat olarak gösterilememektedir. Ancak sermaye, kamuca tahsis edilen arsayı bir kısıtlamaya maruz kalmaksızın bankalara ipotek ettirip, inşaatı da kredi kullanarak yapmayı talep etmektedir. Yani 30 yıldan daha az süreli olan yatırımlar için de üst hakkı karşılığı kredi sağlama olanağı talep edilmektedir. Anadolu’da birçok AVM’nin belediyelerin tahsis ettiği araziler üzerine inşaatına bu yolla uluslararası yatırımcıların ilgisinin çekilebileceği belirtilmektedir (Hansu, 2010).

Finansmana dair bir diğer sorun, bankalarla imzalanan kredi sözleşmesinin taraflarına ilişkindir. Unicredit Menkul Değerler Genel Müdür Yardımcısı Şule Kılıç, Türkiye’de Avrupa’dakinin tersine banka-devlet-yatırımcı arasında imzalanan bir sözleşme olmamasından şikayet etmektedir. Yatırımcı devletle, banka da yatırımcıyla muhatap durumdadır. Kılıç’a göre, yabancı bankalar kredi geri dönmezse devleti nasıl muhatap alacaklarını sormaktadırlar. Buna göre, eğer kanun devlet-banka-özel sektör arasında anlaşma imzalanmasına izin verirse, bunun Türkiye’ye KÖO finansmanı için daha fazla yabancı fon akmasına izin vereceğini iddia etmektedir (Öner, 2010). Buna ilaveten, yerli-yabancı sermaye tüm KÖO modellerini kapsayacak tek bir yasa talep etmektedir.

Devletin doğrudan (daha ucuza borçlanarak yatırımı yapması yerine), özel sektör borçlanmaktadır; devlet faizi, ek giderleriyle sermayeye geri ödemektedir. Sonuçta KÖO, devletin dolaylı olarak hem de daha yüksek maliyetle borçlandığı bir sistem şeklinde işlemektedir. Devlet de tamamıyla çekilemeyeceği alanlara, KÖO ile özel sektörü içermiş olmaktadır. Güzelsarı (2009), KÖO'nun kamu için daha maliyetli bir finansman yöntemi olduğunu iddia etmektedir:

Bir ortaklık projesi tıpkı kamusal borçlanma biçiminde olduğu gibi yeni bir yapının maliyetini uzun yıllara yayabilmektedir. Fakat bu durum herhangi bir hastane binasının yapımının toplam maliyetini azaltmaz; sadece maliyeti yıllara yayar ve faizler nedeniyle de maliyeti yükseltir. Avrupa Yatırım Bankası, Avrupa'da gerçekleştirilen kamu-özel ortaklık modeliyle yapılan ulaştırma projelerinin maliyeti ile geleneksel kamu finansman yöntemiyle gerçekleştirilen ulaştırma projelerinin maliyetlerini karşılaştırdığı bir çalışmada ortaklık modelinin kamu seçeneğinden %24 daha maliyetli olduğunu ortaya koymaktadır. Üstelik proje aşamasında çıkan ek giderler bu projeleri finanse edenlere yaramaktadır. Şirketler yatırımların maliyetini daima yüksek; hizmet talebini ise düşük gösterme eğilimindedir. Üstelik sözleşmelerin yeniden düzenlenerek değiştirilmesi talepleri de toplam maliyeti yükseltmektedir.

David Price, KÖO ile hastane yapımlarında özel sektörün hükümet adına kredi aldığı anda ek bir borçlanma maliyetinin doğduğunu, ancak devletin özel sektörle yapılan yatırımın daha etkin olması sayesinde sağlanan maliyet tasarruflarının, söz konusu ek borçlanma maliyetini aştığı iddiasıyla KÖO modelini savunduğunu belirtmektedir (Euractiv, 2009). Price'a göre asıl sorun, bahsedilen maliyet tasarruflarına dair iddianın delille desteklenmemesidir. Bu durumda, neden KÖO modelinin tercih edildiğinin sorulması gerekmektedir. Price'a göre öncelikle kamu borcunun GSYH'ye oranına koyulan %60'lık ve bütçe açığının GSYH'ye oranı için öngörülen %3'lük sınırların altında kalmayı sağladığı için cazip gelmektedir. Ama aslında Price'a göre "KÖO yatırımları açıkça kamu borcu olmakla birlikte kamu borcu olarak kabul edilmiyor. Dolayısıyla miktar kamu bilançosunda yer almıyor". Oysa Londra metrosu projesinde olduğu gibi, bir KÖO firmasının iflası halinde kamu borçlarına bir gecede çok büyük ek yük getirebilmektedir.

Özel sektörün daha verimli olacağı ve dolayısıyla kamuya maliyet tasarrufları sağlayacağı tezine karşı David Price müzakere döneminde

meydana gelen maliyet artışlarının kamu otoritesine baskı yaptığını ve inşaat standartlarından kesintiye gidilerek fiyatın aşağı çekilmesine çalışıldığını belirtmektedir (Euractiv, 2009). Üstelik KÖO sözleşmelerinin satılabileceğine, hizmet sağlayıcıların el değiştirebileceğine ve İngiltere’de olduğu gibi bazı kamu yetkelerinin hizmet sağlayıcının kim olduğunu bilmeyebileceğine dikkat çekmektedir.

Yabancı Yatırım Çekmenin Bir Aracı Olarak KÖO

KÖO uygulamaları, danışmanlık, inşaat, medikal cihaz vb. sektörlerde çalışan yabancı şirketler ile kredi kuruluşlarına büyüme potansiyeli yüksek yeni yatırım alanları açmaktadır. ‘Kamu-özel ortaklıklar’ adı altında genişleyen ve karmaşıklaşan işbirliği ilişkileri özellikle gelişmiş kapitalist dünyada aşırı birikime bağlı olarak değersizleşme sorunu yaşayan sermayeler, uluslararası finans kurumları ve bankalar açısından özel önem taşımaktadır” (Güzelsarı,2009, s.49).

KÖO ile sağlık alanında ülkeye daha fazla yabancı sermaye çekilebileceği öngörülmüştür (Öner, 2010). Yabancı sermaye çekme çabasının bir göstergesi olarak, hastane kampüslerine ilişkin ihaleler, Türkiye dışında Avrupa ve Amerika’ya da duyurulmuştur. Örneğin, Kayseri Sağlık Kampüsü ihalesi, YDA İnşaat San. Tic. AŞ ile INSO Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.P.A. İş Ortaklığı’nda kalmıştır. Ön yeterlilik belgesini toplam 8 yerli ve/veya yabancı ortaklık almıştı. Proje ihalesi ise SLF İş Ortaklığı’nda kalmıştı” (DLA P1-per-ACTECON-Koyuncuoğlu Hukuk Bürosu Ortaklığı).¹⁸

KÖO kapsamında ülkeye yabancı sermaye çekerek, sermaye birikiminin ilerletilmesi amaçlanmaktadır. Hazine Müsteşarı Halil İbrahim Çanakçı’nın da belirttiği gibi (bkz. KÖO Paneli 2005, s.12), KÖO bu hedefi, hem altyapı yatırımları ile büyümeye ivme kazandırarak, hem de özel sektöre yabancı ortaklıklar yoluyla yeni iş tecrübeleri ve uzmanlıklar kazandırıp bunları yurtdışına ihraç etme imkânı yaratarak sağlayacaktır. KÖO ile gerçekleştirilecek altyapı atılımının, sağlık turizminde ülkeyi bir merkez kılarak dışa açılma ve döviz kazanma hedeflerine de hizmet edeceği öngörülebilir.¹⁹

¹⁸ Bazı kampüs projelerinde ihaleleri kazanan firmalara ilişkin olarak bkz. Ek 2.2

¹⁹ Bkz. Adana Sağlık Müdürü Aytekin Kemik’in demeci, “Özel-Kamu Elele Sağlık Turizmi Gelişecek”, 18 Mart 2010, http://www.adanaulus.com/haber_detay.asp?haberID=1378

KÖO'nun Türkiye'de ancak 2000'li yıllarda daha fazla rağbet gören bir finansman modeli haline gelmesi, yabancı sermayenin çekilebileceği daha uygun bir yatırım zemininin ancak yaratılabilmiş olması ile de ilişkilidir. Hazine Müsteşarı Halil İbrahim Çanakçı'nın şu sözleri Türkiye'de KÖO'nun neden 2000'li yıllarda gündeme daha fazla oturduğunu açıklamaktadır (KÖO Paneli, 2005, s.12-13):

...Dünyada özel sektörün altyapıya katılımı alanında geçmişte yaşanan sorunlar sebebiyle bir duraklama dönemi yaşandığı bilinmektedir. Ancak ülkemize geldiğimizde, ülkemiz ekonomisindeki gelişmeler sayesinde öngörülebilirliğin ve istikrarın çok önemli olduğu bu alanın yeni bir anlayış ve programla uygulamaya konulması için eskisine göre daha sağlıklı bir yapıya kavuştuğumuz da bir gerçektir. Ekonomik aktörlerin yıllardır önelirini rahatça görebilmelerini engelleyen ekonomideki inişli çıkışlı yapı sona ermiş, sürdürülebilir ve yüksek büyüme ortamına girilmiş, enflasyon ve faiz oranları önemli ölçüde gerilemiştir. Uluslararası piyasalarda kredi derecelendirme notumuz yükselmiş ve ülkemiz, çok daha düşük risk primi ve daha uygun koşullarda rahatlıkla borçlanabilir hale gelmiştir. Diğer taraftan, Avrupa Birliği'yle ilişkilerimizin tam üyelik hedefi doğrultusunda netlik kazanması, Türkiye'nin orta vadeli perspektifini güçlendirmiş bulunmaktadır. Tüm bu gelişmeler, kamu-özel sektör işbirliğinin sağlıklı bir yapıda gelişmesi açısından da son derece önemlidir. Böyle bir ortamda geçmiş tecrübelerimize uluslararası deneyimi de katarak kamu-özel sektör işbirliğine yeni bir ivme kazandıracığımıza yürekten inanıyorum.

KÖO modelinin kamu yatırımları için bir finansman çözümü olarak rağbet görmesi, Türkiye gibi gelişmekte olan ülke olarak sınıflandırılan ülkelere akan dış fon kaynaklarında yaşanan değişimle de ilişkilidir. Genel olarak gözlemlenen olgu, Türkiye gibi ülkelere akan fonlar içerisinde 1970'lerde başlayan ve 1980 sonrasında hızlanarak devam eden bir süreç olarak, resmi yardım ve kredilerin payının azalması, özel kredilerin payının ise artmasıdır. Buna ilaveten, gelişmekte olan ülkelere altyapı yatırımları için uluslararası kuruluşlardan nispeten daha uygun koşullu kredi sağlama olanağının, söz konusu ülke belli bir gelişmişlik düzeyi yakaladıkça daralmasıdır. Bu konuya dikkat çeken Türker Yöndem, Türkiye'nin de bu tür fon sağlama olanağı daralacağından, uluslararası piyasalardan fon sağlama yönünde uyum sağlamamız gerekti-

ğini belirtmektedir: “Dolayısıyla yolumuz yine kamu-özel sektör işbirliğine çıkıyor” (KÖO Paneli, 2005, s. 19-20).

Ancak KÖO modeli ile yabancı yatırımcıların dâhil edilmesi bazı olumsuzluklara yol açabilmektedir. Örneğin Latin Amerika’da yabancı yatırımcıların katılımıyla gerçekleştirilen su ve elektrik projelerinde, hükümetin ekonomik kriz gibi durumlarda geniş halk kitlelerini rahatlatmak üzere fiyat indirimleri uygulamasının sorun haline geldiği görülmüştür (Euractiv, 2009). Bu durum KÖO modelinin, bir politika aracının uygulanma esnekliğini devletin elinden aldığını göstermektedir. Bütün mesele, yabancı yatırımcıların bekledikleri gelir akışlarının sürekliliğinin gözetilmesine indirgenmiş olmaktadır.

KÖO Uygulamasının Emeğe ve Halka Beklenen Yansımaları

KÖO, 1980 sonrası neoliberal dönüşümle emek sömürsü üzerinden kâr oranlarının artırılması politikasının bir bileşeni durumundadır. Kamuda örgütlü işgücünün parçalanarak sermaye kesiminde örgütsüz, güvencesiz, sosyal hakları kısıtlanmış, ucuzlatılmış emeğe dönüşümü yaşanmaktadır. Kamuda ise, yönetim açısından emek sürecini maliyetleri aşağı çekecek ve etkinliği arttıracak performans kriterlerinin gündeme alınması söz konusudur. Bu durum, kamuda istihdam edilmeye devam edecek personel için kötüleşecek çalışma koşullarını haber vermektedir. KÖO ile harcamaların ve işlem maliyetlerinin aşağı çekileceği tezi, Güzelsarı (2009)’un da belirttiği gibi, ücretlerin düşürülmesi, sendikasılaştırma, sosyal hakların sınırlandırılması ve işten çıkarmalarla sağlanacaktır. Kamu sağlık çalışanları rekabet sürecine entegre oldukları için performans ve akreditasyon koşullarına uygun şekilde çalışmak durumunda kalacaklardır. Dr. Ata Soyer, KÖO modeli ile yapımına başlanan sağlık kampüslerinin sağlık emekçilerine etkilerini şu sözlerle değerlendirmektedir (TTB, 2010):

Yeni bir sağlık "düzeni" tesis edilmektedir. Bir "fabrika düzeni". Örneğin, Ankara’da var olan yatakların neredeyse 1/3’ü bir araya toplanarak, bir toplulaştırma yapılmaktadır. Kamu personel rejimi değişikliği ve özelleştirme birlikte ele alındığında, taşeron çalıştırmanın ön planda olduğu bir "fabrika düzeni" görülmektedir. Özellikle sosyal hakların sınırlandığı ve çalışma koşullarının zorlaştığı bir "düzen"...

Ata Soyer, projelerde yer alan yabancı şirketlerin tıbbi cihaz ithalatı ve kendi temin ettiği tıbbi teknoloji ve teknikleri kullanan yabancı personeli temine yönelebileceğine dikkat çekmektedir (TTB, 2010).

KÖO modeli kapsamında klinik hizmetlerin de zamanla özel sektöre havale edilmesi söz konusu olduğunda, hâlâ kamuda çalışan sağlık emekçilerini koruyan yasal hakların tasfiyesi, KÖO şirketlerinin rekabet gücü için gerekli olacaktır. Örneğin, Pricewaterhouse'a (2010, s.13) göre, emek-yoğun bir alan olarak sağlıkta işgücü maliyetleri toplam maliyetlerin %50-75'ini teşkil etmektedir. Kamuda sağlık çalışanlarının sendikalaşma oranlarının yüksek ve katı ücret sistemlerinin olduğu birçok ülkede, kamunun özel sektörden daha yüksek ücret ödemesinin, KÖO şirketlerinin gereksinim duydukları sağlık uzmanlarını kamudan transfer etmelerinin önünde engel olduğunu belirtmektedir: "işgücü yasaları ve sendikalar KÖO'ların büyümelerini hızlandırmak için daha uysal hale getirilmelidir".

Ayrıca, kamusal hizmetlere erişim giderek daha fazla piyasa koşullarında gerçekleşecektir. KÖO kapsamında sunulan hizmetlerin tüketicilere artan fiyatlarla sunulma riskinin bulunduğu da işaret etmeliyiz. Yatırım maliyetinin yüksekliği ve beklenen satış gelirinin sağlanamaması, hizmetten yararlanan halka yüksek fiyatlar olarak yansıtılacaktır. Dünya Bankası'nın vergi kazancıyla sunulan hizmetlerden ziyade ücretlendirmeye tabi otoyol veya köprü yapımı gibi işlerde kamu-özel ortaklıklarını tavsiye ettiğini belirten David Price, burada sorunu şöyle ifade etmektedir. Eğer KÖO'nun maliyeti yüksek ise, yani KÖO maliyet açısından elverişli değilse aşırı yüksek ücretlendirme söz konusu olmaktadır. Bu durumda Polonya'da bir otoyolda veya İskoçya'daki bir köprüde olduğu gibi tüketici tarafından hizmetin kullanımından vazgeçilmektedir.

Köprü dünyanın mil başına en fazla ücret istendiği tek köprü idi ve hükümet köprüyü PPP şirketinden geri satın almak zorunda kaldı. Tabii bir de ekonomik durgunluk sorunu var. Ekonomi yavaşladığında otoyollardaki veya köprülerdeki kullanıcı sayısı da düşüyor. Kazanç düzeyi beklenenin altında oluyor. Sonra da hükümetin ya şirketin ödeyeceği miktarı artırması veya ilave fonlarla bunu karşılaması gerekiyor. Tekrar söylüyorum özel sektör yatırımcısı risk almıyor (Euractiv, 2009).

Sağlık Kampüslerinin Yönetimi

Sağlık kampüslerinin yönetiminin, Kamu Hastane Birlikleri modeli çerçevesinde gerçekleştirilmesi planlanmaktadır.²⁰ 2010'da kabul edilen Kamu Hastane Birlikleri Yasa tasarısına göre, farklı bölgelerdeki hastaneler, hastane birlikleri tarafından tek elden yönetilecektir. Birlikler birden fazla ili kapsayabileceği gibi, aynı ilde birden fazla birlik de kurulabilecektir. Küçük kapasiteli hastaneler de dâhil olmak üzere kamu hastanelerinin satın alma gibi uzmanlık isteyen alanlarda kadro olmadığı için işleri verimli yürütemediği resmi makamlarca belirtilmektedir.²¹ Buna göre, merkezi bir yönetimle ve işletmecilik alanında uzman kişilerce bu hastanelerin bir birlik çerçevesinde yönetiminin, gerekli ölçek büyüklüğünü sağlayacağı ve verimliliği arttıracığı iddia edilmektedir. Sağlık Bakanlığı KÖO Daire Başkanı Abdülvahap Yılmaz'a göre, Ankara'da 20 hastane varsa 20 farklı yönetimi var. Son bir yıldır yapmaya başladıkları çerçeve sözleşme ihaleleri ile tüm hastane alımlarını tek elden yaptıklarını belirten Yılmaz, bu uygulamanın hem fiyatta hem sarf malzeme alımında çok avantajlı olduğunu belirtmektedir: “Yine başhekimler olacak ama tıpla uğraşacak gidip hastanenin penceresi perdesi ile uğraşmayacak. Ölçek ekonomisinden herkes faydalanacak” (Öner, 2010).

Hastane Birlikleri modeli, genel olarak işletme-merkezli bir yönetim anlamına gelmektedir. Yasa tasarısına göre, Birliğin yönetim kurulunda, Tabip Odaları ve diğer sağlık çalışanı örgütlerine temsil olanağı sağlanmazken, Ticaret ve Sanayi Odasına bir üye seçme yetkisinin verildiği görülmektedir. Birliğe bağlı her bir hastane “Hastane Yöneticisi” tarafından yönetilecektir. Mali ve idari özerklik altında, yönetici

²⁰ Kamu Hastane Birlikleri'nin yönetim tarzının bu kampüslere uygulanması için çeşitli çalışmalar yürüttüklerini beyan eden Prof. Dr. Tosun, şu anda kısmen bir uyarılama sürecine girdiklerini açıkladı. Tosun, kampüs yönetimlerinin normal hastane yönetimleri gibi değerlendirilmemesi gerektiğine işaret ederek, “Kamu hastane birlikleri ile kamu-özel ortaklığı yatırımlarını ne kadar adapte edebiliriz, onun üzerinde çalışmalarımız sürüyor. Sağlık kampüsleri için aslında kamu hastane birlikleri yönetim modeli çok güzel bir uygulama alanı. Ancak sanal pilot değerlendirmelerde neler olabileceğine dair çalışmalarımız sürüyor” dedi (Yücel, 2009).

²¹ Bkz. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Nihat Tosun'un demeci, “Sağlık Bakanlığı-Kamu Özel Ortaklığı Projesi Nisan 2008”, <http://www.nihattosun.com.tr/saglik-bakanligi-kamu-ozel-ortakligi-projesi-nisan-2008-id331-7.html>

piyasa mantığının gereklerini yerine getiren bir aktöre dönüşmektedir.
22

Sonuç

Ülkemizde ulaşım ve enerji altyapı yatırımlarında kullanılmaya başlanan KÖO modeli, bugün artık birer kamu hizmeti niteliğinde olan ve insanların en temel gereksinimlerini karşılayan eğitim, sağlık gibi alanlara sirayet etmektedir. Bu durum, KÖO projelerine dâhil olmayı başaran yerli ve yabancı sermayeler için hızla büyüyen bir pazara ve birikim olanaklarına işaret etmektedir. Bu noktada KÖO modelinin geniş toplum kesimlerine ne getirip götüreceğinin, uzun dönemli etkilerinin neler olacağının dikkatle tartışılması gereklidir.

Öncelikle entegre sağlık kampüslerinin hangi illerde kurulup hangilerinde kurulmayacağı ve kurulacağı illerdeki yer seçim kararı, yerel ekonomiler üzerinde bir dizi etki doğuracaktır. Bu kampüslerin öncelikle her yerde aynı kapasitede kurulmadığı belirtilmelidir. Küçük kentlerde daha küçük kampüsler kurulurken, metropollerde daha büyük kampüsler tercih edilmektedir. Ancak, her iki durumda da kampüslerin kuruldukları şehirlerde, yerleşim alanlarında yerel dokuyu, yapıyı, ilişkileri etkileyecek büyüklükte yatırımlar olduğuna şüphe yoktur. Sağlık kampüslerinin yerel yapıyı nasıl etkileyeceği üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur.

Sağlık kampüslerinin kurulması ve böylece bazı eski hastanelerin yıkılması, yerel üretim ilişkilerini etkileyebilecektir. Mevcut hastanelerin çevresinde konumlanan ya da kampüslere yakın alanlarda kalıp kampüslerden dışlanan küçük ölçekli esnaf ve işletmeler üretim, istihdam ve pazar kaybı yaşayabilir. Dolayısıyla, ancak taşeron ilişkisi içinde kampüslerde var olma olanağı yakalayabilen küçük sermayelere, bağlı oldukları büyük sermayelerin kontrolü altında, izole alanlarda birikim şansı doğuracak ve kampüs hastaneleri bir bütün olarak sermayenin merkezileşme ve yoğunlaşması yönünde etki yaratacaktır. Bu noktada sorulması gereken bir diğer soru, yıkılacak hastane arsalarının kimlere verileceğidir. Ata Soyer'e göre, yıkılan fabrika arsalarının alış-veriş

²² Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı ile ilgili olarak bkz. "10 soruda: Kamu hastaneleri birlikleri yasası", 5 Mart 2010, <http://www.saglikmemurlari.com/10-soruda-kamu-hastaneleri-birlikleri-yasasi.html>

merkezi ya da iş merkezi olarak devri söz konusu olabilecektir (TTB, 2010) Böylece hastaneler şehir merkezlerinden uzaklaşırken, yerlerine daha fazla satış hacmi için merkezi konumlandırmanın tercih edilebileceği ticari iş merkezleri gelebilir.

Sağlık kampüslerine dair çalışmada yapılan değerlendirmeler bir bütün olarak şu noktaya işaret etmektedir: KÖO modeli, sağlık alanında yaşanan topyekûn ticarileşme sürecinin bir bileşeni durumundadır. Piyasa mantığı kamusal hizmet alanına giderek daha fazla egemen hale gelirken, sermaye KÖO kapsamında piyasa koşullarından görece bağışık kalabilmektedir. Bir kamusal hizmet olması gereken sağlık hizmeti sunumu parçalanarak, kârlı olabilecek birçok alan özel sektöre verilmektedir. Devlet bir yandan risk paylaşımı adı altında piyasa belirsizliklerini sermaye adına giderirken, bir yandan da emeğin güvencesiz kalmasının yolunu açarak sermaye birikimini desteklemektedir. Üstelik KÖO uygulaması sağlık kampüsleri ile sınırlı kalmayacaktır. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Sabahattin Aydın, sadece sağlık kampüslerinin değil, sağlık ocaklarından hastanelere kadar pek çok sağlık yatırımının Yap-Kirala-Devret finansman modeli ile gerçekleştirilebileceğini belirtmekteydi.²³ Bu durum, tüm sağlık alanının piyasa ilişkileri içine çekilmesi sürecinin bir parçası olarak yorumlanmalıdır. Öte yandan, KÖO kapsamına ileride klinik hizmetlerinin de içerilebilecek olması, bu modelin dünya deneyimleri ışığında etraflıca değerlendirilmesini daha da zaruri kılmaktadır.

Sağlık kampüslerinin sağlık çalışanlarını olumsuz etkileyeceği açıktır. Yabancı sağlık personelinin istihdamına ilaveten, taşeron çalıştırmanın yaygınlaşması, sosyal hakların sınırlandırılması ve çalışma koşullarının zorlaşması da beklenmektedir. Bütün bunlara kamu istihdamında azalma olacağı öngörüsü de eklenmelidir. Verimli olmayan hastaneler kapatılırken, buralardaki sağlık çalışanlarının hak ve iş kayıpları ile karşılaşması söz konusu olabilecektir.

Dolayısıyla 'ortaklık' tanımlaması iki tarafının da kazandığı bir durumu çağırırsa da, kazanan devlet üzerinden sermaye, kaybeden ise geniş halk yığınlarıdır. Sermayeye hem üretim alanı sunulmakta; hem de

²³ Bkz. "Sağlık Kentleri Konferansı, Sağlık Mimarlığında Türkiye'ye Yeni Açılımlar Getirmeyi Amaçlıyor", 2 Temmuz 2008, http://www.yapi.com.tr/Haberler/saglik-kentleri-konferansi-saglik-mimarliginda-turkiye-ye-yeni-acilimler-getirmeyi-amacliyor_62429.html

realizasyon garanti edilmektedir. Yani iddia edilen ‘kazan-kazan’ durumunu kamu-sermaye için geçerlidir; ancak kamusal bir hizmetin, kamu (ortak) yararı yerine kârlılık ilkesine göre sunumu ile birlikte hak kaybına maruz kalmakta olan geniş toplum kesimleri için bir kazanç söz konusu değildir.

Ekler

Ek1: Türkiye’de Uygulanan KÖO Kapsamındaki Kanunlar²⁴

- Menafi Umumiyyeye Mütcellik İmtiyazat Hakkında Kanun, 1910.
- 406 sayılı Telgraf ve Telefon Kanunu, 1924.
- 2813 sayılı Telsiz Kanunu, 1983.
- 3096 sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun, 1984.
- 3465 sayılı Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun, 1988.
- 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Gerçekleştirilmesi Hakkında Kanun, 1994 (4047 SK-1994, 4180 SK-1996, 4493 SK-1999, 5335 SK-2005, 5762 SK-2008).
- 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun, 1994 (3291 SK-194, 3974 SK-1994, 5335 SK-2005).
- 96/8269 sayılı Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması Hakkında Bakanlar Kurulu Kararı, 1996.
- 4283 sayılı Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun, 1997.

²⁴ Ek 1’de kullanılan bilgi Güzelsarı, 2009, s.68;

Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı “Yönetmelik”, <http://www.kamuozel.gov.tr/>;
Devlet Planlama Teşkilatı “Haberler”, <http://ekutup.dpt.gov.tr/haber/ahd/qerrece.pdf>
den alınmıştır.

- 5216, 5222, 5393 sayılı (Büyükşehir) Belediye Kanunu, 2004, 2004, 2005.
- 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, 2005.
- 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, 2005.
- 5683 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2006
- Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik' in yürürlüğe konulması; Sağlık Bakanlığının 14/4/2010 tarihli ve 632 sayılı yazısı üzerine, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Kanunun ek 7. maddesine göre, Bakanlar Kurulu'nca 30/4/2010 tarihinde kararlaştırılmıştır.

Ek 2: KÖO Proje Bilgileri

Ek 2.1.: Proje Aşamasında olan Entegre Sağlık Kampüsleri (Temmuz 2011)²⁵

1. Adana Entegre Sağlık Kampüsü
2. Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü
3. Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü
4. Bursa Entegre Sağlık Kampüsü
5. Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü
6. FTR, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri
7. Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü
8. Isparta Şehir Hastanesi
9. İstanbul İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü
10. İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü
11. Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü
12. Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü
13. Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü
14. Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi
15. Mersin Entegre Sağlık Kampüsü
16. Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²⁵ Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı, "Projeler" <http://www.kamuozel.gov.tr/>

Ek 2.2.: Proje Aşamasında olan Entegre Sağlık Kampüslerinde İhaleye Giren Firmalar (Temmuz 2011)²⁶

Adana

Adana Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşinin Ön Yeterlik ihalesi 31.05.2011 günü saat 14:00 de yapıldı.

Teklif alınış sırasına göre Ön Yeterlik başvurusu yapan firmalar:

- 1) Samsung C&T Corporation - Studio Altieri Spa - HAN Teknik Müşavirlik Mühendislik Mimarlık A.Ş. İş Ortaklığı
- 2) Nurol İnşaat ve Ticaret A.Ş. - C.M.B. Societa Cooperativa Muratori E Braccianti Di Carpi - Unieco Societa Cooperativa İş Ortaklığı
- 3) YDA İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş. - Inso Sistemi Per le Infrastrutture Sociali S.P.A. İş Ortaklığı
- 4) IC İctaş İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş. - Techint Compagnia Tecnica Internazionale S.P.A. İş Ortaklığı
- 5) Şentürkler Mühendislik İnşaat Taahhüt Turizm Sanayi ve Ticaret A.Ş. - Sıla Danışmanlık Bilişim Eğitim İnşaat Taahhüt Ticaret ve Sağlık Hizmetleri Limited Şirketi - Medical Park Sağlık Hizmetleri A.Ş. İş Ortaklığı
- 6) Eser Taahhüt ve Sanayi A.Ş. - Hammes Company Healthcare International, LLC İş Ortaklığı
- 7) Emsaş İnşaat Turizm Ticaret ve Sanayi A.Ş. - PBK Inc. - Ascension Group İş Ortaklığı
- 8) Astaldi S.P.A. - Türkerler İnşaat Turizm Madencilik Enerji Üretim Ticaret Sanayi A.Ş. İş Ortaklığı

Ön Yeterlik değerlendirmesi devam etmektedir.

Antalya

Proje bilgisi yok

²⁶ Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı, "Projeler"
<http://www.kamuozel.gov.tr/?Islem=YaziKategorileri&BolumID=7>

Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü

Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşi Ön Yeterlik İhale ilanı 21/06/2010 tarihinde ilan edilmiş olup, duyurular Türkiye'nin yanı sıra Amerika'da ve Avrupa'nın birçok ülkesinde yayınlanmıştır.

Ön Yeterlik ihalesi 11/08/2010, saat 14:00'da yapılmış olup, ön yeterlik değerlendirmesi sonuçlandırılmıştır.

Ön yeterlik değerlendirme sonucu yeterli olan adaylar:

- 1) Alsim Alarko Sanayi Tesisleri ve Ticaret A.Ş.
- 2) Limak İnş. San. ve Tic. A.Ş. - Kur İnş. Tic. ve San. A.Ş. - İstanbul Memorial Sağlık Yatırımları A.Ş. İş Ortaklığı
- 3) Yüksel İnşaat A.Ş.
- 4) İç İçtaş İnşaat San.Tic. A.Ş. - Dia Holding Fzco İş Ortaklığı
- 5) Yda İnş.San. Tic. A.Ş. - İnso Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.P.A - Summa Turz. Yatırımcılığı A.Ş. İş Ortaklığı
- 6) Tepe İnşaat Sanayi A.Ş.
- 7) Vamed Engineering GmbH&Co Kg - Türk Philips Ticaret A.Ş. - Philips Medical Systems Nederland B.V. İş Ortaklığı
- 8) Astaldi S.P.A - Türkerler İnş. Turz. Mad.Enr. Ürt.Tic. San. A.Ş. - Özkar İnş. San. Tic. A.Ş. İş Ortaklığı

Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşi teklif süreci başlamıştır. Ön Yeterlik Değerlendirmesi sonucu yeterli bulunan istekliler veri odasından ihale dokümanlarına erişebilirler.

Teklifler 13.05.2011 saat 14:00'a kadar alınacaktır.

Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü

Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşi Ön Yeterlik İhale ilanı Türkiye'nin yanı sıra Amerika'da ve Avrupa'nın birçok ülkesinde yayınlanmıştır.

Ön Yeterlik Alan Firmalar

1Limak İnş. San. A.Ş. - Kur İnş. Tic. San.A.Ş. - İstanbul Memorial Sağ.
Yat. A.Ş. İş Ortaklığı

2IC İçtaş İnş. San. ve Tic. A.Ş. - Dia Holding Fzco İş Ortaklığı

3Vamed Engineering GMBH&CO KG - Türk Philips Tic. A.Ş. – Philips
Medical Sys. Nederland B.V. İş Ortaklığı

4YDA İnş. San. Tic. A.Ş. - Inso Sistemi Perle Infrastrutture Sociali SPA
- Summa Turizm Yatırımcılığı A.Ş. İş Ortaklığı

5Impresa Pizzarotti&C. SPA- Yenigün İnşaat Sanayi Ve Ticaret A.Ş. İş
Ortaklığı

6Obrascon Huarte Lain S.A

7Gürüş İnşaat ve Mühendislik A.Ş.

8Alsim Alarko Sanayi Tesisleri ve Ticaret A.Ş

9Astaldi SPA - Türkerler İnş. Turz. Mad. Enrj. Üretim Tic. San. A.Ş. İş
Ortaklığı

Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmet-
lerin Temin Edilmesi işine ait teklifler 28.01.2011 tarihinde alınmıştır.

İhaleye Katılan Firmalar

1) Astaldi SPA - Türkerler İnş. Turz. Mad. Enrj. Ürt. Tic. San. A.Ş. İş
Ortaklığı

2) YDA İnşaat Sanayi Ticaret A.Ş. - Inso Sistemi Per le Infrastrutture
Sociali S.P.A. - Summa Turizm Yatırımcılığı A.Ş. İş Ortaklığı

3) IC İçtaş İnş. San. ve Tic. A.Ş. - Dia Holding Fzco İş Ortaklığı

Teşekkür Mektubu Sunan Firmalar

1) Obrascon Huarte Lain S.A : 2) Alsim Alarko Sanayi Tesisleri ve
Ticaret A.Ş

Değerlendirme devam etmektedir.

Bursa Entegre Sağlık Kampüsü

Teklif alınış sırasına göre Ön Yeterlik başvurusu yapan firmalar:

1. Yüksel İnşaat A.Ş. – Yüksel Holding A.Ş. İş Ortaklığı

2. YDA İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş. – Inso Sistemi Per Le Infrastruttura Sociali S.P.A İş Ortaklığı
 3. Alsim Alarko Sanayi Tesisleri ve Ticaret A.Ş.
 4. IC İçtaş İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş. – Techint Compagnia Tecnica Internazionale S.P.A İş Ortaklığı
 5. Eser Taahhüt ve Sanayi A.Ş. – Hammes Company İş Ortaklığı
 6. Şentürkler Müh. Müteahhitlik İnş. Taahhüt Turizm Sanayi ve Ticaret A.Ş. – Sıla Danışmanlık Bilişim Eğitim İnş. Taahhüt Tic. ve Sağlık Hizmetleri Limited Şirketi – Şentürkler Otomotiv Makine Turizm İnş. San. ve Tic. A.Ş.
 7. Koçoğlu İnş. San. Tarım ve Hay. Tic. A.Ş. – Assignia Infraestructuras S.A. – Gülermak Ağır Sanayi İnş. ve Taahhüt A.Ş.
- Ön Yeterlik değerlendirmesi devam etmektedir.

Diyarbakır

Proje bilgisi yok

Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü

Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ve ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi işi Ön Yeterlik ihalesi 01/10/2010 günü saat 14:00 de yapılmış olup, ön yeterlik değerlendirmesi sonuçlanmıştır.

Ön yeterlik değerlendirme sonucu yeterli olan adaylar :

- 1) Sıla Dan. Bilş. Eğt. İnş. Taah. Tic. ve Sağ. Hizm. Ltd. Şti. – Şentürkler Müh. İnş. Taah. Turz. San. ve Tic. A.Ş.- Şentürkler Oto Mak. Turz. Gıda Eğl. Sağ. Hiz. S.S.O.K İşl. San. Tic. A.Ş. İş Ortaklığı
- 2) Yda İnş. San. ve Tic. A.Ş. – Inso Sistemi Per Le Infrastrutture Social S.P.A İş Ortaklığı
- 3) Vamed Engineering Gmbh&Co Kg – Türk Philips Ticaret A.Ş. – Philips Medical Systems Nederland B.V. İş Ortaklığı
- 4) Taş Yapı İnşaat Taahhüt Sanayi Ticaret A.Ş

5) Yıldızlar İnşaat Ticaret A.Ş – Gama & Gazi Sağ. Hiz. İnş. Tur. Ar-Ge Biliş. Faal. San. ve Tic. A.Ş. – Gazi Kimya Tıbbi Alet ve San. Tic. Ltd. Şti. İş Ortaklığı

6) IC İçtaş İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.

Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin temin Edilmesi İşini teklif süreci başlamıştır. Yukarıda adı bulunan istekliler veri odasından ihale dokümanlarına erişebilirler.

Teklifler 29.04.2011 saat 14:00'a kadar alınacaktır.

Erzurum

Proje bilgisi yok

FTR, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri

Proje illeri: Afyon, Bolu, Diyarbakır, Erzurum, İstanbul-Bakırköy, Kahramanmaraş, Malatya, Samsun, Trabzon

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerinin Temin Edilmesi İşini ön yeterlilik ihalesi 08.07.2011 günü saat 15:00'de yapılmıştır.

Teklif alınış sırasına göre Ön Yeterlik için başvuru yapan firmalar:

1. İlci İnşaat San. ve Tic. A.Ş.
2. Emsaş İnş. Tur. Tic. ve San. A.Ş - PBK Inc. - Ascension Group - Forcimsa Empresa Constructora S.A İş Ortaklığı
3. IC İçtaş İnş. San. Ve Tic. A.Ş. - Techint Compagnig Internazionale S.p.A İş Ortaklığı
4. Akfen İnş. Tur. Ve Tic. A.Ş
5. Sıla Danışmanlık Bil. Eğt. İnş. Taah. Tic. Ve Sağı. Hizm. Ltd. Şti. - Şentürkler Müh. İnş. Taah. San. Tur. San. Ve Tic. A.Ş. - Yorum İnşaat A.Ş. - KLV İnşaat Taah. Madencilik Tic. ve San. Ltd. Şti. - Ş.A.M. Yapı San. ve Tic. Ltd. Şti. İş Ortaklığı
6. Türkerler İnş. Turizm. Madencilik Enerji Üretim Tic. ve San. A.Ş.

Gaziantep

Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşi Ön Yeterlik ihalesi 07.06.2011 günü saat 14:00 de yapıldı.

Teklif alınış sırasına göre Ön Yeterlik başvurusu yapan firmalar:

- 1) Samsung C&T Corporation - Studio Altieri Spa - HAN Teknik Müşavirlik Mühendislik Mimarlık A.Ş. İş Ortaklığı
- 2) Nurol İnşaat ve Ticaret A.Ş. - C.M.B. Societa Cooperativa Muratori E Braccianti Di Carpi - Unieco Societa Cooperativa İş Ortaklığı
- 3) Universal Acarsan Sağlık Hizmetleri ve İnş. Ltd. Şti. - Acarsan Makama Un Gıda San. ve Tic. A.Ş. - AS Bodrum Özel Sağlık Hizmetleri İşl. Tic. ve İnş. Ltd. Şti. - Azmi Oflluoğlu İş Ortaklığı
- 4) YDA İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Inso Sistemi Per le Infrastrutture Sociali S.P.A. İş Ortaklığı
- 5) IC İctaş İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.-Techint Compagnia Tecnica Internazionale S.P.A. İş Ortaklığı
- 6) Kalyon İnşaat San. ve Tic. A.Ş.
- 7) Emsaş İnşaat Turizm Ticaret ve Sanayi A.Ş. - PBK Inc. - Ascension Group İş Ortaklığı
- 8) Şentürkler Mühendislik İnşaat Taahhüt Turizm Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Sila Danışmanlık Bilişim Eğitim İnşaat Taahhüt Ticaret ve Sağlık Hizmetleri Limited Şirketi - Medical Park Sağlık Hizmetleri A.Ş. İş Ortaklığı
- 9) Eser Taahhüt ve Sanayi A.Ş.- Hammes Company Healthcare International, LLC İş Ortaklığı
Ön Yeterlik değerlendirmesi devam etmektedir.

Isparta

Isparta Şehir Hastanesi Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşi Ön Yeterlik ihalesi 15.07.2011 Cuma günü saat 15:00 te yapılmıştır.

Teklif alınış sırasına göre Ön Yeterlik için başvuru yapan firmalar:

1. Assigna Infraestructuras S.A.
 2. Yüksel İnş. A.Ş. – Yüksel Holding A.Ş. İş Ortaklığı
 3. Emsaş İnş. Tur. Tic. ve San. A.Ş - Forcimsa Empresa Constructora S.A İş Ortaklığı
 4. Türkerler İnş. Tur. Mad. Enerji Üretim Tic. Ve San. A.Ş.
 5. YDA İnş. San. Ve Tic. A.Ş. – INSO Sistemi per Le Infrastrutture Sociali S.P.A. İş Ortaklığı
 6. IC İçtaş İnş. San. Ve Tic. A.Ş. - Techint Compagnia Internazionale S.p.A İş Ortaklığı
 7. Akfen İnş.Tur. Ve Tic. A.Ş.
 8. Kerem Yapı İnş. Tic. Ve San. Ltd. Şti. – Silahtaroğlu İnş. Nak. Harf. Ve Tic. Ltd. Şti. – DİSERA Tıbbi Mal. Loj. San. Ve Tic. A.Ş. – Dirim Tıp Özel Sağlık Ürünleri San. Ve Tic. A.Ş. – ATLAS Med. Elektronik Paz. Ve Yat. Ltd. Şti. – EGESOFT Bilgi Tek. San. Ve Tic. Ltd. Şti. – Teknikmed Med. Lab. Ürünleri Tıbbi Cihazlar ve Med. Malzemeler Tic. Ve San. Ltd. Şti. İş Ortaklığı
 9. Eser Taah. Ve San. A.Ş. – Hammes Co. Healthcare Int. LLC İş Ortaklığı
- Ön Yeterlik değerlendirmesi devam etmektedir.

İstanbul

İstanbul İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşİ Ön Yeterlik ihalesi 18.03.2011 günü saat 14:00 de yapıldı.

Teklif alınış sırasına göre Ön Yeterlik için başvuru yapan firmalar:

- 1- Alsim Alarko Sanayi Tesisleri ve Ticaret A.Ş.
- 2- İlci İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.
- 3- A ve B Gayrimenkul Geliştirme İnşaat Yatırım A.Ş. – Samsung C&T Corporation – Ünal Akpınar İnşaat İmalat San. ve Tic. A.Ş. – United Medical Group İş Ortaklığı
- 4- Emsaş İnşaat Turizm Ticaret ve Sanayi A.Ş. – PBK Inc. – Ascension Group – Sürat Bilişim – May Eczane İş Ortaklığı
- 5- YDA İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş. - Inso Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.p.A İş Ortaklığı

- 6- Eser Taah. ve Sanayi A.Ş. – Hammes Company İş Ortaklığı
 - 7- Türkerler İnşaat Turizm Madencilik Enerji Üretim Ticaret ve Sanayi Anonim Şti. – Güriş İnşaat ve Mühendislik A.Ş. – Salini Construttori S.p.A. İş Ortaklığı
 - 8- Astaldi S.p.A
 - 9- Koçoğlu İnş. San. Tarım ve Hay. Tic. A.Ş. – Assignia Infraestructuras S.A. – Gülermak Ağır Sanayi İnş. ve Taahhüt A.Ş. İş Ortaklığı
 - 10- Yüksel İnşaat A.Ş. – Yüksel Holding A.Ş. İş Ortaklığı
 - 11- Vamed Engineering GmbH&Co KG – Türk Philips Ticaret Anonim Şirketi – Philips Medical Systems Nederland B.V. İş Ortaklığı
 - 12- IC İçtaş İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.– Techint Compagnia Tecnica Internazionale S.p.A. İş Ortaklığı
- Ön Yeterlik değerlendirmesi devam etmektedir

İzmir

İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşİ Ön Yeterlik ihalesi 06.07.2011 Çarşamba günü saat 15:00 te yapıldı.

Teklif alınış sırasına göre Ön Yeterlik için başvuru yapan firmalar:

1. Kayı İnş. San. ve Tic.t A.Ş. - SIMED INTERNATIONAL B.V İş Ortaklığı
2. NuroI İnş. ve Tic. A.Ş - CMB Societa Cooperativa a Muratori e Braccianti Di Carpi - Unieco Societa Cooperativa İş Ortaklığı
3. MBD İnş. San. Tur. Müh. Ve Tic. Ltd. Şti - Metag İnş. Tic. A.Ş. - Kaya İnş. İth. İhr. Taah. Tur. D.gaz Tic. Ltd. Şti. İş Ortaklığı
4. Yüksel İnş. A.Ş. - Yüksel Holding A.Ş. İş Ortaklığı
5. AveB Gayrimenkul Geliştirme İnşaat Yatırım A.Ş. (Pilot ortak) - United Medical Group - Samsung C&T Corporation- Ünal Akpınar İnşaat İmalat San. Ve Tic. A.Ş. İş Ortaklığı
6. Emsaş İnş. Tur. Tic. ve San. A.Ş (Pilot Ortak) - PBK Inc. - Ascension Group - Forcimsa Empresa Constructora S.A İş Ortaklığı

7. Astaldi S.p.A - Türkerler İnş. Tur. Madencilik Enerji Üretim Tic. ve San. A.Ş. İş Ortaklığı
8. Eser Taahhüt ve Sanayi A.Ş. - Hammes CO. Healthcare International LLC İş ortaklığı
9. Sıla Danışmanlık Bil. Eğt. İnş. Taah. Tic. Ve Sağl. Hizm. Ltd. Şti. - Şentürkler Müh. İnş. Taah. San. Tur. San. Ve Tic. A.Ş. - Medical Park Sağ. Hiz. A.Ş. İş Ortaklığı
10. IC İçtaş İnş. San. Ve Tic. A.Ş. - Techint Compagnig Internazionale S.p.A İş Ortaklığı
11. YDA İnş. San. ve Tic. A.Ş. - INSO Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.p.A İş Ortaklığı
12. Akfen İnş. Tur. Ve Tic. A.Ş

Kayseri

Başkanlığımız yatırım programında yer alan 1.548 yataklı Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri İle Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi işine ait ihale YDA İnşaat Sanayi Ticaret A.Ş. & INSO Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.P.A İş Ortaklığı' nda kalmıştır. Ekonomik açıdan en avantajlı ikinci teklif sahibi Astaldi S.P.A & Türkerler İnş. Turz. Mad.Enr. Ürt. Tic. San. A.Ş. İş Ortaklığı' dır.

Kocaeli

Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşi Ön Yeterlik ihalesi 30.06.2011 günü saat 15:00 de yapıldı.

Teklif alınış sırasına göre Ön Yeterlik başvurusu yapan firmalar:

1. YDA İnş. San. Ve Tic. A.Ş. – INSO Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali SPA İş Ortaklığı
2. Nurol İnş. Ve Tic. A.Ş. – CMB Societa Cooperativa Muratori E Braccianti Di Carpi– Unieco Societa Cooperativa İş Ortaklığı
3. Emsaş İnş. Turz. Tic. ve San. A.Ş. – PBK Architects Inc. – Ascension Group Architects LLP İş Ortaklığı
4. Yüksel İnşaat A.Ş. – Yüksel Holding A.Ş. İş Ortaklığı
5. Şentürkler Müh. İnş. Taah. Turz. San. ve Tic. A.Ş. – Medical Park

Sağ. Hizm. A.Ş. - Sila Dan. Bil. Eğ. İnş. Taah. Tic. ve Sağ. Hiz. Ltd.
Şti. İş Ortaklığı

6. IC İçtaş İnş. San. ve Tic. A.Ş. – Techint Compagnia Tecnica Internazionale S.P.A İş Ortaklığı

7. Türkerler İnş. Turz. Mad. Ener. Ür. Tic. ve San. A.Ş.

8. Eser Taah. ve San. A.Ş. – Hammes Company Healthcare International LLC İş Ortaklığı

9. MBD İnş. San. Turz. Müh. ve TİC. LTD. ŞTİ. – METAG İnş. Tic. A.Ş. İş Ortaklığı

Ön Yeterlik değerlendirmesi devam etmektedir.

Konya

Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ve Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi işi Ön Yeterlik ihalesi 21.01.2011 günü saat 14:00 de yapıldı. Ön yeterlik değerlendirmesi devam etmektedir. Ön yeterlik komisyonu tarafından yapılan değerlendirmeler sonucunda 7 (yedi) adet adaya ait başvuru dosyaları yeterli görülmüştür. Bu adaylar alınış sırasına göre aşağıda belirtilmiştir: Ön yeterlik değerlendirme sonucu yeterli olan adaylar :

- 1) İlci İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.
- 2) Samsung C&T Corporation - Studio Altieri Spa Ortak Girişimi
- 3) YDA İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Inso Sistemi Per le Infrastrutture Sociali S.P.A. İş Ortaklığı
- 4) Koçoğlu İnşaat Sanayi Tarım ve Hayv. Tic. A.Ş. - Assignia Infraestructuras S.A. İş Ortaklığı
- 5) Impresa Pizzarotti & C.Spa - Yenigün İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Metag İnşaat Ticaret A.Ş. İş Ortaklığı
- 6) Eser Taahhüt ve Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Hammes Company Healthcare International, LLC İş Ortaklığı
- 7) Ic İçtaş İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.-Techint Compagnia Tecnica Internazionale S.P.A. İş Ortaklığı

Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi işi teklif süreci başlamıştır. Ön Yeterlik Değerlendirmesi sonucu yeterli bulunan istekliler veri odasından ihale dokü-

manlarına erişebilirler.

Teklifler 05.08.2011 saat 15:00'a kadar alınacaktır.

Manisa

Başkanlığımızda 23.12.2010 günü saat 14.00' te yapılan "Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşleri" için 7 (yedi) adet aday ön yeterlik başvuru dosyasını İdaremize teslim etmiştir. Ön yeterlik komisyonu tarafından yapılan değerlendirmeler sonucunda 6 (altı) adet adaya ait başvuru dosyaları yeterli görülmüştür. Bu adaylar alınış sırasına göre aşağıda belirtilmiştir:

1) Yda İnş. San. ve Tic. A.Ş. - Inso Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.P.A İş Ortaklığı

2) IC İçtaş İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.

3) Koçoğlu İnş. San. Tar. ve Hayv. Tic. A.Ş. - Assignia Infraestructuras SA İş Ortaklığı

4) Sıla Dan. Bil. Eğt. İnş. Taah. Tic. ve Sağ. Hizm. Ltd Şti - Şentürkler Müh. Müteah. İnş. Taah. Tur. San. ve Tic. A.Ş. - Şentürkler Oto. Mak. Tur. Gıda Eğl. Sağ. Hizm. Spor Sal. Otop. Kreş İşl. San ve Tic. A.Ş. İş Ortaklığı

5) Eser Taah. ve San. A.Ş. - Hammes Company İş Ortaklığı

6) Yıldızlar İnşaat ve Ticaret A.Ş.

Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşine ait teklifler 27.05.2011 tarihinde alınmıştır.

İhaleye Katılan Firmalar

1) Sıla Dan. Bilş. Eğt. İnş. Taah. Tic. ve Sağ. Hizm. Ltd. Şti. – Şentürkler Müh. İnş. Taah. Turz. San. ve Tic. A.Ş. - Medical Park Sağ. Hizm. A.Ş. İş Ortaklığı

2) Eser Taah. ve San. A.Ş. - Hammes Company İş Ortaklığı (Teşekkür Mektubu Sundu)

3) Yda İnş. San. ve Tic. A.Ş. - Inso Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.P.A İş Ortaklığı

4) IC İçtaş İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.

5) Koçoğlu İnş. San. Tar. ve Hayv. Tic. A.Ş. - Assignia Infraestructuras SA İş Ortaklığı (Teşekkür Mektubu Sundu) Değerlendirme devam etmektedir.

Mersin

Mersin Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşi Ön Yeterlik ihalesi 22.03.2011 günü saat 14:00 de yapıldı. Ön yeterlik komisyonu tarafından yapılan değerlendirmeler sonucunda 8 (sekiz) adet adaya ait başvuru dosyaları yeterli görülmüştür. Bu adaylar alınış sırasına göre aşağıda belirtilmiştir:

Ön yeterlik değerlendirme sonucu yeterli olan adaylar :

- 1) Samsung C&T Corporation - Studio Altieri Spa Ortak Girişimi
- 2) Eser Taahhüt ve Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Hammes Company Healthcare International, LLC İş Ortaklığı
- 3) Impresa Pizzarotti & C.S.P.A.- Yenigün İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Metag İnşaat Ticaret A.Ş. İş Ortaklığı
- 4) YDA İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Inso Sistemi Per le Infrastrutture Sociali S.P.A. İş Ortaklığı
- 5) Koçoğlu İnşaat Sanayi Tarım ve Hayv. Tic. A.Ş. - Assignia Infraestructuras S.A. - Gülermak Ağır San. İnş. ve Taah. A.Ş. İş Ortaklığı
- 6) Ic İttaş İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.-Techint Compagnia Tecnica Internazionale S.P.A. İş Ortaklığı
- 7) Alsim Alarko San. ve Tic. A.Ş.
- 8) Yüksel İnş. A.Ş. - Yüksel Holding A.Ş. - Odelga Handelsgesellschaft İş Ortaklığı

Mersin Şehir Hastanesi Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşi teklif süreci başlamıştır. Ön Yeterlik Değerlendirmesi sonucu yeterli bulunan istekliler veri odasından ihale dokümanlarına erişebilirler.

Teklifler 23.09.2011 Cuma günü, saat 15:00'a kadar alınacaktır.

Samsun

Proje bilgisi yok

Trabzon

Proje bilgisi yok

Şanlıurfa

Proje bilgisi yok

Van

Proje bilgisi yok

Yozgat

Başkanlığımızda 04.02.2011 günü saat 14.00'te yapılan "Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerinin Temin Edilmesi İşİ" için 8 (sekiz) adet aday ön yeterlik başvuru dosyasını İdaremize teslim etmiştir. Ön yeterlik komisyonu tarafından yapılan değerlendirmeler sonucunda 8 (sekiz) adet adaya ait başvuru dosyaları yeterli görülmüştür. Bu adaylar alınış sırasına göre aşağıda belirtilmiştir:

- 1) Gülermak Ağır Sanayi İnşaat ve Taahhüt A.Ş.- Assignia Infraestructuras S.A. İş Ortaklığı
- 2) İlci İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.
- 3) Impresa Pizzarotti & C.S.P.A.- Yenigün İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Metag İnşaat Ticaret A.Ş. İş Ortaklığı
- 4) Eser Taahhüt ve Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Hammes Company İş Ortaklığı
- 5) YDA İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Inso Sistemi Per le Infrastrutture Sociali S.P.A. İş Ortaklığı
- 6) Sıla Danışmanlık Bilişim Eğitim İnşaat Taahhüt Turizm Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Şentürkler Mühendislik İnşaat Taahhüt Turizm ve Ticaret A.Ş.- Şentürkler Otomotiv Makine Turizm Gıda Eğlence Sağlık Hizmetleri Spor Salonu Otopark Kreş İşletmeleri Sanayi Ticaret A.Ş. İş Ortaklığı
- 7) Yıldızlar İnşaat ve Ticaret A.Ş.
- 8) İc İttaş İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.-Techint Compagnia Tecnica Internazionale S.P.A. İş Ortaklığı

Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşİ teklif süreci başlamıştır. Ön Yeterlik Değerlendirmesi sonucu yeterli bulunan istekliler veri odasından ihale dokümanlarına erişebilirler.

Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmet-

lerin Temin Edilmesi işine ait Teklif Verme Tarihi 29.07.2011 günü saat 15.00 olarak değiştirilmiştir. İstekliler, tekliflerini 29.07.2011 günü saat 15.00' e kadar İdaremize verebilirler.

Kaynaklar

1. AB Yeşil Kitap (2004) "Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions - COM(2004) 327 - 2004/17/EC ve 2004/18/EC direktifleri European Union, Erişim Tarihi: 02.05.2011,İnternet adresi: http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/businesses/public_procurement/l22012_en.htm
2. Boltze, M. (2003) "A German Example for a Public Private Partnership In Transport Research" IATSS Research Vol.27 No.1, 2003 (s.19-32)
3. Corrigan, M. B. vd diğerleri (2005) "Ten Principles for Successful Public/Private Partnerships", ULI-the Urban Land Institute, ULI Catalog Number: T26, USA
4. DPT (2007) 9.Kalkınma Planı, İnşaat,Müh.lık-Mimarlık, Tek. Müşavirlik ve Müteahhitlik Hizmetleri Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara
5. ErciyesTV (2011a) "Yıkılacak Hastaneler Sorun Yaratır Mı?" Erciyes TV Yayın Tarihi: 24 Mayıs 201, <http://www.erciyestv.com.tr/yerel-haber/yikilacak-hastaneler-sorun-yaratir-mi.htm>
6. ErciyesTV (2011b) "Üç Hastane Yıkılacak" Erciyes TV, Yayın Tarihi: 27 Nisan 2011, www.erciyestv.com.tr/yerel-haber/uc-hastane-yikilacak.htm
7. Euractiv (2009) "Kamu-Özel Sektör Ortaklığının faydası net değil", Yayın tarihi: 18 Eylül 2009, <http://www.euractiv.com.tr/6/interview/kamu-zel-sektre-ortaklkn-faydas-net-deil-007038>
8. Farlam, Peter (2005) "Assessing Public-Private Partnerships in Africa - Working Together" The South African Institute of International Affairs Nepad Policy Focus Series, Nepad Policy Focus Report No. 2 February 2005
9. Güzelsarı, S. (2009) "Kamu-Özel Ortaklığı Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme", *Kamu Yönetimi: Yapı İşleyiş Reformu*, (Der. Barış Övgün), AÜ SBF Kamu Yönetimi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, Ankara, s. 43-78.
10. Hansu, Ömer Faruk (2010) "Kamu özel ortaklıkları ve üst hakkı" , Yayın tarihi: 3 Aralık 2010, <http://www.retailturkiye.com/omer-faruk-hansu/kamu-ozel-ortakliklari-ve-ust-hakki>
11. Haberses (2011) Sağlıkta Devrim Yapacak 29 Proje!" Haber: Kenan Biter http://www.haberses.net/Saglik/261-Saglikta-devrim-yapacak-29-proje_.html

12. Kalkınma Bakanlığı (2011) “Temel Ekonomik Göstergeler”
<http://www.dpt.gov.tr/> Erişim tarihi: 18.07.2011
13. Karasu, Koray (2009) "Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi", B. Övgün (Ed.) Kamu Yönetimi:Yapı- İşleyiş - Reform (Ankara: KAYAUM Yayınları), (s. 79-91)
<http://yonetimbilimi.politics.ankara.edu.tr/karasuPPP.pdf>
14. Köker, Mustafa (2008) "Kamu-özel ortaklığı hastaneler projesi ", Yayın tarihi: 23 Mayıs 2008, <http://www.baybul.com/saglik-haberleri/712725-kamu-ozel-ortakligi-hastaneler-projesi.html>
15. Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı, “Projeler” Erişim tarihi: 3 Temmuz 2011, <http://www.kamuozel.gov.tr/>
16. KÖO Paneli (2005) Türk Müşavir Mühendisler ve Mimarlar Birliği ile Türkiye Müteahhitler Birliği tarafından düzenlenen, 9 Haziran 2005, Ankara.
http://www.tmmmb.org.tr/uploading/pdf/2.ppp_desifre.pdf
17. McKee, Martin, Edwards, Nigel, Atunc, Rifat (2006) "Public-private partnerships for hospitals", Bulletin of the World Health Organization, No: November 2006, 84 (11), (s.890-896)
18. McKinsey & Company (2009) "Public-Private Partnerships, Harnessing the private sector's unique ability to enhance social impact", Working Document, Social Sector Office, Aralık 2009
19. Medimagazin (2005) Kamu-özel bölge hastaneleri geliyor", Yayın tarihi: 28 Şubat 2005, <http://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-kamu-ozel-bolge-hastaneleri-geliyor-676-219-1576.html>
20. Öner, Mehin (2010) "Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü Pek Çok İlki Barındırıyor", Yayın tarihi: 12 Mart 2010,
http://www.emlakkulisi.com/33759_kayseri_entegre_saglik_kampusu_pek_cok_ilki_barindiriyor
21. Pricewaterhouse (2010) “Build and Beyond: the (r)evolution of healthcare PPPs”, Health Research Institute, December. <http://pwchealth.com/cgi-local/hregister.cgi?link=reg/build-and-beyond.pdf>
22. Reich, M.R. (2002) "Public-Private Partnerships for Public Health", Editör: Michael R. Reich, Harvard Series On Population And International Health - Harvard Center for Population and Development Studies 9, Harvard University Press, Massachusetts, Nisan 2002
23. Sağlık Bakanlığı (2010) Sağlık Bakanlığı 2010 Mali Yılı İdare Faaliyet Raporu, Strateji Geliştirme Başkanlığı, www.sgb.saglik.gov.tr
24. Yapı (2010) “Sağlık Kentleri Konferansı, Sağlık Mimarlığında Türkiye'ye Yeni Açılımlar Getirmeyi Amaçlıyor”, Yayın tarihi: 2 Temmuz 2008,
http://www.yapi.com.tr/Haberler/saglik-kentleri-konferansi-saglik-mimarliginda-turkiyeye-yeni-acilimler-getirmeyi-amacliyor_62429.html

25. TGRT Haber (2007) "Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı ", Yayın tarihi: 6 Aralık 2007, http://www.tgrthaber.com.tr/news_view.aspx?guid={40908813-DD8B-43BC-B5FA-00EDE998BE36}
26. Tosun, Nihat (2008) "Sağlık Bakanlığı-Kamu Özel Ortaklığı Projesi Nisan 2008", Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Nihat Tosun'un demeci, <http://www.nihattosun.com.tr/saglik-bakanligi-kamu-ozel-ortakligi-projesi-nisan-2008-id331-7.html>
27. TTB (2010) "Sağlık Hizmetlerinde "Fabrika" Dönemine Geçiliyor" Yayın tarihi: 12.01.2010, http://www.ttb.org.tr/th/12010/index_dosyalar/yayin.htm
28. Yılmaz, Abdülvahap (2011) "KÖO Daire Başkanı'nın Kurumsal Mesajı", Erişim tarihi: 1 Temmuz 2011, <http://www.kamuozel.gov.tr/?Islem=YaziDetay&IcerikID=12>,
29. Yücel, Selcan (2009) "Tosun: İnsan Gücü Verimli Kullanılacak", Yayın tarihi: 11 Nisan 2009, <http://www.yeniforumuz.biz/showthread.php?1997124-Tosun-insan-g%C3%BCc%C3%BC-verimli-kullan%C4%B1lacak>..

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI VE KOORDİNASYONU SAĞLAYAN KURUM OLARAK YOİKK

KONUŞMACI: Ayşe CEBECİ

GİRİŞ:

Son dönemde Kamu-Özel Ortaklığı konusu özellikle de sağlık alanındaki dev projeler nedeniyle Türkiye'nin gündemine taşınmıştır. AKP hükümeti 2011 yılı seçim propagandalarında bu dev projeleri dillendirerek, toplumun ve çeşitli kesimlerin ilgisi bu konuya çekilmiştir. Yatak kapasiteleri on binlerin üzerinde telaffuz edilen projelerin bazılarında sadece istihdam edilecek kişi sayısı on bin civarında dile getirilmektedir. Bu büyüklükteki projelerin gerçekleştirme şekli olarak Kamu-Özel Ortaklığı, literatürdeki adıyla Public Private Partnership (PPP) uygulamaları, hukuki, ekonomik ve toplumsal ilişkilerde belirli değişikliklere neden olmaktadır. Bu değişiklikler sadece fayda-maliyet analizleri ya da projelerin büyüklükleriyle ilgili olarak değil ilişkisel bir yöntemle analiz edilmelidir. Zira 1990'lardan bu yana dünyada uygulana gelen PPP birçok çalışmada "özelleştirmenin yeni bir biçimi" olarak tanımlanan bir kavramdır. Ancak böyle bir tanımlama kavram ile tanımlanan sürecin ortaya çıkarttığı tüm dönüşüm ve değişimleri ifade etmediğinden hareketle bu çalışmada birkaç düzeyde KÖO kavramının incelenmesine çalışılacaktır. KÖO genelde özel (sermaye) ve kamu (devlet) arasında analiz edilmektedir. Ancak KÖO'nun dönüştürdüğü ilişkilerin tüm yönleriyle tanımlanması için özneler arasındaki ilişkilerin tanımlanması üç düzeyde; kamu-kamu, kamu-sermaye, sermaye-sermaye arasındaki ilişkiler bağlamında ele alınmalıdır. Böylece KÖO sadece bir şirketin kuruluş şekli (AŞ, Ltd, komandit vb.) teknik bir alanda incelenmekten öte bir alana taşınacaktır.

Bu şekliyle sermaye birikiminin geldiği aşama itibariyle gerek devlet (kamu) alanında gerek özeldə yaşanan değişimi, biri yönetim/management alanında -ki bu alan devletin alanına giriyor- değişimi

ikinci alan ise daha çok operasyonel alanı içeriyor -bu da KÖO'nun alanına girmektedir- incelenecektir.

Çalışmada KÖO kavramının çeşitli kullanımları ve tanımlamalarına değinilmekle birlikte ilk olarak bu uygulamaların gerçeklikte hangi öz-neleri ve ilişkileri etkilediğini anlayabilmek için devlet ve özel/piyasa arasındaki ilişkiler üzerinden sürdürülen tartışmalara nasıl bir perspektifle yaklaşıldığı ortaya konulacaktır. Daha sonraki bölümde 1970'lerde sermaye birikiminin dünya ölçeğinde yaşadığı krizin sorumlusu olarak gösterilen 'yönetim krizi'nin giderilmesi amacıyla ortaya çıkan kavramlardan en etkili olanı "yönetişim" açıklanmaya çalışılacaktır. Devlet-piyasa, ulusal-uluslararası, yerel-bölgesel birçok farklı ölçekte örgütlenen kurumlar arasındaki ilişkileri içeren bu kavram kamu-özel ortaklığının yönetim modeli olarak ortaya koyulmasıdır da aslında. Yönetimin kamu, özel ve üçüncü sektör olarak tanımlanan sivil toplum örgütleri arasında paylaşımını ifade eden yönetişim modelinin, devletin kamu hizmeti sunma yükümlülüğünü ise KÖO modeli ile paylaşımıdır. Kamu açısından bu durum, devletin neo-liberal politikalar sonucunda geleneksel vergi gelirlerini kaybetmesine bağlı olarak, kamu hizmeti sunma yükümlülüğünü gerçekleştirebilmek için özel sektörle işbirliği/ortaklık yapmasının gerekliliğinin artması olarak açıklanacaktır.

Bu aşamada KÖO'nun uygulanabilmesi için kamu-kamu arasındaki ilişkiler yönetişim boyutunda ve bizzat hizmet sunan mevcut kamu kurumları ile KÖO projeleriyle oluşacak dev tesisler arasındaki çelişkili ilişki ortaya koyulacaktır. Ve son olarak KÖO'nun taraflarından biri olan özelin yani özel sektörü oluşturan sermayelerin KÖO sürecine bir yönetişim modeline uygun olarak oluşturulan YOİKK aracılığı ile müdahil olması ve sermayenin kurumsal/yasal çerçevesinin koordinasyonunu nasıl sağladığı açıklanacaktır.

Devlet Üzerine Temel Birkaç Tartışma;

Devlet ve piyasa arasındaki ilişkiler ve kurumlar sosyal bilimciler tarafından en çok tartışılan ve üzerinde uzlaşma sağlanamayan konulardan biridir. Devletin ve piyasanın işlevleri, görevleri, etkinliği gibi konular ve bu konular üzerinden de her ikisi arasındaki ilişki ve sınırlar dönem dönem farklılaşmıştır. Tartışmalar daha çok devletin ideal yapısı üzerine odaklanmış, Merkantalistler *korumacı devleti*, Klasik iktisatçılar devletin ekonomiye müdahale etmemesi gerektiğini savunmuş, Keynes-

yenler ise *müdahaleci sosyal refah devleti* kavramını ortaya atmış ve bu uygulamaları savunmuşlardır. Ancak, devletin ve düzenleme alanlarının minimize edilmesi gerekliliğinin yaygın görüş olduğu dönemlerde bile, toplum üzerinde belirleyici bir güce sahip olduğundan devlet, her zaman önemini sürdürmüştür. Bunun en önemli nedenlerinden biri de devletin işlevleri arasında olan kanun yapma (yasama) işlevinin toplum tarafından meşru kabul edilmesi ve devletin yaptırım gücünün bulunmasıdır. Bu nedendir ki bazı iktisadi ekoller devletin müdahale alanlarının daraltılması ve piyasaya müdahale etmemesi gerektiğini savunmuş olsalar da günümüzde devletin gerekliliği çeşitli kesimler tarafından farklı nedenlere dayandırılrsa da genel olarak kabul görmektedir.

“Marx’a göre devlet, bir sınıfın diğeri üzerindeki baskı aracı, sınıf egemenliğinin aracıdır; o sınıflar arasındaki çatışmayı yumuşatarak bu baskıyı, meşrulaştırır ve sürekliliğini sağlayan ‘düzen’in yaratılmasıdır.” (Lenin,1999) Marx’ın bu tanımından da çıkartılacağı üzere devletin meşrulaştırıcı ve devamlılığı sağlayıcı özelliği devletin piyasanın işlemesine engel oluşturduğunu ileri sürenlerin de artık devleti piyasaya engel olarak görmediği aksine sermayenin sermaye olabilmesi için gerekli olan para, meta ve emek arasındaki ilişkilerin kurulmasını ve devamlılığının garantisi olması noktasında uzlaşmaktadırlar. Bu noktada ayrıntılarına girilmemekle birlikte devlet üzerine sürdürülen alt yapı, üst yapı, araçsalci tartışmalarla ilgili olarak nasıl bir görüşün kabul edildiğinin belirtilmesinde yarar vardır. Aksi halde Lenin’in alıntılıdığı Marx’ın devlet tanımı bizi devleti sermayenin taleplerinin birebir uygulayıcısı konumundaki araçsalci bir indirgemeye sürükler. Bu tartışmanın taraflarından bir kısım, devletin kerameti kendinden menkul bir organizasyon olarak, ekonomik yapıyı belirleyici konumlandırma verirken, diğeri bir kesim ise devletin, sermayenin taleplerini yerine getiren bir araç konumunda olduğunu ileri sürer. Bu konuda Poulantzas, modern devletin ‘tekelci sermayenin’ uysal bir aracından başka bir şey olmadığı tezine karşı, tüm araçsalcılık biçimlerini reddeder ve devletin *karmaşık bir toplumsal ilişki* olduğu fikrinde ısrar eder. (Poulantzas 1968:44-50) “İlk olarak sınıflar, devletin dışında ve ondan bağımsız olarak var olan ve dolayısıyla devleti pasif bir araç (ya da alet) olarak kullanma becerisine sahip basit ekonomik güçler olarak görülemezler. Çünkü bir sınıf ve sınıf fraksiyonunun siyasal etkisi, kısmen de olsa devletin kurumsal yapısına ve devlet iktidarının etkilerine bağlıdır. İkinci olarak sınıf mücadelesi sivil toplumla sınırlı olmayıp, devlet aygıtının

tam kalbinde yeniden üretilmektedir. Poulantzas ayrıca, devletin, sermaye birikiminin engelsiz sürebilmesi için toplumsal bütünlüğü sağlama yönünde nesnel bir işlevi yerine getirdiğini öne sürer.”(Jessop: S.44)

Dolayısıyla devlet sınıfsal mücadele alanı olmakla birlikte, devlet yapılarını ve kurumlarını etkileme gücü olan sınıfların, sivil toplum örgütlerinin, sermaye organizasyonlarının etkisinde kalacaktır. Jessop’un açıklamasındaki *sınıf fraksiyonunun siyasal etkisi, kısmen de olsa devletin kurumsal yapısına bağlıdır* tespiti çok önemlidir. Devletin kurumlarının yapısı kamu-özel politika diyalogunu sağlamaya uygun bir yapı içeriyorsa devletin alacağı kararlar ve yapacağı yasal düzenlemeler o sınıfın taleplerine daha yakın olacaktır. Bu aşamada 1990’larda yönetim kavramı öne çıkmıştır. Ve bu çalışmada KÖÖ’nün koordinasyonunu sağlayan birim olarak ifade edilen YOİKK’de bir yönetişimin tüm özelliklerinin görüleceği bir kurumdur.

1970’sonrasında Devlet Yaklaşımları, Yönetişim ve Kamu-Özel Ortaklığı

1970’lere kadar ‘*Keynesyen ulusal refah devleti*’ uygulamaları sermaye birikiminin devamlılığını sağlama yönünde etkin olabilmişken 1970’lere geldiğinde mevcut yatırım alanlarında kâr oranlarının düşmesi ve sermayenin yeniden üretiminin koşullarının sağlanması için artık ulus devlet sınırları içerisindeki düzenlemelerin yeterli olmadığı bir ortamda tüm ölçeklerdeki reform gerekliliklerini karşılayacak yeni oluşumların ortaya çıktığı görülmektedir. Bu dönemde her ne kadar ulus devletlerin uyguladığı talep yönlü politikalar ve yönetim hataları eleştirilmiş olsa da krizin kaynağı başarısız devlet uygulamaları değil, kapitalist sistemin kendi iç mekanizmasından kaynaklandığı bilinmektedir. Yeni kâr alanı arayışı, henüz aynı seviyede kapitalistleşmemiş olan ve (gelişmekte olan ülkeler olarak adlandırılan) geç kapitalistleşmiş ülkelerde faaliyette bulunmanın erken kapitalistleşmiş ülkelerdeki kâr alanı sorununa ve aşırı biriken sermayenin yeniden üretime girmesine bir imkan sağlamış olacaktır. Sermayenin uluslararasılaşması olarak kavramlaştırılan bu eğilim, gidilecek olan ülkelerin risklerden arındırılmasına ve eş zamanlı olarak kurumsal ve yasal altyapının düzenlenmesini gerektirmekteydi. Bu ülkelerin yasal mevzuatları piyasanın etkin işlemesine olanak sağlayacak şekilde değildi. Bu nedenle 1980’ler ağırlıklı olarak “*minimal devlet*”, “*desantralizasyon*” ve “*özelleştirme*” politi-

kalarının öne çıktığı yıllar olmuştur. Böylece mevcut yapılar hızla bozulmakta ve yeni oluşumlar için alanlar açılmaktadır. Özelleştirmeler genellikle kamu iktisadi teşekküllerinin satışı ile gerçekleşmiştir. Kapitalistleşmenin erken evrelerinde gerekli özel sermayenin bulunmaması nedeniyle devlet eliyle yapılan ve işletilen kurumlar, artık yeteri kadar birikim sağlamış olan özel girişimcilere devredilmiştir. 1980'ler Türkiye gibi birçok ülkede yoğun olarak özelleştirmelerin devam ettiği yıllar olmuştur. Ayrıca 1989'a kadar Sovyet Bloğunun hala ayakta olması devlete karşı olan söylemin devamlılığını sağlamıştır, ancak 1989'da Sovyet Bloğunun alternatif bir model olma iddiası ortadan kalktığında devlete yönelik söylemlerde²⁷ belirgin bir değişim görülmektedir. Ancak bu değişimin nedenleri sadece Sovyet Bloğunun çöküşü değil aynı zamanda deregülasyon sürecinin tamamlanmasıyla artık yeni yönetim yapısının ortaya koyulması için uygun tarihsel ve kurumsal yapının var olmasıdır. Böylece 1990'lara gelindiğinde "minimal devlet" anlayışı yerine "Yönetişim" kavramı öne çıkmıştır. Bu kavram devlet, piyasa ve üçüncü sektör olarak adlandırılan sivil toplum örgütlerinin (STÖ) yönetime dahil olmasının önünü açan bir tanımlamadır. Yönetişim yapılarının oluşması için mevcut kurumsal ve ilişkisel yapının değişmesi gerektiriyordu. Bu gereklilik sermayenin uluslararasılaşması için gerek duyduğu çeşitli düzeylerdeki (ulusal, bölgesel, uluslararası) yasal düzenleme talepleri ile de örtüşmektedir. Uluslararası kuruluşlar yayınladıkları çeşitli raporlarla bu taleplerin kavramsal ve teorik altyapısını oluşturmuşlardır. DB birçok raporunda geç kapitalistleşmiş ülkelerin kalkınabilmeleri için daha fazla yabancı sermaye yatırımı çekmeleri gerektiğini ve bunu yapabilmek için de yatırım ortamının iyileştirilmesinin gerekliliğini ileri sürmektedir. 1992'de yayınladığı 'Governance and Development' raporunda ise kalkınma ile yönetişimin bağıni kurarak, yönetişimi kalkınmanın olmazsa olmaz koşullarından biri olarak ortaya koymuştur.²⁸ Ve 1994'deki 'Governance' raporunda yönetişimi;

²⁷ "Piyasaların değişime ve bir tür düzenlemeciğe ihtiyacı vardır. Piyasa ve devlet yaşamsal olarak birbirine bağlıdır." (Weiss ve Hobbson: 1999)

Küçük devletten daha iyi işleyen yönlendirici / katalizör devlet yaklaşımına ihtiyaç vardır. (Hirst ve Tompson)

Network State: "Piramit devlet modeli yerine, kurumlar arasında bağlar oluşturacak olan, eşgüdümün önemli olduğu, ekonomi sağlayan ve sinerjiden yararlanan devlettir." (Klicksberg, 1994)

²⁸ Governance and Development (1992) Washington D.C. The World Bank

“bir ülkenin kalkınması için, ekonomik ve sosyal kaynaklarının yönetiminde iktidarın kullanılması üslubu”²⁹ olarak tanımlamaktadır. Sadece kalkınma ve yönetim bağı değil eş zamanlı olarak mevcut devlet yapısının kalkınmayı önleyen yanları olarak da yolsuzluk, yönetimin şeffaf olmaması gibi nedenler ileri sürülmüştür. Bu nedenler devletin yeniden yapılandırılmasının ve dönüşümünün toplumun bilincinde meşru zemininin oluşmasını sağlamıştır. “Devletin yeniden yapılandırılmasındaki kritik aşama iktidarın; sivil toplum örgütlerine, özel sektör aktörlerine, piyasa ile devlet arasındaki alanda yer alan bağımsız kamu kuruluşlarına, uluslararası örgütlere yaygınlaştırılmasıdır. Bu çerçevede yurttaşlık kategorisinin yerini kamu hizmetlerini tüketen ‘müşteri’ ve ‘tüketici’ kategorisi almaktadır.”³⁰ Görülmektedir ki yönetim modeli ile önerilen devletin kanun ve tüzükler aracılığı ile oluşturduğu yapısal çerçevenin oluşumunun pür devlet bürokratları tarafından değil, bir nevi kamu-özel ortaklığı çerçevesinde gerçekleştirilmesidir.

İkinci önemli değişim ise tanımlanan bu yönetim şeklinin devletin mevcut kurum ve kuruluşlarının kamu hizmeti ve vatandaş algısını dönüştürmesidir. Her bir kurumun verimlilik ve maliyet etkinliği bağlamında hareket etmesi devletin kurumlarının iç işleyişinin özel sektör mantığı ile hareket etmesine ve birimlerin her birinin şirket mantığı ile işlemesine neden olmaktadır. Zira Türkiye’de de birçok kamu hizmeti sunan kurum, ya özelleştirilmiş ya da şirket mantığı ile işletilmeye başlanmıştır. Yönetişim, devletin organizasyon yapısının ve kurumlarının iç mimarisinin dönüşmesini sağlarken, sürece özel sektör ve üçüncü sektör olarak adlandırılan STÖ’nin de dahil edilmesini sağlamaktadır. Böyle bir yapılanmada doğal olarak devlet karşıtlığına gerek kalmamıştır. Karşıtlık yerini **ortaklığa** bırakmaktadır.

Dönüşümün ikinci ayağı ise Kamu-Özel Ortaklığı olarak ifade edilen ve devletin kurumlarının özel sektör mantığı ile verimlilik ve kârlılık analizleri kapsamında işletilmesidir. Devlet kurumlarındaki KÖO’nun yarattığı dönüşüme değinmeden önce KÖO’nun kavramının ortaya koyulması gerekmektedir.

²⁹ Governance (1994): The World Bank’s Experience, Washington D.C. The World Bank

³⁰ S. Bayramoğlu; Yönetişim Zihniyeti (s.53)

Avrupa Birliği'nin Green Paper'da KÖÖ'na yönelik olarak yaptığı tanımlama oldukça geniş tutulduğu için önemlidir. "PPP kamu ile özel sektör arasında altyapı hizmetlerinin finansmanı, yapımı, yenilenmesi, işletilmesi ve bakımı ile hizmetlerin sunulmasına ilişkin olarak gerçekleştirilen bir Ortaklık yöntemidir. Bu tür bir Ortaklığın kapsamı değişken olmakla birlikte genelde, yatırım ve hizmetlerin finansmanı, tasarlanması, yapımı, işletilmesi ve bakımını içerir." (Green Paper: 2004)

Bu geniş tanımlamanın yanında çeşitli çalışmalarda KÖÖ'nün belirli yönlerinin öne çıkartıldığı çok çeşitli tanımlamalar yapılmaktadır. Bunlardan bazıları şöyledir;

- "Bir kamu kurumu ve özel sektör kuruluşunun, kâr amaçlı ya da kâr amaçlı olmayan, geleneksel olarak kamu tarafından yerine getirilen bir faaliyeti birlikte/ortaklaşa üstlenmelerine ilişkin bir düzenleme,
- Kamu ve özel sektör işbirliğine dayalı kurumsal düzenlemeler,
- Havalimanları, kamu binaları ve su sistemleri gibi büyük, sermaye yoğun ve uzun vadeli kamu altyapı yatırımlarını yapmak veya kentsel gelişim projelerini üstlenmek için çoğunlukla en az bir kamu kuruluşu ve özel şirketlerden oluşan bir konsorsiyum arasında gerçekleşen karmaşık ilişkiler bütünü,
- Kamu hizmetlerinin geleneksel sözleşmeyle gördürülmesi yönteminin yerini alan yeni bir yönetim aracı ve ya yönetişimin en yeni biçimi,
- Kamu hizmetlerinin görülmesine özel sektör katılımını mümkün kılan eski, yerleşik usulleri içererek genişleten ve yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının başlıca unsurlarından biri haline gelen yeni bir yöntem tarzı ve idari örgütlenme biçimi,
- Özelleştirmenin yeni bir biçimi,
- Yetki ve sorumlulukların, maliyet ve risklerin, gelir ve kazançların paylaşıldığı; karşılıklı kazanma taahhütlerinin geçerli olduğu ve taraflar arasındaki sınırın belirsizleştiği modeller,
- Özel sektörle bir hizmetin tasarlanması, yapımı, kiralanması, ortaklık kurulması ve finansmanının sağlanması, işletilmesi gibi unsurla-

rın bileşiminden oluşan ve özel hukuk hükümlerine tabi sözleşmeler üzerinden uygulanan işbirliği modeli,

- Şirketlerin “sosyal sorumluluk” politikaları temelinde kamusal sorunların (özellikle de finansman sorununun) çözümüne katkı sağlama girişimlerinin en üst aşaması olarak çeşitli biçimlerde tanımlanan kamu-özel ortaklığı, kamu ve özel sektör arasındaki her türlü işbirliği ilişkilerini kapsamaktadır.” (Güzelsarı: Mülkiye Dergisi)

Bu tanımlamalarda ortaklaştırılan nokta KÖO'nun devletin, kamu hizmeti olarak üstlendiği faaliyet alanlarında özel sektör ile işbirliği yapmasıdır. Bu tanımlamada kamu hizmeti olarak ifade edilen hizmetlerin içeriği önemlidir. Çünkü daha önce devletin üretmek zorunda olduğu bazı metaların ve hizmetlerin, sermaye birikiminin geldiği aşama itibarıyla artık devletin ürettiği geleneksel hizmetler sınıflandırmasından çıktığını görmekteyiz. Daha önceleri enerji üretimi, iletişim, haberleşme, güvenlik gibi alanların çeşitli nedenlerle (stratejik önem, kamusal mal olma vb.) devlet tarafından hizmet ve meta üretimi gerçekleştirilmekteyken, günümüzde birçok ülke bu sektörleri özelleştirerek, piyasa sistemi içerisinde özel şirketlerin yatırım yapacağı alanlar haline getirmiştir. Dolayısıyla özelleştirme gibi bir araç olmasına rağmen neden KÖO gündeme getirilmiştir ve önemli bir uygulama alanı haline getirilmiştir? Sorusu önem kazanmaktadır.

KÖO üzerine oluşan literatürde bazı çalışmalar özelleştirmenin olumsuz yönlerine ve toplumsal muhalefete karşı çıkabilmek için KÖO'nun geliştirildiğini ve bunun kullanılmasının daha iyi sonuçlar vereceğini ileri sürmektedir. Böyle bir yaklaşım devlete araçsal yaklaşımın en belirgin izlerini taşımaktadır. Zira böyle bir kabul, devletin sermayenin taleplerini uyguladığını ve KÖO'nun tek yönlü bir süreç olarak algılanmasına neden olacaktır. Oysa daha fazla sermaye yatırımı çekebilmek ve diğer yatırım alanları (ülkeler, bölgeler) ile rekabet edebilmek için en önemli gelir kaynağı olan dolaysız vergileri düşüren devletin, kendi varlığını sürdürebilmesi ve temel işlevlerini yerine getirebilmesi için KÖO modeli bir çıkış yolu olmuştur. KÖO modeli ile gerçekleştirilen projelerin devlet açısından desteklenmesinin nedenleri; finansman olanaklarının çeşitlenmesi, maliyetlerin düşürülmesi ve riskin paylaşılması gibi sayılabilirken, özel sektör açısından ise sermayeye yeni değerlendirme alanı yaratılması nedeniyle desteklenmektedir. Çift taraflı talep ve ihtiyaçların ortaya çıkarttığı bu süreç Türkiye’de çok daha yeni gün-

deme geldiği için daha çok kamuya sağlayacağı yarar üzerine söylemler geliştirilirken bu süreçte daha erken giren Almanya deneyimi üzerine Alman Ekonomi ve Kalkınma Bakanı Heidemarie'nin 1999'da yaptığı açıklama KÖO'nun hem devlet hem de özel sektör için nasıl bir çıkış yolu olduğunu göstermesi açısından dikkat çekicidir.

*“Bir tarafta büyüyen talepler ve diğer tarafta endüstrinin artan işbirliği talepleri tek bir **sihirli çözüm**ü öngörüyor: Özel ve kamu arasında işbirliği yapılmak zorundadır.”*(Heidemarie Wieczorek-Zeul,1999) Heidemarie'nin henüz 1999'da sihirli çözüm vurgusu ile tanımladığı KÖO yöntemi görülmektedir ki yaygın söylemdeki gibi özelleştirmenin ve özel sektöre yani sermayeye yeni yatırım alanları açmak için tek taraflı olarak bir dayatma ya da zorlama değildir. Bu çerçevede KÖO, sermayenin yeni kâr alanı arayışlarına cevap olurken, maliyet etkin (cost-effective) bir model olarak, özel sektörün rekabetçi, yenilikçi yaklaşımını, performans artışı getiren, etkinlik kazandıran ve böylece potansiyel olarak vergi yükümlülerine büyük faydalar sağlayan yönetim tecrübesini kamu yatırım ve hizmetlerine aktarmaktadır. Dolayısıyla KÖO uygulamaları değerlendirilirken sermayenin talepleri ve yönetim modeli çerçevesinde yasal düzenlemelere müdahil olma etkisi küçümsenmemekle birlikte, devletin kendini ekonomik olarak var etme mücadelesi de dikkate alınmalıdır.

Belirtildiği üzere, KÖO yöntemi ile projelerin gerçekleştirilmesi için devletin kurumsal yapısında ve yasal düzenlemelerde değişiklik yapılması gerekmektedir. Yönetişim yapılarıyla belirttiğimiz yönetim işlevine sermayenin nüfuz etmesini sağlayan yapıların oluşturulması da önemlidir. Bu anlamda KÖO, devletin kurumsal yapısındaki dönüşüm ve tanımladığımız ilişkileri koordine edecek bir yapıya gerek duyulmaktadır. Yatırım Ortamını İyileştirme Koordinasyon Kurulu bu alanda Türkiye'deki koordinasyon işlevini gerçekleştiren kurum olarak önem taşımaktadır.

Yatırım Ortamını İyileştirme ve Koordinasyon Kurulu ve KÖO:

YOİKK 2001 yılında Bakanlar Kurulu Prensipl Kararı ile Yatırım Ortamını İyileştirme Reform Programının kabul edilmesi ile kurulmuştur. Reform programında YOİKK reform programını yürütecek olan teknik komite faaliyetlerini yönlendirecek, izleyecek ve programın takvimini

belirleyecek olan oluşum olarak tanımlanmaktadır. Avrupa Birliği'nin raporlarında ise YOİKK Kamu-Özel politika diyalogu olarak tanımlanmaktadır. YOİKK gerçekten de kamu kesiminden birçok kurum ve kuruluşun katılımını ve özel kesimden ise sermayenin belirli bir birikim seviyesine ulaşmış sermaye fraksiyonlarının örgütlerinin katılımıyla oluşmaktadır.

KÖO açısından YOİKK'in önemini kendi web sayfasında kurumu ifade ederken kullandığı tanımlamada görmek olasıdır.

“Türkiye'de yatırımların önündeki idari engellerin kaldırılması, mevzuat ve uygulamada gerekli değişikliklerin yapılarak, yatırım ortamının yerli ve yabancı yatırımcılar için elverişli duruma getirilmesi amacıyla, 11.12.2001 tarihli Bakanlar Kurulu Prensipl Kararı ile 'Türkiye'de Yatırım Ortamının İyileştirilmesi Reform Programı' kabul edilmiştir. Kısaca YOİKK olarak adlandırdığınız bu girişim, kuruluşundan bu güne, **kamu ve özel sektörün etkin bir işbirliği içinde çalıştığı kurumsallaşmış bir oluşumdur.** (yoikk.gov.tr)

Kendini tanımlamasından da görüleceği üzere YOİKK kamu özel ortaklığının yönetim alanında uygulanmasının ifadesidir. Kuruluş aşamasında kamu-özel politika diyalogu olarak tanımlanan YOİKK'in kamu kesimini Başbakanlık, Hazine Müsteşarlığı, Türk Patent Enstitüsü ve KOSGEB oluşturmaktaydı ancak bugün birçok bakanlık bünyesinde YOİ çalışmaları yürüten ve YOİKK teknik komite programlarına katılan birimler oluşturulmuştur. Özel kesimde ise kuruluş aşamasında TOBB, TUSIAD ve YASED bulunmaktaydı, daha sonra bu sermaye örgütlerine TIM'de eklenmiştir. Böyle kapsamlı bir organizasyonun ve kamu-özel politika diyalogunun oluşturulmasının nedeni nedir? sorusuna cevap aranmalıdır. YOİKK'in kurulmasını öngören reform programı birçok alanda ve sürekliliği olan yasal ve kurumsal düzenlemeyi içermektedir. Bu alanlar sermaye birikiminin yapısal sınırlarına ulaştığı dönemlerde yasalar ve düzenlemelerin oluşturduğu engelleri ortadan kaldırmaya yönelik olarak oluşturulmaktadır. Zira adından da belli olduğu üzere daha fazla sermaye yatırımı yapılmasına yönelik olarak yatırım yapmayı engelleyen yasal ve kurumsal düzenlemeleri değiştirmeyi hedeflemektedir.

YOİKK sermaye açısından değerlendirildiğinde iki önemli işleve sahiptir. Birincisi yukarıda da belirtildiği üzere genel olarak sermayenin biri-

kim sürecinde geldiği aşama itibariyle toplumsal ve kurumsal yapıda birikime engel oluşturacak düzenlemelerin ortadan kaldırılmasıdır. Bu işlev erken kapitalistleşmiş ülkelerdeki biriken sermayenin uluslararasılaşması aşamasında Türkiye gibi geç kapitalistleşmiş ülkelerle kurulan ilişkilerde de açığa çıkmaktadır. Bu konuda Von Hardenberg, Sermayenin uluslararasılaşması sürecinde KÖO'nun nasıl kullanıldığına yönelik bir açıklaması şöyledir: “İlk olarak PPP'nin birçok çeşitli sektörde kullanılabilir **çok esnek bir araç** olduğunu fark ettik. İkinci olarak özel şirketlerin sadece Çin veya Hindistan gibi gelişen piyasalar değil Mali ya da Bangladeş gibi fakir ülkelerde de aktif olmak istediklerini gördük. Ve bu klasik kalkınma işbirliğinin yerine geçebilecek bir yol bulduk.” (www.inwent.org) işte bu esnek aracın uygulanabilmesi için sermaye-devlet arasındaki ilişki üzerinden devletin kurumsal ve yasal altyapısının uyumlaştırılması işlevini YOİKK sağlamaktadır.

İkinci işlevi ise bireysel sermayeler arasında tanımlanabilir. Her bir bireysel sermaye yatırım yaptığı alan ve birikim sürecinin kurduğu ilişkiler itibariyle farklı politika ve düzenleme taleplerinde bulunabilmektedirler. Bu farklı talepler sermayelerin tercih ettikleri bireysel birikim stratejilerinden kaynaklanır. Örneğin YOİKK bünyesinde faaliyet gösteren Sektörel İzinler Komitesi altında yapılan düzenlemelerde bu düzenlemelerin hazırlanma aşamasında sürece dahil olan sermaye fraksiyonları farklı taleplerde bulunabilecektir. Ve bu farklı taleplerin bir bütünlük içinde eritilerek koordine edilmesi YOİKK'in işlevlerinden biridir. YOİKK'in koordinasyon işlevi iki düzeyde tanımlanabilir. Bunlardan ilki sermaye fraksiyonları arasındaki farklı taleplerin koordine edilmesidir – ki her koordinasyon belirli bazı taleplerden vazgeçilmesini de içermektedir. İkinci bir koordinasyon ise reform çalışmalarının yapıldığı birçok alanın birden fazla kamu kurumunun alanına girmesi nedeniyle, gerek bu kurumların gerekse ilgili mevzuatın birbiri ile koordine edilmesidir. Henüz YOİKK'in kuruluş aşamasında, Hazine Müsteşarlığının teknik komiteler ile yaptığı çalıştayda sektörel izinler komitesinin faaliyet alanı ile ilgili olarak belirlenen eksiklikler koordinasyon ihtiyacını görünür kılmaktadır. “Sektörel ve diğer özel izin süreçlerinin gereksiz bir şekilde karmaşık olduğu belirtilerek bazı sektörlerle ilişkin izin süreçlerinde kamu kurumları arasında **yetki çatışması** bulunması” olarak tanımlanan koordinasyon eksikliğinin giderilmesi önemlidir.

YOİKK'in bu işlevinin KÖO modeli ile gerçekleştirilecek uygulamalar üzerinden ortaya çıkan iki örnek ile daha görünür kılabiliriz. Daha önce de bahsedildiği gibi Türkiye'de KÖO projelerinin önemli ilk uygulamaları sağlık sektöründe ortaya çıkmıştır. Bu alanda yapılması beklenen büyük projeler sermaye-sermaye ilişkisi olarak da çatışmaların görünür olmasına neden olmaktadır. Bir grup sermaye, KÖO ile yapılacak olan dev kampus hastanelerine ortak olmak isterken, diğer bir grup ise daha önce özel hastane yatırımı yapan sermayelerden oluşmaktadır. Çünkü KÖO ile gerçekleştirilecek olan yeni kampus hastaneleri, özel hastanelere maliyet ve ölçek açısından önemli bir rakip haline gelmektedir. Aynı sektöre yatırım yapan ancak iki farklı strateji ile sağlık alanına giren sermayeler arasındaki rekabetin ve çatışmanın ne ölçüde olacağını A. Yıldırım'ın konuyla ilgili demecinden yapılan haber şöyle ifadelemektedir: “Şu an 10 projenin ihale aşamasında olduğunu ve tüm projelerin ihalelerinin ise 1 yıl içerisinde tamamlanarak bu alanda rekor kırılacağını da dile getiren Yıldırım, ‘Türkiye ortalamalarında özel hastanelerinin maliyetiyle aynı maliyette daha kaliteli yapılar yapılacak. İnşaatların yapım süreleri 1 ila 3 yıl arasında değişecek. Yani 3 bin 500 yataklı bir hastane 3 yılda tamamlanarak bize muayeneye hazır bir şekilde anahtar teslim yapılacak.’ Görülmektedir ki özel hastanelerle aynı maliyetlerde ancak ölçek açısından çok daha büyük hastaneler kısa sürede devreye girerek mevcut özel hastanelerin bu ölçek ve maliyetlerle rekabet edebilecek düzenlemeleri kendi üretim süreçlerinde gerçekleştirmelerine imkan kalmadan sağlık sektöründe faaliyet gösteren sermayeler arasında önemli bir değişim (elenme) gündeme gelecektir. KÖO bir model olarak özel hastanelere yatırım yapan belirli bir kesimi dışlarken, rekabet düzeyi yüksek büyük sermayeleri süreçte içermektedir. Bu süreçte önemli olan sermayeler arasındaki rekabet sürecine devletin sermayenin belirli kesimleriyle kurduğu ilişkinin etkide bulunmasıdır.

OSHAD Özel Hastaneler Derneğinin Genel Sekreteri Cevat Şengül'ün ifadeleri devletin düzenlemelerinin sermayeler arasındaki mücadelede öneminin de göstergesi niteliğindedir. “(Özel Hastaneler Yönetmeliği) *Bu yönetmeliğe göre özel hastaneler yeni hekim dahi alamıyor. SGK ve sağlık uygulama tebliği düzenlemeleri ağır. Biz hareket edemezken kamu sağlık yatırımlarının Kamu Özel Ortaklığı desteği ile de son hızla devam etmesinin özel hastaneleri olumlu etkileyeceğini söylemek saflık olur.*” diyerek tepkisini dile getirirken, devletin belli bir sermaye kesimi-

mini desteklediğini de “Bakanlık özel hastaneleri üvey evlat gibi görmemeli” sözü ile ifade etmektedir. (Mehin Öner/ Forbes Dergisi)

KÖO Daire Başkanlığının Gaziantep projesinin ihalesine katılabilecek olan sermayeler için belirlediği kriterler ise bu uygulamalar ile sürece rekabet gücü yüksek, belirli büyüklükteki sermayelerin içerildiğini açık olarak göstermektedir: “(...) son beş yıl içinde hastane veya sağlık kuruluşlarına yıllık ortalama en az 1.000.000 TL tutarında görüntüleme hizmeti vermiş olması, (ç) son beş yıl içinde hastane veya sağlık kuruluşlarına, yıllık ortalama en az 1.750.000 TL tutarında laboratuvar hizmeti vermiş olması şeklindedir. İsteklilerin ayrıca ISO 9001-2000 Kalite Yönetim Sistemi Belgesi ve 14001 Çevre Yönetim Belgesi sunması gerekmektedir. İhale, 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabi değildir.” (www.kamuozel.gov.tr)

Alıntıda belirtilen kriterler tamamen kamu yararına ve önemli limitler gibi algılanabilir ancak sermayenin KÖO ile ilgili gelişmelere nüfuz etmek için gerek YOİKK gerekse farklı platformlarda taleplerini gündeme getirdiği görülmektedir. Bu taleplere bakıldığında görülmektedir ki limitler ve düzenlemeler en etkin olan sermayeler tarafından gündeme getirilmektedir.

Sermayenin Kamu Özel Ortaklığı'na müdahil olma çabalarından bazı örnekler verildiğinde sürecin sermaye birikimi açısından önemi görülebilecektir.

YOİKK'in yıllık çalışma programına önerilerde bulunan ve belirleyici olan Yatırım Danışma Konseyi'nin (YDK) 2008'de yaptığı toplantı sonucunda açıkladığı hareket planında KÖO ile ilgili geliştirilecek projelerde sermayenin ihtiyaç duyacağı ancak sadece KÖO projesine dahil olunması alanında değil bu alanda faaliyet gösterecek olan sermayelerin üretim sürecinde ihtiyaç duyacağı emek gücüne yönelik öngörü ve talepler dahi dile getirilmiştir.

- Kamu-özel sektör işbirliği çerçevesinde yabancı dil becerisi ve teknik eğitim öncelikli olmak üzere özel sektörün ihtiyaçları ile uyumlu eğitim ve öğretimin geliştirilmesi;
- Girişimcilik, liderlik ve yönetim becerilerinin geliştirilmesi için sanyai-üniversite diyalogunun pekiştirilmesi,

- İş gücü piyasası reformlarına, iş gücü piyasasının esnekliğini daha da artıracak ve aynı zamanda iş gücünü koruyacak bir yaklaşımla devam edilmesi,
- Kamu-özel sektör işbirliği/yap-işlet-devret projeleri için uygun bir sözleşme ve yasal altyapı ile birlikte özellikle ulaşım ve bilgi teknolojileri alanında altyapının geliştirilmesi.

Gene uluslararası sermayenin talepleri de Uluslararası Yatırımcılar Derneği'nin (YASED) KÖO ile ilgili yaptığı çalışmalarda dile gelmektedir. YASED bu konu ile ilgili olarak 16.10.2008 tarihinde Kamu Özel Ortaklığı semineri düzenleyerek, bu uygulamanın kamu ve özel sektörün ilgi alanını ve modelin uygulanmasını nasıl etkileyebilecekleri üzerine çalışma yapmıştır. Toplantıda belirli sermayeler KÖO ile ilgili düzenlemelerden beklentilerini net bir şekilde ortaya koymuşlardır. Bunlardan Garanti Bankası Proje ve Satınalım Finansmanı Birim Müdürü Mustafa Tiftikçioğlu'nun somut talepleri önemlidir. KÖO modelinde, *"(..) dahil oldukları projelerdeki deneyimleri doğrultusunda modelin yasal çerçevesinin oluşturulması ve uygulanmasında proje finansörlerinin doğrudan anlaşma yapmasının mümkün olmasının, step-in (projeye finansman sağlayacak finans kuruluşlarının hisseleri devralma) hakları öngörülmesinin önemini vurguladı.* (www.yased.org.tr) Gene özel sektörden Denton Wilde Sapte ortaklarından Dominic Spacie, Devlet Planlama Teşkilatının, KÖO ile ilgili kanun tasarısı ile ilgili olarak taleplerini ve görüşlerini gündeme getirdiği de belirtilmektedir.

Diğer bir çalışma ise YASED'in Ocak 2011 tarihinde yayınladığı ve üyeleri arasında yaptığı Barometre Araştırmasının sonucuna bağlı olarak yakın dönemde beklenen en önemli mevzuat değişiklikleri listesinde Kamu ve Özel sektör işbirliği (PPP) Kanunu adı altında listede önemli bir sırada yer aldığını göstermiştir. (www.yased.org.tr)

Verilen örnekler ve taleplerin dile getirildiği çalışmalar göstermektedir ki sermayenin kendi içindeki rekabet süreci açısından hem de yeni birikim alanları sağlanması açısından KÖO uygulamaları ilerleyen günlerde daha da önemli bir konuma gelecektir. Ancak henüz değinmediğimiz ve çok önemli olan ikinci bir ilişki ise KÖO sürecinden etkilenecek olan kamu-kamu ilişkisidir. Bu ilişki de iki düzeyde tanımlanacaktır. İlk KÖO projelerinin ve kurumsal düzenlemelerinin yapılmasını içeren alanda kamu kurumları arasında uzlaşma sağlanması gerekmektedir. Zira

daha önce bu alanı düzenlemeyle yetkili olan kamu kurumlarının bazıları süreçten dışlanmakta, yerine başka kurumlar öne çıkmaktadır. KÖO mevzuatının oluşturulması aşamasındaki çalışmalara bakıldığında özellikle iki aktörün birbiri ile rekabet halinde olduğu görülmektedir. Bu aktörler, Kamu İhale Kurumu ve Devlet Planlama Teşkilatıdır. Daha önce Gaziantep Salık Kampusunun ihalesine katılmanın şartlarında belirtildiği üzere *'İhale, 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabi değildir.'* denilerek KÖO modeli ile gerçekleştirilecek olan proje, Kamu İhale Kurumu'nun yetki ve müdahale alanının dışında tutulmaktadır. Avrupa Birliği bazı metinlerde AKP hükümetinin bu tarz Kamu İhale Kanunu kapsamında değerlendirilmeyen istisnai uygulamalarına tepki göstermektedir.

Kamu- kamu ilişkisinin ikinci boyutu ise KÖO ile gerçekleştirilecek olan projelerin daha önce kurulmuş olan birçok kamu hastanesi konumundaki tesislerin kapatılacağına dile getirilmesinde ortaya çıkmaktadır. Henüz kapatmalar gerçekleşmemekle birlikte projeler hızla tamamlandığında mevcut devlet hastaneleri belirli bir düzenleme ile kapatılacağı görülmektedir. *"Kayseri'de sağlık kampüsünün tamamlanmasıyla birlikte Nuh Naci Yazgan , Kayseri Eğitim ve Araştırma ile kadın doğum hastanesinin kapatılacağını söyledi."* Bu koşullar altında mevcut kamu hastanelerindeki personele yönelik düzenlemeler, boşa çıkan taşınmazların ve binaların değerlendirilmesine yönelik düzenlemeler ve hastaların yeni kampus hastanelerinden hangi yöntemle ve nasıl bir katılım payı ile yararlanabileceklerinin düzenlenmesine yönelik birçok dönüşüm gerekmektedir. Tüm bu ilişkilerin ve düzenlemelerin ise bazı kesimlerin haklarını kaybetmesine bazılarının ise daha avantajlı bir konuma gelmesine neden olacağı şimdiden görülmektedir. Dolayısıyla KÖO'nun uygulanabilmesi için çatışan çıkarları uzlaştıracak koordinasyon işlevinin hızlı ve etkin bir şekilde yerine getirilmesinin de sağlanması bir zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır.

SONUÇ:

Görülmektedir ki KÖO sadece kamu ve özel tarafından büyük projelerin gerçekleştirilebilmesi için bir finansman yöntemi, risk paylaşımı ya da maliyet yöntemi olmaktan çok daha geniş bir alanda etkilere ve dönüşümlere neden olmaktadır. Bu nedenle çok öznel ve birçok ilişkiyi dönüştüren bu sürecin koordinasyonunun sağlanması gerekmektedir. YOİKK çeşitli sermaye fraksiyonlarının çatışan talep ve çıkarlarının

koordinasyonunu (sermaye-sermaye) ve kamu kurum ve kuruluşlarının (kamu-kamu) koordinasyonunu sağlamaktadır. Ancak Türkiye'deki KÖO süreci henüz sermayeler arası uzlaşının tam anlamıyla sağlanabildiği bir ortamı yaratamamıştır. Gerek bu modele muhalif olanların başlattığı yargı süreçleri gerekse uygulamanın nasıl yapılacağına yönelik net bir yasanın ortaya çıkmamış olması tartışmaları arttırmaktadır.

Çatışma alanlarını ve çelişkilerin kamu düzenlemeleriyle ortadan kaldırılmasına yönelik reform önerilerinde bulunan ve bu nedenle de koordinasyon kurulu olarak tanımlanan YOİKK'in KÖO konusundaki çatışmaları uzlaştıramamış olmasının en önemli nedenlerinden biri bu uygulama ile gerçekleştirilecek olan projelerin toplumun büyük bir kısmını etkileyecek olması ve ikinci gerekçe ise projelerin çok büyük olmaları nedeniyle birçok sermaye tarafından ilgi gösterilen bir alan olmasıdır.

Diğer bir tartışmalı alan olan, KÖO'nun bir çeşit özelleştirme uygulaması olması iddiası ise KÖO kapsamında dilendirilen yap-işlet-devret modeli için kabul edilebilir bir tanımlama olabilirken, KÖO'nun yeni bir uygulama olarak ilgi uyandırmasının ve *mucizevi bir yöntem* olarak ifade edilmesinin nedeni mülkiyeti devlette kalan kiralama uygulamalarıdır. Ve bu uygulamalar özelleştirme olarak tanımlanamazlar. Çünkü bu uygulamalar, KÖO olması nedeniyle piyasada farklı etkiler ortaya çıkartmaktadır. Bu etkiyi, özelleştirme uygulamasından farkını da ortaya koyacak şekilde şöyle açıklayabiliriz; özelleştirmede söz konusu işletmenin ya da kamu kurumunun mülkiyeti, herhangi bir bireysel sermayeye geçmektedir. Böylece özelleştirilen bu kurum artık piyasa koşullarına göre faaliyette bulunacaktır. Bu da kamu-hizmetleri ya da mallarında ortaya çıkabilecek (market-failure), piyasa hatalarına yani daha az rekabetçi bir hizmet sunumuna neden olabilecektir. Ancak KÖO'ile yapılan kamu hizmeti sunumu gibi uygulamalarda sözleşme usulüne göre hizmet alımı yapıldığından bireysel sermayeler arasındaki rekabet devam etmektedir. Sermaye devletin belirlediği fiyattan ve koşullardan o hizmeti sağlamak zorundadır. Böylece özelleştirmede olduğu gibi devlet sadece ihale sürecinde bir tercihte bulunmamakta aynı zamanda sözleşme yenileme dönemlerinde de sermayeler arasında tekrar tercihte bulunabileceği için sermayeler arasındaki rekabet devam etmektedir. Bu yönüyle KÖO uygulaması kamu hizmeti gibi geniş kitlelere sunulan bir alanda, tek bir bireysel sermayenin söz sahibi

olmaması ve sürekli rekabet sürecinin devam etmesi nedeniyle bu hizmetlerin fiyatlarını düşürerek genel olarak sermaye birikimine katkıda bulunacaktır. Bu açıdan KÖÖ, piyasa hataları olarak adlandırılan ve rekabetin engellendiği teknelci süreçlerin oluşmasını da engellediği için genel olarak sermaye birikimi açısından birikimi artırıcı etkide bulunmaktadır.

Bu nedenle KÖÖ özelleştirmenin bir çeşidi olarak algılanmamalı ve yarattığı tüm farklılıklar dikkatle takip edilmelidir. Etkilediği toplumsal kesimlerin genişliği nedeniyle de sürece müdahil olmanın yolları aranmalıdır. Bu alandaki gelişmeleri ve sermayenin taleplerini takip etmek için YDK ve YOİKK hareket planlarında belirtilen reformların takip edilmesi, düzenlemelerin gerçekleşmeden önce öngörülmesinde de yol gösterici olacaktır.

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ HUKUKSAL NİTELİĞİ

OTURUM BAŞKANI: AV. ZİYNET ÖZÇELİK
ÇEŞİTLİ ÜLKELERDEKİ KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI
UYGULAMALARININ HUKUKİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ
Yrd. Doç. Dr. Mine KASAPOĞLU TURHAN*

GİRİŞ

Dünyada kamu hizmetinde hızlı bir dönüşüm yaşanmaktadır. Türkiye de bu dönüşüm rüzgarından nasibini almaktadır. "Kamu özel ortaklığı" (KÖO) kavramının ortaya çıkmasıyla, kamu hizmetindeki dönüşüm, daha belirgin bir şekilde kendisini göstermektedir. Türkiye'de ise bu kavram 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na eklenen bir madde ile sağlık alanında tartışılmaya başlanmıştır. Dünyada ise bu kavram, 1980'li yıllarda İngiltere'de ortaya çıkmış ve zamanla dünyanın birçok ülkesinde kullanılır olmuştur.

I. KÖO KAVRAMI ve TANIMI

A. Kavram

Özel sektörün kamu hizmetine uzun zamandan beri katılmasına rağmen, 1990'ların başında KÖO kavramı ile birlikte, kamu hizmetinde bir dönüşüm yaşanmış ve devletin ve özel sektörün kamu hizmetindeki rolleri yeniden tanımlanmaya başlamıştır. Aslında, kamu hizmetinin özel kişilere gördürülmesi yeni bir uygulama değildir. Örneğin, Eski Roma dönemine kadar uzanan imtiyaz yöntemi, 17 ve 18. yüzyıllarda Fransa'da nehir kanalları ve köprü yapımı ile devam etmiş ve 19.yüzyılda elektrik, gaz, ulaştırma gibi hizmetlerle altın çağını yaşamıştır³¹. Dolayısıyla, kamu hizmetinin özel kişilere gördürülmesi, KÖO

* İzmir Ekonomi Üniversitesi Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

³¹ **TAN Turgut**, "Kamu Hizmeti İmtiyazından Yap-İşlet-Devret Modeline", AÜSBFD, 1992, C.47, S.3-4, s.309 (s.307-325); **UZ Abdullah**, "Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (PPP) (Kavram ve Hukuksal Çerçeve)", Gazi Üniversitesi Hukuk

kavramının kullanılmasıyla başlamamıştır. 1990'lı yıllarda KÖO kavramı ile başlayan uygulamalar da (örneğin İngiltere'de 1992'de uygulanmaya başlanan özel finansman girişimi (PFI) yöntemi, aslında kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülmesi niteliğindedir.

Ülkemizde de kamu ile özel sektörün ortaklığına yönelik uygulamalar Osmanlı İmparatorluğu dönemine kadar uzanmakta olup, çeşitli kamu hizmetlerinin ve altyapının sağlanmasında özel sektör katılımından yararlanılmıştır³². Şu anda ülkemizde uygulanmakta olan yap-ışlet-devret, yap-ışlet, işletme hakkı devri ve yap-kirala gibi modeller aslında kamu özel ortaklığı uygulamalarının birer örneğidir.

Liberal ekonomi politikalarının ve küreselleşmenin etkisiyle günümüzde popüler bir kavram haline gelen “*kamu özel ortaklığı*” (KÖO), bir sözleşme tipi değildir³³. KÖO, kamu altyapı ve hizmetlerine ilişkin projelerin gerçekleştirilmesi için geliştirilen, idare ile özel sektör arasında uzun süreli esnek bir sözleşme ilişkisine dayanan ve kamu hizmetlerinin görülmesine ve/veya finansmanına idare ile özel sektörün birlikte katılımını öngören, finansman, altyapı ve hizmet sağlama modellerinin tümü için kullanılan bir üst kavramdır³⁴. 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapılması Hakkında Kanun md.3/a'da, KÖO modellerinden biri olan yap-ışlet-devret modelinin, ileri teknoloji veya yüksek maddi kaynak ihtiyacı duyulan

Fakültesi Dergisi C. XI, S.1-2, Y.2007, s.1169; **ÇAL Sedat**, Türkiye'de Kamu Hizmeti ve İmtiyazın Dönüşüm Öyküsü, TOBB Yayın Sıra No:58, Ankara 2008, s.218

³² **TAN**, s.309; Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı Genel Gereği, DPT, s.1, <http://ekutup.dpt.gov.tr/haber/ahd/ahd.asp>, (Son erişim tarihi, 28.04.2011)

³³ **SİRMEN Lale**, “Sözleşme Hukuku Açısından Yap-İşlet-Devret Modeli”, Yap-İşlet-Devret Modelinin Uygulanmasında Ortaya Çıkan Sorunlar ve Öneriler Sempozyumu (Ankara, 19 Haziran 1996), İkinci Baskı, Banka ve Ticaret Hukuku Araştırma Enstitüsü, Sözköken Matbaacılık, Ankara 1999, s.11

³⁴ **GÜZELSARI Selime**, “Kamu Özel Ortaklıklar Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme”, Kamu Yönetimi Yapı İşleyiş Reform (Ed.Barış ÖVGÜN), Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, Kamu Yönetimi Araştırma ve Uygulama Merkezi (KAYAUM) Yayını-5, Ankara, Ekim 2009, <http://yonetimbilimi.politics.ankara.edu.tr/karasuPPP.pdf>, (Son erişim tarihi, 28.04.2011), s.43; **KARASU Koray**, “Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi”, Kamu Yönetimi Yapı İşleyiş Reform (Ed.Barış ÖVGÜN), Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, Kamu Yönetimi Araştırma ve Uygulama Merkezi (KAYAUM) Yayını-5, Ankara, Ekim 2009, <http://yonetimbilimi.politics.ankara.edu.tr/karasuPPP.pdf>, (Son erişim tarihi, 28.04.2011), s.80

projelerin gerçekleştirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilen özel bir finansman modeli olduğu belirtilmektedir. Ancak, KÖO sadece bir finansman modeli olmayıp, aynı zamanda bir işlemler ve sözleşmeler bütünüdür ve baştan sona bir süreci ifade eder³⁵. Bütün KÖO modellerinde temel amaç, kamu altyapı ve hizmetlerinin idarenin gözetimi ve denetimi altında, belli bir ölçüde özel sektöre gördürülmesidir, yani hepsinde amaç aynıdır³⁶. Modeller arasındaki asıl fark, özel sektör tarafından üstlenilen işin kapsam ve niteliği, risklerin taraflar arasında nasıl ve hangi oranda paylaşıldığı ile yatırım ve hizmet bedelinin kim tarafından (idare veya hizmetten yararlananlar) karşılandığı gibi konulardan kaynaklanmaktadır³⁷.

KÖO, kamu borçlanmasına konan sınırlamalar ve özelleştirme ile ilgili olumsuz yaklaşımlar nedeniyle, “özelleştirme” kavramına bir alternatif olarak geliştirilmiştir. Kamu-özel ortaklığı kavramıyla özelleştirme kavramına göre daha olumlu bir izlenim yaratılmak istenmiş ve böylece özel sektörün kamu hizmetlerinde pazar payı elde etmelerini teşvik etmek amaçlanmıştır³⁸.

Özelleştirmede, mevcut kamusal varlıkların özel sektöre devri, KÖO’da ise gelecek kamusal varlıkların özel sektöre devri söz konusudur. Sorumluluk ise özelleştirmede özel sektöre aitken, KÖO’da özel sektör ile kamu arasında paylaşılmaktadır. Özelleştirmede ve kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülmesinde devletin üstlendiği roller de farklıdır: Dar (teknik) anlamda özelleştirmede, devletin rolü aktörlükten (piyasa oyunculuğundan) düzenleyen ve denetleyen bir konuma dönüşmektedir; diğer bir ifadeyle, özelleştirmede devletin özel sektör üzerindeki denetim yetkisi, ekonomik kolluk yetkisidir³⁹; kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülmesinde ise idarenin yakın denetim ve gözetim yetkisi, kolluk yetkisi niteliğinde değildir; hizmetin nihai sorumluluğu yine idare

³⁵ **ZABUNOĞLU Yahya**, “Yap-İşlet-Devret (YİD) Konusunda Yasal Düzenleme Örnekleri ve Yargı Kararlarının Işığında Yeni Bir Düzenleme Modeli”, Yap-İşlet-Devret Modelinin Uygulanmasında Ortaya Çıkan Sorunlar ve Öneriler Sempozyumu (Ankara, 19 Haziran 1996), İkinci Baskı, Sözkesen Matbaacılık, Ankara 1999, s.53

³⁶ **UZ**, s.1168

³⁷ **UZ**, s.1168

³⁸ **HALL David**, PPPs in the EU-a Critical Appraisal, 2008, www.psisu.org/reports/2008-11-PPPs-crit.doc, (Son erişim tarihi, 27.03.2011), s.3

³⁹ **UZ**, s.1168

reye aittir⁴⁰. Kısacası, KÖÖ'lar kapsamında özel kişi tarafından görülen hizmet kamu hizmeti niteliğini taşımakta ve idarenin hizmet alanından tümüyle çekilmesi söz konusu olmamaktadır; bu nedenle KÖÖ'ların tipik "özelleştirme" olarak değerlendirilmesi mümkün değildir⁴¹. KÖÖ'larda idarenin belirgin bir rolünün olması bu uygulamayı özelleştirmeden; özel sektörün hem hizmeti hem de finansmanı sağlaması nedeniyle de klasik ihale yönteminden ayırmaktadır⁴². Ayrıca, özelleştirmeyle mevcut bir kamusal varlık ve kamusal iş özel sektöre devredilirken, KÖÖ'larda yeni bir hizmet alanı ve iş de yaratılabilmektedir⁴³.

B. Tanım

KÖÖ kavramının tanımı çeşitli şekillerde yapılmaktadır:

Örneğin, Avrupa Komisyonu tarafından hazırlanan KÖÖ'lara ilişkin Yeşil Kitap'a⁴⁴ göre KÖÖ kavramı genel olarak, bir kamu hizmetinin sunumunu ya da bir altyapının finansmanı, yapımı, yenilenmesi, işletilmesi ve bakımını sağlamak amacıyla kamu kurum ve kuruluşları ile iş dünyası arasında işbirliği kurulmasına ilişkin yöntemleri ifade eder (md.1).

OECD tarafından yapılan tanıma göre, KÖÖ, özel kişinin kamu hizmetini, idarenin hizmet sunumu hedefleri ile kendi kar hedefleri uyumlu olacak şekilde yürüttüğü ve bu uyumun etkinliğinin, yeteri kadar riskin özel hukuk kişisine aktarılmasına bağlı olduğu, idare ile özel kişi arasında imzalanan sözleşmedir⁴⁵.

⁴⁰ **ÖZAY İlhan**, Günışığında Yönetim, Ankara 2004, s.250; **GİRİTLİ İsmet/BİLGEN Pertev/AGÜNER Tayfun**, İdare Hukuku, 2.Basım, Der Yayınları, İstanbul 2006, s.847; **UZ**, s.1168

⁴¹ **KARASU**, s.80

⁴² **GÜZELSARI**, s.58

⁴³ **GÜZELSARI**, s.58

⁴⁴ **Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law On Public Contracts and Concessions** (Kamu Özel Ortaklıkları ve Topluluk Hukukunda Kamu İhaleleri ile İmtiyazlara İlişkin Yeşil Kitap), **COM (2004) 327 final, Brussels, 30.04.2004**

⁴⁵ Public-Private Partnerships in Pursuit of Risk Sharing and Value for Money, OECD, 2008, s.12

IMF tarafından yapılan tanıma⁴⁶ göre ise KÖÖ'lar, geleneksel olarak idare tarafından sağlanan altyapı ve kamu hizmetlerinin, özel sektör tarafından sağlanması üzerine kurulan sözleşmelerdir. IMF'ye göre, özel sektörün kamu yatırımlarını finanse etmesine ve yürütmesine ek olarak, KÖÖ'lar iki önemli özelliğe daha sahiptir:

- Birincisi, özel sektörün, yatırımın yanında hizmeti de görmesi,
- İkincisi ise riskin önemli bir kısmının idareden özel sektöre aktarılmasıdır.

Avrupa Yatırım Bankası tarafından yapılan tanıma göre ise, kamu özel ortaklığı, kamu altyapı ve hizmetlerinin sağlanmasına ve sunulmasına yardımcı olmak için, genellikle özel sektör kaynaklarını ve/veya uzmanlığını kullanma amacıyla, idare ile özel sektör arasında kurulan ilişkiler için kullanılan genel bir terimdir⁴⁷.

DPT tarafından hazırlanan Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı'na⁴⁸ göre, *kamu özel ortaklığı modelleri*, altyapı yatırımlarını ve/veya kamu hizmetlerini gerçekleştirmek üzere, bir projenin tasarımı, finansmanı, yapımı ve işletilmesi ile mevcut bir yatırımın yenilenmesi, kiralanması, geliştirilmesi, bakım-onarımının yapılması ve işletilmesinde, bu yatırım ve hizmetlerin idare ile özel sektör arasında maliyet, risk ve getirilerinin paylaşılması suretiyle, özel sektör katılımının sağlandığı yöntemlerdir.

Görüldüğü üzere, KÖÖ kavramının üzerinde uzlaşmış tek bir tanımı yoktur. Tek tip bir KÖÖ modeli de yoktur. Ülkeden de ülkeye, farklı KÖÖ modelleri uygulandığı görülmektedir.

⁴⁶ Public-Private Partnerships, Government Guarantees and Fiscal Risk, International Monetary Fund, Washington DC, 2006, s. 1

⁴⁷ Public-Private Partnerships in Pursuit of Risk Sharing and Value for Money, OECD, 2008, s. 17

⁴⁸ <http://ekutup.dpt.gov.tr/haber/ahd/taslak.pdf>, (Son erişim tarihi, 28.04.2011); Türkiye'de ilk olarak yap-işlet-devret, yap-işlet ve işletme hakkı devri uygulamaları ile gündeme gelen ve 1984 yılından bu yana çeşitli sektörlerde örneklerine rastladığımız KÖÖ'lar, 2007 yılında DPT'nin hazırladığı bu kanun tasarısı taslağı ile düzenlenmiştir. Taslak, yasama yılının sona ermesi ile kadük hale geldiği halde, KÖÖ'lar ile ilgili ilk kapsamlı ve çerçeve niteliğinde düzenleme olması nedeniyle, Türkiye'de KÖÖ'ların hukuki niteliği, kapsamı, finansman şekli ve örgütlenme biçiminin anlaşılmasına yönelik önemli bir referans kaynağı olma özelliğini taşımaktadır.

Yukarıda yapılan tanımlardan yola çıkarak, KÖO kavramını şu şekilde tanımlamak mümkündür: **KÖO, bir kamu altyapı ve/veya hizmetine ilişkin bir projenin tasarımı, finansmanı, yapımı, işletilmesi veya mevcut bir altyapının yenilenmesi, kiralınması, geliştirilmesi, bakım ve onarımının yapılması ve işletilmesi için, idare ile özel kişi arasında risklerin paylaşıldığı, yatırım ve hizmet bedelinin, hizmetten yararlananlarca veya idare tarafından veya her ikisi tarafından özel kişiye sözleşme süresince uzun vadede ödendiği, uzun süreli sözleşme ilişkisine dayanan modellerdir.**

Belirtilen tanımlardan da yola çıkarak KÖO'ların ortak unsurlarını şu şekilde belirtebiliriz:

- İdare ile özel kişi arasında imzalanan uzun süreli bir sözleşme ilişkisinin varlığı
- Özel kişi tarafından kamu altyapı ve hizmetlere ilişkin bir projenin tasarımı, finansmanı, yapımı, işletilmesi veya mevcut bir altyapının yenilenmesi, kiralınması, geliştirilmesi, bakım ve onarımının yapılması, işletilmesi
- İdare ile özel kişi arasında projeye konu altyapı ve hizmetlerin risklerinin paylaşılması⁴⁹
- Yatırım ve hizmet bedelinin, hizmetten yararlananlarca veya idare tarafından veya her ikisi tarafından, özel kişiye, sözleşme süresince uzun vadede ödenmesi⁵⁰

Bu unsurlara bakıldığında, KÖO'ların da aslında bir tür kamu hizmeti imtiyazı⁵¹ niteliğinde olduğu anlaşılır; ancak KÖO'lar, tabii olduğu hu-

⁴⁹ KÖO modelleri, tüm risklerin özel kişiye yüklenmesi fikrini terkederek, riskin, onu daha iyi yönetebilecek tarafa yüklenmesi fikrini benimsemişlerdir.

⁵⁰ HALL, s.3

⁵¹ "İdare hukukunda imtiyaz kavramı, kamu hizmetinin yürütülmesi yöntemlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Kamu hizmetinin, uzun süreli bir "idari sözleşme" uyarınca, sermayesi, kârı, hasar ve zararı kendilerine ait olmak üzere özel hukuk kişilerince yerine getirilmesine İMTİYAZ denir. Gereksinimler karşısında yönetimin işinin çokluğu ya da kaynak bulmadaki güçlükler, kimi zaman bu yöntemin uygulanmasını zorunlu kılmakta ve kamu hizmetinin özel girişime gördürülmesine olanak sağlamaktadır. Konusu, kamu hizmetinin kurulmasını ve/veya işletilmesini bir özel kişiye devretmek olan sözleşmeler

kuki rejim, risk paylaşımı, mali düzenlemeler ve örgütlenme şekli ile ilgili olan bazı önemli özellikleri ile imtiyazdan ayrılmaktadır⁵².

KÖO'da altyapı ve hizmetlerin gerçekleştirilmesinde, kamu ve özel sektörün, en iyi oldukları konularda yükümlülükleri üstlenmesi suretiyle, bir ortaklık kurmaları söz konusudur⁵³. Kamu özel ortaklığı başlangıçta, sadece ülkelerin altyapı yatırımlarının karşılanması için ihtiyaç duyulan finansmanı sağlamak üzere başvurduğu bir yol olarak görülüyordu. Günümüzde ise KÖO'larla, finansmanın yanında özel sektörün verimli işletmecilik becerilerinden de yararlanmak amaçlanmaktadır. Böylelikle, devletin rolü, sadece yatırımların koordinasyonu, genel planlama, denetleme ve politika belirleme gibi konularla sınırlı olmaktadır⁵⁴.

II. DÜNYA'DA KÖO'LARIN DOĞUŞU VE GELİŞİMİ

KÖO modelleri ile geleneksel olarak devlet tarafından sağlanan altyapı ve hizmetlerin özel sektör tarafından üstlenilmesi amaçlanmıştır. KÖO modelleri dünyada ilk olarak 1990'lı yıllarda ulaşım sektöründe uygulanmıştır. Günümüzde KÖO'lar, genellikle sosyal ve ekonomik altyapı projelerinde uygulanmakta ve özellikle hastaneler, okullar, cezaevleri, otoyollar, köprüler, tüneller, hafif raylı sistemler, havalimanları, hava trafik kontrol sistemleri, su ve kanalizasyon tesisleri gibi büyük ölçekli projeleri gerçekleştirmek için kullanılmaktadır⁵⁵.

Kamu özel ortaklıklarının ortaya çıkmasının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Kamu özel ortaklığı kavramının doğuşunda öncelikle liberal ekonomi politikalarının ve küreselleşmenin etkisi vardır. Bu etkinin yanı sıra, KÖO'ların her ülkede uygulanmaya başlanmasının farklı nedenleri de bulunmaktadır. Kamu özel ortaklığının gerek nedenleri, gerekse

"kamu hizmeti imtiyaz sözleşmeleri" olarak tanımlanmaktadır." AYM, E.1994/71, K.1995/23, 28.06.1995

⁵² KARASU, s.12

⁵³ ANDRADE Alexandre/RAQUEL André Santos, Public-Private Partnership in Portugal-The Legal Structure of the Public Private Partnership Contract and the Peripheral Contracts, European Public Private Partnership Law Review, Vol.1, 2010, s.46

⁵⁴ Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı Genel Gerekçesi, DPT, s.3, <http://ekutup.dpt.gov.tr/haber/ahd/ahd.asp>, (Son erişim tarihi, 28.04.2011)

⁵⁵ Public-Private Partnerships, Government Guarantees and Fiscal Risk, International Monetary Fund, Washington DC, 2006, s.1

uygulanma şekilleri siyasi, idari, mali ve sosyal koşullara ve çeşitli sektörlerlere göre ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Ancak, kamu özel ortaklığı modelinin savunucuları, bu modelin uygulanmaya başlanmasının başlıca iki sebebi olduğunu ileri sürmektedirler: Bunlardan birincisi, finansman sıkıntısına bir çözüm aranması, ikincisi ise kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektörün işletme uzmanlığından yararlanma gereksinimidir. Nitekim, 1990'lı yıllarda birçok ülke, sınırlı finansman kaynakları ve artan devlet borçları nedeniyle, bir formül arayışına girmiş ve bu dönemde, özel sektör sermayesi -özellikle büyük altyapı projelerinde- bir kurtarıcı olarak görülmüştür⁵⁶. Nitekim 03.07.2005 tarih ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na Bir Ek Madde Eklendi Hakkında Kanun'un genel gerekçesinde de ülkemizde sağlık alanında KÖO'lara duyulan ihtiyacın nedenleri arasında bütçe imkanlarının sınırlı olması ve bunun sonucu olarak sağlık hizmetinin kaliteli, adil ve sürdürülebilir bir şekilde sunulabilmesi için, özel sektörün finansman kaynaklarından yararlanmanın zorunlu olması sayılmaktadır.

Diğer yandan, kamu özel ortaklığı modeline şüpheyle yaklaşanlar ise, işlem maliyetleri, hesap verilebilirlik ve sorumluluğa ilişkin kuralların belirsizliği, hizmetin yetersiz kalma riski gibi bazı potansiyel sorunlara işaret etmektedirler⁵⁷. Bu nedenle, KÖO'ların projenin yürütülmesi esnasında hesaplı olması ve kamu yararına ilişkin hedeflerin yerine getirilmesi açısından mikro-ekonomik faydalar sağlayabilmesine karşın, KÖO'ların kamu sektörünün karşı karşıya olduğu finansman problemi- ne mucizevi bir çözüm yolu olarak sunulmasının doğru olmadığı da ileri sürülmektedir⁵⁸. Kısacası, her bir proje için, KÖO kurulması seçeneğinin diğer seçeneklerle (daha geleneksel tarzda sözleşmeler) kıyaslanması ve KÖO'nun gerçek bir fayda (katma değer) sağlayıp sağlamayacağı konusunda bir değerlendirme yapılması gerekir.

⁵⁶ Public-Private Partnerships in Pursuit of Risk Sharing and Value for Money, OECD, 2008, s.11

⁵⁷ VRANGBÆK Karsten, "Public-Private Partnerships in the Health Sector: the Danish Experience", Health Economics, Policy and Law, Vol.3, 2008, s.142

⁵⁸ **Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law On Public Contracts and Concessions** (Kamu Özel Ortaklıkları ve Toplum Hukukunda Kamu İhaleleri ile İmtiyazlara İlişkin Yeşil Kitap), **COM (2004) 327 final, Brussels, 30.04.2004, md.5**

III. AVRUPA BİRLİĞİ'NDE KÖO'LAR

Avrupa Birliği mevzuatında, KÖO'lar hakkında özel bir düzenleme bulunmamaktadır. Ancak, Avrupa Birliği'nde KÖO kavramının ilk kez açıkça ifade edildiği temel kaynak, 2004 yılında Avrupa Komisyonu tarafından düzenlenen Kamu Özel Ortaklıkları ve Topluluk Hukukunda Kamu İhaleleri ile İmtiyazlara İlişkin Yeşil Kitaptır⁵⁹. Yeşil Kitap KÖO'ları, kamu ihaleleri ve imtiyazlara ilişkin Topluluk Hukukuna göre ele almaktadır.

Avrupa Birliği'nde kamu alımları (ihaleleri) alanını düzenleyen temel direktifler 2004/18/EC ve 2004/17/EC sayılı Direktiflerdir ve KÖO'lar konu itibarı ile Avrupa Birliği'nin kamu alımlarını (ihalelerini) düzenleyen müktesebatı içerisinde yer almaktadır. Söz konusu Direktiflerde KÖO'lara ilişkin özel düzenlemeler bulunmamakla birlikte, bu Direktiflerdeki ihale usulleri, KÖO'lar için de geçerlidir. Bu nedenle, KÖO'lar da Kurucu anlaşmadan kaynaklanan, özellikle de **şeffaflık, eşit muamele, orantılılık, karşılıklı tanıma ilkelerini** içeren iş kurma ve hizmet sunma serbestisine (AT Anlaşmasının 43. ve 49. maddeleri) ilişkin kural ve ilkeler çerçevesinde değerlendirilmelidir (Yeşil Kitap md.8).

Ayrıca, Avrupa Birliği tarafından 2003 yılında *Başarılı KÖO'lar Rehberi* yayımlanmıştır. Rehber'de, KÖO'ların olumlu ve olumsuz yanları, başarılı olmaları için gerekli koşullar belirtilmiş, ayrıca YİD gibi KÖO modellerinin başlıca özellikleri, uygulanmaları, güçlü ve zayıf yönleri açıklanmıştır⁶⁰. Rehber'de Avrupa Birliği'nin, KÖO uygulamalarında özel sektörden başlıca beklentileri dört başlıkta sıralanmaktadır:

- Ek finansman kaynaklarının temini
- Alternatif işletme ve uygulama becerilerinin geliştirilmesi
- Kamu yararının sağlanması

⁵⁹ **Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law On Public Contracts and Concessions** (Kamu Özel Ortaklıkları ve Topluluk Hukukunda Kamu İhaleleri ile İmtiyazlara İlişkin Yeşil Kitap), **COM (2004) 327 final, Brussels, 30.04.2004**

⁶⁰ **EKER Ali Yıldırım**, "Kamu Özel Sektör Ortaklıkları", Bütçe Dünyası, C.2, S.25, Bahar 2007, s.64

- İhtiyaçların daha iyi tanımlanması, kaynakların optimal kullanımının sağlanması

Yeşil Kitap, KÖÖ'ları "**Sözleşmeden Doğan KÖÖ'lar**" ve "**Kurumsal KÖÖ'lar**" olmak üzere ikiye ayırmaktadır: Bu ayrım, üye devletlerde karşılaşılan farklı KÖÖ uygulamalarının iki temel model üzerinde yoğunlaştığı gözlemine dayanmaktadır (Yeşil Kitap md.20):

- Sözleşmeden Doğan KÖÖ'lar: Altyapı veya hizmetin tasarım, finansman, işletme, yenileme veya kullanımını içeren bir veya daha fazla işin özel kişiye verildiği sadece sözleşmeye dayalı ortaklıklar ifade eder.
- Kurumsal KÖÖ'lar: İdare ile özel kişinin birlikte bir şirket kurdukları ve altyapı veya hizmeti ortak şirket aracılığıyla kamu yararına sundukları modeldir.

A. Sözleşmeden Doğan KÖÖ'lar

Yeşil Kitap'ta kullanılan "*tamamen sözleşmeden doğan KÖÖ*" kavramı farklı aktörler arasında yalnızca sözleşmeden doğan ilişkiye dayanan ortaklığı ifade etmektedir.

Dünya'da KÖÖ sözleşmeleri iki ana şekilde yapılmaktadır:

- Birincisi, hizmet bedelinin (su hizmetleri, otoyollar vs.) özel kişiye hizmetten yararlananlar tarafından ödendiği imtiyaz sözleşmeleri (modeli): Özel ortak ile hizmetten yararlananlar arasında doğrudan bir bağ kuran modeldir. Bu modelde özel ortak, idarenin yerine, ancak onun yakın gözetimi ve denetimi altında kamuya bir hizmet sunar. Bu modelin bir diğer özelliği ise, söz konusu hizmetten yararlanarlardan toplanan hizmet bedellerinin yanı sıra gerekli görülen durumlarda idare tarafından sağlanan sübvansiyonlarla ortak yükleniciye ödeme yapılmasıdır.
- İkincisi ise, ödemenin özel kişiye idare tarafından yapıldığı sözleşmelerdir⁶¹. Bunun tipik örneği İngiltere'de "**ÖZEL FİNANSMAN GİRİŞİMİ** (private finance initiative-PFI)" olarak adlandırılan KÖÖ

⁶¹ HALL, s.3

modelidir⁶². Bu modelde, özel sektöre ödenen hizmet bedeli söz konusu altyapı ya da hizmetten yararlananlardan alınan kullanım ücretleri aracılığı ile değil ancak idare tarafından özel ortağa düzenli olarak yapılan ödemeler yolu ile karşılanır. Bu ödemeler sabit olabilir ya da örneğin söz konusu altyapı ya da hizmetin erişilebilirliği veya söz konusu altyapı ya da hizmetin kullanım oranı gibi farklı değişkenler kullanılarak hesaplanabilir.

B. Kurumsal KÖO'lar

KÖO'ların iki tür sözleşme şeklinden başka, bir de Avrupa Komisyonu tarafından ortaya konulan üçüncü şekli vardır. O da “Kurumsal KÖO”dur. Burada KÖO'lar kurumsal bir yapıya sahiptirler. Bu yapı itibarıyla, idare ve özel sektör arasında kurulan ortaklık ayrı bir tüzel kişilik altında gerçekleşir.

Yeşil Kitap'ta ele alınan anlamıyla, kurumsal KÖO, idare ve özel ortağın ortak girişimiyle yeni bir tüzel kişi oluşturulmasıdır. Bu çerçevede kurulan karma şirket, yapım işlerinin ve hizmetlerin kamu yararına sunulmasını sağlamakla sorumludur. Üye devletlerde, özellikle yerel hizmetlerin sunulması söz konusu olduğunda (örneğin su dağıtım hizmetleri, atık toplama hizmetleri), üye devletlerin kimi zaman bu tip yapılara başvurdukları görülmektedir. Örneğin, İtalya, Macaristan, Çek Cumhuriyeti ve diğer bazı ülkelerde kısmen belediyeye ve kısmen de özel şirkete ait olan su dağıtım şirketleri ile belediye arasında, su dağıtım hizmetlerinin yürütülmesi amacıyla KÖO kurulduğu görülmektedir⁶³.

DPT tarafından hazırlanan Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı'nda da KÖO projesini gerçekleştirmek üzere, ihaleyi yapan idare ile ihaleyi kazanan şirket veya ortak girişim

⁶² HALL, s.3; Özel Finansman Girişimi anlamına gelen PFI kavramı İngiliz hükümetinin özel finansman kullanarak, kamu altyapısını yenilediği bir programın ismidir. Aynı model, kimi temel değişikliklerle diğer Üye Devletlerde de kullanılmıştır. Örneğin Almanya'da “Betreibermodell”in geliştirilmesi esnasında PFI modelinden esinlenilmiştir.

⁶³ HALL, s.3

tarafından Türk hukukuna göre bir anonim şirket kurulabileceği belirtilmektedir⁶⁴.

Yeşil Kitap'a göre, idare ve özel ortak arasında tüzel kişiliğe sahip bir platformda doğrudan işbirliği sağlanması, idarenin, kurulan ortak şirketin karar verme mekanizmalarında ve hissedarlarından oluşan çeşitli yapılanmalarda yer alması vesilesi ile, projenin geliştirilmesi konusunda daha çok kontrol sahibi olmasını sağlayacaktır. Bu da zaman zarfında değişen koşullara kendini daha iyi adapte edebilmesini sağlayacaktır. Bu çerçevede, özel ortağın desteğine başvuran idare söz konusu hizmetin sunulması konusunda kendi tecrübelerini de arttıracaktır (Yeşil Kitap m.54).

C. Avrupa Birliği Müktesebatına Göre KÖO'larda İhale Usulleri ve Rekabetçi Müzakere (Diyalog) Usulünün Kabul Edilmesi

1. Genel Olarak

Avrupa Birliği'nin kamu alımları (ihaleleri) alanını düzenleyen temel direktiflerinden 2004/18/EC sayılı Direktif⁶⁵ klasik kamu ihalelerini (yapım işleri ile mal ve hizmet alımı ihalelerini) ve 2004/17/EC sayılı Direktif⁶⁶ ise su, enerji, ulaştırma ve posta hizmet sektörlerinde faaliyet gösteren kuruluşların ihalelelerini düzenlemektedir. İhalelere ilişkin yeni Direktiflerde açık ihale usulü ve belli istekliler arasında ihale usulü yanında rekabetçi diyalog usulü getirilmiş ve pazarlık usulü kapsamında düzenlenen kimi işlerin bu usulle yapılması öngörülmüştür. Diğer taraftan pazarlık usulünün kullanılacağı haller daha ayrıntılı olarak düzenlenmiştir. KÖO'lar konu itibarı ile Avrupa Birliği'nin kamu alımlarını

⁶⁴ Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı m.3/1-1: "**Görevli Şirket:** Bu Kanun kapsamında KÖİ projesini gerçekleştirmek üzere ihaleyi kazanan şirket veya ortak girişim tarafından veya ihaleyi yapan idare ile ihaleyi kazanan şirket veya ortak girişim tarafından Türk hukukuna göre kurulan anonim şirketi ifade eder."

<http://ekutup.dpt.gov.tr/haber/ahd/taslak.pdf>. (Son erişim tarihi, 28.04.2011)

⁶⁵ 31 Mart 2004 tarihli Avrupa Parlamentosu ve Konseyi'nin Kamu Yapım İşleri, Kamu Mal Alımları ile Kamu Hizmet Alım İhale Usullerinin Koordinasyonuna İlişkin 2004/18/EC sayılı Direktifi

⁶⁶ 31 Mart 2004 tarihli Avrupa Parlamentosu ve Konseyi'nin Su, Enerji, Ulaştırma ve Posta Hizmet Sektörlerinde Faaliyet Gösteren Kuruluşların İhale Usullerinin Koordinasyonuna İlişkin 2004/17/EC sayılı Direktifi

(ihalelerini) düzenleyen müktesebatı içerisinde yer aldığından, söz konusu Direktiflerde KÖO'lara ilişkin özel düzenlemeler olmasa bile, bu Direktiflerdeki ihale usulleri, KÖO'lar için de geçerlidir.

Türk mevzuatında, sağlık alanında KÖO sözleşmelerine ilişkin olarak yapılacak ihalelerde, "rekabetçi müzakere usulü" düzenlenmemektedir. Sadece, açık ihale usulü, belli istekliler arasında ihale usulü veya pazarlık usulü uygulanabilir. Türkiye'de sağlık alanında KÖO sözleşmelerine ilişkin bu ihale usulleri yönetmelikle belirlenmiştir. **3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ek madde 7'ye göre**, bu maddeye göre yapılacak iş ve işlemler, 8.9.1983 tarihli ve 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 4.1.2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'na tabi değildir. Bu maddenin uygulanmasına ilişkin esas ve usuller ile ihale yöntemi; gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerinde aranılacak nitelikler, sözleşmelerin kapsamı ve konuya ilişkin diğer hususlar Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine müsteşarlıklarınca müştereken hazırlanarak Bakanlar Kurulu kararı ile yürürlüğe konulur. Bu Kanun hükmüne dayanılarak, Bakanlar Kurulu tarafından "*Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapılmasına ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik*"⁶⁷ çıkarılmıştır. Dolayısıyla, bu hükme göre, sağlık alanında kamu özel ortaklığı sözleşmeleri için yapılacak ihalelerde, ihale usullerini belirleme yetkisi, yasama organına değil, idareye aittir. Sağlık alanında KÖO sözleşmelerine ilişkin ihale usulünün kanunda açıkça düzenlenmesi gerekirken, Bakanlar Kurulu tarafından yönetmelikle düzenlenmesi, diğer bir ifadeyle idarenin kendi açacağı ihalede uygulanacak usul ve esasları kendisinin belirlemesi, ihale hukuku ilkeleri ile bağdaşmadığı gibi, Anayasaya da aykırıdır⁶⁸. Nitekim Anayasa Mahkemesi bazı kararlarında, ihale usullerinin, kamu idarelerinin satacağı mal veya gördüreceği işlerde rekabet koşulları içinde en uygun teklifin oluşmasını gerçekleştirecek yöntemler olduğunu, bu nedenle kanunda yalnızca yöntem türlerinin değil, durum ve konuma göre hangilerinin uygulanacağını açıkça belirlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Anayasa Mahkemesi'ne göre, ihale komisyonla-

⁶⁷ RG, 22.07.2006, 26236

⁶⁸ **KUTLU Meltem**, İdare Sözleşmelerinde İhale Süreci, İzmir 1997, s.84; **KUTLU GÜRSEL Meltem**, "Sermaye Piyasası Kurulu'nun Denetimi", İrfan Baştuğ Anısına Armağan, DEÜHFD, C.7, Özel Sayı, İzmir 2005, s.510

rının hiçbir etki altında kalmadan çalışabilecekleri ortamın sağlanması gerekir. Bu nedenlerle, ihale usullerine ilişkin belirsizliğin giderilmemesi ve ihale komisyonlarının oluşumu, görev ve yetkilerinin yasama organınca düzenlenmemesi yasama yetkisinin yürütmeye devri niteliğinde olup, Anayasa'nın 7. maddesine aykırıdır⁶⁹. Dolayısıyla, sağlık alanında KÖO sözleşmelerine ilişkin olarak yapılacak ihalelerde, hangi durumda hangi ihale yönteminin uygulanacağını kanunda açıkça düzenlenmemesi ve idarenin kendi yapacağı ihalelerde ihale yöntemini kendisinin belirlemesi, Anayasa md.7'de düzenlenen yasama yetkisinin devredilmezliği ilkesine aykırıdır.

2. Rekabetçi Müzakere (Diyalog) Usulü

2004/18/EC sayılı Direktifin 29.maddesi, rekabetçi diyalog (müzakere) usulünü yeni bir ihale usulü olarak öngörmektedir⁷⁰.

Rekabetçi müzakere (diyalog) usulü, açık ihale usulü veya belirli istekliler arasında ihale usulü ile ihale edilemeyen “özellikle karmaşık” olarak kabul edilen ve idarelerin kendi ihtiyaç ve hedeflerini en iyi karşılayacak teknik yöntemi saptayamadığı ya da projenin hukuki ve/veya mali yapısını objektif olarak belirleyemediği durumlarda başvurulacak bir usuldür. Bu yeni usul ile, karmaşık sözleşmelere ve özellikle KÖO sözleşmelerine ilişkin ihalelerde ortaya çıkan kendine özgü ihtiyaçları karşılamak üzere, idareye, istekli özel hukuk kişileri ile karşılıklı tartışma olanağı tanıyarak, idarenin ihtiyaçlarına en iyi yanıt veren çözüm yolunu saptaması amaçlanmaktadır. Böylece, sözleşmeler imzalanmadan önce, taraflara karşılıklı esnek bir görüşme ortamı sağlanmaktadır. Rekabetçi müzakere (diyalog) usulü, daha çok KÖO'lara ilişkin ihalelerinin yapılmasında kullanılmaktadır.

Rekabetçi müzakere usulü eski direktiflerde yer alan pazarlık usulü ile belirli istekliler arasında ihale usulünün arasında bir usuldür⁷¹. Bu usul-

⁶⁹ AYM, E.1995/38, K.1996/7, 28.02.1996, AYM E.1997/35, K.1997/45, 09.04.1997

⁷⁰ Nitekim DPT tarafından hazırlanan Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı'nda da KÖO'lara ilişkin olarak yapılacak ihalelerde uygulanacak usuller arasında “Rekabetçi Diyalog” usulü de düzenlenmektedir. Bkz. <http://ekutup.dpt.gov.tr/haber/ahd/taslak.pdf>, Son erişim tarihi, 07.04.2011

⁷¹ **ÇALIK Oğuz**, Avrupa Birliği Yeni Kamu Alımları Direktiflerinin Yapım İhalelerine Getirdiği Değişiklikler, s.9 www.intes.org.tr/content/file/cozumarama/oguz_calik.pdf. (Son erişim tarihi, 17.05.2011)

de, fiyat teklifleri alınmadan ihalenin ilk aşamasında müzakerelerle uygun çözümün bulunması sağlanır. Daha sonra ikinci aşamada kararlaştırılan çözüme göre isteklerin fiyata ilişkin teklifleri alınır ve ekonomik olarak en avantajlı teklif seçilir.

IV. ÇEŞİTLİ ÜLKELERDEKİ KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI UYGULAMALARI

A. Genel Olarak

Dünyada KÖO uygulamalarına İngiltere ve Avustralya öncülük etmiştir. KÖO'lar ile ilgili ilk somut adım, İngiltere tarafından, 1992 yılında, bir KÖO modeli olan ve “*Özel Finansman Girişimi (OFG)-(Private Finance Initiative-PFI)*” olarak adlandırılan model ile atılmıştır⁷². Bunun ardından, Avustralya başta olmak üzere, birçok ülke KÖO modellerini uygulamaya başlamıştır.

İngiltere'den sonra diğer Avrupa Birliği ülkelerinde KÖO modellerinin uygulanmasının en önemli nedenlerinden biri ise, Maastricht Anlaşması'yla devlet borçlarına getirilen sınırlamalardır⁷³. Avrupa Birliği, üye ülkelerde KÖO'ların geliştirilmesini ve uygulanmasını teşvik etmektedir. AB ülkelerinin çoğu KÖO'ları kullanmaktadır. Yeni Zelanda ve daha yakın zamanlarda da Kanada ve ABD, KÖO'ları dar anlamda özelleştirme politikalarının bir unsuru olarak kullanmaya başlamışlardır. Diğer taraftan, yatırımcılar ve çok uluslu şirketler de, gelişmekte olan ülkelerde, KÖO'ların yaygın olarak kullanılmasını desteklemektedirler⁷⁴.

1990-2009 yılları arasında İngiltere, Avrupa'da tüm KÖO projelerinin üçte ikisini yürütmüştür. İngiltere hem toplam KÖO proje sayısından, hem KÖO toplam proje değeri bakımından birinci sırada yer alır⁷⁵. İngiltere'yi toplam projelerin %10'unu yürüten İspanya takip etmektedir. Fransa, Almanya, İtalya ve Portekiz ise sırasıyla toplam projelerin %2-5'ini yürütmüştür. Projelerin değerine bakıldığında, bi-

⁷² EKER, s.64

⁷³ HALL, s.3

⁷⁴ HALL, s.3

⁷⁵ Public Private Partnerships in Australia and Japan, Facilitating Private Sector Participation, Japan External Trade Organization (JETRO), Asia and Oceania Division, Overseas Research Department, August 2010, s.4

rinci sırada İngiltere, ikinci sırada İspanya ve üçüncü sırada ise ulaşım sektöründeki KÖÖ'ları ile Portekiz yer almaktadır⁷⁶.

Sektörel olarak incelendiğinde, İngiltere'de KÖÖ'ların en çok uygulandığı iki alan eğitim ve sağlıktır⁷⁷. KÖÖ'ların %35'i eğitim alanında, %34'ü ise sağlık alanındadır. Ulaşım sektöründeki KÖÖ'lar İngiltere'de toplam proje sayısının %4'ünü oluştururken, toplam değer %17'sini oluşturmaktadır ve bu alandaki KÖÖ'lar azalma eğilimi göstermektedir⁷⁸. Fakat İngiltere dışındaki Avrupa ülkelerine bakıldığında, KÖÖ'ların ulaşım alanında daha çok olduğu görülür⁷⁹. Son beş yılda ulaşım alanındaki KÖÖ'lar, toplam proje sayısının %41'ini, toplam değer ise %76'sını oluşturmaktadır. Eğitim ve sağlık alanındaki KÖÖ'lar ise İngiltere'nin aksine, ulaşım alanındakilerden sonra gelmektedir⁸⁰. KÖÖ'lar Avrupa'da 2008 yılından önce artış gösterirken, yaşanan mali kriz nedeniyle, 2008 yılından itibaren azalmaya başlamıştır⁸¹.

B. İNGİLTERE

İngiltere, dünyada KÖÖ'lar konusunda öncü ülkelerdendir. İngiltere'de *ÖZEL FİNANSMAN GİRİŞİMİ* modeli (PFI) kapsamında yapılan sözleşmeler, finansmanın özel kişi tarafından sağlanması suretiyle, kamu altyapı ve hizmetlerinin yine özel kişi tarafından görülmesi için idare ile özel kişi arasında yapılan sözleşmelerdir. Bu sözleşmelerde, hizmet bedeli özel kişiye idare tarafından yıllık taksitlerle ödenir.

İngiltere'de, KÖÖ'larda ihale sürecini düzenleyen özel bir düzenleme bulunmamaktadır. Dolayısıyla, bu konuda Avrupa Birliği'nin kamu ihalelerine ilişkin 2004/18 sayılı Direktifi, İngiliz Hukukuna aktarıldığı ölçüde uygulanacaktır.

⁷⁶ **KAPPELER Andreas/NEMOZ Mathieu**, Public-Private Partnerships In Europe-Before and During the Recent Financial Crisis, european Investment Bank, Economic and Financial Report, 2010/04, July 2010, s.8

⁷⁷ Public Private Partnerships in Australia and Japan, Facilitating Private Sector Participation, Japan External Trade Organization (JETRO), Asia and Oceania Division, Overseas Research Department, August 2010, s.4

⁷⁸ **KAPPELER/NEMOZ**, s.10

⁷⁹ Public Private Partnerships in Australia and Japan, Facilitating Private Sector Participation, Japan External Trade Organization (JETRO), Asia and Oceania Division, Overseas Research Department, August 2010, s.4

⁸⁰ **KAPPELER/NEMOZ**, s.11

⁸¹ **KAPPELER/NEMOZ**, s.20

İngiltere’de, KÖO’lar konusunda uzman birimler görev yapmaktadır. Bu birimlerden biri **İngiltere Ortaklıkları Birimi- Partnerships UK (PUK)**’dir. İngiltere Ortaklıkları Birimi, Maliye Bakanlığı ile özel sektör arasında kurulan ortak bir girişimdir. Diğer birim ise, **KÖO Programı Birimi- 4Ps**’dir. Bu birim ise, yerel yönetimler tarafından yürütülecek KÖO projelerinin ihale sürecinde koordinasyonunu sağlar . Ayrıca, Eğitim Bakanlığı’nda ve Sağlık Bakanlığı’nda KÖO projeleri ile ilgili olarak görev yapan birimler bulunmaktadır.

İngiltere, KÖO uygulamaları konusunda dünyada en tecrübeli ve en başarılı ülkelerden biri olduğu halde, İngiltere’de yürütülen KÖO projelerinin hepsi de başarılı sonuçlar vermemiştir. Örneğin, 2007 yılında, İngiltere’de en büyük KÖO projelerinden biri başarısızlığa uğramıştır. METRONET, Londra metro sisteminin bakımı ve yenilenmesi için kurulan iki ortaklıktan biriydi. Bu proje İngiltere’deki KÖO projelerinin toplam değerinin 1/6’sını oluşturuyordu. Ancak söz konusu projede, ortak şirketler tarafından beklenen getiri, risklerle karşılaştırıldığında, beklenenin çok altında olmuştur. Sözleşmede şirketlerin sorumlulukları çok sınırlı miktarda olduğundan, meydana gelen zarar ödenen vergilerden ve metro yolcularından alınan hizmet bedellerinden devlet tarafından karşılanmıştır. Bu olay da göstermiştir ki, uygulamada, KÖO’ların her zaman, kamu sektöründen özel sektöre etkili bir risk transferi sağladığı iddiası, gerçeği yansıtmamaktadır⁸².

C. AVUSTRALYA⁸³

İngiltere’den sonra KÖO’lar konusunda en deneyimli ülke, Avustralya’dır. Avustralya’da Sidney Liman Tüneli projesi ile uygulanmaya başlanan KÖO modeli, 1990’li yıllardan bu yana büyük ölçüde gelişme kaydetmiştir. Avustralya’da KÖO’lar, çok çeşitli alanlarda (yollar, demiryolları, havaalanları, okullar, hastaneler ve cezaevleri vb.) önemli altyapı hizmetlerinin sağlanması için kullanılmaktadır. Avustralya’da çoğunlukla 25-30 yıllık bir süreyi kapsayan Tasarla-Yap-Finanse Et-İşlet (TYFİ) modeli kullanılmaktadır.

⁸² HALL, s.24

⁸³ Public Private Partnerships in Australia and Japan , Facilitating Private Sector Participation, Japan External Trade Organization (JETRO), Asia and Oceania Division, Overseas Research Department, August 2010, s.1-27

Avustralya'da KÖO'ların gelişimi, 1990'lı yıllarda yapılan birtakım kanuni değişikliklerle gerçekleşmiştir. 1990'lı yıllardan bu yana Avustralya'da KÖO'ların sayısı günümüze kadar artış göstermiştir. Örneğin, Havaalanları Kanunu (1996), Yollar Kanunu, Ulusal Demiryolu Birliği Kanunu (1992) ve Telekomünikasyon Kanunu (1997) bu kanunlara örnek olarak gösterilebilir. Bu Kanunlar, KÖO'ların uygulanması konusunda daha çok esnekliğe izin vermiş ve özel kişilerin kamu altyapı ve hizmetinin görülmesine dahil olmalarını kolaylaştırmıştır.

D. JAPONYA⁸⁴

Japonya'da KÖO'ların kullanımı oldukça sınırlı tutulmaktadır (sadece kamu binaları, okullar, hastaneler ve rekreasyon alanları). Japonya'da mevcut yasalara göre, yol, demiryolu, liman gibi ekonomik altyapı hizmetlerinde KÖO kullanımı yasaklanmıştır.

Özel kişinin sadece kamu hizmetinin görüleceği tesisi yapması ve finansman sağlamasıyla sınırlı olan ve tesisin yapımından sonra mülkiyetin idareye ait olduğu ve işletmeyi idarenin üstlendiği Yap-Devret modeli uygulanmaktadır. Kısacası, Japonya'da KÖO projeleri daha çok sosyal alana (kamu binaları, okullar, hastaneler vb.) ilişkin olup Yap-Devret modeliyle yapılan küçük projelerdir.

Japonya'da 1999 yılında çıkarılan ve 2001 yılında değişikliğe uğrayan KÖO Kanunu ile, İngiltere'deki KÖO modelinin benzeri benimsenmiştir. Japonya'daki KÖO modeli, özel kişiye risk transferinin derecesinin sınırlandırmaktadır. Özel kişinin yükümlülüğü sadece kamu hizmetinin görüleceği altyapı hizmetinin yapımı ve finansmanı ile sınırlıdır.

Japonya'da KÖO'ların başlıca özellikleri şunlardır:

- Japonya'da KÖO'larla ilgili bir eşgüdüm mekanizması ve birimi kurulmamıştır.
- Çoğunlukla küçük sermayeli projeler yapılmaktadır.
- Projelerin çoğunluğu Yap-Devret modeli ile gerçekleştirilir.
- Projeler, genellikle ülke çapında değil yerel düzeydedir.

⁸⁴ Public Private Partnerships in Australia and Japan , Facilitating Private Sector Participation, Japan External Trade Organization (JETRO), Asia and Oceania Division, Overseas Research Department, August 2010, s.1-27

- Uluslararası pazardaki girişimciler ve yatırımcılar Japonya'daki KÖO projelerinden haberdar olamamakta ve bu projelere katılmamaktadırlar.

Tüm bu özelliklere bakıldığında, Japonya'nın KÖO'lara karşı çok temkinli ve tedbirli bir şekilde yaklaştığı görülür. Japonya'da devletin bu tutumu, özel sektörün KÖO'lara olan ilgisini azaltmaktadır.

E. PORTEKİZ⁸⁵

Avrupa'da KÖO projelerinin toplam değerine bakıldığında, İngiltere ve İspanya'dan sonra, üçüncü sırada yer alan Portekiz'de⁸⁶, KÖO'lar, havaalanı, hızlı tren, köprü ve yeni otoyolların yapımı projelerini üstlenen önemli araçlar olarak tanınmaktadır. Genellikle, Portekiz'de KÖO projeleri, Tasarla-Yap-İşlet-Devret (*Design-Build-Operate-Transfer-DBOT*) usulü ile yürütülmektedir. Portekiz Hükümeti, KÖO'ların yönetimi için, Maliye Bakanlığı'na bağlı bir "Merkezi KÖO'lar Birimi" kurmayı planladığını açıklamıştır.

Portekiz'de KÖO ile ilgili olarak yapılan düzenleme, 26 Nisan 2003 tarihli ve 86/2003 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'dir. Bu Kararname'ye göre, KÖO, özel kişinin, toplumun ortak ihtiyacını karşılamaya yönelik bir faaliyeti ve bu faaliyete ilişkin yatırım ve işletme sorumluluğunu kısmen veya tamamen üstlendiği, riskleri ise idare ile paylaştığı sözleşme veya sözleşmeler grubudur.

Portekiz'de kamu ihale sözleşmelerine ilişkin 29 Ocak 2008 tarih ve 18/2008 sayılı Kanun ise 30 Temmuz 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Portekiz Kamu İhale Kanunu, imtiyaz sözleşmelerini, "yapım işleri imtiyazı" ve "kamu hizmeti imtiyazı" olmak üzere ikiye ayırır. Yapım işleri imtiyazında, özel hukuk kişisi, sözleşmede belirtilen fiyat üzerinden ve imzalanın projenin belirlenen bir süre boyunca işletilmesi ve yönetilmesi de dahil olmak üzere, "yapma" veya "tasarlama ve yapma" yükümlülüğünü üstlenir. Kamu hizmeti imtiyazında ise, özel hukuk kişisi, bir kamu hizmetini belirli bir süre boyunca, doğrudan doğruya

⁸⁵ **ANDRADE Alexandre/RAQUEL André Santos**, Public-Private Partnership in Portugal-The Legal Structure of the Public Private Partnership Contract and the Peripheral Contracts, *European Public Private Partnership Law Review*, Vol.1, 2010, s.46-53

⁸⁶ **KAPPELER/NEMOZ**, s.8

idare tarafından ödemelerle veya kendi kaynaklarıyla, kendi adına ve kendi sorumluluğu altında yürütür.

Portekiz’de, imtiyazlar, KÖO’larda başvurulmuş en yaygın ve önemli usuldür. İmtiyaz sözleşmesinde, özel kişi, projeye konu tesisin tasarımını, yapımını üstlenir ve bu tesisin mülkiyeti özel kişiye ait olur; özel kişi bu tesisi belirli bir süre işlettikten sonra, mülkiyet idareye geçer. Bu imtiyaz sözleşmesi, proje için yapılması gerekli olan diğer sözleşmelere dayanak oluşturur. Görüldüğü üzere, Portekiz’de imtiyaz sözleşmesi olarak adlandırılan sözleşme, Türkiye’de uygulanmakta olan yap-işlet-devret modeline benzemektedir. Portekiz’de idare, bir kamu hizmetini veya yapım işini özel kişiye gördürmeye karar verdiğinde, yapılacak ihale, yürürlükteki kamu ihale kurallarına göre gerçekleştirilir. 2008 yılına kadar, Avrupa Birliği Kamu İhale Direktifleri (2004/17/EC ve 2004/18/EC) Portekiz Hukukuna aktarılmamıştır. O dönemde, KÖO’lara ilişkin mevzuatta, sadece genel ilkeler düzenlenmekteydi. Uygulamada ise, KÖO kurulması için, KÖO’larına ilişkin genel kurallar ile kesişen, imtiyaz sözleşmesine ilişkin usul kuralları izleniyordu. Ocak 2008’de Avrupa Birliği Kamu İhale Direktifleri, Portekiz “Kamu İhale Kanunu”nda değişiklik yapılarak iç hukuka aktarılmıştır.

Portekiz Kamu İhale Kanunu ile getirilen bir diğer yenilik, projenin finansmanına ilişkin belirli konuların düzenlenmesidir. Örneğin, finans kurumlarına bazı durumlarda yetkiler verilmektedir. KÖO’da özel kişinin sözleşme hükümlerini ihlal etmesi durumunda, eğer projenin devamının garanti altına alınması için, bu kurumların müdahalesi gerekiyorsa, bu kurumlar aşağıdaki seçeneklerden birini seçebilirler:

- özel kişinin hisselerinin kontrolünü üzerine almak
- KÖO’da özel kişinin sözleşmedeki yerini almak (Eğer bu müdahale geçici ise, özel hukuk kişisi, sözleşmedeki yerini yeniden kazanabilir.). Bu durumun dışında, özel kişi sözleşmeyi sona erdirmek isterse, finans kurumları bu konuda bilgilendirilir ve bu kurumlar sözleşmenin istikrarını güvence altına almak için müdahalede bulunabilirler.

Portekiz Kamu İhale Kanunu’nda Avrupa Birliği Direktifleri’ne uygun olarak yapılan değişikliklerle, geleneksel açık ihale usulü ve belli istekliler arasında ihale usulünün yanında, iki ihale usulü daha getirilmiştir. Bunlardan birincisi pazarlık usulü ve rekabetçi diyalog usulüdür.

F. FRANSA⁸⁷

Fransa'da KÖO'ların kullanılması belirli alanlarla sınırlı değildir. KÖO'lar genellikle kamu binaları ve altyapı projeleri ile bilgi-teknolojileri (bilgi-işlem) ve telekomünikasyon alanlarında görülür.

Fransa'da idare ile özel sektör arasında iki türlü sözleşme ilişkisi kurulabilir:

- Kamu İhale Direktiflerine uygun olarak kurulan kamu ihale sözleşmeleri
- İmtiyaz sözleşmeleri

Kamu ihale sözleşmeleri, idare ile özel kişi arasında, bir bedel karşılığında, mal ve hizmet alımları ile yapım işlerinin görülmesi için yapılan sözleşmedir. Bu sözleşmede özel kişi herhangi bir riski üstlenmez. Buna karşılık, imtiyaz sözleşmesi, risk paylaşımı ve hizmetin bedelinin ödemesi bakımından kamu ihale sözleşmelerinden ayrılır. İmtiyaz, özel kişinin idarenin gözetim ve denetiminde bir kamu hizmetini yürütmesi için, idare ile özel kişi arasında yapılan bir sözleşme olarak tanımlanmaktadır. Bu sözleşmede risk özel kişiye aittir. Özel kişi hizmeti, kısmen hizmetten yararlananlar ve kısmen idare tarafından ödenen bedel karşılığında görür.

KÖO'lar, Fransa'da idare ile özel kişi arasında kurulan üçüncü bir sözleşme türünü doğurmuştur. "**Ortaklık Sözleşmesi**" (*Contrat de Partenariat*) olarak adlandırılan bu sözleşme, 17 Haziran 2004 tarih ve 2004/559 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kabul edilmiştir. Özellikle kamu ihaleleri ile ilgili olarak 2004 yılında yayımlanan yeni Avrupa Birliği Direktiflerinden sonra, Fransa'da KÖO'lar ile ilgili düzenleme yapma ihtiyacı doğmuştur. Kamu ihalelerine ilişkin 2004/18/EC sayılı Direktif ile de uyumlu olan bu düzenleme ile, bir altyapı veya kamu hizmetinin finansmanı, tasarımı, yapımı, işletilmesi ve bakımı için "Ortaklık Sözleşmesi" imzalanabilecektir. Bu Kanun Hükmünde Kararname ile ayrıca, sözleşmenin taraflarına sözleşmeden doğan uyumsuzluklar için, Fransız Hukuku uygulanmak suretiyle tahkim

⁸⁷ HARTMANN David, "Public Private Partnerships in France-The Principles and the Legal and Policy Frameworks", European Public Private Partnership Law Review, Vol.1, 2006, s.36-42

ile çözüm yoluna gidebilme hakkı tanınmıştır. Böylelikle Fransa Hukukunda ilk defa, idarenin yabancılık unsuru taşımayan sözleşmelerinden doğan uyuşmazlıklarda tahkim yoluna gidilmesini yasaklayan genel ilkeye (kurala) bir istisna getirilmiştir.

Fransa'da KÖO'lar, genellikle YİD (yap-işlet-devret) veya TYFİ (Tasarla-Yap-Finase Et-İşlet) modellerine yakındır. KÖO'lar çoğunlukla, karmaşık kamu hizmeti altyapı projelerine dayalı yapım ve işletme yükümlülüklerini kapsar. Özel kişi, işletme risklerini üstlenir ve projenin veya hizmetin tüm finansmanını karşılar. Diğer taraftan, idare de, özel kişi tarafından yürütülen kamu hizmetinin kalitesini denetler. KÖO kapsamında yürütülen kamu hizmetinin bedeli, kural olarak özel kişiye idare tarafından ödenir; ancak, özel kişi hizmetten yararlananlardan da hizmetin karşılığı olarak bir bedel alabilir (örneğin otoyol geçiş ücretleri). İşletme riskleri ile hizmetten kaynaklanan riskler özel kişiye aittir.

Fransa'da Anayasa Mahkemesi bir kararında KÖO Sözleşmesi'nin ancak belirli koşullarda yapılabileceğine ilişkin bir karar vermiştir (Karar No.2003-473 DC, 26 Haziran 2003). Bu karara göre (Karar No.2003-473 DC du 26 Haziran 2003), idare sadece ivedi durumlarda veya öngörülen projenin çok karmaşık olması durumunda KÖO sözleşmesi yapabilir. Yine, kamu ihale sözleşmeleri ile karşılaştırıldığında, KÖO sözleşmesi yapılmasının ekonomik, hukuki ve idari vb. sebeplerden dolayı daha avantajlı olduğunun idare tarafından ortaya konması durumunda da, KÖO kurulabilir. Eğer bu koşullar yoksa, idare KÖO sözleşmesi yerine imtiyaz sözleşmesi veya kamu ihale kanunu kapsamında kamu ihale sözleşmesi imzalamalıdır.

İvedilik koşulu tarafsız ve nesnel bir şekilde değerlendirilmelidir. Fransız yargısı bu konuda pragmatik bir yorum yapmayı tercih etmiştir. Bu yoruma göre, eğer KÖO projesinin hayata geçirilmesi, "**kamu yararı ve hizmet gerekleri açısından zorunlu**" ise ve "**mevcut ihale usulleri de bunu geciktirebilecek nitelikte**" ise, ivedilik durumu söz konusudur. (Fransız Danıştay kararı, No.269814, 29 Ekim 2004; Fransız Anayasa Mahkemesi kararı, No.2004-506 DC, 2 Aralık 2004)

Projenin karmaşık olması koşulundan anlaşılması gereken ise, idarenin objektif olarak ihtiyaçlarını karşılayacak teknik yöntemi tanımlayamaması ya da projenin hukuki veya mali çerçevesini belirleyememesidir.

Karmaşıklık, genellikle büyük ölçekli altyapı projeleri, bilgi teknolojileri projelerinde söz konusu olmaktadır.

Anayasa Mahkemesi'nin söz konusu kararı doğrultusunda, ortaklık sözleşmelerini düzenleyen 17 Haziran 2004 tarih ve 2004/559 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'de 28 Temmuz 2008 yılında değişiklik yapılmıştır. Yapılan bu değişiklik ile hangi durumlarda ortaklık sözleşmesi yapılabileceği, Anayasa Mahkemesi'nin kararı doğrultusunda düzenlenmiştir. Artık Fransa'da KÖO kurulmasına ilişkin ortaklık sözleşmeleri yapılabilmesi için üç koşuldan birinin gerçekleşmesi gerekmektedir:

- **Karmaşık olma koşulu:** İdarenin objektif olarak ihtiyaçlarını karşılayacak teknik yöntemi tanımlayamaması ya da projenin hukuki veya mali çerçevesini belirleyememesidir. İdare açısından, projenin tamamlanması için gerekli olan sözleşme standartlarını ve teknik özelliklerini objektif olarak tanımlamak mümkün değilse veya projenin hukuki veya mali çerçevesi belirlenemiyorsa, proje karmaşıktır.
- **İvedilik koşulu:** Kamu hizmetinin yerine getirilmesini olumsuz yönde etkileyecek ve kamu yararı için zararlı sonuçlar doğurabilecek bir gecikmeyi önlemek için (veya beklenmeyen hallerde), KÖO projesinin ivedi bir şekilde hayata geçirilmesinin zorunlu olmasıdır.
- **Maliyet-fayda dengesi koşulu:** Kamu ihale sözleşmeleri ile kıyaslandığında, ortaklık sözleşmesinin, avantajlar ile dezavantajlar arasında daha makul bir denge sağlayacağını tespit edilmesi

Fransa'da KÖO'lar, kamu hizmetlerinin yarı özelleştirilmesi olarak görülmektedir. Bir KÖO'nun kurulabilmesi için ivedi bir durumun olması veya projenin çok karmaşık olması veya KÖO'nun, kamu ihale sözleşmeleri ile kıyaslandığında daha avantajlı olduğunun, yatırım veya işletme maliyetlerini düşüreceğinin öngörülmesi gerekir. Ayrıca, proje karmaşıksa, yapılacak ihalede “*rekabatçi diyalog usulü*” uygulanır. Tüm bunları ispat yükü idarededir.

SONUÇ

Dünyadaki KÖO uygulamalarına bakıldığında, KÖO modelleri ile, kamu hizmeti alanının yeniden düzenlenerek, devletin kamu hizmetle-

rindeki rolünün daraltılmasının amaçlandığı görülür. Bunda, küreselleşmenin ve liberal ekonomi politikalarının etkisi vardır. KÖO'ların yaygınlaşmasıyla birlikte, devletin kamu hizmetleri alanındaki rolü, daha çok düzenleyici ve denetleyici bir role dönüşmektedir.

Kamu özel ortaklığı hakkında üzerinde önemle durulması gereken noktalardan biri, devletin hangi kamu hizmetlerini, ne ölçüde bu modeller ile özel hukuk kişilerine gördürebileceğidir. Örneğin, sağlık, eğitim hizmetleri gibi klasik kamu hizmetleri tamamıyla KÖO modelleriyle özel hukuk kişilerine gördürülebilir mi? Anayasamız açısından buna engel bir durum var mıdır? Öncelikle tamamıyla özel kişilere bırakılmayacak kamusal hizmetlerin neler olduklarının sağlam ölçütlere dayanılarak belirlenmesi gerekmektedir⁸⁸.

Bu konuda sağlık hizmetlerinden örnek verebiliriz. Anayasa'nın 56.maddesinde sağlık hakkı düzenlenmektedir. Anayasa'nın 56.maddesinde düzenlenen ve sosyal haklardan olan sağlık hakkı, yaşam hakkının ayrılmaz bir parçasıdır. 56.maddeye göre, devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Bu düzenlemeye göre, devlet sağlık hizmetlerinde hem düzenleyici ve denetleyici bir rol oynar, hem de bu hizmetleri bizzat yürütür. Diğer bir ifadeyle, devletin sağlık hizmetlerini yürütme ödevinden tamamıyla vazgeçmesi mümkün değildir. Bu nedenle, Anayasa'nın 2.maddesinde sosyal devlet olarak nitelendirilen devletin sağlık hizmetlerindeki rolünün sadece düzenleyici ve denetleyici bir role dönüştürülmesi ve bu hizmetlerin tamamıyla özel kesime gördürülmesi, Anayasa'ya aykırı olur. Anayasa'nın 65.maddesinde, her ne kadar devletin, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek "*mali kaynaklarının yeterliliği*" ölçüsünde yerine getireceği belirtilse de, bu hüküm, devletin sağlık hizmetinden tamamıyla vazgeçebileceği şeklinde anlaşılabilir. Nitekim, Danıştay'ın bir kararına göre, Anayasa'nın 56.maddesine göre, sağlık hizmeti öncelikle devletin yükümlülüğünde olan bir kamu hizmeti olup,

⁸⁸ TAN, s.325

sağlık hakkı eğitim, öğretim ve kişi güvenliği gibi, devletin varlığının sebebi olan haklardandır ve asıl olan bunların devlet eliyle yürütülmesidir; bu nedenle, sağlık hizmetlerinin anayasal niteliği gereği, imtiyaz yolu ile özel kişilere gördürülmesi mümkün değildir⁸⁹.

Bu nedenle, kamu özel ortaklığı adı altında, idare ile özel sektör arasında sağlık hizmetinin gördürülmesi amacıyla imzalanacak sözleşmenin, imtiyaz teşkil etmeyecek şekilde yapılması gerekir. Diğer bir ifadeyle, sağlık hizmetlerinde, hizmetin kar, hasar ve zararı özel hukuk kişisine ait olmak üzere, tekel oluşturacak şekilde tamamıyla özel hukuk kişisine devri, Anayasaya aykırılık oluşturur. Bu nedenle, kamu-özel ortaklığı modellerinin Anayasa'ya aykırılık oluşturmayacak şekilde formüle edilmesi gerekir.

Kamu özel ortaklığı hakkında üzerinde önemle durulması gereken noktalardan bir diğeri ise, KÖO modellerinin, alternatifleri ile (klasik idari sözleşmeler ile) karşılaştırıldığında, kamu hizmeti açısından gerçek ve sürdürülebilir bir etkinlik ve verimlilik artışı sağlayıp sağlamayacağıdır. Eğer kamu hizmeti açısından böyle bir etkinlik ve verimlilik artışı sağlanamazsa, KÖO'lar uzun vadede kamu maliyesine yük getirecektir. Diğer bir deyişle, uygulanacak olan KÖO modeli, kamu yararı amacına hizmet etmelidir. Bu nedenle, günümüzde KÖO'lar her ne kadar bir kurtuluş, bir mucize olarak görülmekte ise de, bunların kamu yararı açısından avantaj ve dezavantajları doğru bir şekilde değerlendirilmeli ve kamu yararının bulunmadığı sonucuna varılması durumunda, bu yöntemle başvurulmamalıdır. Eğer kamu yararı mevcutsa, KÖO projesinin hangi yöntem ile gerçekleştirilmesi gerektiği ise projenin niteliğine, kamu yararına ve hizmetin gereklerine göre belirlenmelidir⁹⁰.

KÖO'lar ile ilgili olarak sağlam bir hukuki altyapının oluşturulması da çok önemlidir. Oysa, ülkemizin mevcut hukuki alt yapısı, KÖO'ların elverişli bir şekilde uygulanması için yeterli değildir. Bu konuda ulusal politika belirlenmeli, belirlenen politikalar doğrultusunda KÖO modellerinin alt yapıları oluşturulmalı ve ilgili mevzuat, Anayasa'ya aykırılık

⁸⁹ D.İ.İ.K., E.1990/90, K.1990/73, 25.10.1990 (Aktaran: **TAN**, s.316-317)

⁹⁰ **CANAZ YILMAZ Işıl**, Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı Modelleri, s.6

<http://www.fazliogluhukuk.com/T%C3%BCrkiye'de%20Kamu%20%C3%96zel%20Sekt%C3%B6r%20Ortaklı%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Modelleri.pdf> (Son erişim tarihi, 26.05.2011)

oluşturmayacak şekilde, belirlenen politikalara uyumlu hale getirilmelidir. KÖO'lar konusunda mevzuattaki dağınıklığın önlenmesi amacıyla, her biri belirli modelleri içeren düzenlemelerin mümkün olduğunca tek bir çerçeve kanun içinde yeniden düzenlenmesi de yerinde olacaktır.

Kanuni altyapının iyileştirilmesine paralel olarak kurumsal altyapının geliştirilmesi de gerekir. Bu konuda uzman bir bağımsız idari otorite kurulabilir. KÖO modelleri, böyle bir kurumun koordinasyonunda ve danışmanlığında, belirli standartlarda yürütülmelidir.

Bir KÖO sözleşmesinin başarılı olabilmesi, idarenin ve özel sektörün hedeflerinin karşılanarak birbirine uyumlu olmasını gerektirir. Burada risk paylaşımı çok önemlidir. Risk paylaşımında temel ilke riskin en iyi yönetebilecek tarafça üstlenilmesidir. Kamu hizmetinin gerekleri ve idarenin bu alandaki hedefleri doğrultusunda, her KÖO sözleşmesi için ayrı bir değerlendirme yapılması gerekir. Özellikle bu paylaşımın uzun vadeli projelerde (örneğin 49 yıl), tüm olası risk ve zararları kapsayacak şekilde yapılması hem imkansızdır, hem de pratik değildir. Bu nedenle, bu konuda sağlam bir hukuki altyapının oluşturulması çok önemlidir. Uygulamada, riskin paylaşıldığı ve dahası riskin özel sektörde olduğu iddiaları gerçeği yansıtmamaktadır. Sadece İngiltere'deki uygulamaların sonuçlarına bakıldığında bile, ortaklık uygulamalarında özel sektöre risk transferinin gerçekleşmediği görülecektir⁹¹.

Peki olağanüstü durumlarda veya özel kişinin KÖO kapsamında üstlendiği hizmeti yerine getiremeyecek duruma düşmesi durumunda, hizmet nasıl yürütülecektir? Mevzuat, bu gibi durumlarda, idarenin hizmeti yeniden üstlenmesini sağlayacak düzenlemeleri içermelidir.

DPT tarafından hazırlanan kanun tasarısı taslağının sorumlulukla ilgili 16.maddesine göre de, yatırım ve/veya hizmetin, uygulanacak KÖİ modelinin özelliğine göre, belirlenen süre içerisinde projelendirilmesi, finansmanı, gerçekleştirilmesi ve işletilmesinden görevli şirket sorumludur. Uygulama sözleşmesinde öngörülen yükümlülüklerin yerine getirilmemesi halinde tarafların ve üçüncü kişilerin uğrayacağı zararın tazminine ilişkin hükümler uygulama sözleşmesinde yer alır. Görevli şirketin idareye ve tüketicilere karşı yükümlülüklerini yerine getirememesi veya uygulama sözleşmesi şartlarını ihlal etmesi, iflası, konkordato ilan

⁹¹ KARASU, s.89; GÜZELSARI, s.61

etmesi, ödeme güçlüğüne düşmesi hallerinde idare tarafından öngörülecek cezai yaptırımlar uygulama sözleşmesinde belirtilir. İdareler uygulama sözleşmesinin feshedilmesi durumunda kamu hizmetinin aksamaması için gerekli tedbirleri almak ve uygulamakla yükümlü ve yetkilidir.

Bir kamu hizmeti, bir KÖO modeli ile yürütülse bile, kamu hizmetinde süreklilik ilkesi gereği hiçbir şekilde kesintiye uğramaması gerekir. Bu hem idare, hem de hizmeti üstlenen özel kişi için uyulması gereken bir zorunluluktur. Ancak ekonomik bazı sebepler ve mevcut imkanlar hizmetin sürdürülmesini imkansız hale getirmişse, bunu önleyerek sürekliliği sağlama görevi idareye düşmektedir⁹². Çünkü, KÖO'larda hizmet özel kişilerce yürütülse de, hizmetin niteliği ve ilkeleri değişmez; idarenin hizmetten doğan sorumluluğu devam eder⁹³. Bu nedenle, günümüzde bir mucize olarak nitelendirilen KÖO modelleri, uygulanmadan önce her yönüyle değerlendirilmeli, idareye ve hizmetten yararlananlara yük getirme olasılığı da göz önünde bulundurularak bir sonuca varılmalıdır.

⁹² ÖZAY, s.256

⁹³ KARAHANOGULLARI Onur, Kamu Hizmeti, 2.Bası, Turhan Kitabevi, s.348

EKSİK İMTİYAZ (KAMU – ÖZEL ORTAKLIĞI)

Doç. Dr. Onur Karahanoğulları*

Kamu hizmeti alanı – piyasa ilişkisinde dördüncü tip

Kamu hizmeti devlet tarafından, piyasanın işleyiş ilkelerinden/kurallarından belli oranda bağışık kılınarak üstlenilmiş olan, toplumsal ihtiyaçları karşılayacak mal ve hizmet üretimidir.⁹⁴ Devlet tarafından üstlenilmiş olma söz konusu üretimin bizzat devlet tarafından gerçekleştirildiği anlamına gelmez. Devlet tarafından üstlenilmiş mal ve hizmet üretimleri bir kamu hizmeti alanı oluşturur. Kamu hizmeti alanındaki tüm üretimin devlet (idare) tarafından örgütlenmesi, idarenin sahibi olduğu üretim araçları ve idarenin satın alacağı emek gücü ile gerçekleştirilmesi ve kamuya sunulması olanaklıdır (idare hukukundaki adı *emanet yöntemidir*). Bununla birlikte kapitalist üretim ilişkilerinde, temel işleyiş ilkelerinden siyasal kararlar farklılaştırılmış üretim alanı kapitalist üretim ilişkilerini dönüştürme sınırına varmamak zorundadır. Devlet üstlenerek kamu hizmeti alanına dahil ettiği mal ve hizmet üretiminin üretim araçlarını neredeyse hiçbir zaman kendisi üretmez. Bu nedenle kamu alımları (araç-gereç ve inşaat işleri) özel girişimciler için son derece kârlı ve güvenceli bir konudur. Bu durumda da kamu hizmetinin üretimi devlet tarafından gerçekleştirilir. Kamu alımlarından özel girişimcilerin kamu hizmeti alanı karşısında konumları dışsal ve ilişkileri genellikle kısa sürelidir. Kamu alımlarından farklı olarak özel girişimciler, kamu hizmeti alanına girerek bu alandaki mal ve hizmet üretimi imtiyazını almayı da isteyebilirler. İmtiyaz adlandırması yapı-

* Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi (Mülkiye), İdare Hukuku

⁹⁴ Düzenlenmiş bir alanda özel girişimcinin mal ve hizmet üretmesi ile devlet tarafından üstlenilmiş alanda devletin veya ondan yetki alan bir özel girişimcinin mal ve hizmet üretmesi arasında fark vardır. İlkinde, teşebbüs hürriyeti ve piyasa işleyiş kuralları tam olarak varlığını sürdürmekte, yalnızca kamu düzenini bozucu etkileri önleyebilmek için sözkonusu alan idarece kolluk yetkisi kullanılarak düzenlenmektedir. *Düzenlenmiş piyasa alanı* sözkonusudur. İkincisinde ise, devlet tarafından piyasanın işleyiş kurallarından belli oranda bağışık kılınarak üstlenilmiş mal ve hizmet üretim faaliyeti sözkonusudur. *Kamu hizmeti alanıdır*.

masının nedeni, kamu hizmeti üretiminin siyasal kararlarla sahip olduğu piyasanın işleyiş kurallarından belli oranda bağımsız olma ayrıcalığı, idare tarafından diğer piyasa aktörlerinin aleyhine tek bir girişimciye verilmesidir. Örneğin, kamu arazisinin bedelsiz devredilmesi, tekel yaratılmış olması, alım güvenceleri, vb. bunlar idari (siyasi) karara dayanan ve piyasanın işleyiş ilkelerinden farklılaşan özelliklerdir. Özel girişimciler kamu hizmeti alanında üretim yapma imtiyazı elde etmek isterler. Bu durumda kamu hizmetinin asıl sahibi idare, somut üretimde görünmez olur, kullanıcılar bir özel girişimci tarafından üretilen ve kendilerine tarifelendirilmiş biçimde satılan (zorunlu olduğu için gerçek bir alım satım değildir) bir hizmet görürler. Özel girişimcinin kamu hizmeti alanı ile ilişkisi kısa süreli ve dışsal değildir, özel girişimci kamu hizmeti alanı içindedir ve çok uzun süre orada kalacaktır. Piyasa aktörlerinin kamu hizmeti alanındaki üretimden pay almalarında üçüncü bir durum, üretim sürecini parçalayarak çekirdek (asıl) üretimin idarede bıraktığı iddiasıyla parçalardaki üretimi özel girişimcilere yaptırmaktır. Bu durumda, özel girişimciler idare tarafından gerçekleştirilen üretimin mekanına yerleşirler (gömülürler), ilişkilerinin kısa süreli olduğu düşünülür ancak yenilenen sözleşmelerle uzun süre kamu hizmeti alanında kalırlar. Bu üç kategoriye ilişkin ayırıcı bir özellik olarak kamu hizmeti alanına mal ve hizmet satan veya kamu hizmetinin tamamını üreten özel girişimcilere verilecek paranın kaynağının o hizmetin kullanıcılardan alınacak para olup olmadığı ölçütü ileri sürülebilir. Ancak, özel girişimcinin karını doğrudan kullanıcılara satıştan elde ettiği gelirden sağladığı imtiyaz durumları dışında da özel girişimciye yapılacak ödemelerin kaynağı olarak bütçe kaynaklarına değil de döner sermaye veya benzeri kaynaklara başvurulması kaynağın yine kullanıcılardan alınacak paralar olduğunu göstermektedir.

Anlattığımız soyut tipler, somutta karma uygulamalarla çeşitlenmektedir. Çeşitlemeler bir süre sonra yeni tipler yaratılmasını gerektirmektedir. Anlattığımız üçüncü tip yakın zamana kadar kamu hizmetinin üretiminde bir yöntem olarak bilinmemekteydi. Hatta idare hukuku kitaplarındaki kamu hizmeti başlıkları hala bu durumu kapsamamaktadır.

Elbette hukuk da tarihidir, bununla birlikte hukukun tarihi üretimin ve üretim ilişkilerinin tarihinden genellikle daha yavaş akar. Üretim araçlarındaki gelişmeler, emek süreci örgütlenmesindeki yeni teknikler, emek gücünün nitelik değiştirmesi, sermaye birikiminin derinleşmesi, piyasa-

nin sermayenin gerçekleşme (karlılık) alanlarında yaratıcılığının zayıflaması ve sınıf mücadelelerindeki yengi ve yenilgiler, kamu hizmetleri alanı ile piyasa aktörleri arasındaki ilişkilerde yeni eklenmeler veya bu yeni eklenmelerinin olanaklarını yaratır. Yaratılan yeni eklenmelerin kavramlarını, toplumsal normlarını yaratması ve devletçe hukuksal kurallarının konulması daha geç gerçekleşebilir ya da devletin koyduğu kurallar ve aldığı kararlar kamu hizmeti alanı – piyasa eklenmesinin yeni olanaklarını (potansiyeli) fiile geçirir. İngiltere’de önce ilk durum gerçekleşmişti, özel finansman girişimi (*public finance initiative* - PFI) ve kamu – özel ortaklığı (*public private partnership* - PPP) olarak kavramlaştırıldı, hukuku oluşturuldu, kuramsal yazını oluşturdu ve bir modele dönüştü. İmtiyaz modellerinin ulusal miraslarının ve gururlarının bir parçası olduğunu düşünen Fransa, bu yeni tipi yirmi yıl sonra uygulamaya başladı. Hukukçuları imtiyaz modelinin pabucunun dama atıldığından hayıflansalar da yeniyi kavramsallaştırmaya çalışıyorlar.

Bu yazıda, Türkiye’de sağlık kamu hizmeti alanında getirilen yasal düzenlemeyi veri olarak yeni tipi değerlendireceğiz.

Kamu hizmeti alanının özel girişimcilerle (piyasa ile) ilişkisinde dördüncü bir tiple karşı karşıyayız. Yeni eklenme biçimini yeni bir tip olarak tanımlamamızı gerektiren ayıncı özellik birinci tip ile üçüncü tipin birleşimi olması. İki tipin birleştirilmesi değil, yeni özellikler de eklenerek birleşimi söz konusudur. Kamu hizmeti alanında gerçekleştirilecek üretim için gerekli olan altyapının (genellikle binaların) idarece müteahhidin kiracısı olarak kullanılmak üzere yapım işi ve bu iş karşılığında çekirdek hizmet devlette bırakılarak hizmet parçalarının özel girişimciye yaptırılması dördüncü tipi oluşturmaktadır. Kamu hizmetinin üretilmesi için gerekli olan mal veya yapım işini almaktan farkı, müteahhidin kamu hizmeti alanı ile ilişkisi inşaatı gerçekleştirmek ile sınırlı değildir, inşaat bitip teslim edildikten sonra, çekirdek kamu hizmeti dışındaki hizmetleri üretmek üzere kendisi veya alt müteahhitleri kamu hizmeti alanına uzun süreli yerleşecektir.

Üçüncü tipten yani çekirdek hizmetin idare tarafından üretildiği, bağlı hizmet parçalarının özel girişimcilere ürettirildiği tipten farkı, kamu hizmetinin parçalanmasıyla elde edilmiş tüm hizmet parçalarının tek bir özel girişimciye uzun süreli devredilmesi, onun tarafından başka girişimcilere devredilmesine olanak tanınmasıdır. Yeni tipi, imtiyazdan farklılaştıran şey eldeki kamu hizmetine niteliğini veren çekirdek hizmet-

tin idare tarafından üretilmesidir. Yeni tipte çekirdek hizmetin idare tarafından üretiliyor olması, çekirdek hizmetin tanımına ve buna bağlı hizmetlerin özel girişimciye devredilme kapsam ve yoğunluğuna bağlı olarak kullanıcılar için hizmetin idare tarafından üretiliyor olduğu algısını yaratmayacak denli sınırlı olabilir. Çekirdek hizmetin idarenin üretimine bırakılmasının nedeni, özel girişimciye kar güvenceli kamu hizmeti mekanı ve yan hizmetleri yaratabilmektir. Kamu hizmetinden yararlanırken kamu hizmeti mekanına bağlanmak zorunda olan kullanıcı kitlesinin büyüklüğü ve çekirdek hizmetin üretilmesi için kullanılması gereken mal ve hizmetlerin genişliği ve vazgeçilmezliği özel girişimci için kar güvencesidir. Ayrıca çekirdek hizmetin üretimi özel girişimciye devredilmediği için idare özel girişimcinin yaptığı binada hizmet üretebilmek için kira ödemek zorundadır. Alacağı kira ve hizmet mekanlarının ve çekirdek hizmet dışındaki hizmetlerin işletilmesi özel girişimcinin geliridir. Tüm hizmet üretimi imtiyazının özel girişimciye verildiği durumlarda, genellikle hizmetin altyapısının kurulması ve daha sonra işletilerek bunun maliyetinin çıkarılması ve kar elde edilmesi bütünüyle özel kişinin ticari sorumluluğundadır. Elbette devletçe piyasanın işleyiş kurallarından bağışık kılınarak üstlenilmiş kamu hizmeti alanında imtiyazla gerçekleştiren kamu hizmeti üretimi için, örneğin siyasal tekel olduğu veya alım güvencesi olduğu için, müşteri/kullanıcı bulunması zor değildir. Ama yeni tipte, özel girişimci çekirdek hizmeti üretim işini idareye bırakarak müşteri bulma derdinden de kurtulmakta ve ayrıca altyapı maliyetini kendi çıkartmakla uğraşmayarak kira ile geri dönüşü başlatmaktadır. Dördüncü tipte, çekirdek hizmetin sınırı, özel girişimcinin işleteceği bağlı hizmetler ve hizmet mekanları için müşteri güvencesi sağlamak amacıyla belirlenecektir. Dördüncü tipte idarenin yükümlülüğünde olan çekirdek hizmetin idarece ayrıca bir başka özel girişimciye ürettirilmesi durumunda -ki özel girişimci buna itiraz edebilir - kamu hizmeti alanı ile piyasa arasında yeni bir ilişki tipi çıkıp çıkmadığı ayrıca değerlendirilebilir. Bu durum *parçalı imtiyaz* adıyla tiplendirilebilir.

Bu yazının konusunu oluşturan dördüncü tipi *eksik imtiyaz* olarak adlandıracağız. Özel girişimciye bırakılan ve işleterek gelir elde edeceği hizmet mekanı ile parçalı hizmetler o denli çok ve çekirdek kamu hizmetinin alanı o denli dar ki özel girişimci için kamu hizmeti alanı içinde gerçek bir imtiyaz söz konusu; idarenin varlığı ise özel girişimciye müşteri tutmak için çekirdek hizmeti yürütmekle sınırlı. Dördüncü tipte özel

girişimcinin kamu hizmeti alanında sahip olduğu imtiyazın tek eksiği çekirdek hizmet, ama sahip olduğu işletmeyi imtiyaz haline getiren de bu eksiklik.

Dördüncü tip, kamu hizmetinin ihtiyaç duyduğu altyapının (özelikle binaların) onarım işlerinin, hizmet mekanlarının ve parçalı hizmetlerin işletilmesi imtiyazı yaptırılmasında da kullanılmakta, bu durumda özel girişimciye kira verilmemektedir. Dördüncü tipin içinde iki türü ayırbilmek için *kıralı eksiz imtiyaz – kirasız eksik imtiyaz* terimlerini kullanacağız.

Tek maddeyle yeni model

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na 3.7.2005 tarih ve 5396 sayılı Kanunla bir ek madde getirilerek kamu hizmetleri alanının piyasa ile ilişkiye geçmesinde dördüncü tip ilk kez hukuksal düzenlemeye kavuşturulmuştur. Ek 7. maddenin ilk fıkrası okunduğunda sağlık kamu hizmetinin piyasa ile ilişkisindeki bu yeni modelin “sağlık tesislerinin kiralama karşılığı yaptırılması” olarak düzenlenmiş olduğu izlenimi edinilmektedir. Bununla birlikte ilk beş fıkra incelendiğinde yeni oluşturulan iktisadi/hukuksal ilişkinin kurucu öğelerinin yalnızca yapım ve kiralamadan oluşmadığını anlayabiliriz.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun değiştirilmesinden iki ay sonra 22.7.2006 tarih ve 26236 sayılı Resmi Gazete'de Bakanlar Kurulunca çıkartılan “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” yayımlanmıştır.

Kamu hizmeti alanına özel girişimcinin girmesine ilişkin açık ve ayrıntılı düzenleme yasa ile yapılabilir. Sekiz fıkralı bir ek madde devletin üstlenerek kamu hizmetleri alanına dahil ettiği sağlık hizmetlerinin üretim biçiminin değişikliği için uygun hukuksal araç değildir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri alanında ilk hukuksal düzenlemesini ve uygulamasını bulan kamu hizmetinin üretilmesinde eksik imtiyaz (kamu özel ortaklığı) tipi, özelleştirilmesi zor veya ilk elde düşünülmez olan hizmetlerde kullanılabilirliği ve bütçe yükünü hafifletmesi nedeniyle, yakın gelecekte yaygın uygulama alanı bulacaktır. Nitekim 351 sayılı Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanunu'nun 20. maddesi-ne, 25.11.2010 tarih ve 6082 sayılı Kanunla tıpkı Sağlık Hizmetleri

Temel Kanunu'nda olduğu gibi, sekiz fıkra eklenerek “yurt binası ve tesislerinin kiralama karşılığı yaptırılması” yöntemi düzenlenmiştir.⁹⁵

Sağlık alanındaki eksik imtiyaz, tek bir yasa maddesi ve yönetmelikle de olsa hukuksal biçim kazanmıştır. İki yıl sonra bu düzenlemeyi kullanmak isteyen hükümet, iktidar partisi milletvekillerinin verdiği bir kanun teklifi ile Sağlık Bakanlığı örgütlenmesinde yeni modeli uygulamakla görevli bir birim oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 3.6.2007 tarih ve 5683 sayılı Kanun ile değiştirilerek Bakanlığın ana hizmet birimleri arasına “İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı” ile “Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı” (madde 8/j, k) eklenmiştir. Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın görevleri de 17. maddeye eklenen “C” bendinde “Temel Sağlık Hizmetleri Kanununun ek 7 nci maddesiyle öngörülen iş ve işlemleri yapar.” yalınlığıyla düzenlenmiştir.⁹⁶ Örgüt birimine verilen ad, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 7. maddesinde yer almaktadır. Örgüte verilen ad, “sağlık tesislerinin kiralama karşılığı yaptırılması”nın değil, yeni bir modelin “kamu özel ortaklığı” modelinin söz konusu olduğunu göstermektedir. Bu terim, İngiliz uygulamasındaki *public-private-partnership (PPP)* teriminin çevirisiyle oluşturulmuştur. İdari örgüt için bu terimin seçilmiş olması, sermaye dünyası ile bir iletişim kolaylığı yaratacaktır. Terim, atıf yaptığı kavramın tüm işlenmişliğini, anlam yükünü, ideolojik işlevini kolayca taşıyacaktır. Aynı zamanda yeni sağ program dilinde yer alan bu terimin seçimi siyasi duruş ve yönelimin de göstergesidir. Yasalara çeviri ile terim/kavram taşımak yalnızca kolaycılık değildir. Örneğin belli bir kamu hizmetinde uzmanlaşmış kamu tüzelkişiliğini anlatmak için kurum terimi kullanılırken, özel girişimcilere iş takipçiliği yapmak üzere oluşturulmuş kamu tüzelkişiliklerinin *ajans* olarak adlandırılması basit bir çeviri tercihi değildir.

İlk hukuksal düzenlemesi ve uygulama çalışmaları sağlık kamu hizmeti alanında gerçekleştirilen eksik imtiyaz tipini hukuksal yapıyı inceleyerek tanıtmaya çalışacağız. Eksik imtiyazın kavramsal düzeyde tanınması, uygulamayı kavramamızı kolaylaştıracaktır. Uzmanlık alanımız gereği

⁹⁵ Değişiklik bir hükümet tasarısı değil, sekiz imzalı teklifin kabulüyle gerçekleşmiştir. Kanun teklifinin gerekçesinde diğer değişikliklere ilişkin bazı genel ifadeler bulunmakla birlikte, “yurt binası ve tesislerinin kiralama karşılığı yaptırılması” yöntemine ilişkin hiçbir şey yer almamaktadır.

⁹⁶ Maddede, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun adı yanlış yazılmıştır.

hukuksal inceleme yapıyor olmakla birlikte, Sağlık Bakanlığı'nın başlatıldığı sürece ilişkin verilere ulaşılamaması da incelememizi olgularla zenginleştirmemizi imkansız kılmaktadır. Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın internet sitesi, projelerin en yalınkat tanımlarından oluşmaktadır. Yine bu sınırlı verilerden yararlanılacaktır.

“Sağlık tesislerinin kiralama karşılığı yaptırılması” nitelemesiyle Türk hukuk sistemine eksik imtiyazı getiren Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na ek madde eklenmesi, hükümetin hazırladığı bir kanun tasarılarının kabulü ile değil, bir kanun teklifinin kabulü ile gerçekleşmiştir. Bu elbette, hükümetin yasama sürecindeki bazı kolaylıklardan yararlanmak için kullandığı bir siyasi taktiktir. Bununla birlikte teklifin arkasında hükümetin olduğu siyasi gerçeği paranteze alındığında, sağlık kamu hizmetinin örgütlenmesi ve sunumunu köklü bir biçimde değiştirecek yeni hizmet üretme modelinin Sağlık Bakanlığı'nın incelenmiş, tasarlanmış, kurgulanmış, hesaplanmış, planlanmış bir çalışmasının ürünü olmadığını söyleyebiliriz. Nitekim, 2006 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından *Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi İle Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı* hazırlanmıştır.⁹⁷ 32 maddeden oluşan Taslağın 25. maddesi, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na eklenmiş olan maddeyi yürürlükten kaldırmaktadır.⁹⁸ Kamu hizmetinin üretilmesinde kamu hizmeti alanı ile özel girişimcilerin ilişkisinde yeni modelin hukuki yapısı ancak tüm kurucu unsurları, yöntemleri ve konuları düzenleyen bir yasa ile oluşturulabilir. Tasarı taslağı bu belirginlikte olmasa da sağlık alanındaki sekiz fıkralık ek maddeden daha belirgin bir hukuksal yapı oluşturmayı hedeflemektedir. Sağlık alanındaki hukuksal düzenleme eksikliği yönetmelikle kapatılmaya çalışılmıştır ki, bu da anayasaya uygun değildir. Ayrıca, yönetmeliğin getirdiği temel ve önemli düzenlemelerin bir bölümü yasaya ve anayasaya aykırıdır. İnceleyeceğimiz

⁹⁷ Sarısu, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı'nın ilk taslak metni Ekim 2006 ayı içinde, ikinci taslak metnini ise Kasım 2007 ayı içinde kurum ve kuruluşların görüş ve önerisine sunduğunu belirtmektedir. Ayhan Sarısu, “Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi İle Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Taslağı Tasarısının Değerlendirilmesi”, **Yaklaşım Dergisi**, sy. 183, Mart 2008 (<http://www.yaklasim.com/mevzuat/dergi/makaleler/20080311020.htm>)

⁹⁸ “Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi İle Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Taslağı Tasarısı”na DPT'nin internet sitesinden erişilebilir (<http://ekutup.dpt.gov.tr/haber/ahd/taslak.pdf>)

hukuksal yapı, bu alana büyük paralar yatıracaklar ve bu alanda büyük taahhütler üstlenecekler için öngörülebilir, güvenli ve sağlam bir zemin oluşturmamaktadır. Sermayenin ve iktidarın aceleciliği, fiili durum yaratmanın gücüne güven, öngördükleri modelde mali sermayenin kilit rolüne, mali sermayenin hukukta öngörülebilirlik ve güvene verdiği önem düşünüldüğünde önemli oranda engel olacaktır. Yapı incelendiği zaman, bu alanda çalışan yeni modelin ne denli yararlı olduğuna ilişkin ezber sözlerinin yarattığı büyüden biraz sıyrılmış, hukuksal yapının yeni modele karşı olan toplumsal öznelerin mücadelelerine meşru olanaklar sunan iç çelişkiler ve sakatlıklar içerdiği görülecektir.

Sağlıkta eksik imtiyazın kurucu unsurları

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 7. maddesinde kurula bağlanan modelin kurucu unsurları şunlar.

Sağlık Bakanlığınca

1. sağlık tesisleri
2. özel girişimcilere
3. kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla
4. kiralama **ve** sağlık tesislerinde tıbbî hizmetler dışındaki hizmetlerin ve alanların işletilmesi karşılığı

yaptırılabilir.

Bir inşaat işi (kamu hizmeti alanının piyasa ile ilişkiye geçmesinde I. tip), hizmetin parçalanması ve çekirdek hizmetler dışındakilerin özel girişimciye gördürülmesi (III. tip) ve sağlık hizmeti içinde yalnızca tıbbî hizmetin idareye bırakılması (II. tipten [imtiyazdan]), yeni bir tip yaratacak biçimde uzaklaşma, imtiyazın yeni tip yaratacak biçimde eksik bırakılması ve çekirdek hizmetin üretilebilmesi için binanın özel girişimciden kiralanması söz konusudur.

Bu dört kurucu özellik dışında Ek 7. maddede bunları belirginleştiren veya bunlara eklenen başka özellikler de bulunmaktadır. Bunları da aktaralım.

Sağlık tesislerinin yaptırılması değil de yenilenmesi söz konusu olduğunda eksik imtiyaz kirasız, yani yalnızca sağlık tesislerinde tıbbî hiz-

metler dışındaki hizmetlerin ve alanların işletilmesi karşılığı kurulacaktır. Bu doğaldır zira tesis sahibinin kendi tesisini kullanmak için kira ödemesi mantıksızdır.

Biz bu incelemede sağlık tesislerinin yenilenmesi işinden çok yeni sağlık tesisleri kurulması üzerinde duracağız.

İmtiyazcı malik, kiracı idare

Bakanlık, sağlık kamu hizmetini üretebilmek için gerekli olan bina ve eklentilerini yaptırmak için yeni bir yöntem uygulayacaktır. Parasını verip müteahhide sahibi olacağı bir bina yaptırmak yerine, özel girişimcinin yapacağı binada kiracı olmayı seçmektedir. İdare müteahhide yapacağı binayı çok uzun süreli kiralamayı taahhüt etmektedir. Binayı yapanın binayı kiralayabilmesi için üzerinde aynı veya şahsi bir hakkının bulunması gerekir. Kanunda bu konuda boşluk bulunmaktadır. Ek madde 7'nin ilk fıkrasına göre sağlık tesisi sözleşmecinin sahibi olduğu taşınmaz (arazi) üzerine yapılabileceği gibi Hazine'ye ait taşınmaz üzerine de yapılabilecektir. Bir girişimcinin kendi mülkiyetindeki taşınmaz üzerinde yaptığı bina ona aittir. Ama tesisin kurulacağı taşınmaz mal önemli bir maliyet kalemini oluşturacağına göre, girişimcilerin hazineye ait taşınmazların *bedelsiz devrini* tercih edecekleri açıktır. Yasada bu durumda taşınmaz üzerine yapılacak tesisin mülkiyetinin kime ait olacağına ilişkin hiçbir belirleme bulunmamaktadır. Mülkiyet dışındaki kullanma ve tasarruf biçimlerine ilişkin de hiçbir belirleme yoktur. Yasada özel girişimciye hazineye ait taşınmazın bedelsiz devri terimi kullanılmıştır. Bu devrin mülkiyet devri veya sınırlı ayni hak tesisi olduğunu söyleyemeyiz, zira kamu malları, özellikle de devletin hüküm ve tasarrufu altında olanlar, bu tip işlemlere konu olamaz. Söz konusu devrin kamu hukukuna özgü, yapılan hizmetle bağlantılı bir tahsis olduğu kabul edilebilir. Tahsis görüşü kabul edilmese bile yasadaki devir teriminin, özellikle de bedelsiz olduğu düşünüldüğünde, bir mülkiyet devri veya ayni hak tesisi değildir. Bu durumda, eksik imtiyaz sözleşmecisinin tesis üzerindeki, yapılan tesisi idareye kiralayabilmesini sağlayan hakkı nedir? Bu ancak, özel girişimciye tahsis edilen taşınmaz mal, eşya hukukunun kapsamına girdiği oranda bu durum bir olasılıkla Medeni Kanunun arazi ile yapı malzemesi arasındaki ilişkiyi düzenleyen 722 ve devamı maddelerine kıyasen açıklanabilir. Bu düzenlemelerde hep rızanın olmaması hali söz konusudur, eksik imtiyaz sözleşmesindeki yapım ise rızaya dayanmaktadır. Özellikle vurgulanması gere-

ken nokta, tahsis edilecek taşınmazların büyük olasılıkla idarenin mülkiyet rejimi dışında sahip olduğu taşınmazlardan olacağı için tam olarak eşya hukuku rejimiyle açıklanamayacağıdır.

Yasadaki bu sorun fark edilmiş olsa gerek yönetmelikte bu konuda düzenleme yapılmıştır. Sorunun çözülmesi için kamu mallarının anayasal rejimine uygun yasa değişikliği yapılması gerekirken yönetmelik düzenlemesi yapılması hukuka aykırıdır.

Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması İle Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet Ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik'in⁹⁹ bulduğu yöntem Türk Medeni Kanunu'ndaki *üst hakkını* kullanmak olmuştur. Yönetmeliğin 1.maddesinde, kanundaki taşınmaz devri “olarak kırk dokuz yıla kadar üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesi”ne dönüştürülmüştür. Taşınmaz mal üzerinde eksik imtiyazcı girişimci lehine üst hakkı tanınması durumunda girişimci yapacağı tesislerin sahibi olabilecek ve bu tesisleri idareye kiralayabilmesini sağlayan bir hakka sahip olacaktır. Türk Medeni Kanunu'nun 726. maddesine göre “Bir üst irtifakına dayalı olarak başkasına ait bir arazinin altında veya üstünde sürekli kalmak üzere inşa edilen yapıların mülkiyeti, irtifak hakkı sahibine ait olur.”

Durum ilginç ve hukuken sakat, yasada tesisin mülkiyeti hiç düzenlenmemiş, devredilecek mal üzerinde özel girişimcinin haklarına ilişkin belirleme yok; idare tesisin mülkiyetini özel girişimciye bırakmak istiyor, yönetmelikte buna olanak sağlayacak bir yöntem bulunuyor ama burada da açıkça mülkiyet devrinden söz edilmiyor, özel girişimciye üst hakkı tanınıyor, Medeni Kanunu'na göre de tesisin mülkiyeti özel girişimcinin oluyor.

Yönetmelik açıkça yasaya aykırıdır. Kamu malları üzerinde sınırlı aynı hak tesis edilmez. Bunun yapılabileceği kabul edilse de buna yetki veren hukuksal araç yönetmelik değil, yasadır. Ayrıca, Yönetmeliğin 31. maddesinde üst hakkı tesis edilebilecek yerler arasında “Devletin hüküm ve tasarrufu altında bulunup tescili mümkün olan yerler” de sayılmaktadır ki, bir taşınmaz malın devletin hüküm ve tasarrufu altın-

⁹⁹ Bakanlar Kurulu Kararının Tarihi: 3/7/2006, No: 2006/10655, Yayımlandığı R.Gazetenin Tarihi 22/7/2006 No : 26236

da olması demek mülkiyet rejimi dışında olması demektir (terim anayasada özellikli/nitelikli kamu malları için kullanılmakta, Medeni Kanun'da da mülkiyet rejimi dışındaki mallar için kullanılmaktadır). Bu yerler tapuya kaydedilemez ve üzerinde mülkiyet kurulamaz.

Kira ödemesinin kaynağı döner sermaye, bütçe bağının kopması

Eksik imtiyaz yönteminin kurucu unsurlarından bir diğeri, idarenin imtiyazcıya çok uzun süreli (49 yılı geçmemek üzere) kira ödeyecek olmasıdır. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 7. maddesinin 4. fıkrasına göre "kiralama işlemlerine ait kira bedelleri Sağlık Bakanlığına bağlı Döner Sermaye İşletmelerince ödenir."

Döner sermaye konusunda bilgi vermeden önce, kira ödemelerinin ne zaman başlayacağına ilişkin belirsizliğe değinelim.

Olmayan tesise kira

Yasadaki düzenlemede, kira ödemesinin ne zaman başlayacağı kurala bağlanmamıştır. Eksik imtiyazın temel kurallarını koymamış olmaması nedeniyle Ek 7. madde anayasaya aykırıdır. Kira ödemesinin başlangıç süresine ilişkin bir belirleme bulunmaması da temel kuralların yasada yer almamış olmasının bir başka örneğidir. Akla "kira ödenmesine elbette tesis inşa edilip idareye teslim edildikten sonra başlanır, bu kira kurumunun gereğidir, yasada kurala bağlanmasına gerek yoktur" yanıtı gelebilir. Ama unutulmaması gereken nokta, ele aldığımız hukuksal ilişkinin, bir kira sözleşmesi olmayıp kamu hizmetlerinin özel girişimcilere gördürülmesinde yeni bir tipin, eksik imtiyazın söz konusu olduğudur. Bu ilişkide özel hukukun kurumları ticari/özel ilişkileri düzenledikleri biçimleriyle kullanılamazlar. O nedenle kamu hizmeti alanının özel girişimcilerle ilişkini düzenlemekte de olduğu gibi ve kolaylıkla yer alamazlar. İdarenin kira ödemesine ne zaman başlayacağını eksik imtiyazın özellikleri dikkate alınarak yasada açıkça kurala bağlanmış olması gerekirdi.

Yasadaki eksiklik yönetmelikte açık bir kural konularak giderilmemiştir. Bununla birlikte yönetmeliğin birkaç maddesinden dolayı olarak kira ödemesinin, sözleşmenin yapılmasıyla birlikte başlayacağı sonucu çıkmaktadır. Yönetmeliğin 4. maddesinin "ğ" bendine göre "kira bedeli, ... sözleşme süresince ve sözleşmede öngörülecek dönemler çerçeve-

sinde ödenecek tutarı ifade eder.” Sözleşme süresi ise 32. maddeye göre “sözleşmede belirtilen yer teslim tarihinden başlamak üzere, projelendirme ve yapım süresi dâhil yatırım süresi ve işletme süresi, sözleşme süresidir.” Buna göre sözleşme süresi idare kamu malını özel girişimciye teslim ettiği tarihten başlamaktadır. Bu hükümlerden çıkan sonuç idarenin kamu malını özel girişimciye teslim ettiği tarihten itibaren kira bedeli de ödeyecek (-ebilecek) olmasıdır.

Öte yandan Yönetmeliğin 33. maddesinde “sözleşme süresi boyunca ilgili sağlık tesisinin periyodik kira bedellerinin ödenmesi” güvenceye alınmaktadır. Bu düzenlemede açıkça tesise verilecek kiradan söz edilmektedir. 34. maddenin 6. bendinde de “Sözleşmede tespit edilen kira dönemleri içerisinde yükleniciye kira ödemeleri, sağlık tesisinin teslim alınmasından sonra, tesisin bünyesinde döner sermaye işletmesi kurulması durumunda bu işletme bütçesinden, işletme kurulmaması veya kurulmuş olmakla birlikte malî durumunun uygun olmaması hâlinde Bakanlık Döner Sermaye Merkez Saymanlığı hesabına aktarılan paydan ödenir.” hükmü yer almaktadır. Ancak dikkat edilirse, “sağlık tesisinin teslim alınmasından sonra” yan cümlesi, kiranın hangi döner sermaye işletmesinden ödeneceğinin ölçütü olarak kullanılmıştır, kiranın başlayacağı anın belirlenmesi için değil. Nitekim aynı maddenin 4. bendinde “yapılan peşin ödemelerin kira bedelinin hesaplanmasında dikkate alınacağı” kurala bağlanmaktadır. Demek ki sözleşme başlangıcında da kira bedelinden düşülmek üzere peşin ödeme yapmak olanğı vardır.

Yönetmeliğin kira bedeline ilişkin getirdiği bu düzenlemeler yasada yer almayan kuralın düzenleyici işleme konulmasıdır, yasanın sınırlarını aşmaktadır. Ayrıca araziye veren idarenin bir de yapılmamış tesis için kira ödemeye başlaması, yasadaki “kiralama karşılığı yaptırma” kavramına aykırıdır. Kiranın yapımdan sonra başlaması gerekir.

Olmayan tesise kira ödeme olasılığının (belki de zorunluluğunun) yönetmelikte yer alması, en iyi ihtimalle, yönetmeliği hazırlayanların dikkatsizliğinin sonucu gerçekleşmiş olabilir. Ancak hukuka aykırılık ace-milik, dikkatsizlik veya beceriksizlikten kaynaklanmış olsa da hukuka aykırılıktır ve bunun hukuk düzeninden silinmesi zorunludur.

Kiranın kaynağı döner sermaye

Yasaya göre kira bedelinin kaynağı Sağlık Bakanlığı'nın döner sermaye işletmeleridir. Yasada kira bedelinin ödenmesi için başka bir kaynak öngörülmemiştir. Bu durumda, eksik imtiyazda kamu giderlerinin karşılanmasında temel kaynak olarak vergiyi öngören 73. maddesine aykırı olarak vergi (ve genel bütçe) büyük ölçüde dışarıda bırakılmaktadır. Eksik imtiyazdaki eksiklik yani inşa edilecek tesiste idarenin yürüteceği çekirdek hizmetlerin bir bölüm maliyeti vergilerle karşılanması dışında tüm parçalı hizmetler özel girişimci tarafından ücretlendirilerek satılacak ve hizmetin üretildiği tesis için döner sermayeden ödeme yapılacağına göre idarenin üreteceği çekirdek hizmetten yararlanma da vergi dışı mali yükümlülüğe (tarifeye/harc) bağlanacaktır. Bu durumda Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek 7. maddenin öngördüğü yapıda, vergilerden karşılanan hemen hemen yalnızca çekirdek tıbbi hizmetleri üretecek personelin maaşlarıdır, bunun dışındaki tüm ilişkinin fiyatlandırılma ve tarifelenendirilme ile ödeme koşuluna bağlanması söz konusudur. Eksik imtiyaz Anayasanın vergi ödevi başlıklı 73. maddesine aykırıdır. Bunu daha ayrıntılı ele alacağız. Şimdi kira ödemesinin kaynağı olan döner sermayeye bakalım.

Sağlık Bakanlığı'nda döner sermaye uygulamasına ilişkin bir kanun bulunmaktadır. 4.1.1961 ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun'un 2. maddesinde döner sermayenin kaynakları düzenlenmiştir. Buna göre "Döner sermaye, kurumların kârları ile bağışlardan ve Devlet yardımlarından teşekkül eder." Görüldüğü gibi sağlık kurumlarının kâr elde edebileceği kabul edilmiştir. Kamu hizmetinin kâr amaçlı yürütülüp yürütülemeyeceğini tartışmıyoruz. Bu düzenlemedeki karın, hizmet üreten birimi, kamu hizmetlerinde uyum ilkesine uygun biçimde geliştirmek üzere hizmet üretiminden elde edilmiş bir fazla olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmekle yetiniyoruz. Maddede döner sermayenin bir diğer kaynağı ise kurumun hizmet üretiminin dışından gelen devlet yardımlarıdır. Devlet yardımları, ilke olarak genel bütçe (vergiler) kaynaklıdır.

Döner sermaye yasasının 3. maddesinde 2005 yılında yapılan değişiklikte Sağlık Bakanlığı'na birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar dahil olmak üzere Sağlık Bakanlığı'nın birimlerindeki "muayene, teşhis, tedavi, laboratuvar, tetkik ve tahlil işlerini, aşı, ilaç, serum, insan

kanı ve kan ürünleri imâlî ile istihsal veya imâl edilecek diğer maddeleri, zorunlu sigortalı olan kişilere verilecek hizmetler ile sigortalı turistlere ve yabancı hastalara verilen sağlık hizmetlerini” tarife üzerinden fiyatlandırma ve döner sermayeye gelir kaydetme yetkisi verilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin hemen tümü idare tarafından tarifelendirilmiştir ve hizmetten yararlanma para ödeme koşuluna bağlıdır. Kullanıcıların hemen tamamının sigortalı olması, ödemelerin büyük çoğunlukla bu kuruluşlar tarafından yapılması hizmet kullanıcılarında bir para ödemediği yararlanıyor olma yanılsaması yaratmaktadır. Bu yanılsama da katkı payları ve benzeri para talepleri ile yavaş yavaş dağılmaktadır.

Özetle, eksik imtiyazda özel girişimciye ödenecek kiranın kaynağı olarak döner sermaye gelirleri öngörülmüştür. Döner sermaye ise sağlık kamu hizmetlerinin üretilmesinden elde edilen gelirlerden ve bakanlık bütçesinden yapılan aktarmalardan oluşmaktadır. Döner sermaye işletmelerine bakanlık bütçesinden para aktarılmadığı gibi bakanlık bütçe kalemleri arasında yer alan alt yapı yatırımları için döner sermaye gelirlerinden para aktarmayı öngörmüştür.¹⁰⁰

Yasadaki bu kira-döner sermaye bağlantısı Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapılması İle Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet Ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik düzenlenmelerinde özel girişimcinin alacağını güvence altına almak amacıyla koparılmıştır. “Finansman ve garanti” başlıklı 33. maddeye göre, “Bakanlık, döner sermaye ilçili bütçe kalemlerinde, sözleşme süresi boyunca ilgili sağlık tesisinin periyodik kira bedellerinin ödenebilmesine yönelik yeterli ödeneğin tahsisi konusunda her türlü tedbiri alır. Sözleşmelerde kira bedellerinin zamanında ve tam olarak ödenmesinin Bakanlık garantisi altında olduğu ve ödemelerdeki gecikmelere uygulanacak cezaî yaptırımlara ilişkin hükümlere de yer verilir.” 34. maddeye göre göre de “Sözleşmede tespit edilen kira dönemleri içerisinde yükleniciye kira ödemeleri, sağlık tesisinin teslim alınmasından sonra, tesisin bünyesinde döner sermaye işletmesi ku-

¹⁰⁰ Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki 209 Sayılı Kanun Gereğince İşletme, İdare Ve Muhasebe İşlerine Dair Yönetmelik (RG, 02.09.1961,10896), “Döner Sermayenin Giderleri, Madde 7/d): “(Değişik:RG-18/03/2004-25406) Yılı yatırım programı ile ilişkilendirilmesi kaydıyla, Bakanlık adına inşa edilecek yeni veya ek binaların yapım giderleri”

rulması durumunda bu işletme bütçesinden, işletme kurulmaması veya kurulmuş olmakla birlikte malî durumunun uygun olmaması hâlinde Bakanlık Döner Sermaye Merkez Saymanlığı hesabına aktarılan paydan ödenir.”

Yönetmelikte, döner sermayeyi aşan bir güvence verilmiş olması yasa ya aykırıdır. Yasada kira ödemesi için döner sermaye dışında bir kaynak öngörülmemiştir, 209 sayılı döner sermayeye ilişkin kanunda, döner sermaye kaynakları arasında devlet yardımları da bulunmaktadır. Eksik imtiyaza ilişkin Yönetmeliğin 33. ve 34. maddelerinde öngörülen “ödenek tahsisi” ve “aktarılan pay”, sağlık hizmetinin üretilmesi sırasında döner sermaye işletilmesine yapılan devlet yardımı değildir. Döner sermaye konusu olan hizmetle bağlantısı olmayan yeni bir sağlık tesisi kurulması işi için ayrılan bir bütçe ödeneğidir. Yasada buna olanak tanıyan bir kural bulunmamaktadır.

Henüz kurulmamış bir sağlık tesisi için kira ödemesinin, o tesise ait döner sermaye işletmesinden karşılanamayacağı açıktır. Döner sermaye gelirlerinin, Sağlık Bakanlığı'nın tasarladığı yapıım işlerinin büyüklüğü ve kendi elinde kalacak çekirdek hizmetin sınırları düşünüldüğünde kira ödemelerini karşılayamayacağı da öngörülebilir, bu durumda elbette bütçe kaynaklarına başvurulacaktır. Ancak bunun için oluşturulacak hukuksal yapının ele aldığımız gibi sakat değil, açık ve belirgin yasa hükümleriyle düzenlenmiş olması gerekir.

Neler İşletilir? Çekirdek Hizmet – Parça Hizmetler

Çekirdek hizmet idarede bırakılarak özel girişimciye hizmet mekânlarının ve parçalı hizmetlerin işletilmesi imtiyazının verilmesi dördüncü tipin kurucu unsurudur.

Bu unsur yasada “sağlık tesislerinde tıbbî hizmetler dışındaki hizmetlerin ve alanların işletilmesi” biçiminde düzenlenmiştir. İşletme imtiyazı 49 yıla kadar verilebilecektir.

Yasada, idarede kamu hizmeti üretimi tipiyle söylersek emanette kalacak tıbbi hizmetlerin ne olduğuna ilişkin hiçbir belirleme bulunmamaktadır. Ayrıca “tıbbi hizmet dışındaki alanlar” deyimini de belirsizdir. Bununla tıbbi hizmetlerin verilmediği alanlar anlatılıyorsa yine idarede kalacak tıbbi hizmetlerin neler olduğunun belirlenmesi gerekir. Yasada belirleme yer almamaktadır.

Yönetmeliğin tanımların yapıldığı 4. maddesinde tıbbi hizmetler dışındaki hizmetler ve alanlar tanımlanmıştır:

“Tıbbî hizmetler dışındaki hizmetler: Sözleşme hükümlerine göre, yüklenici tarafından üstlenilen tıbbî destek hizmetleri ile bilgi işlem, hasta danışmanlığı, sterilizasyon, çamaşırhane, temizlik, güvenlik, yemekhane, arşivleme ve benzeri hizmetleri; aydınlatma, asansör, ısıtma, soğutma, havalandırma, tıbbî gaz, su ve enerji temini, atık ve atık su uzaklaştırma hizmetleri de dâhil olmak üzere binaların tamiri, bakımı ve işletilmesi, park ve bahçe bakımı ve kara, hava, deniz ambulans hizmetleri ile morg ve gasilhane hizmetlerini” ifade eder.

“Tıbbî hizmetler dışındaki alanlar: İhale dokümanında belirtilen şartlara uygun olarak, otopark, otel, banka şubesi, restoran, kafeterya, konferans ve kültür merkezi, internet ve iletişim merkezi, yaşlı bakım evi, kreş, personel servisi, taksi hizmetleri ve benzeri ulaştırma hizmetleri, zayıflama ve diyet merkezi **gibi ön proje ile tanımlanacak olan**, sağlık tesisi konsepti ile uyumlu alanları,” ifade eder.

Yasaya göre *tıbbi hizmetler* idare tarafından üretilecek, bunun dışındaki hizmetlerin işletilmesi özel girişimciye bırakılacaktır. Yönetmelik, tıbbi hizmetler içinde de bir ayırım yaparak *tıbbi destek hizmetleri* diye bir kategori açmış ve bunları özel girişimci tarafından işletilebilecek hizmetler arasına almıştır. *Tıbbi hizmetler* ile *tıbbi destek hizmetleri* arasındaki ayırım, idarenin elinde kalacak çekirdek hizmeti, muayene ile sınırlamaya olanak tanıyacak niteliktedir. Nitekim aşağıda aktardığımız ön yeterlilik ilanındaki “görüntüleme, laboratuvar ve diğer tıbbi destek hizmetleri” anlatımından da anlaşılacağı üzere işletme dışı tıbbi hizmetlere muayene odası kalmaktadır. Yönetmelik düzenlemesinde kullanılan yazım tekniği bu amaca yöneliktir. Maddede adıyla sayılan hizmetler vardır, unutulmuş olabilecekler için “ve benzeri” denilerek açık kapı bırakılmıştır. Ayrıca hepsinden önemlisi sayılanlara ek olarak kullanılan *tıbbi destek hizmetleri* terimi torba kavramdır, içine neler gireceği tamamen sözleşme ile belirlenecektir. İdarenin elinde kalacak sağlık hizmetinin ne olacağını belirlemek için yasada hüküm yer almadığı gibi yönetmelikte de açık düzenleme yapılmamıştır.

Tıbbi destek hizmetleri, eksik imtiyaz sözleşmesinde tarafların iradesiyle somutlaşacaktır. Bunun gibi, tıbbi hizmetler dışındaki alanların tanımlanmasında da idare hemen hemen tamamen serbest bırakılmıştır.

Yasadaki belirsizliği gidereceği varsayılan yönetmelik hükmünde, bazı alanlar adıyla sayılmış ancak bunların örnek olduğu tıbbi hizmetler dışındaki alanların “sağlık tesisi konsepti ile uyumlu olarak ön projede tanımlanacağı” kurala bağlanmıştır. Ön proje Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. İdareyi bağlayan hiçbir yasal belirleme yoktur, yönetmelikteki belirleme ise sağlık tesisi kavramı ile uyumlu olmaktadır.

Bakanlığın ön yeterlilik ilanlarındaki koşullar da aynı belirsizliktedir. Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın internet sitesinden ulaşabildiğimiz ön yeterlilik ilanlarındaki standart ifade şu şekildedir: “Yüklenici; projenin finansmanını, uygulama projesini, tasarımını, inşaatını, medikal cihazlar ve diğer ekipmanın tedarikini ve tesis için gerekli mefruşatı sağlayacaktır. Yüklenici; ayrıca tesislerin bakım ve onarımı, görüntüleme, laboratuvar ve diğer tıbbi destek hizmetleri ile bilgi işlem, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, güvenlik ve yemek **dahil olmak üzere destek hizmetlerinin sunumunu**, sağlık hizmetleriyle uyumlu ve Bakanlık onayını alacak **ticari alanların** yapım ve işletilmesini de üstlenecektir.”¹⁰¹ Ön yeterlilik ilanı elbette ön projeden farklıdır, genel ifadelerle yazılması gerekebilir. Genel yazım farklı, belirsiz yazım farklıdır. Yönetmelikteki teknik ön yeterlilik ilanlarında da kullanılmıştır. İdarede kalacak tıbbi hizmetlerin neler olduğuna ilişkin hiçbir belirleme yapılmayarak özel girişimci tarafından işletilebilecek hizmetlerin aleyhine sürekli genişletilebilmesi olanağı yaratılmaktadır.

Yasada eksik imtiyazda özel girişimcinin gelirinin (kârının) idarenin yapacağı kira ödemesinden ve sağlık tesislerinde tıbbî hizmetler dışındaki hizmetlerin ve alanların işletilmesinden oluşacağı kurala bağlanmıştır. Yasada ayrıca özel girişimciye ödenecek kiranın hesaplanmasında dikkate alınacak hususlar da düzenlenmiştir. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek Madde 7'nin III. fıkrasına göre “Kira bedeli ve kiralama süresinin tespitinde; ... tıbbî donanımın bu kişiler tarafından sağlanıp sağlanmayacağı ... hususları dikkate alınır.” Yönetmelikte tıbbi donanımın “sağlanması”, işletmeye dönüşmüştür. Yönetmeliğin ihale dokümanlarını düzenleyen 15. ve sözleşmede yer alacak hususları düzenleyen 30. maddelerinde “uygun görülen donanımın işletilmesi” olanağı getirilmiştir. Özel girişimcinin işletebileceği kamu hizmeti parçalarına yeni bir parça eklenmiştir. Bir ameliyatta kullanılacak ileri tekno-

¹⁰¹ http://www.kamuozel.gov.tr/UserFiles/File/mersin/Mersin_on_yeterlik_ilan_tr.pdf

loji ürünü donanımın eksik imtiyazcı tarafından sağlanması ve işletilmesi mümkündür. Tıbbi donanımın işletilmesi olanağı ile mekan ve hizmet tanımı ile nüfuz edilemeyecek noktalara özel girişimci sokulabilecek, idarenin elindeki çekirdek hizmet biraz daha daraltılabilecektir. Bu olanağın yasaya aykırı olması, hukuki ayrıntı olarak düşünülebilir.

Sağlık kamu hizmetinin örgütlenmesinde yasallık ilkesi, yani temsili demokrasi devre dışı bırakılmaktadır. Yasada birkaç fıkıyla belirsiz bir düzenleme getirilmiştir. Yasayı koyacağı kurallarla belirginleştirecek idare, kendini sınırlamamak için yeterli ve açık düzenleme yapmamıştır. Sağlık kamu hizmetinin örgütlenmesinin kuralları idare ve idarenin eksik imtiyazcı ile yapacağı sözleşme ile belirlenecektir. Toplumsal yaşamı düzenleyen hukuk kurallarının, toplumun siyasal temsilcileri tarafından konulması gerektiği kuralını hatırlamamız, özel girişimciler ve idare için bir anlam taşımayabilir. Ancak bu kuralın çok büyük miktarlara ulaşan yatırımlar için bir güvence olduğu da unutulmamalıdır. Hukuksal belirsizliklerin yarattığı fiili durumların uyumsuzluklar yaratmayacağı sanılmamalı, bu uyumsuzlukların da her zaman fiili durumlar yaratanlar lehine çözüleceği düşünülmemelidir, bu hukuksal belirsizlikler toplumsal güç dengeleri değiştiğinde gerçekleşecek müdahalelerin meşru temelini oluşturacaktır.

Özel girişimci tarafından işletilebilecek tıbbi hizmetler dışındaki alanlara ilişkin Yönetmelik hükmünün ilk halinde “eczane” de tıbbi hizmetler dışındaki alanlar arasında sayılmıştı. Açılan davada Danıştay, bu düzenlemeyi hukuka aykırı bularak iptal etmiştir. Danıştay’da iptal davası açılınca, davalı idare, yargı denetimini etkisiz kılmaya yönelik taktiklerinden birine başvurarak yargılanmakta olan hükmü 13.4.2007 tarihinde değiştirmiştir. Bununla birlikte davanın konusuz kalmış olduğu sonucuna varılmamış 10.2.2009 tarihinde iptal kararı verilmiştir. Danıştay, sağlık ve eczacılık hizmetlerine ilişkin yasa hükümlerini aktardıktan sonra hastane içindeki eczanelerin tıbbi hizmetleri dışında değerlendirilemeyeceği sonucuna varmıştır.

“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 (I) 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 (D10D, E. 2006/5525, K. 2009/793, kt. 10.2.2009).”

Eksik imtiyaz sözleşmesinin hazırlanması, yapılması ve uygulanması sürecinde pek çok noktada, kamu hizmetinin temel ilkelerine, anayasa ve sağlık kamu hizmetinin yasal rejimine aykırılıklar ortaya çıkacak ve dava konusu edilecektir. Eksik imtiyaz tipini uygulamakta istekli olan özel girişimcilerin ve idarenin hukuksal rejimin kurulmasındaki aceleciliği ve özensizliği de bu olasılığı artırmaktadır.

Eksik imtiyazcının işletme yöntemi: Taşeron (alt yüklenici)

Eksik imtiyazcı, çekirdek hizmet dışında idarenin yerine kaim olmaktadır. İmtiyazcı olması da bu nedenledir. İmtiyazına sahip olduğu tüm hizmet parçaları, mekanları ve donanımlarını kendisi işletebileceği gibi işletirebilecektir. Eksik imtiyazın uygulanmadığı mevcut yapıda da sağlık hizmetinin pek çok parçası, ihale ile (III. tip) özel girişimciye üretilmektedir. Eksik imtiyaz tipi, parçalanmayı artırmakta ve bu parçaları bir bütün olarak özel girişimciye devretmektedir. Özel girişimci, bu hizmetleri kendisinin yapmayacağı taşeronlara yaptıracaktır. Seçeceği taşeronlar kendi yan şirketleri olabilir. İmtiyazında olan hizmetleri yürütecek girişimcileri seçmek konusunda kamu hukukuna tabi ihale kuraları bulunmamaktadır.

Eksik imtiyazda özel girişimcinin kâr elde etmek için taşeronlara başvurusu iktisadi rasyonalite gereğidir. Bu gerek hukuksal düzenlemede karşılanmamıştır. Tek maddelik yasal düzenlemede, eksik imtiyazcının imtiyazındaki işleri alt yüklenicilere devredebileceğine veya yaptırabileceğine ilişkin herhangi bir kural yer almamaktadır. Yine yönetmelik düzenlemesine başvurulmuş ve özel girişimci için devir olanağı getirilmiştir. Yasaya aykındır. Yönetmeliğin “alt yükleniciler” başlıklı 13. maddesine göre “İhale konusu işin özelliği nedeniyle ihtiyaç görülmesi hâlinde, ihale aşamasında isteklilerden alt yüklenicilere yaptırmayı düşündükleri işleri belirtmeleri, sözleşme imzalamadan önce de alt yüklenicilerin listesini idarenin onayına sunmaları istenebilir. Ancak bu durumda, alt yüklenicilerin yaptıkları işlerle ilgili sorumluluğu yüklenicinin sorumluluğunu ortadan kaldırmaz.” Bu olanağın tanınmasının yasaya aykırılığı bir yana bu hüküm, süresi 49 yılı bulan sözleşmeler için uygulanması imkansız niteliktedir. Sorunu aşmak için büyük

olasılıkla özel girişimci imtiyazına sahip olduğu tüm işleri alt yükleniciye yaptırabileceği işler olarak listeleyecektir. Ama sözleşme imzalanmadan önce 49 yıl boyunca kullanacağı alt yüklenicilerin listesini vermesi olanaksızdır. Bu nedenle olsa gerek yönetmelik hükmü “istenebilir” diye yazılmıştır. İdare istese de bunu verebilmek olanaksız olacağı için olasılıkla idare de böyle bir istekte bulunmayacaktır. Öte yandan Yönetmeliğin 49. maddesinde “... yatırım ve hizmetlerin niteliğine göre yüklenici ile üçüncü şahıslar arasında akdedilmesi gereken diğer sözleşmeler sözleşmede belirtilir.” hükmü yer almaktadır ki, 49 yıllık bir ilişki için bu zorunluluğun yerine getirilmesi de olanaksızdır.

Böylesi bir hukuksal yapı, kamu hizmetlerinin üretilmesinde yeni bir tipin güvenli ve istikrarlı biçimde yaratılmasına uygun değildir.

Eksik imtiyazda kurucu olmayan özellikler

Sağlık tesisi mi tüm sağlık birimleri mi?

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun ek 7. maddesine göre kiralama karşılığı yaptırılacak veya yeniletilen altyapı “sağlık tesisleri”dir. Yasada sağlık tesisinin ne olduğu belirlenmemiş ve belirlenmesine olanak tanıyan bir ölçü getirilmemiştir.

Yönetmeliğin tanımlar başlıklı 4.maddesinin “i” bendinde sağlık tesisi tanımı yer almaktadır. Buna göre, “Sağlık tesisi: Entegre sağlık kampüsü, eğitim araştırma hastanesi, devlet hastanesi, özel dal hastanesi, gün hastanesi, sağlık ocağı, klinik otel, rehabilitasyon merkezi, kanser araştırma merkezi, aşı eğitim merkezi, aşı üretim merkezi, aşı araştırma-geliştirme merkezi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, toplum sağlığı merkezi, organ ve doku bankası, bölgesel kan merkezi, kan ürünleri üretim tesisi, ağız ve diş sağlığı merkezi, tüm kara, hava ve deniz teçhizatları dâhil olmak üzere 112 acil servis komuta kontrol merkezi ile destek birimleri dâhil ilgili tesisin her türlü bölümleri ve bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla, Bakanlığın yapmak ve yaptırmakla yükümlü olduğu ek binalar dâhil sağlıkla ilgili diğer tüm tesisleri” ifade etmektedir.

Sağlık tesisi kavramı, ilk elde binaları düşündürmekle birlikte, yönetmelikteki tanım binayı değil doğrudan doğruya hizmet konularını saymaktadır. Bu tanımlama da basit bir kiralama karşılığı bina yaptırılmasının değil, sağlık bakanlığının yükümlü olduğu kamu hizmetini özel girişim-

ciye yaptırmasının yani eksik imtiyazın söz konusu olduğunu göstermektedir.

Sağlık tesisi kavramının yönetmelikte tanımlandığı kapsamı neredeyse Sağlık Bakanlığının sağlık kamu hizmeti örgütlenmesinin bütününe denk düşmektedir. Eksik imtiyazın yalnızca yeni tesis kurulması ve hizmet örgütlenmesinde değil, var olan tesislerin yenilenmesi ve bunlarda yeni hizmet örgütlenmesinde kullanılacağı da düşünüldüğünde Sağlık Bakanlığı'nın yürütmekle yükümlü olduğu kamu hizmetlerinin neredeyse tamamının eksik imtiyaz aracılığıyla özelleştirilebileceğini öngörebiliriz.

Bina ve mekanın planlanması

Sağlık kamu hizmetinin üretileceği binanın ve bağlantılı alanların yani hizmet mekanlarının tasarlanması ve planlanması yönetmelikle özel girişimciye bırakılmıştır. Bu mekanlar ve hizmetler, idarenin üreteceği çekirdek hizmet (tıbbi destek hizmetleri dışındaki tıbbi hizmetleri) dışındada özel girişimci tarafından işletilecektir. Özel girişimcinin binayı ve hizmet mekanını planlaması, kendi işletme anlayışına uygun olacaktır. Sağlık kamu hizmeti mekanının işletmenin kâr amacıyla planlanıp inşa edilmesi genel olarak kamu yararı amacına ve özel olarak da kamu hizmeti gereklerine aykırıdır.

Yasada Bakanlığın “ön proje vereceği ve temel standartlar belirleyeceği” hükme bağlanmıştır. Yasadaki bu düzenlemeden inşa edilecek hizmet mekanının özel girişimci tarafından tasarlanıp planının çizileceği sonucu çıkmamakla birlikte Yönetmeliğin özellikle tanımlara ilişkin maddelerine yerleştirilmiş düzenlemeler bu işi eksik imtiyazcıya bırakmaktadır.

Yönetmelik kesin projeyi, “Belli bir sağlık tesisinin Bakanlıkça temin edilen ön projesine göre, ihale dokümanı ve temel standartlar dokümanına bağlı kalınarak, mümkün olan arazi ve zemin araştırmaları yapılmış olan, yapı elemanlarının ölçümlendirilip boyutlandırıldığı, inşaat sistem ve gereçleri ile teknik özelliklerinin belirtildiği, ihale üzerinde kalan ve sözleşmenin imzalanmasını müteakip yüklenici tarafından hazırlanan proje” olarak tanımlamaktadır. Tanımda kesin proje yapma işi özel girişimciye bırakılmıştır. Bakanlığın yapacağı “sağlık tesisinin konsept ve temel tasarım unsurlarını ve ihtiyaç listesi ile mahal listesini de içeren” ön proje hazırlamaktır. Sağlık tesisindeki bütün

mekan planlamasının özel girişimci tarafından yapılacağı uygulama projesi tanımından da çıkmaktadır. “Uygulama projesi: Belirli bir sağlık tesisinin Bakanlıkça onaylı kesin projesine göre yapının her türlü ayrıntısının belirtildiği yüklenici tarafından hazırlanan projeyi” anlatmaktadır.

Yönetmelikte, eksik imtiyazda idarenin yürütmekle yükümlü olduğu çekirdek hizmetler için mekanın somut planlamasına müdahale etme olanağı tanınmamıştır. Mekanın planlaması, çekirdek hizmetler dışındaki mekan ve hizmetleri işletecek olan özel girişimcinin kâr arayışıyla belirlenecektir.

Özel hukuk sözleşmesi değildir

Eksik imtiyaz idare ile özel girişimci (ortak girişimlerin oluşturacağı bir şirket) arasında sözleşme ilişkisidir. Sözleşmenin konusu kamu hizmeti için gerekli olan tesislerin kurulması ve çekirdek hizmet dışındaki kamu hizmeti parçalarının ve mekanlarının uzun süreli işletilmesidir. İdare ile özel girişimciler arasındaki sözleşmeler, bireyler arasındaki sözleşmelerden farklılaşarak özel hukuk dışında bir kamu hukuku rejimine tabi olabilir. Bu ayırım için *idarenin özel hukuk sözleşmeleri* ile *idari sözleşmeler* terimi kullanılmaktadır. Kamu hizmetinin üretilmesi için ihtiyaç duyulan bir malın veya hizmetin alınması, özel girişimcinin kamu hizmeti alanına yerleşmesi (hizmet üretiminin yönetim süreçlerinin parçası haline gelmesi) sonucunu doğurmuyorsa, arızı ve anlıksa (kısa süreliyse) bu ilişkinin hukuksal biçimi bir alım-satım sözleşmesi veya inşaat sözleşmesi olabilir, özel hukukun kavram ve kurallarıyla kavranır. Kamu hizmetinin piyasa ile ilişkiye geçmesinde konu, kamu hizmetinin parçalarından birinin veya tamamının ürettirilmesi ise kamu hizmeti alanına (yönetim süreçlerine) yerleşen özel girişimci ile sürekli ve kimi zaman da çok uzun süreli bir ilişki kurulur ve bu ilişkinin hukuksal biçimi, özel girişimcinin kamu hizmeti gereği kullanacağı ayrıcalıklar, yükümlendiği sorumluluklar ve idarenin kamu hizmetinin yükümlüsü olarak sahip olduğu yetkiler ve sorumluluklar nedeniyle özel hukuktan farklı olarak *idari sözleşme*dir.

Eksik imtiyaz ilişkisini kuran sözleşme de idari sözleşmedir.

İdarenin özel girişimcilerle yaptığı sözleşmelerden hangilerinin idari sözleşme olduğuna ilişkin aktardığımız bu kuramsal bilgilerin yanısıra basitçe mevzu hukuktan da yola çıkabiliriz. 1999 yılında Anayasanın

47. maddesinde değişiklik yapılarak yasama organına konusu kamu hizmetinin özel girişimciye gördürülmesi olan sözleşmeleri yasa ile özel hukuk sözleşmesi olarak nitelendirebilme yetkisi verildi. Bu değişiklikten önce Anayasa Mahkemesi idari nitelikteki sözleşmelerin yasa tarafından özel hukuk sözleşmesi olarak nitelendirilmesini veya aynı sonucu doğurmak üzere bu sözleşmelerden doğan uyumsuzlukların adli yargı düzenine tabi tutulmasını Anayasaya aykırı buluyordu. 1999 değişikliği ile sözleşmenin yasa ile nitelendirilmesi olanağı yaratıldı.¹⁰² 47. maddeye göre “Devlet, kamu iktisadî teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin

¹⁰² 1999 Anayasa değişikliğinden sonra da Danıştay sözleşmenin niteliğini kanunda yapılan değerlendirmeyi bir yana bırakarak araştırmıştır. Danıştay’ın bu içtihadını geliştirdiği olayda, bir limanın üst yapı tesislerinin yapılması konusunda 3996 sayılı Kanun’a dayanılarak yapılan yap-işlet-devret sözleşmesi sözkonusudur. 3996 sayılı Kanun’un 5.maddesi’ne göre bu sözleşmeler “özel hukuk hükümlerine tabidir.” Sözleşmeye karşı, iki şirket Danıştay’da iptal davası açmıştır. Danıştay’ın, 3996 sayılı Kanun’un 5.maddesindeki “özel hukuka tabidir” nitelemesini bir yana bırakarak sözleşmenin idari olup olmadığını incelemesi Anayasa Mahkemesi’nin yargılamada kullandığı yöntemle başvurması ile mümkün olmuştur. Danıştay, yap-işlet-devret sözleşmesinin imtiyaz olmasa da idari sözleşme niteliğinde olduğuna ve görevli idari yargı merciinin idare mahkemesi olduğuna karar vermiştir : “Anayasa Mahkemesi’nin, 28.06.1995 tarih ve E: 1994/71, K:1995/23 sayılı kararında ... ‘Anayasa yargısı alanında bir hizmetin ‘kamu hizmeti’, bir sözleşmenin de ‘imtiyaz sözleşmesi’ olup olmadığı yasaya değil, niteliğine bakılarak saptanabilir. Eğer bir kamu hizmeti uzun süreli olarak özel girişime gördürülecekse, düzenlenen sözleşme imtiyaz sözleşmesi niteliğindedir. Yasal düzenlemeler bu niteliği değiştirici etki yapamaz. Ters durum, Anayasa’nın yargıya ve ön denetime ilişkin kurallarıyla bağdaşmaz.” gerekçesine yer verilmiştir. / Danıştay Birinci Dairesi’nin ilgili sözleşmeyi, imtiyaz sözleşmesi olarak görmeyerek düşünce bildirmemesi halinde, bu sözleşmenin imtiyaz sözleşmesi olduğunu kabul etme olanağı bulunmamakta ise de, söz konusu sözleşmenin idari sözleşme olup olmadığı hususu, bu durumdan ayrı olarak idari yargı yerlerinde incelenmesi gerekmektedir. (...) İptali istenen sözleşmenin konusunun, sözleşmeye ekli vaziyet planında belirlenen alanda, alt yapı tesislerinin tamamına yakın bölümü idare tarafından tamamlanmış bulunan mevcut Çanakkale limanı tesisinin en az 1 milyon ton/yıl nihai yükleme-boşaltma kapasitesi ile yolcu ve Ro-Ro fonksiyonlarına hizmet verecek şekilde eksik kalan altyapı, gerekli olan üstyapı tesisleri ve liman bağlantı yolunun uygulama projelerinin hazırlanmasına, inşaatına, gerekli ekipmanlarının teminine ve tesisine, yapılan tesisin bakım ve onarımına, işletilmesine ve sözleşme süresi sonunda her türlü borçtan arı, bakımlı ve kullanılabilir durumda bedelsiz idareye devrine ilişkin olması, sözleşme süresinin 10 ay 9 gün yatırım, 29 yıl işletim süresi olmak üzere toplam 29 yıl 10 ay 9 gün olarak belirlenmesi, idareye denetim ve sözleşmenin feshi hakkında ayrıcalıklı yetki tanınması yönleriyle idari nitelikli olduğu görülmektedir (D13D, E. 2008/5151, K. 2008/6509, 28.11.2008).”

özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzelkişilere yaptırılabilceği veya devredilebileceği kanunla belirlenir.”

Maddede değişikliği yapanların hiç arzu etmeyecekleri iki önemli sonuç çıktı. İlki, yasa ile açıkça özel hukuk sözleşmesi olarak nitelendirilmemiş, konusu kamu hizmeti veya kamu yatırımının özel girişimciye görürülmesi olan sözleşmeler idari sözleşme niteliğinde olacaktır. 1999 sonrası artık kamu hizmetinin ve yatırımının sözleşme ile özel girişimciye yaptırılmasının veya devredilmesinin anayasal rejimi idari sözleşme olmuştur. İkincisi, 1999 öncesi tartışma “kamu hizmetleri” iken yeni düzenleme idari sözleşmeler kapsamına “kamu yatırımları” nı da almıştır. Türk hukukundaki kamu inşaat işleri - ki yatırımdır - idari sözleşme değildir, özel hukuktaki yapı sözleşmesidir, öğretisel ve yargısal kabulünün anayasal temeli kalmamıştır. Her bir hizmet türü ve hatta yaptırma/devir türü için aksini öngören açık yasal düzenleme olmadıkça sözleşmeler idari niteliktedir.

Sağlık kamu hizmeti alanında eksik imtiyaz yöntemini düzenleyen Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun ek 7. maddesinde sözleşmenin niteliğine ilişkin hiçbir belirleme bulunmamaktadır. Hem açıkladığımız kuramsal nedenlerle hem de Anayasanın 47. maddesi gereği ek 7. maddeye göre idare ile özel girişimci arasında imzalanacak sözleşmeler (eksik imtiyaz sözleşmeleri) idari sözleşme niteliğindedir.

Yazı boyunca belirttiğimiz gibi, eksik imtiyaz yönteminin hukuksal rejimi sakatlıklar yaratacak belirsizlikler ve açık sakatlıklarla oluşturulmuştur. Böyle bir hukuksal rejimin güvenli bir yatırım ortamı yaratması olanaklı değildir. Temel sakatlıklardan biri de sözleşmenin niteliğinin Yönetmelikte belirlenmiş olmasıdır. Yönetmeliğin 4. maddesinin “j” bendine göre “Sözleşme: Yapım ve yenileme işlemleri ile ilgili olarak idare ile yüklenici arasında özel hukuk hükümlerine göre yapılan ... sözleşme ve eklerini” ifade eder. Sözleşmenin özel hukuka tabi olduğunu gerekçelendirme için olsa gerek konusu “yapım” olarak belirtilmiş, kamu hizmeti üretimi ile hiçbir bağlantı kurulmamıştır. Eksik imtiyaza ilişkin hukuk kuralları incelendiğinde bunun bir kamu hizmeti üretim tipi olduğu açıkça görülmektedir. Bu gizleme çabasının Anayasanın 47. maddesindeki “yatırım”lar ibaresi karşısında anlamsız olduğu bile fark edilememiştir. Özel girişimciye verilecek işin bir kamu hizmeti değil de yalnızca inşaat (yapım) olduğu kabul edilse bile bu nitelemenin yasa ile yapılması zorunluluğunu ortadan kaldırmaz.

Yaratılan hukuksal sakatlıkların, arkasına siyasal gücü alan fiili durumlarla korunabileceği inancı, sadece inançtır. Çok uzun süreli kurulan iktisadi ilişkinin, siyasal özne ve güç değişimleri karşısındaki güvencesi ancak sağlam ve bu sayede meşru olan hukuksal rejim ile sağlanabilir.

Çekirdek hizmetler de devredilebilir mi? Eksik imtiyazdan tam imtiyaza

Sağlık kamu hizmeti alanında eksik imtiyazın düzenlendiği Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun ek 7. maddesinde, tıbbi hizmetler imtiyaz ilişkisinin dışında bırakılmıştır. Tıbbi hizmetler idare ile özel girişimci arasındaki eksik imtiyaz ilişkisinde idarenin elinde tuttuğu çekirdek hizmetlerdir; özel girişimciye hizmet devrini imtiyaz haline getiren de budur. Bu sayede özel girişimci, çekirdek hizmete bitişik, doğrudan idareye veya sağlık hizmetinin kullanıcı kitlesine satabileceği onlarca işletilebilir hizmet ve alan bulmaktadır.

7. madde tıbbi hizmetlerin idare tarafından emanet yöntemi ile (yani kendi araç gereç ve personeli eliyle) üretilmesi gerektiğine ilişkin bir kural getirmemiş, yalnızca tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerin eksik imtiyazcıya işlettirileceğini kurula bağlamıştır. Yönetmelikte de çekirdek hizmetlerin özel girişimcilere ürettirilebileceğine ilişkin bir kural yer almamaktadır.

Sağlık kamu hizmetinin nasıl örgütleneceğine ve piyasa ile ilişkisine ilişkin, tuhaf biçimde, Devlet Memurları Kanunu'nda bir kural bulunmaktadır. Kamu hizmeti alanında kamu hukuku bağı ile çalışanların hizmet sınıflarını düzenleyen maddede 2003 yılında bir değişiklik yapılarak sağlık kamu hizmetinin piyasaya gördürülmesi olanağı tanınmıştır. Bu olanak kamu hizmetleri alanının piyasa ile ilişkiye geçmesinde üçüncü tipin, hizmetin parçalara ayrılarak yıllık ihalelerle piyasaya gördürülmesinin en uç örneğidir.

Devlet Memurları Kanunu'nun memurların hizmet sınıflarını düzenleyen 36. maddesinde "sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı" da yer almaktadır. sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı kapsamında yer alacak kamu görevlileri şu biçimde sayılmıştır: "Bu sınıf, sağlık hizmetlerinde (Hayvan sağlığı dahil) meslekî eğitim görerek yetişmiş olan tabip, diş tabibi, eczacı, veteriner hekim gibi memurlar ile bu hizmet sahasında çalışan yüksek öğrenim görmüş fizikoterapist, tıp teknolojü, ebe, hemşire, sağlık memuru, sosyal hiz-

metler mütehasası, biyolog, pisikolog, diyetçi, sağlık mühendisi, sağlık fizikçisi, sağlık idarecisi ile ebe ve hemşire, hemşire yardımcısı, (Fizik tedavi, laboratuvar, eczacı, di anestezi, röntgen teknisyenleri ve yardımcıları, çevre sağlığı ve toplum sağlığı teknisyeni dahil) sağlık savaş memuru, hayvan sağlık memuru ve benzeri sağlık personelini kapsar.”

İşgücünün niteliğine ilişkin bu tanımlamalar aynı zamanda sağlık kamu hizmeti alanında gerçektetirilen üretim de tanımlarıdır. Bu sayede idareye kamu hizmetini özel girişimciye yaptırma izni vermek için kolay bir yöntem geliştirilmiştir. 10.7.2003 tarih ve 4924 sayılı Yasa ile 36. maddeye tek cümlelik bir fıkra eklenmiştir: “Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir.”

Anayasa Mahkemesi bu değişikliğe yönelik iptal istemini reddetmiştir. Sağlıkta zelletirme güzellemesi niteliğindeki gerekçesinde sağlık hizmetlerinin niteliğinin sağlık hizmetlerinin hizmet satın alma yoluyla karşılanmasını zorunlu kıldığını saptamaktadır (AM, E.2004/114, K.2007/85, kt. 22.11.2007, RG. 24.12.2007, 26736).”

Sağlık hizmetleri sınıfına dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla hizmet satın alınması yoluyla grdrlebilme olanağı, eksik imtiyaz yöntemiyle birleebilir. Bu durumda sağlık kamu hizmetinin yükümlüsü bakanlık yalnızca ihaleci ve denetleyici bir örgüt halini alır. Kaynağın yine döner sermaye olduğunu görünce akla, hem çekirdek hizmetlerin ihalesini finanse edebilecek hem de eksik imtiyazcıya yapılacak kira ödemesini finanse edebilecek büyüklükte bir döner sermaye kaynağının nasıl ortaya çıkabileceği sorusu gelmektedir.

Eksik imtiyazda çekirdek hizmetlerin de kamu hizmet alımları yöntemiyle gördürülmesi durumunda, eksik imtiyazcının hukuki önceliği olmasa da hizmet örgütlenmesini ve mekanını bilen olarak diğer özel girişimciler karşısında üstünlüğü olacaktır. Eksik imtiyazcının idarede kalan çekirdek hizmetlere ilişkin hizmet alım ihalelerini de alması eksik imtiyazı fiilen imtiyaza dnstrebilir.

Sağlık kamu hizmetinde özel girişimden yararlanmanın sınırı

Sağlık Bakanlığı'nın sadece ihale ve denetim yaptığı bir sağlık kamu hizmeti örgütlenmesi Anayasa Mahkemesi'nin piyasa güzellemesi gerekçelerinin fiili olmasa da mantıksal/hukuksal sonucudur. Bakanlığın kamu özel ortaklığı daire başkanlığına veya ihale birimine indirgenmesi, sağlık kamu hizmetinin kamu hizmeti alanında imtiyazlar ve ihaleler alan özel girişimcilerin idarece denetlenen işletmelerine dönüşmesi anayasa ile uyumlu mudur?

1987 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, sağlık kamu hizmeti örgütlenmesinde işletme biçiminin kullanılabileceğini kurala bağlamıştı. Bu kuralın Anayasaya aykırılığı savı Anayasa Mahkemesi tarafından sağlık hizmetinin özellik arz ettiği gerekçesiyle reddedildi. 2003 yılında da Devlet Memurları Kanununda yapılan değişiklikle sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfındaki personelin yaptığı işlerin özel girişimcilere gördürülebileceği kurala bağlandı. Buna ilişkin iptal istemi de aynı gerekçeyle reddedildi. Anayasa Mahkemesi'nin sağlık kamu hizmeti konusundaki yaklaşımı çelişikmiş gibi duran iki temele dayanıyor: Çalışanların haklarının sınırlanması ve özel girişimin sağlık kamu hizmetinde önünün açılması. Bir yandan mecburi hizmet gibi temel haklara yönelik ağır sınırlandırmalar sağlık hizmetinin özelliği gereği anayasaya uygun bulunurken öte yandan da sağlık kamu hizmetinin işletilebilmesi ve piyasaya gördürülmesi (özelleştirilmesi) yine aynı özelliklerle anayasaya uygun ve hatta zorunlu sayılıyor. Çalışma hakkının sınırlanması konusunda sağlık kamu hizmetinin özelliklerine dayanan Anayasa Mahkemesi, özel girişimci için büyük bir kârlılık alanı olan sağlık kamu hizmetinde özel girişimin ticari/piyasa mantığının sınırlanması konusunda hiçbir saptama yapmıyor. Elbette mahkemele-
rin saptama yapmadıklarını karar verdiklerini biliyoruz. Aşağıda aktaracağımız iki kararda Anayasa Mahkemesi'nin piyasanın faziletleri konusunda saptama ve hatta güzelleme yapmaktan geri durmadığını, idareye piyasadan yararlanman zorunluluktur diyerek siyasal program yazdığını görüyoruz.

Sözünü ettiğimiz kararları aktaralım. 7.6.1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 5. maddesiyle yasa kapsamına giren sağlık kuruluşlarının kamu tüzelkişiliği bulunan sağlık işletmesine dönüştürülebilmesi ve kuruluş hekimlerinin çalışma saatleri dışında özel teşhis ve tedavi yapılabilmesi öngörülmüştü. Anayasa Mahkemesi sağlık

kamu hizmetinin, işletme olarak örgütlenip, üretilmesini ve kullanıcıların işletmenin müşterilerine dönüşmesini anayasa aykırı bulmadı.

“ Mal ya da hizmet üretmek amacıyla kurulmuş, doğal kaynaklar, emek ve sermaye gibi üretim etmenlerini bir örgüt ve yönetim gücü ile bir araya getiren ekonomik amaçlı kuruluşlar’ olarak tanımlanan işletme biçimine dönüştürülecek sağlık kuruluşlarının satmak için üretimde bulunması, ayrıca kurucu ve sahiplerinden bağımsız bir varlığı, muhasebesi ve atanan bir yönetim merkezine sahip olması gerekir. Yatırım ve personel ücretleri dışındaki giderleri için devlet desteği olmaksızın kendilerinin gelir elde ederek çeşitli giderler yapması, kâr amacını gündeme getirmektedir. Bu amaca ulaşmak için, sağlık hizmetlerinin maliyetinin artırılması kaçınılmazdır. ... Temel haklar ve ödevler konusunda gözetici ve koruyucu olan devletin, sosyal devlet olmak gibi üstlendiği görevlerini Anayasa’nın 65. maddesinin belirlediği gibi malî kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getireceği açıktır. Çok önemli bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetinin, sosyal devlet olmanın gereği, parasız yerine getirilmesi anlayışı günümüzde gücünü yitirmiştir. Kamu hizmetlerinin karşılığı olarak, yararlananlardan kullanım oranlarına ve ödeme güçlerine göre ücret alınabileceği kabul edilmektedir. Böylece, bu hizmetlerden yararlananlarla yararlanmayanlar arasındaki eşitsizlik giderilmiş olmaktadır. Ancak, gelir düzeyi ne olursa olsun belirlenen ücreti ödeyemeyecek olanlardan bu ücretin alınmaması ya da onlar adına ödenmesi olanakları da uygulamaya konulmalıdır. Yasanın 3. maddesinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın belirleyip duyuracağı ücretleri ödeyemeyecek durumda olanlar için geçici 3. maddenin tanıdığı objektif olanaklar da vardır. Bu durumlar karşısında, iptali istenilen madde, sözü edilen maddelerle birlikte düşünülünce, kamu hizmetlerine ayrılarak kamunun yararlanmasına özgülenmiş varlıkların salt ticarî işletme durumuna indirgenerek piyasa ekonomisi kurallarına açık tutulmaları olgusu bir yana, Anayasa’nın 2. maddesine aykırı bir yön yoktur. (...) Devlet, Anayasa’nın 56. maddesinin kendisine yüklediği görevleri malî kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirmek durumundadır. Günümüzde devlete parasız sağlık hizmetlerini bütünüyle yüklemek olası bulunmadığına, Anayasa’nın 56. maddesi de parasız hizmetten söz etmediğine göre sağlık hizmetlerinin sağlık işletmeleri eliyle paralı olarak yürütülmesinde bir aykırılık yoktur (AM, E.1987/16, K.1988/8, kt.19.4.1988, RG. 23.8. 1988,19908).”

Gerekçeyi özetleyelim, işletme kâr amacı güder, bu sağlık hizmetinin maliyetini artırır, sağlık hizmetinden yararlanan para öderse hizmetten yararlanmayanlarla arasındaki eşitlik sağlanır, para ödeyemeyecek olanların parasını devlet öder, sağlık kamu hizmeti salt ticari işletmeye indirgenmiş olsa da eşitlik ilkesi korunmuştur, zaten anayasada sağlık hizmetinin parasız olacağı da öngörülmemiştir.

Anayasa Mahkemesi'nin bu gerekçelerini tüm kamu hizmetleri için kullanabiliriz. Sağlık hizmeti yerine, "yollar"ı koyun. Arabaların yollarından yararlanması, arabası olmayanlar aleyhine, hiç motorlu taşımadan yararlanmayanlar aleyhine, arabası olup da o yollardan hiç geçmeyenler aleyhine eşitsizlik yaratır. Arabalarının tümünde sayaçlar mevcuttur, yolları kullandıkları kadar ödeme yapmaları olasıdır, bunun tekniği geliştirilebilir. Örnek garip mi geldi, o zaman sağlık hizmeti yerine eğitim hizmetini koyun, daha kolay içselleştirebilirsiniz.

Anayasa Mahkemesi'nin bu akıl yürütmesinin yeni sağcı kökenlerinin araştırılmasına girmiyoruz, sadece bu gerekçenin mantıksal bir akıl yürütme olmadığını belirtmekle yetiniyoruz. Hukuksal çıkarım mantıksal çıkarımdır. Büyük önerme ve küçük önermeden bir sonuç çıkarabilmek için her iki önermenin de paylaştığı bir orta terim olması gerekir. Aksi durumda çıkarım değil, önermeler sıralaması söz konusu olur. Anayasa Mahkemesi, siyasal programın önermelerini sıralamıştır.

Anayasa Mahkemesi Devlet Memurları Kanunu'na ilişkin 2007 kararında bu siyasal programı hukuksal zorunluluğa çevirmiştir. DMK'nın memuriyet sınıflarına ilişkin 36. maddesinde 10.7.2003 tarihinde yapılan değişiklikle, sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personelin yaptığı işlerin hizmet satın alması yoluyla özel girişimcilere görülebileceği kurala bağlanmıştır. Hiç ölçüt ve sınır içermeyen bu düzenleme, içeriği bir yana basitçe yasama yetkisinin devredilmezliği kuralına aykırıdır ve iptali gerekir. Bu yasa hükmü ile idare sağlık kamu hizmetini dilediği örgütlenme yetkisine sahip olmuştur. İptal istemi Anayasa Mahkemesi'nce reddedilmiştir. Mahkeme, yasama yetkisinin devredilmezliği gibi basit kurullarla uğraşmak yerine piyasanın sağlık kamu hizmetine ne denli önemli katkılar sunabileceğinin kuramsal tartışmasını yapmıştır.

“Sağlık hizmetleri nitelikleri gereği diğer kamu hizmetlerinden farklıdır. Sağlık hizmetinin temel hedefi olan insan sağlığı sorunu, ertelenemez

ve ikame edilemez. Bilime dayalı olması gereken tanı ve tedavi metodlarının insan yararına sürekli yenilik ve gelişme göstermesi, hizmet kalite ve beklentilerini çağın koşullarına yaklaştırmayı gerektirmektedir. **Bu yönüyle** sağlık hizmetleri, kendi iç dinamikleri ve nitelikleri gereği üretilmesi ve halk yararına sunulmasında özel sektörün kazanç, rekabet ve büyüme dinamiklerinden yararlanacak türdeki hizmetlerdendir.

Bu çerçevede, artan sağlık hizmeti talebini en doğru şekilde karşılamak, yüksek sermaye grubuna dahil sürekli yenilenen teknoloji elde etmek ve cihaz-ekipman-sigorta-bakım- yenileme maliyetlerini minimize etmek, birden çok kuruma ortak hizmet alanı yaratmak, yetersiz ve kısıtlı kalifiye insan gücü kaynağını değerlendirerek hizmette etkinlik ve verimlilik sağlamak, değişen şartlara ve ihtiyaca göre hizmet planlama ve sunumunu yapmak, yerinde sağlık hizmeti sunarak gereksiz hasta transferi ve beraberinde getireceği sosyal sorunlara son vermek, kaynak kullanımını kontrollü, kaliteyi yükselten, maliyeti düşüren etkin, süratli, kesintisiz bir sağlık hizmeti sunmak, gereksiz bina ve cihaz alımının önüne geçmek, kurumlar arası işbirliği ve halkın sosyal memnuniyetini arttırmak sağlık hizmetleri yönünden Devlet için bir kamusal zorunluluk ve sosyal devlet olmanın gereğidir.

Anayasa'nın 47. maddesi ile 128. maddesi birlikte değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin bütünüyle devletin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğu bir kamu hizmeti şeklinde nitelendirilmesi olanaklı değildir. **Dolayısıyla** sağlık hizmetinin tamamının salt memur ve diğer kamu görevlileri eliyle yürütülmesi gerektiğinden söz edilemeyeceği gibi, 47. maddesinde öngörülen hizmet kapsamında bunun özel hukuk sözleşmeleri ile üçüncü kişilere yaptırılabilceği olanaklıdır.

... Anayasa gereği herkesin, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olması karşısında, ülkenin her yöresinde sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanılabilmesini sağlamak amacıyla niteliği gereği sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde ortaya çıkacak eksiklik ve gecikmelerin telafisi olanaksız sonuçlara yol açabilmesi, kamunun iktisadi ve teknik yetersizliği, teknolojik gelişme ve kullanıcıları ve hizmet sunucu ve donanımlarına olan ihtiyaç, görev ve yer yönünden erişim zorlukları, sağlık hizmetlerinin ertelenemez ve ikame edilemez özellikleri, doğal afet, salgın hastalıklar ve acil durumlar sağlık hizmetlerinin hizmet satın alma yoluyla karşılanmasını zorunlu kılmaktadır. **Böyle-**

ce. itiraz konusu kural ile, sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, ücretleri döner sermaye gelirlerinden karşılanmak kaydıyla, lüzumu halinde hizmet satın alınması yoluyla gördürülmesi olanaklı hale gelmektedir.

Kuralın, Anayasa'nın 2. maddesinde belirtilen sosyal devlet ilkesini gerçekleştirmek, 5. maddesinde Devletin temel amaç ve görevleri arasında belirtilen kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamak, insanın maddi ve manevi varlığını geliştirmek, 56. maddesinde öngörülen sağlık hizmetlerini tam ve dengeli biçimde yerine getirebilmek amacıyla düzenlendiği anlaşılmaktadır (AM, E.2004/114, K.2007/85, kt. 22.11.2007, RG. 24.12.2007, 26736).”

“Bu yönüyle”, “bu çerçevede”, “dolayısıyla” ve “böylece” sözcükleri önermeler arasında mantıksal/hukuksal çıkarımı sağlamamaktadır. Anayasa Mahkemesi'nin gerekçesindeki her cümle başlı başına bir önermedir ve bir mantıksal çıkarımla Anayasaya bağlanmamaktadır. Örneğin aktardığımız ilk paragraftaki “Bilime dayalı olması gereken tanı ve tedavi metotlarının insan yararına sürekli yenilik ve gelişme göstermesi, hizmet kalite ve beklentilerini çağın koşullarına yaklaştırmayı gerektirmektedir.” önermesi ile “sağlık hizmetleri, kendi iç dinamikleri ve nitelikleri gereği üretilmesi ve halk yararına sunulmasında özel sektörün kazanç, rekabet ve büyüme dinamiklerinden yararlanacak türdeki hizmetlerdendir.” önermesi arasında bağlantı kurabilecek ortak nokta yoktur. Araya “bu yönüyle” sözcüklerinin girmesi bu bağlantıyı sağlamaz. Anayasa Mahkemesi eksik kıyas yapmış olabilir. “Bilime dayalı sürekli yenilikler ancak özel sektörün kazanç ve rekabet arzusu ile sağlanabilir” büyük önermesi Anayasa Mahkemesi üyelerinin kafalarında bulunuyor olabilir, ancak bu yetmez kararda da açıkça yazılması gerekir. Hiçbir mahkemenin, toplum – devlet – piyasa arasındaki ilişkiye yönelik siyasal/felsefi tercihleri analitik/hukuksal doğrular olarak dayatma yetkisi yoktur.

Aktardığımız gerekçede çok önemli bir özellik Anayasa Mahkemesi'nin gerekçesi ile sağlık kamu hizmeti için yeni bir üretim ve örgütlenme modeli öngörmüş olmasıdır. İptali istenilen kuralla idareye sağlık kamu hizmetinin parçalayarak hizmet alım ihaleleriyle piyasadan satın alma yetkisi verilirken Anayasa Mahkemesi hizmetin nasıl parçalanacağına

ilişkin yol göstermektedir. Yemek, temizlik, taşıma vb. önemsiz yardımcı hizmetler bir yana yüksek sermaye grubuna dahil sürekli yenilenen teknoloji, cihaz, ekipman, bakım, yenileme vb. işleri özel girişimciye yaptırmasını önermektedir. Anayasa Mahkemesi bu gerekçesi ile eksik imtiyazı öngörmüştür. Bu gerekçeler, Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın internet sitesinde tanıtım yazısı olabilecek niteliktedir.

Eksik imtiyaz bu kararların hukuki ve siyasi yolu içindedir. Bununla birlikte anayasaya aykırıdır. Devletin üstlenmiş olduğu temel kamu hizmetlerinden olan sağlık kamu hizmetinin üretim ve yararlanma biçiminin vergilerle bağının neredeyse tamamen koparılması anayasaya aykırıdır.

Kamu hizmeti alanında yer alan bir kamu hizmetinin piyasa ile ilişkisini düzenleyen anayasa kuralları olarak 128. ve 47. maddeler kullanılmaktadır. Yukarıda aktardığımız Anayasa Mahkemesi kararında da aynı maddeler kullanılmıştır. “Anayasa'nın 47. maddesi ile 128. maddesi birlikte değerlendirildiğinde, sağlık hizmetlerinin bütünüyle devletin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğu bir kamu hizmeti şeklinde nitelendirilmesi olanaklı değildir (AM, E.2004/114, K.2007/85, kt. 22.11.2007, RG. 24.12.2007, 26736)”. Mahkeme vardığı sonuç için neden sorusunu yanıtlamıyor. Mahkemenin gerekçe yazımındaki bu kusurunu bir yana bırakalım, kamu hizmetlerinin özel girişimcilere ürettirilmesinde anayasal ölçü sorununa dönelim.

Anayasanın 47. maddesi, kamu hizmetinin özel girişimciye ürettirilmesinde bir ölçü içermemektedir, 128. madde bir ölçüt getirmekle birlikte tek başına yeterli değildir. Ölçü vergi ödevini düzenleyen 73. maddeden çıkarılabilir.

Kullanılan 47. madde hükmü 1999 değişikliği ile eklenen son fıkradır. 47. maddenin başlığındaki “devletleştirme”nin yanına “ve özelleştirme” eklenmiş, III. fıkrada özelleştirme yetkisi¹⁰³ ve son fıkra da sözleşmeleri nitelendirme yetkisi verilmiştir. Buna göre “Devlet, kamu iktisadî teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişileri tarafından yürütülen yatırım ve

¹⁰³ “m. 47/III: Devletin, kamu iktisadî teşebbüslerinin ve diğer kamu tüzelkişilerinin mülkiyetinde bulunan işletme ve varlıkların özelleştirilmesine ilişkin esas ve usuller kanunla gösterilir.”

hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzel kişilere yaptırılabilceği veya devredilebileceği kanunla belirlenir.”

Bu düzenlemeden devletin yürüttüğü hizmetleri özel girişimcilere yaptırabilmesi yetkisinin çıktığı kabul edilmektedir. Söz konusu değişiklik, idare ile özel girişimciler arasında kamu hizmetinin yürütülmesi konusunda yapılacak sözleşmelerin Anayasa Mahkemesi ve Danıştay tarafından idari sözleşme olarak nitelendirilmesine engel olmak için yapılmıştır. Mahkemeler, yasalarda özel hukuk sözleşmesi olduğu veya adli yargıya tabi olduğu öngörülen sözleşmeleri idari sözleşmeler olarak nitelemekte, aksini öngören, yasaları veya idari işlemleri iptal etmekteydi. Bunun üzerine anayasa değişikliği yapılarak yasama organına bu sözleşmeleri özel hukuk sözleşmesi olarak niteleme yetkisi verildi. Söz konusu yetki, devletin elindeki her türlü kamu hizmetini kısmen veya tamamen özel girişimciye gördürme yetkisi değil, anayasadaki sınırlar çerçevesinde özel girişimciye gördürebileceği hizmetleri konu alan sözleşmeleri özel hukuk sözleşmesi olarak niteleme yetkisidir. Anayasa m. 47/son özelleştirme yetkisi değil, sözleşmenin niteliğini değiştirme yetkisi vermektedir.

Kamu hizmetleri alanının piyasa ile ilişkisinde ölçü olarak kullanılan diğer hüküm kamu görevlilerine ilişkin 128. madde yer almaktadır. İş gücünün kamu hizmetine bağlanmasının hukuksal biçimini düzenleyen 128. maddenin I.fıkrasında, iş akdine dayanan bağlanma biçimi ile kamu hukukuna dayanan biçimler arasındaki sınıra ilişkin ölçü konulmaktadır. Buna göre, “Devletin, kamu iktisadî teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişilerinin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği aslı ve sürekli görevler, memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülür.” Bu hüküm kamu hizmetinin işgücüne ilişkin kurallar nedeniyle idarenin, üstlenmiş olduğu kamu hizmetini parçalayarak özel girişimciye gördürmesinin sınırına ilişkin ölçü de getirmektedir. İdarenin örgütleyip üretmekte olduğu bir kamu hizmeti varsa, bu hizmet genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğu bir hizmetse ve üretiminde özel girişimcilerden yararlanacaksa bu maddeye göre sınırı “aslı ve sürekli görevler”dir. Düzenlemede önemli unsur bir kamu hizmetinin “genel idare esaslarına göre” yürütülmesinin ne alma geldiğinin saptanmasıdır. Üretimi sırasında kamu gücü kullanılan kamu hizmetleriyle sınırlanabileceği gibi piyasanın işleyiş kurallarında bulunmayan kamu gücü ayrıcalık ve yükümlü-

lüklerinin söz konusu olduğu kamu hizmeti üretiminin anlaşılması gerektiği de savunulabilir. Zorunlu çalışmaya dayanan bir hizmet genel idare esaslarına göre üretilmektedir, piyasanın işleyişinde zorunlu çalışma yoktur. Kamu gücü, şiddet şeklinde ortaya çıkmayabilir, kamu hukukuna dayanan yükümlülükler ve ayrıcalıklar da kamu gücü içerir.

İdare tarafından özel girişimciye ürettirilecek kamu hizmeti parçalarının her biri için 128. maddedeki ölçüye dayanan değerlendirme yapılabilir. Bu değerlendirmenin 70. maddedeki kamu hizmetine girme hakkıyla desteklenmesi gerekir. Kamu hizmetine girme hakkı, anayasadaki gerçek çalışma hakkıdır. Kamu hizmeti alanında işgücüne ihtiyaç duyulmuşsa, hizmetin gerektirdiği nitelikleri taşıyan her Türk için burada çalışmak bir hak idare için de bu hakkı gerçekleştirmek bir yükümlülüktür. Özel girişimciyi üretilen her kamu hizmeti parçası, bireylerin terk ettikleri kamu hizmetine girme (gerçek çalışma) hakkıdır. Kamu hizmetinin özel girişimcilere ürettirilmesi, 70.maddedeki kamu hizmetine girme hakkını da sınırlamaktadır.

128. maddedeki ölçü devletin kamu hizmeti alanındaki bir hizmetinin tamamını özel girişimciye gördürmesi durumunda uygulanamayabilir. Emanet yöntemi ile hizmetleri parçalayarak gördürme yönteminin sınırlarını belirlemek daha uygundur.

Kamu hizmeti alanının piyasa ile ilişkisini belirlemede vergi ödevine ilişkin 73. madde devreye sokulmalıdır. Vergi ödev olduğu gibi kamu hizmetleri talep etme hakkının temelidir. Anayasanın siyasal haklar ve ödevler bölümünde düzenlenmiştir. Siyasal haklar ve ödevler, siyasal alanı kuran ve bireyi siyasal özne, yurttaş yapan haklar/ödevlerdir. Kapitalist ilkeye göre birey alım-satım ve mülkiyet ilişkileri çerçevesinde toplumsal zenginlikten pay alır, ama vergi söz konusu olduğunda bu ilişkiler “dışındaki” bir kolektivitinin el koyması ve dağıtımı söz konusudur. Toplumsal zenginliğin bir bölümünün mübadele ve mülkiyet ilişkilerinden bağışık olarak dağıtımı söz konusudur. Kimden alındığı ve kime/nereye verildiği artık otonom bireyin kararı değil, kolektif siyasi karardır. Anayasanın 73. maddesine göre “Herkes, kamu giderlerini karşılamak üzere, malî gücüne göre, vergi ödemekle yükümlüdür.” Örneğin devlet sağlık hizmetinin üretimini kamu hizmeti olarak üstlenmiştir, bu durumda sağlık kamu hizmetinin üretimi için yapacağı tüm harcamalar kamu gideridir, hizmetten doğrudan (faydası kendisine kalacak biçimde) yararlınsın veya yararlanmasın herkes, mali gücüne

göre vergi ödeyerek bu gidere katılmakla yükümlüdür. Vergilerdeki genellik ve ademi tahsis özelliğinin yaratabileceği eşitsizliği gidermek için olabilir, 73. maddede bir de vergi dışı mali yükümlülükler düzenlenmiştir. Maddenin II. fıkrasına göre “vergi, resim, harç ve benzeri malî yükümlülükler kanunla konulur, değiştirilir veya kaldırılır.” Vergi dışında sayılan bu mali gelirler, bir kamu hizmetinden yararlanırken, hizmetin maliyetiyle bağlantılı bir hesaplama dayanan bir tarifeden veya bununla hiçbir bağlantısı olmayan bir tarifeden tahsil edilir. Her iki olasılıkta da hizmetten yararlanmak için istenilen para ödenilmek zorundadır ve her iki durumda da istenilen para siyasi/ıdari bir karara dayanmaktadır. 73. maddenin yapısından “resim, harç ve benzeri malî yükümlülükler”in kamu giderlerinin herkes tarafından mali gücüne göre vergilerle karşılanacağı kuralını bozmaması gerekir.

Toplumsal zenginliğin bir bölümüne devletçe el konulmasına ve dağıtımına ilişkin bu anayasal sistemden kamu hizmetinin üretimine ilişkin şu genel ilkeler çıkar:

Bir kamu hizmetini tamamen kullanıcılara satışa dayanan (işletme) biçiminde örgütlemek mümkün değildir. Böyle örgütlenen bir mal ve hizmet üretimi, mülkiyet hakkı, çalışma ve sözleşme özgürlüğü gereği kamu hizmeti alanından çıkarılmalıdır.

Özel girişimciye kamu hizmetinin bütününe üretme imtiyazı verilmesi, ancak anayasada kurala bağlanmış bir değer korunması durumunda mümkün olabilir. Aksi durumda, piyasanın işleyiş kurallarının bir özel girişimci lehine bozulması, mülkiyet, çalışma ve sözleşme haklarının özüne dokunulmuş olur.

Bir kamu hizmetini tamamen katkı payına, harca veya benzeri isimlerle alınan tarifeli ücretlere dayanan biçimde örgütlemek mümkün değildir.

Bir kamu hizmetini tamamen vergilerle finanse edilecek biçimde örgütlemek ve para ödeme koşuluna tabi olmadan sunmak mümkündür.

Bir kamu hizmetini vergilerle ve harç benzeri malî yükümlülüklerle yani kullanıcılardan alınacak tarifeye dayanan paralarla finanse etmek mümkündür. Ölçü toplumun geneli (herkes) için 73. maddenin I. fıkrasındaki kamu giderlerine vergilerle katılma yükümlülüğünün ve bunun karşılığı olan kamu hizmetlerinden yararlanma hakkının kaldırılmamasıdır. Kamu hizmeti alanındaki bir kamu hizmetinin parçalara ayrılarak

özel girişimciye gördürülmesi durumunda bu ilke korunmak zorundadır. Özel girişimciye hizmet bedeli, bütçe kaynaklarından ödenebilir veya kullanıcıların özel girişimcinin hizmetlerini tarifeye dayanan ücretlerle satın almasından oluşabilir. Sınır söz konusu hizmetin, kamu giderlerinin herkes tarafından mali gücüne göre karşılanıyor olma özelliğinin bozulmamasıdır.

Eksik imtiyaz tipi, idarenin elinde kalan çekirdek hizmetten yararlanmak zorunda olan kullanıcılarla (hapsedilmiş kullanıcılarla) ve çekirdek hizmeti üretmek için parçalı hizmetlere gereksinen idare ile özel girişimcinin zorunlu ticaretine dayanan kamu hizmetinin ve piyasanın işleyiş ilkelerine aykırı olan bir yöntemdir. İdare yalnızca özel girişimciye satabileceği mal ve hizmetler üretebilmesi için çekirdek hizmeti elinde tutmaktadır. Bu durumda, ya eksik imtiyaz kamu hizmeti ilkeleri ve kamu hukuku kurallarına uygun hale getirilmek, örneğin hizmetin sahibi ve yükümlüsü idarenin üretmeyi sürdürdüğü çekirdek hizmetlerle bağlantılı olarak tüm yönetsel mekanizmalara hakim olması, özel girişimcinin işleteceği hizmetler ve mekanlar için fiyatlandırma değil, idare tarafından tarifelendirme yapılması, özel girişimcinin faaliyetlerinde kamu hizmetinin ilkelerine tabi tutulması, özellikle sorumluluk ve yargısal denetim bakımından idare hukukunun kurallarının işletilmesi, özel girişimcinin faaliyetlerinin ticari sır kapsamında çıkarılarak bilgi edinme hakkına tabi tutulması vb. gerekir; ya da mülkiyet ve çalışma hakkı ile sözleşme özgürlüğü gereği, piyasa içinde siyasal kararlar piyasanın işleyiş kurallarından bağımsız kılınmış bu ilişkinin tasfiye edilmesi gerekir.

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KÖO

OTURUM BAŞKANI: PROF.DR. REYHAN UÇKU
KORAY KARASU

Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı¹⁰⁴

1. ÖZET

Kamu-özel ortaklığı, yönetim ilişkisini kuşatan ve dönüştüren sözleşme temelinde bir örgütlenme modelidir. Sağlık alanında hızla yaygınlaşan bu model, hizmetlerin işletmecilik esasları temelinde örgütlenmesine dayanmaktadır; özellikle kamu hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenme ilke ve değerleri açısından piyasa dostu bir modeldir. Devletin sadece tıbbi hizmet (çekirdek hizmet) üretiminde yer aldığı bu modelde, sağlık tesislerinin yapımı, tıbbi destek ve tıbbi olmayan hizmetlerin sunumu ve ticari alanların işletilmesi özel sektöre (tek bir ortak girişime) blok halinde devredilmektedir. Bu şekilde ölçeğin de büyütüldüğü modelin kilit özelliği, finansman biçimidir. Devlet, uzun süreli sözleşmelerle ortak girişimden temin ettiği mal, hizmet ve yapım işinin karşılığını bütçe dışı yollarla, yıllık kira ödemeleri şeklinde yapmaktadır. Yazı, sağlık hizmetleri alanında Türkiye’de ihale sürecindeki kamu-özel ortaklığı modeliyle yapılacak hastanelerin örgütlenme biçimini, modeli uygulayan farklı ülkelerin deneyimlerinden de yararlanarak analiz etmeyi amaçlamaktadır. Çalışmada model, dayandığı neo liberal örgüt kuramlarının varsayımları açısından da test edilerek eleştirel bakışla değerlendirilmektedir.

2. SUMMARY

Public-private partnership is an organization model based on contract which embrace and convert the administration relationship. This model, which spreads swiftly in health sector, is build upon organizing the services in managerialism principles. It is a market friendly model in terms of the principles and values of financing and organizing the pub-

¹⁰⁴ Doç. Dr. Koray Karasu

lic services. In this model, government takes part only in clinical services (core services); the construction of health facilities, delivery of clinical support services and non-clinical services, and operation of commercial spaces are transferred in block, to private sector (to a single joint-venture). In this manner, the scale of the model is expanded too. The key feature of the model is its financing methods. Government is making the payments as annual rents and off-budget, for the goods, services and construction works procured by private sector with long-term contracts.

This article is aiming to analyze -by benefiting from the experiences of several countries- the organization structure of the hospitals, which are in the bidding process in health sector in Turkey, and which are to be constructed by public private partnership model. In the study, this model is evaluated with a critical point of view, also tested in terms of the hypothesis of neo liberal organization theories that the model depends on.

Anahtar Sözcükler: kamu-özel ortaklığı, kamu örgütlenmesi, sözleşme ilişkisi ve yönetimi, sağlık yönetimi, kamu hizmetlerinin piyasalaşması

Public-private partnership, public organization, contract relationship and administration, health administration, marketization of public services

3. GİRİŞ

70'li yılların ortalarından itibaren kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde tercihler, kapitalizmin krizden çıkış reçetelerine uygun olarak farklılaşmış, devlet başarısızlığı tezinden hareketle birbirini izleyen neo liberal siyasal politikaların özelleştirme ve düzenleme dışı bırakma gibi uygulama araçları ile devletin hem işlevsel hem de örgütsel sınırları yeniden belirlenmiştir. Neo liberal dönemin 2000'li yıllara karşılık gelen zaman diliminde devlete biçilen birkaç rol, küçülme ve kamu hizmetlerinin piyasalaşması sonrası yapıda düzenleme-denetleme, özellikle 2008 krizi sonrasında siyasal kararlarla piyasayı rahatlatmaya yönelik kaynak aktarımı şeklinde doğrudan müdahale etme (şirket kurtarmaları, yönetimlerine el koyma, devletleştirme uygulamaları) ve kamu-özel ortaklığı (KÖO) gibi büyük yatırım projeleri ile özel sektöre kârlı alanlarda yatırım olanağı sağlama biçiminde sayılabilir. Devlete biçilen

bu rollerin ortak özelliği, küçük ancak “gerektiğinde devlet”i, yani sadece müdahale özelliğini temel almasıdır. Kamu hizmeti anlayışı ve örgütlenme tarzı da doğal olarak bu devlet anlayışının öngördüğü biçime bürünmektedir.

Kamu hizmetlerinin üretiminde/sunumunda/yürütülmesinde son yıllarda geleneksel yöntemlerin (örneğin emanet gibi) giderek istisna haline geldiği, buna karşılık piyasadan temini temel alan alternatif yöntemlerin giderek kural haline dönüştüğü söylenebilir. Kamu hizmetlerinde üçüncü yol yaklaşımı olarak çeşitli biçimlerdeki ortaklık/işbirliği modelleri de alternatif yöntemler arasına sayılmaktadır (Flinders, 2005: 218; Karasu: 2009a). Bu kapsamda gündeme gelen KÖO da kamu hizmetlerinin piyasalaşmasında sermayenin kendini yeniden üretebilmesine yönelik bir ihtiyacı karşılayacak özelleştirmeler sonrasındaki yeni bir aşamaya karşılık gelmektedir.

KÖO, bir örgütlenme biçimi mi, hizmet sunma yöntemi mi, kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülme yöntemi midir? KÖO sayılanların hepsinin bazı özelliklerini içeren bir şemsiye niteliğine sahip bir tanımlamadır. KÖO, kamu hizmetlerinin örgütlenmesine, yapım, hizmet ve finansman gibi farklı sektörlerden gelen özel örgütlerin yer aldığı bir ortaklığın dahil edildiği, yönetim ilişkisinin (yönetim süreçlerini, hizmeti sunma esaslarını, tabi olunacak hukuk rejimini kapsayan) sözleşme temelinde kurulduğu, bu yönüyle de sözleşme ilişkisinin kendine özgü özelliklerini içinde barındıran, uygulama özellikleri büyük ölçüde standart hale gelmiş bir modeldir. KÖO, sadece örgüt yapısı ile sınırlı düşünülemez; uygulamayı farklı bir model olarak nitelendirilmesini sağlayan özelliği finansman yöntemi ve tarafların üstlendiği roller ve risklerdir. İlgili yazında KÖO altında farklı adlandırmalarla çok sayıda modelden (hatta alt modelden) söz edilmektedir.¹⁰⁵ Bu model(ler), uzun yıllardır uygulanan kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülmesi yöntemleriyle bazı açılardan benzerlik göstermektedir.¹⁰⁶ Bununla birlikte bu

¹⁰⁵ KÖO alt modelleri arasında: ‘tasarla-yap-finanse et-işlet’, ‘tasarla-yap-finanse et-sahip ol-işlet-devret’, ‘tasarla-yap-işlet-devret’, ‘yap-işlet-devret’, ‘yap-işlet-sahip ol’ sayılabilir (OECD, 2008a).

¹⁰⁶ KÖO, bir tür imtiyaz uygulamasıdır. Anayasa Mahkemesi kararlarında “*kamu hizmetinin sermaye, kâr, hasar ve zararı özel hukuk kişisi ilişkin olarak idarenin gözetim ve denetimi altında genellikle çok uzun süreli bir (idari sözleşme) uyarınca özel hukuk*

yazıda da ortaya koyulacak özellikleri açısından KÖO'nun diğer yöntemlerden farklılaştığını söylemek mümkündür.

KÖO modelinin adlandırmasında yer alan “ortaklık” sözcüğü, birçok yazar tarafından haklı olarak eleştirilmiştir. Ortaklık/işbirliği sözcüklerini “bir dil oyunu” olarak nitelendiren Linder'e göre bu bilinçli sözcük tercihleri ile, özelleştirme ve ihale gibi bir döneme damgasını vuran ve yoğun tepki çeken uygulamaların kötü izlerinin silinmesi amaçlanmaktadır (Linder, 1999: 35). Aslında içeriği itibarıyla önceki piyasalaşma uygulamalarından bir farklılık taşımamakla birlikte modelin, daha dostça görünen işbirliği, dayanışma, birliktelik ve paylaşım gibi vurguları içeren ortaklık sözcüğü ile adlandırılması onun piyasa değerleriyle olan yakınlığını gizleyen bir işlev görmektedir. Ortaklık sözcüğüne hem geleneksel değerler hem de piyasa değerleri yüklenmiştir. Üçüncü yol vurgusu da bu noktada devreye girmektedir. Hem neo muhafazakâr hem de neo liberal ideolojileri barındıran modelin ortaklık biçiminde sunulması, devlete ve piyasaya biçilen yeni rollerin benimsenmesini sağlamaya yönelik “*yeni sağın etkileyici bir pazarlama stratejisi*” olarak nitelendirilmektedir (Linder, 1999: 35, 40).

KÖO uygulamaları, neo liberal politikaları benimseyen hükümetlerin ve bu örgütlenme modelinin doğal ortağı sermayenin (bankacılık-finans, denetim, danışmanlık, yapım, hukuk ve otelcilik hizmetleri ile ilgili şirketleri) ve IMF, OECD ve Dünya Bankası gibi kuruluşların politikaları, girişimleri ve uygulamaları neticesinde 1990'lardan itibaren olağanüstü bir hızla yaygınlaşmıştır.¹⁰⁷ AB de 2000'li yılların başların-

kişilerince yürütülmesi” şeklinde tanımlanan imtiyaz özelliklerini taşır (Aktaran, TAN, 1995: 299). Bununla birlikte bazı özellikleri ile (örneğin finansman biçimi) imtiyazdan farklılaşmaktadır. Bu yazıda KÖO'nun idare hukuku disiplini açısından ne tür bir sözleşme olduğuna dair bir inceleme ve farklı yöntemler arasında bir karşılaştırma yapılmayacaktır.

¹⁰⁷ KÖO'nun iyi bir model olduğuna dair savları işlemek üzere çok yönlü yoğun bir kampanya sürdürüldüğünü söylemek mümkündür. KÖO ile ilgili yeni örgütlenmeler oluşturulmaya başlanmıştır. Hükümetten ve bürokrasiden kişilerin de yoğun olarak katıldığı çok sayıda toplantı yapan *PPP International Platform Türkiye* buna örnek gösterilebilir. Akademik alanda özel bir inceleme konusu haline gelen KÖO ile ilgili eğitim programları açılmış, salt bu alanla ilgili olmak üzere akademik dergiler de yayımlanmaya başlamıştır. Örneğin *European Public Private Partnership Law Review* adlı dergi bütünüyle KÖO alanına özgüdür.

dan itibaren çok sayıda karar, direktif ve rapor ile bu modelin kullanılmasını teşvik etmekte, desteklemektedir.¹⁰⁸

Genellikle KÖO, ilgili yazında ya da modeli uygulayan idarelerin açıklamalarında “kazan kazan” şeklinde formüle edilmektedir (Gerard, 2001; Miraftab, 2004: 89). Buna göre kamu sektörü, büyük alt yapı yatırımlarına özel finansman sağlayarak harcama-borçlanma konusunda rahatlama elde ettiği ve teknoloji, bilgi ve beceri eksikliğini özel sektörden sağlayarak giderdiği; özel sektör, sermayesini riske atmadan geri dönüşü büyük ölçüde güvence altına alan bir yatırıma girdiği; yurtaşlar da “beş yıldızlı otel konforu”nda hastanelere kısa sürede kavuştukları için kazanmaktadırlar.

KÖO tercihi, esas olarak iki temel ihtiyaçla gerekçelendirilmektedir: kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde bütçe kısıtlamalarını aşmada özel finansman desteğinin sağlanması ve özel sektörün işletme kapasitesinden ve tekniklerinden yararlanma (OECD, 2010: 22; Council of Europe, 2004: 3). Bunların yanında farklı kaynaklarda model ile ilgili olarak özellikle de ideolojik engelin aşılmasına yönelik olarak çok sayıda argümana da (risk paylaşımı, kamu hizmetlerinin maliyetlerini düşürme, verimlilik, personel harcamalarının azaltılması, işlem maliyetlerinin azaltılması gibi) yer verilmektedir. İnceleme konumuz sağlık alanı ile ilgili olarak ayrıca dağınık sağlık örgütlenmesinin tek bir yerde toplanacak olması, kısa sürede faaliyete geçecek hastaneler, geniş yeşil alanlar içinde değişime, yeniliğe açık ileri teknoloji ile donatılmış ‘beş yıldızlı otel konforunda’ hastane işletmeciliği gibi “çekici” argümanlar da öne sürülmektedir¹⁰⁹ (PricewaterhouseCoopers, 2010: 3).

Sağlık alanında KÖO modelinin yaklaşık 20 yıllık bir geçmişi vardır. Küresel düzeyde faaliyet gösteren danışmanlık, sigorta, vergi ve dene-

¹⁰⁸ Bir Avrupa Komisyonu raporunda KÖO'nun Avrupa Topluluğu düzeyinde tanımlanmadığı, bu modelin kamu altyapı hizmetlerinin doğrudan doğruya sunumu ya da yapımı, finansmanı, işletmesi, bakım ve yenilenmesi konularında kamu örgütleri ile özel sektör örgütleri arasındaki işbirliği biçimlerinden biri olduğu ifade edilmektedir. (Council of Europe, 2004: 3).

¹⁰⁹ Bakanlığın modele ilişkin medyaya yansıyan açıklamalarında da bu ifadelerle sıkça rastlanmaktadır. Örneğin: <http://www.sabah.com.tr/Gundem/2011/04/18/27-dev-hastane-geliyor>, (05.05.2011).

tim şirketi PricewaterhouseCoopers (PwC) Aralık 2010'da sağlık alanıyla ilgili yayımladığı bir raporda KÖO modelini bir “devrim” olarak nitelendirmiştir (PricewaterhouseCoopers, 2010: 1). KÖO modelinin, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde uygulanan yöntemlerden farklı olarak ‘devrim’ olarak nitelendirilebilecek özelliklerinin neler olabileceği sorusu akla gelmektedir? Devrim nitelemesini yapan PwC adlı şirket aynı raporunda modeli, özel sektör açısından devlet güvencesi altında 49 yıla kadar süreli çok büyük bir potansiyeli olan kârlı bir yatırım alanı olarak tanımlamıştır (PricewaterhouseCoopers, 2010: 5). Kamu açısından sorunun yanıtını raporda bulmak mümkün değildir. Bağımsız kredi derecelendirme kuruluşu *Standard & Poor's* 2005 yılında yayımladığı bir raporda dolaylı ya da dolaysız olarak çeşitli biçimlerdeki devlet müdahalelerine ve yüksek işlem maliyetlerine rağmen sağlık alanındaki KÖO projelerine verdiği yüksek not ile yüksek kârlılık ve düşük risk değerlendirmesi yapmış, yatırımcılara modeli önermiştir (Standard & Poor's, 2005: 14-16). Özel sektörün yüksek kârlılık oranı birçok araştırmada da ortaya koyulmuştur (Parker – Hartley, 2003: 97). ABD’de entegre sağlık kampüsleri şeklindeki KÖO uygulamaları özellikle de emlak piyasasında büyük heyecan yaratmış, KÖO modeliyle inşa edilecek büyük ölçekli yatırımlar, finans, yapı ve yönetim-danışmanlık şirketleri tarafından “*rüyadan gerçeğe*” şeklinde tanımlanmıştır.¹¹⁰

Neo liberal reformların “*Truva Atı*” (Miraftab: 2004) olarak kamu örgütlenmesine giren KÖO, modelin savunucuları ve uygulayıcıları tarafından siyasal amacına yer verilmeksizin genellikle teknik gerekçelerle meşrulaştırılmaktadır. Yeni kamu işletmeciliği ve yönetim gibi iktisadi temelli örgüt kuramları da bu gerekçelendirmenin ‘bilimsel’ zeminini oluşturmaktadır. Yönetim alanında 1980’lerden itibaren neo liberal örgüt kuramlarında örgütlenmeye ilişkin birçok kavrama, tanımlamaya sıkça rastlanmaktadır (Grimshaw ve diğerleri, 2001: 407; Argyriades, 2010). Bunlar arasında; “post fordizm ya da post bürokrasi”, “bürokrasiden kurtulmak”, “esnek, katılımcı, ileri teknolojiye, değişime ve yeniliklere duyarlı yeni örgüt yapıları”, “kamu hizmetlerinin sunumunda üçüncü yol”, “hiyerarşilerin yerini sözleşme-

¹¹⁰ “The Integrated Health Campus — From Dream to Reality” *Real Estate Journal*, 12.2.2010, s. 14.

nin/piyasanın/ortaklıkların alması” ve “sözleşme yönetişimi” sayılabilir. Örgütlenme boyutuyla KÖO modeli ile ilgili yazındaki açıklamalarda bunların hemen hemen tümüne rastlamak mümkündür. Peki bunlar KÖO modeli için açıklayıcı olabilir mi? Yazıda bu soruya yanıt aranmaya çalışılmaktadır.

Bu yazıda farklı KÖO (alt) modellerine ya da uzun yıllardır uygulanan kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülme yöntemlerine yer verilmeyecektir. Sağlık hizmetlerinde özel sektörün (özel hastanelerin) varlığı da kapsam dışındadır. Yazı, esas olarak son aylarda Türkiye’de de sağlık alanında ihaleleri yapılan uzun dönemli kira sözleşmesiyle yapım işlerini, bakım ve onarımı, tıbbi destek hizmetinin ve tıbbi hizmet dışı hizmetlerin sunumunu ve alanların işletimini içeren ‘entegre sağlık kampüsleri’ ve ‘şehir hastaneleri’ biçimindeki KÖO uygulamasını ele almayı amaçlamaktadır. Bu tür KÖO uygulamaları, ilk olarak İngiltere’de modelleştirilen ve yoğun biçimde uygulanan Özel Finansman Girişimi (*private finance initiative*) ile büyük ölçüde benzerlik göstermektedir. Yazı, başta bu ülke olmak üzere modeli uygulayan farklı ülkelerin deneyimlerinden karşılaştırmalı yöntemin gerektirdiği şekilde yararlanarak KÖO uygulamalarını, modelin dayandığı neo liberal örgüt kuramlarının varsayımları ve reçeteleri açısından da test ederek eleştirel bakışla analiz etmeyi amaçlamaktadır. Çalışmada sıklıkla gönderme yapılan eleştirilerin az sayıda çalışmadan/araştırmadan cımbızla seçilerek aktarılan değerlendirmeler olmadığını, aksine çok farklı ülkede çok farklı kurumlar tarafından yayımlanan raporlarda ve akademik çalışmalarda yaygın biçimde dile getirildiğini belirtmemiz gerekir.

4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE PİYASALAŞMA

Modelin özelliklerine geçmeden önce KÖO’ya gelene kadar Türkiye’de sağlık hizmetlerinde bu modelin uygulanabilmesine de olanak tanıyan, zemin oluşturan tümleşik yapıyı esnekleştirmeye, genel idare esaslarından işletmeciliğe geçişe yönelik *reform*lardan kısaca söz etmek yerinde olacaktır.

1980’lerden sonra devlet başarısızlığı¹¹¹ gerekçesiyle aşama aşama yeniden piyasaya terk edilen hizmetlerin örgütlenmesine yönelik yeni

¹¹¹ Bazı yazarlara göre bürokratik başarısızlık. Örneğin: (Vincent-Jones, 2000: 339).

model arayışlarına tanık olmaktayız. Fakat aynen 20. yy. başında (piyasa başarısızlığı) olduğu gibi devlet ve piyasa açısından bütünüyle bir tercih söz konusu olmamış, devlete hizmetlerin piyasalaşmasında farklı roller biçilmiştir. Bu noktada (varsayımsal olarak) hem piyasanın hem de bürokrasinin başarısızlıklarından kaçınmayı sağlayacak, sunucuların çeşitlendiği (kamu, özel, gönüllü) rekabetçi bir yapıda kamunun yurttaşlar adına mal, hizmet ve yapım işlerinin alıcısı olduğu piyasa (bazı yazarların tanımıyla *yarı-piyasa*) çözümlerinin devreye sokulduğuna tanık olunmaktadır (Sönmez, 2011: 27; Vincent-Jones, 2000: 340).

Kamu hizmetlerinde piyasalaşma, özelleştirme uygulamaları çerçevesinde kamu hizmetlerinin özel kişiler eliyle görülmesini sağlayacak yeni sözleşme türleri ile yaygınlaşmıştır; giderek yaygınlaşan sözleşme ilişkisi, idarenin, sözleşme ilişkisini düzenleyen ‘idari sözleşme kuramları’ da idari yargının görev alanının sınırlandırılmasına neden olmaktadır (Tan: 1995: 291, 297). Hizmetin yürütülüş biçimine yönelik esaslar, yönetim işlevleri açısından (karar süreci, örgütlenme ilkeleri, personel rejimi, finansman yöntemi ve denetim biçimi) belirli bir zemin üzerinde yükselir. Hizmetin bileşenleri olarak örgütlerin kendi aralarındaki ve çalışanlarla örgüt arasındaki ilişki sözleşme bağı ile kurulduğunda, bu doğal olarak yönetim ilişkisinin¹¹² bütün unsurlarını kuşatmakta ve dönüştürmektedir.¹¹³ Örneğin genel idare esaslarına göre bir hizmet yürütülmesinden söz ediliyorsa yönetim ilişkisi, kamusal rejim, kamu

¹¹² Sözleşme ilişkisi, haklar ve yükümlülükler zemininde yükselen devlet-yurttaş arasındaki toplumsal ilişkiyi de dönüştürmektedir. Hatta sözleşmenin siyasal ve toplumsal ilişkinin temelini oturtulduğu, bu bağlamda da giderek çok çeşitli ilişkinin (yöneten-yönetilen, düzenleyici-düzenlenen, alıcı-satıcı, tedarikçi-müşteri, tedarikçi-tüketici, kamu örgütleri-yurttaş) temel düzenleyici normu haline geldiği görüşü yaygın biçimde kabul görmektedir (Vincent-Jones, 2000: 320).

¹¹³ Sözleşmeler, idare hukukunun ayrı bir inceleme alanıdır. Bütün olarak yönetim ilişkisi giderek bütünüyle sözleşme temelinde yeniden inşa edilmesine rağmen sözleşme, yönetim bilimi alanında sınırlı oranda incelenen bir konudur. 1980 sonrasında neo liberal kökenli iktisadi örgüt kuramlarının (örneğin işlem maliyetleri yaklaşımı) bir bölümü kendisine odak olarak sözleşme ilişkisini almıştır. Bu kuramlarda sözleşme nin hazırlanması ve uygulanması süreci ve bunlar ile ilgili tüm işlemsel maliyetler ele alınmaktadır. Yönetim alanında son yıllarda sözleşme ilişkisi, *yönetişim* yaklaşımı ile ilişkilendirilmektedir. Yazında sıkça sözleşme sürecinde farklı aktörlerin arasındaki ilişkiyi ifade eden “sözleşme yönetişi” (*contract governance*) kavramına rastlanmaktadır (Örneğin bkz.: Vincent-Jones, 2000; Ilcan vd., 2003). Belirtmek gerekir ki sözleşme alanının genişlemesi ile kamu yönetimi ve idare hukuku, kendi çekirdek alanlarından uzaklaştırılarak sözleşme ilişkisi çerçevesinde yeniden inşa edilmektedir.

personeli, kariyer, eşitlik, kamu yararı, vergileme-bütçe, ekonomik ve toplumsal haklarla donatılmış yurttaş, siyasal ve yönetsel sorumluluk, tümleşik yapı vb. kavramlarıyla tanımlanabilecek bir yapıya bürünür. Buna karşılık işletmecilik esaslarından söz ediliyorsa, yönetim ilişkisinin temelini verimlilik, sözleşme, müzakere, rekabetçi ilişki, esneklik, dürumsallık, özel hukuk rejimi ve tahkim gibi anlaşmazlık çözüm yolları oluşturmaktadır. İşletmecilik esasına dayalı yönetim ilişkisinde personel istihdamından, hizmetlerin sunumuna dek birçok konuda piyasalaşmaya neden olan farklı nitelikte sözleşmeler ortaya çıkmaktadır.¹¹⁴

Sağlık alanında piyasalaşma diğer bazı alanlara göre daha yavaş ilerlemiştir. Bu iki nedene dayandırılmaktadır (McKee, Martin, 2006: 890): Birincisi, en otoriter ve liberal eğilime sahip iktidarların dahi (örneğin Thatcher), sağlık alanında ani, keskin piyasalaşmayı o yıllarda göze alamamasıdır. İkinci neden ise fayda-maliyet açısından sağlık yatırımlarının o dönemdeki görece düşük kârlılık düzeyidir.

Türkiye’de 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu hizmetlerin niteliği ve örgütlenmesi açısından ilk ciddi kırılma noktası olarak nitelendirilebilir. Bu yasaya dayanarak 7.3.1995 tarih ve 22220 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 95/6560 sayılı Bakanlar Kurulu kararıyla sağlık işletmesine dönüştürülen Ankara’daki "Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi" ilk örnek olarak karşımıza çıkmaktadır. Yasaya egemen olan dil de dönemin “işletmecilik” esaslı yönetim anlayışına son derece uygundur.¹¹⁵ Bu yasanın bazı maddelerinin iptali istemiyle Anayasa Mahkemesi’nde açılan davada Mahkeme, “sağlık kurumlarının işletme durumunda çalışması, bu nedenle ücret alınması da sosyal hukuk devleti niteliğiyle bağdaşmaz

¹¹⁴ Sözleşme ilişkisi öyle yaygınlaşmakta ki kamu örgütlerinin birbirleri arasındaki ilişki de bu temelde gerçekleştirilmektedir. Örneğin İngiltere gibi birçok ülkede son yıllarda merkezi yönetim (Hazine Bakanlığı) ile kamu kurumları arasında bütçe ile ilgili kararlara temel olacak başarımlar (*performance*) değerlendirmesini içeren sözleşme ilişkisi kurulmaktadır.

¹¹⁵ Bu kanunun uygulanmasına yönelik 11.01.1995 tarih ve 22168 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “*Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik*”te yer verilen sağlık işletmelerinin faaliyet ve görevlerinde göz önünde bulundurulacak ilkeler de bu yönetim anlayışını göstermektedir: a) Katılımcılık ve işletmecilik esaslarına göre sevk ve idare, b) Desentralizasyon ve oto-kontrol, c) Hizmette rekabet, d) Modern tıbbi bilgi, metot ve teknolojinin takibi, e) İşletme gelirleri ile giderlerin karşılanması, f) Rutin hizmet üretimi yanında, modern eğitim ve faaliyet alanıyla ilgili araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunma.

değildir” şeklindeki nitelemesiyle işletmecilik esaslı sağlık örgütlenmesinin yolundaki engelleri kaldırmıştır¹¹⁶ Yasanın 5. maddesinde sağlık kuruluşlarının Bakanlar Kurulu kararıyla kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmesine dönüştürülebileceği hükmüne yer verilmiş olması sağlık hizmetlerinde piyasalaşma yönünde çok önemli bir adımdır. Piyasalaşmada öncü olan birçok gelişmiş Batı ülkesinden çok daha önce sağlık alanında işletmecilik anlayışının benimsenmiş olması açısından da bu yasal düzenleme önemli ve ilginçtir. Yasaya rağmen sağlık işletmesi uygulaması hemen başlatılamamıştır.

Bu gelişmeyi idarenin mal, hizmet ve yapım işi alımını yaygınlaştıran, derinleştiren uygulamaları izlemiştir. İctihatlarda da kullanılan nitelemeyle hizmetlerin genel idare ve işletmecilik esaslarından hangisine göre yürütüleceği ile ilgili tercihlerin işletmecilik lehine hızla genişlediğini söylemek mümkündür. Sağlık alanında 1988 yılında Numune hastanesi ile başlayan dış kaynaktan yararlanma uygulamaları (temizlik ihalesi), 1999 Anayasa değişikliği sonrasında çok daha yaygınlaşmıştır. 2003 yılında hem 657 sayılı Yasa'nın 36. maddesindeki “sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıf”*a dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, hizmet satın alınması yoluyla gördürülebil(eceği)*” hükmünün eklenmesinin ve bu dönemde merkezi yönetimin kadroların kullanımındaki sınırlamalarının da etkisiyle hem hizmet alımı yapılan alanlar hem de uygulama sayısı açısından artmıştır (Büber, 2010: 238 – 239)¹¹⁷. Sağlık Bakanlığı'nın, (Sağlık Uygulama Tebliği'nde adlandırıldığı şekliyle) otelcilik hizmetlerinde hizmet alımına gitmeye başlaması ile tıbbi hizmet dışındaki hizmetlerin büyük ölçüde piyasadan temin edildiğini söylemek mümkündür. 2006 yılından sonra “*Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen reformlarla birlikte, klinik hizmetlerin de hizmet ihaleleri ile dışardan temin edilmesine başlanmıştır*” (Akdağ, 2010: 5). Örneğin Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde tıbbi görüntüleme hizmetlerine ve acil tıbbi hizmetlere yönelik olarak hizmet alımı yoluna gidilmiştir.¹¹⁸ Sağlık Bakanlığı,

¹¹⁶Anayasa Mahkemesi'nin 19.4.1988 tarih ve E. 1987/16 – K. 1988/8 sayılı kararı . RG; 23.8.1988, Sayı: 19908, s. 38.

¹¹⁷ Sağlık ve yardımcı sağlık personeli tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin satın alma yoluyla gördürülmesine ilişkin çeşitli ihale örneklerinin, düzenlemelerin ve bunlara ilişkin farklı yargı kararlarının değerlendirilmesi için bkz.: (Büber, 2010: 236 vd.).

¹¹⁸ Tıbbi hizmetlerin hizmet alımına gitmesi örnekleri giderek yaygınlaşmaktadır. Bu konuda ilginç örneklere de rastlamaktayız: “Bursa Büyükşehir Belediyesi'nin

“maliyetleri düşüren, esnekliği artıran ve değer yaratan bir yönetim stratejisi” olarak tanımladığı dış kaynaktan yararlanmayı ‘klinik’ ve ‘klinik olmayan’ hizmetler için yaygınlaştırmayı hedeflemektedir (Akdağ, 2010: 8-9). Bu uygulamaların yaygınlaşması ile tıbbi hizmetlerin piyasalaşması tartışmaları yoğun olarak yaşanmaya başlamıştır.

Sağlık hizmetlerinde piyasalaşmada başlarda özel sektör sadece mal (laboratuvar kiti, tıbbi donanım gibi) tedarikçisidir; fakat giderek hizmet sunuculuğunu da üstlenmiştir. Tıbbi destek hizmetleri konusundaki hizmet alımlarıyla ilgili bazı uygulamalarda ihaleyi alan özel şirket örneğinin sadece tahlil sonucu vermekte iken bazı uygulamalarda ise kendi personeli ile hastane içine sürekli olarak yerleşerek adeta onun bir parçası, unsuru haline gelmiştir.

Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları ile ilgili yeniden düzenleme girişimlerinin hem örgütlenme hem de hizmet sunumu ile ilgili olarak işletmecilik esaslarını hedeflediği söylenebilir. İşletmecilik esaslarını yerleştirmeye yönelik Türkiye Yüksek İhtisas sağlık işletmesi ile başlayan girişimler, Kamu Hastane Birlikleri tasarısı ile sürdürülmek istenmiştir. Meclis komisyon görüşmelerinde bu Tasarı'nın örneğin işletme hakkının devrini öngören düzenlemeleri ile eşitlik, sosyal devlet, sosyal adalet gibi ilkelerin terk edildiği ve sağlık hizmetlerinin özelleştirildiği eleştirileri getirilmiştir.¹¹⁹ Yasalaşmayan bu tasarı ile hedeflenenler, büyük ölçüde 3359 sayılı *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*'na 15.7.2005 tarihli 5396 sayılı Yasa ile eklenen bir madde ile gerçekleştirilmiştir.

KÖO, 80'lerden sonra geleneksel yapılara alternatif olarak sunulan örgütlenme yapılarının hemen hemen tümünde olduğu gibi piyasadan mal, hizmet ve yapım işi alımına dayanmaktadır.¹²⁰ KÖO bir özelleş-

2008/161524 İhale Kayıt No (İKN)'lu ihale ilânının başlığı, “Sosyal hizmet, sosyal yardım, sağlık hizmetleri ve laboratuvar hizmetleri”dir.” 10.10.2008 tarih ve 1198 sayılı *Elektronik Kamu İhale Bülteni*, s. 70'den aktaran (Bübre, 2010: 224.

¹¹⁹ <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss493.pdf>, (20.06.2011).

¹²⁰ KÖO uygulamaları sadece sağlık alanında görülmektedir. Model, hızla diğer hizmet alanlarında da yaygınlaşmaktadır. Diğer hizmet alımı yöntemleriyle birlikte düşünüldüğünde kamu hizmetlerinin üretiminde piyasadan temin aslı yöntem olmaya doğru gitmektedir. Örneğin sağlık alanındaki KÖO uygulamasının aynısı geçtiğimiz yıl gerçekleştirilen düzenleme ile yüksek öğrenim alanında da öngörülmüştür. Bakanlar Kurulu'nun 17.10.2010 tarih ve 27732 sayılı *Resmî Gazete*'de yayımlanan *2011 Programı*'nda

tirme midir? Bu soruya özelleştirmenin tanımına dayalı olarak farklı yanıtlar verilmektedir. Hizmetin bütünüyle piyasaya terk edilmemesi, devletin yakın gözetiminde sürdürülmesi ve devletin bazı konulardaki (fiyat belirleme gibi) yetkileri nedeniyle ‘özelleştirme değildir’ görüşünü savunanlar vardır. Diğer yanda daha önce bileşenleriyle birlikte devlet tarafından sunulan bir hizmetin, kâr amacıyla işletme yönetim tekniklerine göre ve özel hukuka tabi olarak faaliyet yürüten özel sektöre gördürülmesinin, başlı başına bir özelleştirme olduğunu savunanlar da vardır. Teknik olarak özelleştirme olup olmadığı tartışmalarını bir tarafa bırakırsak, KÖÖ’nun, kamu hizmetleri açısından piyasalaşmayı artıran, derinleştiren bir örgütlenme modeli olduğu bir gerçektir. Bir başka yalın gerçek, geçmişten günümüze uygulanan hizmet alımı ya da kamu hizmetini özel kişilere gördürme yöntemleriyle benzerlikleri olmakla birlikte uygulamanın tabi olduğu hukuk rejimi, sürecin (ihale ve sözleşme) yönetimi, alımın sektörel genişliği ve büyüklüğü, devletin sağladığı güvenceler, hizmetlerin finansman biçimi, yüklenicinin konumu, siyasal, yönetsel ve mali sorumluluk, örgütlenme tarzı ve personel rejimi açısından KÖÖ’nun esnek bir zemin üzerinde yükselen piyasa dostu bir model olmasıdır.¹²¹ Tıbbi destek hizmetinin de dahil edildiği yoğun mal, hizmet ve yapım işinin piyasadan alımını amaçlayan ve özel finansman yöntemine dayanan KÖÖ uygulamaları ile sağlık hizmetlerinde piyasalaşmanın daha da derinleştiği söylenebilir.¹²²

“Tedbir 176” başlığında, “yurt yapım ve yönetiminde kamu-özel ortaklığı modelinin uygulanabilirliğine ve öğrencilere sağlanan kredi-burs imkanlarının finans sektörü ile yapılacak işbirliği çerçevesinde çeşitlendirilmesine yönelik düzenlemeler yapılacaktır” ifadesine yer verilmiştir. 2011 Programı’nın yayımlanmasından birkaç gün sonra da aynen sağlık alanında olduğu gibi alan ilgili temel yasal düzenlemeye bir ek madde eklenmesi yoluna gidilmiştir (25.11.2010 tarih ve 6082 sayılı Yasa ile 351 sayılı Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanunu’nun 20. maddesine bir fıkra eklenmiştir). Sağlık alanındaki düzenlemenin neredeyse kelimesi kelimesine aynısına yer verilen Ek fıkarda yurt binası ve tesislerinin KÖÖ projesi ile kiralama karşılığı yaptırılması öngörülmüştür.

1. ¹²¹ Nitekim Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Dairesi Başkanı Vahap Yılmaz, kamu-özel ortaklığının yap-işlet-devret modelinden çok farklı olduğunu belirtmektedir. <http://www.sabah.com.tr/Gundem/2011/04/18/27-dev-hastane-geliyor>, (05.05.2011).

¹²² Sağlık alanında piyasalaşma her geçen gün yeni uygulamalar ile daha da artmaktadır. İngiltere’de geçtiğimiz aylarda Muhafazakar Parti ve Liberal Demokrat Parti’nin kurduğu koalisyon hükümeti, geçtiğimiz günlerde sağlık hizmetlerinin piyasalaşma düzeyini olduk-

Yasal düzenlemelerde sıklıkla idareye, kendisine verilen görevleri ‘yapma ve yaptırma yetkisi’ tanınmaktadır. Son yirmi yıldır hükümetlerin/idarenin hizmet örgütlenmesinin piyasalaşmasına yönelik olarak artan bir şekilde tercihini “yaptırma” yönünde kullandığı görülmektedir. Sağlık alanındaki KÖO düzenlemelerinde de idareye bu tür yetkiler tanınmıştır. Dolayısıyla KÖO modelinde, çok sayıda hizmetin ve ticari alan işletmeciliğinin blok halinde devredilmesi ile yaşanan piyasalaşmaya ek olarak, hizmet satın alımı yoluna gidilmesi nedeniyle idarenin üstlendiği birçok görev için de ayrıca bir piyasalaşmanın yaşandığını söylemek mümkündür.

5. HİZMETİ ÖRGÜTLEME TERCİHİ

KÖO, geleneksel hizmet sunum yöntemlerine, örgütlenme biçimlerine kıyasla neden tercih edilmektedir? Son yıllarda hükümetler hizmetlerin hangi yöntemle sunulacağına ilişkin tercihe temel olması açısından bazı karşılaştırmalı analiz yöntemleri kullanmakta, hatta bu yöntemleri uygulayacaklarına dair bazı taahhütlerde bulunmaktadır. Bu yöntemlerin hemen hemen tümü maliyet-fayda analizine dayalıdır. Kökeni de neo liberal örgüt kuramlarıdır. Biz de değerlendirmemizi buradan hareketle yapacağız.¹²³

ça yukarılara çekecek bir uygulamayı başlatacaklarını açıklamıştır. Buna göre ilk uygulamalar psikolojik terapi, evde tedavi, ağrı, yetişkin işitme ve tekerlekli sandalye hizmetleri gibi alanlarda olmak üzere 1 milyar Sterlin tutarında tıbbi hizmeti rekabete açılacağı, bu hizmet alanlarında devlet tekeline son verileceği ve devletin bu alanlardan çekileceği belirtilmektedir. Bu kapsamlı özelleştirme uygulaması İngiltere’de büyük tepki çekmiştir. <http://www.guardian.co.uk/society/2011/jul/19/nhs-services-open-to-competition>, (19.7.2011).

¹²³ Öncelikle siyasal-toplumsal açıdan kör olan, fayda-maliyet esaslı bu tür yöntemlerin kamu hizmetleri açısından kabul edilebilir olmadığını belirtmeliyiz. Kamusal politikaların maliyet-fayda temelindeki bir analize göre belirlenmesini amaçlayan, toplumsal – siyasal olanı bütünüyle dışarıda bırakan ve “teknik ussallık”ı temel alan yöntemler (örneğin düzenleyici etki analizi), piyasalaşma amacı itibarıyla son derece siyasal bir nitelik taşır. Burada yer vermemizin nedeni, KÖO modeli ile ilgili olarak karşılaştırmalı maliyet analizinin yapılması neo liberal reformların iç tutarlılığı açısından bakıldığında gereklidir. İç tutarlılık dememizin sebebi, KÖO’nun beslendiği kuramsal geriplanın DEA ile aynı olmasından kaynaklanmaktadır. Ancak belirtmek gerekir ki 1980 sonrası reformlar, konu ile ilgili tarafların görüşleri alınmadan, tartışılmadan yürürlüğe konulma gibi bir özelliğe sahiptir. Bu açıdan reformlarda hükümetlerin bu tür değerlendirme analizlerine ancak reformu tehlikeye atmayacak noktalarda (çoğunlukla göstermelik olarak) başvurduklarını söylemek yerinde olacaktır. Bu durum da DEA gibi yöntemlerin aslında hükümetlerin

Bu tür analiz yöntemleri neo liberal programları uygulayan hükümetlerin vazgeçilmezleri arasında yer almaktadırlar. Örneğin kamunun bir kamu hizmeti üretmesini, yeni bir hizmet üstlenmesini, yeni bir kamu örgütü kurmasını ayrıntılı bir maliyet-fayda analizinin sonucuna bağlayan düzenleyici etki analizi (DEA) bu yöntemlerden biridir. Bir başka yöntem de İngiltere ve Avustralya gibi ülkelerde hizmet örgütlenmesi ile ilgili tercihleri belirlemek üzere Kamu Sektörü Karşılaştırmacı'sının (*Public Sector Comparator*) görev yapmasıdır (OECD, 2008a: 69). Bu ülkelerde kamu kaynaklarının kullanımının, benimsenecek örgütlenme tercihinin alternatifleriyle karşılaştırılmasını amaçlayan bu tür yöntemlerin uygulanması zorunlu kılınmıştır. Avrupa Konseyi de, hizmet sunumunda benimsenecek yöntem konusunda karşılaştırmalı analizleri gerekli görmektedir. Örneğin KÖO modeliyle ilgili bir raporda, bu yöntemin kullanılıp kullanılmayacağı kararının, ancak her bir proje için bu yöntemin geleneksel hizmet sunum yöntemleriyle karşılaştırılması ve gerçek bir katma değer sağlayıp sağlamadığı konusunda bir değerlendirme yapılması sonucunda verilmesi gerekliliği belirtilmektedir (Council of Europe, 2004: 3).

Son dönem neo liberal kamu yönetimi reform paketleri içinde düzenleyici etki analizi (ya da farklı adlarla benzer yöntemler) bir zorunluluk olarak görülmektedir. Nitekim 2000'li yıllarda Türkiye'de de köklü kamu yönetimi reformları gerçekleştiren hükümetin bu yöntemleri kendi programına koyduğu, çeşitli yasal düzenlemelerde bunlara yer verdiği ve çeşitli biçimlerde bunları uyguladığı görülmektedir. İlk olarak 15.7.2004 tarih ve 5227 sayılı (veto nedeniyle yasalaşma sürecini tamamlayamayan) *Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun*'da yer verilen ancak bu düzenlemenin yürürlüğe girmemesi nedeniyle bir süre uygulanmayan DEA, 17.2.2006 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan *Mevzuat Hazırlama Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (Mevzuat Hazırlama Yönetmeliği)* ile düzenlenmiş, birçok uygulamada zorunlu kılınmıştır.¹²⁴ Yönetme-

kamu hizmeti üretmeme yönündeki tercihlerinin 'bilimsel' 'teknik' meşrulaştırma aracı olduğunu akla getirmektedir.

¹²⁴ *Mevzuat Hazırlama Yönetmeliği*'nde düzenleyici etki analizi hakkındaki hükümlerin Şubat 2007'den itibaren yürürlüğe girmesi öngörülmektedir. *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*'na KÖO ile ilgili düzenlemeleri içeren Ek 7. maddenin eklenmesi (2005) ve bu yasa maddesinin uygulanmasına yönelik çıkarılan Yönetmelik (2006) açısından DEA'nın uygulanması *Mevzuat Hazırlama Yönetmeliği*'ndeki yürürlük hükmü gereği zorunlu

liğin 3. maddesinde DEA, “taslağın bütçeye, mevzuata, sosyal, ekonomik ve ticari hayata, çevreye ve ilgili kesimlere etkilerinin ne olacağını göstermek üzere hazırlanan ön değerlendirme” olarak tanımlanmaktadır. Yine Yönetmelik Ek’inde bu yöntemin uygulanmasında, iş/eylem/karar ile ilgili tercihte yöntemin doğru seçilip seçilmediği, faydaların maliyetleri haklı çıkarıp çıkarmadığı, sosyal, ekonomik ve ticari hayata, çevreye ve ilgili kesimlere etkilerinin neler olacağı gibi noktalar dikkat edilmesi gereken hususlar arasında sayılmaktadır.

Hükümetlerin karşılaştırmalı analiz yöntemini uygulama taahhütleri ve bu düzenlemelerdeki gereklilikler çerçevesinde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine ilişkin çok kapsamlı reformlar, KÖO hastanelerine ilişkin model tercihi nasıl açıklanabilir?

İlk olarak belirtmek gerekir ki KÖO modelinin Türkiye’de mevzuata girmesi süreci de “tercih” açısından ilginçlik taşımaktadır. Modelin yasal alt yapısını oluşturan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nda 2005 yılında yapılan değişiklik bakanlık kaynaklı gerçekleşmemiştir. Sağlık alanında hizmet örgütlenme biçimini köklü biçimde değiştirecek olan yasa değişikliği, bir iktidar partisi milletvekilinin “3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun Teklifi” vermesi sonrasında gerçekleşmiştir. KÖO ile ilgili değişikliğin hükümet tasarısı olarak değil de bir milletvekili teklifi ile yasalaşması, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, kamu harcamaları ve yurttaşların hizmet ile olan bağı üzerinde çok önemli sonuçları olacak model tercihinin, hizmet sunum ve finansman yöntemlerine ilişkin karşılaştırmalı analizlere dayalı bir politikanın sonucu olmadığı izlenimini doğurmaktadır. Kamu politikası süreci açısından da ilginçlik taşıyan KÖO tercihinin bu boyutuyla da ayrıca değerlendirilmesi gerekmektedir.¹²⁵

değildi. Ancak Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile bu yöndeki tercihini ortaya koyan hükümetin, KÖO ile ilgili bu düzenlemelerin hazırlanması sırasında da DEA yöntemini kullanması ve analiz sonucunu kamuoyu ile paylaşması uyguladığı reformların iç tutarlılığının bir gereğidir. Aynı zamanda belirtmek gerekir ki en sonucusu geçtiğimiz ay olmak üzere KÖO Yönetmeliği’nde çok önemli değişiklikler yapılmıştır. En azından bu değişiklikler için DEA uygulanması Mevzuat Hazırlama ile ilgili Yönetmelik gereğidir.

¹²⁵ Çok büyük ölçekli yatırımlara olanak sağlayacak bir uygulamanın yasal alt yapısını sadece birkaç paragraftan oluşan bir ek maddenin oluşturması da ilginçtir. KÖO uygulamalarına zemin oluşturan Ek maddenin ilgili yasaya eklenmesi ile ilgili Parlamento görüşmelerinde yasa teklifini veren milletvekilinin “...sorunun çözümünde uygulanabilecek en rasyonel yöntemlerden birisi, kamu sektörü ile özel sektörün altyapı ve hizmet

Yasaya göre sağlık alanındaki KÖO modeli ile yapılacaktır sağlık tesislerine Yüksek Planlama Kurulu karar vermektedir. Bu kararın, Yüksek Planlama Kurulu'nca veriliyor olması planlama ve siyasal sorumluluk ilişkisi boyutuyla önemlidir. KÖO projeleri yasal düzenlemelerin tanıdığı olanağa göre süresi 49 yıla kadar çıkabilen projelerdir. Bu yönüyle projelerin sağlık hizmetleri açısından çok uzun vadeli ve çok yönlü planlamayı gerektiren bir yönü vardır. Bu projelerin doğuracağı sonuçlar sadece sağlık alanıyla, dolayısıyla Sağlık Bakanlığı ile ilgili değildir. Bu projelerin maliye, kamu yönetimi, kent planlaması ve çalışma ilişkileri gibi birçok alan ile doğrudan ilgili sonuçları vardır. Ancak YPK'nın KÖO ile yapılacaktır sağlık tesisleri ile ilgili kararın, bir başka deyişle son ihaleler düşünüldüğünde projeler için öngörülen en az 28 yıla ilişkin sağlık hizmeti planlamasının, tercihe temel olacak karşılaştırmalı analizlere, uzmanlık çalışmalarına dayandırıp dayandırmadığı (kamuoyu bilgilendirilmediği için) bilinmemektedir.¹²⁶

Reformun sahibi ve ilgili yönetmeliği çıkaran Bakanlar Kurulu'nun ya da sağlık hizmetlerini örgütleyen ve Ek madde'de KÖO projeleri konusunda yetkilendirilen Sağlık Bakanlığı'nın KÖO modeli ile ilgili tercihleri konusunda da aynı değerlendirmeyi yapmak mümkündür. Düzenleyici etki analizini benimsemiş, bu yöntemin uygulanmasını yasal düzenlemelerde zorunlu kılmış bir hükümetin, kamu hizmetleri ve kamu harcamaları boyutuyla önemli sonuçlar doğuracak bu kamu politikası tercihi ile birlikte, en azından iç tutarlılığının gereği olarak, bu tercihi meşru kılacak gerekçelerini de ortaya koyması beklenir. Bu kapsamda da diğer hizmet sunum yöntemleri ile karşılaştırmalı analizleri yapmak üzere, *Mevzuat Hazırlama Yönetmeliği*'nin Ek'inde yer verilen '*Düzenleyici Etki Analizinde Yer Alacak Hususlar*'a yönelik bilgileri kamuoyu

sunmak amacıyla ortak yatırım yapmasıdır...Bu şekilde yapıldığı takdirde, kamu ve özel sektör ele ele, özel girişimcilerin sağlık yatırımlarına kaynak aktarmaları için gerekli ortamın oluşmasına imkân sağlamaktadır" (T.B.M.M. B: 125 3.7.2005 0: 1.) şeklindeki ifadeleri dışında teklif kapsamlı olarak tartışılmamış, 5396 sayılı ile yasalaşmıştır.

¹²⁶ İngiltere'de Avam Kamarası Hazine Komitesi'nin Nisan 2011'de yayımladığı *Özel Finansman Girişimi Araştırma Raporu*'nda bu projelerin uygulandığı çok farklı alanlardan 44 kurum ve kişiden alınan görüşlere alt raporlar halinde yer verilmektedir. House of Commons – Treasury Committee, *Private Finance Initiative: Written Evidence*, 17.5.2011, <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201012/cmselect/cmtreasy/writew/pfi/pfi.pdf>, (01.07.2011). Bu tür bir raporun yayımlanmış olması bile başlı başına bir sorumluluk göstergesidir.

ile paylaşması beklenir. Ancak YPK kararları ya da Sağlık Bakanlığı ön projesi vb. gibi planlama metinleri ve kararlar açısından bunları görmek mümkün değildir. Bu derece büyük yatırımların planlanması ve kararlaştırılması aşamasında idarenin bilgi paylaşmadığı, gerekli tartışma ortamının da olmadığı görülmektedir. Genellikle Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın resmi internet sitesinde yer verilen genel yargıları içeren ve de çoğunlukla beklentileri ifade eden açıklamalar dışında KÖO'nun neden tercih edildiğine dair yayımlanmış bir karşılaştırmalı analiz içeren çalışma, belge ya da rapor yoktur. Projenin sahibi olan Sağlık Bakanlığı'nın kamuoyunu bilgilendirecek raporlarına, konu ile doğrudan ilgili bir kitaba ya da web ortamında bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sağlık alanıyla ilgili yürütülmekte olan projelerin içinde birkaç paragraf KÖO modeline geçileceğinden söz edilmektedir. Bu tür eksik bilgilendirmeler, Türk yönetim gerçekliği ile modelin uygulanabilirliği arasındaki ilişkiyi kurmada en azından bir ayağın boşta kalmasına yol açmaktadır.

Kamu Sektörü Karşılaştırmacı yöntemini kullanan İngiltere'de sağlık alanındaki KÖO uygulamaları için karşılaştırmalı analizler yayımlanmaktadır. Karşılaştırmacı, her bir proje için ayrı ayrı olmak üzere geleneksel hizmet sunum yöntemleri ile KÖO modelini kamu yararı açısından karşılaştırmakta, bunu raporlamakta ve karar vericilere sunmaktadır.¹²⁷ (Örneğin bkz.: NAO, 2002: 21). Özerk hastane birliklerinin KÖO modeliyle yaptırmak istediği her bir hastane için bu analizler yapılmış ve bilgiler kamuoyu ile paylaşılmıştır.

6. HİZMETİN ÖRGÜTLENMESİNDE ÖLÇEK

Hizmetin örgütlenme ölçeğinin belirlenmesinde hizmet arz ve talebi belirlemek esastır. Ancak karmaşık ve belirsiz niteliği nedeniyle sağlık hizmetlerinde optimum ölçeği belirlemek güçtür. Hizmet örgütlenmesinde yönetilebilir bir büyüklük (optimum ölçek), hizmetin özellikleri göz önünde bulundurularak iktisadi (ölçek ekonomisi) ve yönetsel (denetim çevresi başta olmak üzere örgütlenme ilkeleri) değişkenlere

¹²⁷ Bu yöntemlerin güvenilirliği ayrıca bir tartışma konusu olmuştur. İngiltere'de PSC ile ilgili ciddi şikayetler vardır. Kamu Sektörü Karşılaştırmacı yöntemi kullanılarak yapılan kimi karşılaştırmalı analizlerde sektördeki güçlü lobilerin etkileriyle geleneksel sunum yöntemlerinin maliyetlerinin yüksek gösterildiği, buna karşılık KÖO modelinin de daha ucuz bir yöntem gibi gösterildiği dile getirilmiştir (Flinders, 2005: 225). Bu tür bir değerlendirme bizzat İngiliz Sayıştay tarafından da yapılmıştır (NAO, 2002: s. 3).

bağlı olarak belirlenebilir. Sağlık hizmetleri açısından optimum yönetim ölçeği ya da optimum hastane ölçeği nedir? Sağlık alanında başta Dünya Sağlık Örgütü olmak üzere birçok kurumun sağlık hizmetlerinde optimum ölçek konusunda çalışmaları vardır. (Örneğin: Posnett, 2002).

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde KÖO hastaneleri hizmet, iş ve işlem hacmi açısından büyümeyi, yoğunlaşmayı buna bağlı olarak da örgütsel, yönetsel ve mali boyutuyla ölçek büyümesini getirmektedir.¹²⁸ Hastanelerin birer işletmeye dönüştürülmesini amaçlayan Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı ile de hastane birleştirilmesi yoluyla ölçeğin büyütülmesi hedeflenmiştir. Tasarı'nın 3. maddesi, mevcut kapasitelerin değerlendirilerek hastane ve ünitelerinin kurulması, kapatılması, birleştirilmesi veya niteliğinin değiştirilmesi konusunda Bakanlığa öneride bulunma yetkisini birlik yönetim kuruluna vermektedir. Entegre sağlık kampüsü ve şehir hastaneleri biçimindeki KÖO uygulamaları ile kamu hastaneleri birlikleri tasarısının ölçeksel amacına *de facto* ulaşılmış olmaktadır.

Entegre sağlık kampüslerinin faaliyete geçmesi ile çok sayıda hastanenin kapatılması işlevleri ve personeli ile birlikte kampus hastanelerine aktarılması öngörülmektedir.¹²⁹ Örneğin Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü için 3, Etlük Entegre Sağlık Kampüsü için 7 hastane kapatılacaktır. Bir örgütün tamamen kapatılması ya da başka bir örgüt ile birleştirilmesi, unsurlarıyla başka bir örgüte aktarılması hizmeti örgütlemenin bir gereği olarak düşünülebilir. Kapatılacak örgüt açısından değerlendirildiğinde, yürüttüğü hizmete yönelik toplumsal ihtiyacın ortadan kalkmasına bağlı olarak örgütün işlevsizleşmesi kapatılma gerekçeleri arasında sayılabilir. KÖO uygulamalarında hastanelerin kapatılıp tüm unsurlarıyla birlikte yeni yapılacak KÖO hastanesine aktarılması söz

¹²⁸ Hastane örgütlenmelerinde ölçek büyütülmesi ile ilgili olarak yasal alt yapı KÖO dışındaki yasal düzenlemelerde de yer almaktadır. Örneğin Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun KÖO ile ilgili olmayan maddelerinden 5. maddedeki "yeterli işletme büyüklüğünde bulunmayan sağlık kuruluşları tek bir sağlık işletmesi altında toplanabilir" şeklindeki hüküm hastanelerin "işletme büyüklüğü" ölçütüne göre birleştirilmesine olanak tanımaktadır.

¹²⁹ Kapatılan hastanelerin bina ve arsaları ile ilgili tasarruflar da ayrıca irdelenmelidir. Bu binaların yıkılıp yerine otel, alış-veriş merkezi yapılması gündemdedir.

konusudur. Bu açıdan değerlendirmeyi hem kapatılacak hastanenin hizmet kapasitesi ve hizmet sunduğu kesimlerin durumu hem de yeni yapılacak KÖO hastanesiyle ilgili olarak ölçek büyümesi üzerinden yapmak gerekmektedir.¹³⁰

Yeni büyük ölçekteki KÖO hastanesi açısından değerlendirildiğinde, öncelikle şu sorular akla gelmektedir. Bu kararlarda sağlık hizmetlerinin örgütlenmesiyle ilgili optimal büyüklükler ölçüt alınmış mıdır? Ölçeği büyütmek sağlık hizmetleri açısından ne gibi sonuçlar doğuracaktır? Planlama, denetleme, mali, personel vb. gibi boyutlar açısından büyük ölçekli hastaneler yönetilebilecek ölçekte midir? Özellikle de 1980 sonrasında yeni kamu işletmeciliği, post-fordizm yaklaşımlarıyla “küçük ve etkin” yapılar savunulurken bu dev yapıların varlığı nasıl açıklanabilir?

Bir yandan küçük ve etkin yapılar savunulurken diğer yandan ölçek büyütülmesi, sermayenin yoğunlaşması ve hizmet ve ticari alan işletmeciliğindeki tekelleşme ihtiyacı ile açıklanabilir. Diğer alanlara göre kamu harcamalarının çok daha fazla artış eğilimi gösterdiği ve kârlı bir yatırım alanı olarak tanımlanan sağlık alanındaki makro düzeydeki örgütlenme arayışlarını, örneğin bu kapsamda yatay ve dikey bütünleşmeleri (Sönmez, 2011: 21), bu şekilde açıklamak mümkündür. Yoğunlaşmayı özel hastaneler açısından da görmek mümkündür. Satın alma yoluyla birleşmeler ve zincir hastaneler ile özel hastanelerin birkaç grubun elinde toplandığı görülmektedir (Sönmez, 2011: 77).

KÖO modelinin sermaye açısından yüksek kâr getiren yönü hizmet sunumu ve alanların işletilmesidir (PricewaterhouseCoopers, 2010: 11). KÖO uygulamasında ihaleli alan şirket, bu kârlı alanlar açısından

¹³⁰ Bu noktada yapılacak KÖO hastanesi nedeniyle, örneğin Ankara Ulus Devlet Hastanesi'nin kapatılması kararının gerisinde, bu hastanenin hizmeti yürüttüğü alanın, nüfusun sağlık hizmeti ihtiyacının değerlendirilip değerlendirilmediği, kamu kaynaklarıyla yapılan (yaptırılan) binasının ömrünü doldurup doldurmadığı gibi pek çok sorunun yanıtını içeren bir analiz olup olmadığı merak konusudur. KÖO projeleri nedeniyle hastanelerin kapanmasının bazı sosyal ve ekonomik sonuçları da olacaktır. Hastanelerin kapanması, bu hastanelerden iş alan genellikle de yerel ve küçük sermayeyi etkileyecektir. Aynı şekilde kapatılacak hastanelerin çevresi, başta sağlık sektörü olmak üzere hizmet sektörünün çok sayıda alt sektörü için ticari bir alandır. Bütün bu küçük ölçekli işletmeler, bu siyasal kararın sonuçlarından etkilenecektir. Örneğin entegre sağlık kampüsleri, kapatılacak onlarca hastanenin çevresinde konuşlanan yüzlerce eczanenin ve medikal ürün şirketinin zor duruma düşmesi ya da kapanması sonucunu doğurabilecektir. Bu sosyal ve ekonomik sonuçları da KÖO uygulamasının ayrıca irdelenmesi gereken bir boyuttur.

tekel konumundadır. Çok sayıda KÖO uygulamasını analiz eden Mols'un bu piyasa yapısı ile ilgili olarak getirdiği iki temel eleştirisi önemlidir. Birincisi, bu proje ihalelerinde kesinlikle bir rekabetçi piyasa yapısının olmadığı; ikincisi, tek bir sözleşmeciye aşırı bağımlılık (*overdependence*) olduğudur (Mols, 2010: 242). Aşırı bağımlılık konusuna daha sonra değineceğiz.

Özellikle bölge hastanesi ve çok sayıda dal hastanesinden oluşan entegre sağlık kampüsleri, sosyal yaşam alanları da düşünüldüğünde büyük yapılardır. Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü örneği düşünüldüğünde 1.200.000 metrekare arsa üzerinde kurulan dokuz dal hastanesinden oluşan toplam 3641 yataklı bir yapıdan söz etmekteyiz. 10 farklı hastane için tek bir özel amaçlı şirket hizmet sunacak, ticari alanların tümü bu şirket tarafından işletilecektir. (Alt yükleniciden yararlanılabilecek olması bu noktada farklılık yaratmayacaktır). Bu büyüklük iyi analiz edilmelidir.¹³¹

Bu büyüklüğün değerlendirilmesinde dikkat edilmesi gereken bir başka nokta, bu entegre sağlık kampüsünün gün içinde yaklaşık olarak 50 bin kişiye yaşam alanı olmasıdır. Nitekim Sağlık Bakanlığı KÖO Daire Başkanı'nın ifadesiyle bu projelerle içinde alışveriş merkezlerinin, otel, kongre merkezi ve hatta bir sağlık üniversitesinin bulunduğu 'dev sağlık kentleri' doğmaktadır. Kentin belirli bir noktasında yoğunlaşacak bu büyüklükteki insan topluluğunun, ulaşım, çevre vb. gibi boyutları içerecek şekilde kent planlaması açısından da ayrıca değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sağlık alanındaki KÖO uygulamalarının dikkati çeken özelliklerinden biri, mevcut ihalelere göre bu projelerin ihale bedellerinin çok yüksek olmasıdır.¹³² Mevcut durumda hastaneler, mal ve hizmet satın alımını

¹³¹ Aralık 2010 yılında yayımlanan bir araştırmada dünyada en yüksek yatak kapasitesine sahip KÖO projesi olarak 2964 yataklı Güney Afrika'daki bir hastaneden söz edilmektedir (PricewaterhouseCoopers, 2010: 8). KÖO Daire Başkanlığı'nın web sayfasında belirtildiği gibi ihalesi gerçekleştirilen Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü 3641 yatak kapasitesi ile sağlık alanındaki en büyük KÖO projesi olma özelliğini kazanmaktadır.

¹³² Yönetmelik, Bakanlığa (madde 6/6) "gerek görmesi hâlinde birden fazla sağlık tesisi yapım ve yenileme işini tek bir ihale ile yaptır(ma)" yetkisini de tanımaktadır. Bu yetkinin kullanılması durumunda ihaleler dikkat çekici boyutlarda bir büyüklüğe ulaşacaktır. Bu da yine sermaye tercihi ile ilişkilendirilecek bir sonuç doğuracaktır. Şu andaki ihaleler zaten belirli bir büyüklükte olduğu için bu yetkinin kullanılmasına ihtiyaç duyulmamış olabilir. Ancak, ilerleyen yıllarda (entegre sağlık kampüsleri ve şehir hastaneleri ihaleleri

(örneğin temizlik, yemekhane, kırtasiye, tıbbi donanım) ayrı ihaleler ile yapmaktadır. Bu ihaleler düşük miktardır, ihale konusu işin süresi kısadır, genellikle de küçük ölçekli, yerli sermayenin katıldığı ihalelerdir. İdarenin, hizmet aksaması durumunda ya da gerekli görüldüğünde (kamu yararına aykırı durumlarda) sözleşmeyi fesh etmesi ve yeniden ihaleye çıkması görece kolaydır. Buna karşılık KÖO projelerinde çok çeşitli mal ve hizmet ve yapım işi ile ilgili tek bir sunucunun olduğu (özel amaçlı şirket), çok büyük ölçekli ihale ve uzun süreli tek bir sözleşme söz konusudur. Bunun doğal sonucu bu büyük ölçekteki ihalelere ancak büyük ölçekteki sermayenin girebilmesidir. KÖO modeli tercihinin, aynı zamanda sermaye açısından da bir tercihi yansıttığı söylenebilir. Farklı ihalelere az sayıda ve genellikle de aynı şirketlerin (konsorsiyumların) teklif verdiği Türkiye'deki entegre sağlık kampüsleri ihalelerine bakıldığında da bu durum açıkça görülmektedir. (Bkz.: <http://www.kamuozel.gov.tr>). Ölçeğin büyümesi, sadece belirli büyükölçekteki sermayenin teklif verebilmesine yol açarak ihalelerde rekabetçi yapının oluşmasını da engelleyebilmektedir.

7. SAĞLIK ALANINDA KÖO MODELİ

2000'li yıllar kamu alımlarına ve imtiyaza ilişkin olarak genel çerçeve düzenleme arayışlarının da olduğu bir dönemdir. Avrupa Komisyonu 2003 yılında yayımladığı raporda¹³³ idarenin üçüncü kişilere gördüreceği hizmetlerin tümünün kamu alımları ve imtiyazlara ilişkin yasal düzenlemelere uygun olarak yapılması, KÖO uygulamalarının da bu kapsamda değerlendirilmesi gerektiği ısrarla vurgulanmaktadır. Türkiye'de de 2000'li yılların başlarında kamu alımları ile ilgili AB direktiflerine uygun bir kamu alımı ve imtiyaz, bu kapsamda da KÖO düzenlemesinin çıkarılması gündemin ön sıralarında yer almaktadır. Nitekim DPT 2006'da "*Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sek-*

tamamlandıktan sonra, bir başka deyişle piyasa belirli bir doygunluğa ulaştığında) KÖO'nun, Yönetmeliğin imkan tanıdığı daha küçük ölçekteki işlerde, örneğin tek tek hastanelerin, semt polikliniklerinin, aşı merkezlerinin ya da sağlık ocaklarının yapımı işlerinde kullanılacağı zaman bakanlığa ihalelerin ölçeğini büyütme olanağı sağlanmaktadır. Sermaye açısından çok sayıda küçük sağlık tesisi ihalesine göre yoğunlaşma-merkezileşme özelliği ile entegre sağlık kampüsü gibi büyük ölçekteki ihalelerin çok daha kârlı olduğu bir gerçektir.

¹³³ Council of Europe, *Green Paper On Services of General Interest*, Brussels, 21.5.2003, COM (2003), 270 final, s. 24.

tör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Taslağı”nı kamuoyu ile paylaşmıştır. Aynı dönemde Kamu İhale Kurumu da *“İmtiyaz İhaleleri Usulü Hakkında Kanun Tasarısı Taslağı*”nı açıklamıştır. Eş zamanlı olarak farklı kurumlar tarafından hazırlanan her iki taslak da yasalasma sürecini tamamlayamamıştır. Bu dönemde farklı kurumların (Maliye Bakanlığı, DPT, Kamu İhale Kurumu) KÖO uygulamaları ile ilgili yetki sahibi olma mücadelesi içinde olduğu görülmektedir (Karasu, 2009b).

Türkiye’de KÖO uygulamalarına ilişkin yasal altyapı ilk olarak sağlık alanında 2005 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na eklenen bir madde ile oluşturulmuştur. Buna göre KÖO uygulaması esas olarak *“bir ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzelkişilerine kırk dokuz yılı geçmemek koşuluyla belirli süre ve bedeli üzerinden kiralama karşılığı yaptırıl(ması)”* uygulamasıdır. KÖO uygulaması sadece yapım – kiralama ile sınırlı değildir. Modeli çekici kılan özellikleri yasa maddesinin diğer bentlerinde yer almaktadır. Örneğin KÖO uygulamasının özel şirketler açısından çekici özelliklerinden biri Hazineye ait taşınmazların bedelsiz devrinin mümkün olmasıdır. Bu yolla yatırımcı için çok önemli bir yatırım girişi maliyet unsuru ortadan kalkabilmektedir. KÖO uygulamasına ilişkin tanımlanan işler şunlardır: 1) *Kira bedeli karşılığında sağlık tesisleri yapımı*¹³⁴; 2) *Sağlık tesislerinin ve eklentilerinin bakımı, onarımı ve yenilenmesi işleri*; 3) *Tıbbi destek hizmetlerinin sunumu*¹³⁵; 4) *Tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerin sunumu*¹³⁶; 5) *Tıbbi hizmetler dışındaki alanların işletilmesi*¹³⁷; 6) *Sağlık tesislerindeki tüm tıbbi ekipmanlar ile mefruşatın sağlanması*.

¹³⁴ KÖO Yönetmeliğinde sağlık tesisi tanımı çok geniş tutulmuştur. Sadece büyük ölçekli entegre sağlık kampüsleri ya da şehir hastaneleri değil sağlık alanındaki irili ufaklı her türlü örgüt (eğitim araştırma hastanesi, klinik otel, rehabilitasyon merkezi, aşı üretim merkezi, ana çocuk sağlığı, 112 acil servis komuta kontrol merkezi gibi) KÖO uygulaması kapsamında sayılmıştır.

¹³⁵ Yönetmelikte tıbbi destek hizmetleri tanımlanmamaktadır. Bu açıdan idareye önemli bir serbesti tanınmaktadır. Genellikle diğer ülke uygulamalarında destek hizmetleri arasında tıbbi görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri yer almaktadır.

¹³⁶ Tıbbi hizmetler dışındaki hizmetler arasında bilgi işlem, hasta danışmanlığı, sterilizasyon, çamaşırhane, temizlik, güvenlik, yemekhane, arşivleme ve benzeri hizmetleri; aydınlatma, asansör, ısıtma, soğutma, havalandırma, tıbbi gaz, su ve enerji temini, atık ve atık su uzaklaştırma hizmetleri de dâhil olmak üzere binaların tamiri, bakımı ve işletilmesi;

Ek 7. maddenin ilk dikkat çeken özelliklerinden biri, AB direktiflerinin öngördüğünün aksine KÖO uygulamalarını kamu alımlarına ilişkin düzenlemelerden muaf kılmasıdır: (Ek 7. madde) “*Bu maddeye göre yapılacak iş ve işlemler, 8.9.1983 tarihli ve 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 4.1.2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tâbi değildir.*” Benzer bir durum bu yasa maddesinin uygulamasına ilişkin olarak 2006 yılında 3.7.2006 tarih ve 2006/10655 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan “*Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik*” (KÖO Yönetmeliği) için de söz konusudur.¹³⁸

KÖO uygulamalarının yasal alt yapısı ile ilgili olarak şu tespitler yapılabilir: Şu anda Türk kamu örgütlenmesinde KÖO’ya ilişkin genel bir

park ve bahçe bakımı ve kara, hava, deniz ambulans hizmetleri ile morg ve gasilhane hizmetleri sayılmaktadır.

¹³⁷ Yönetmelikte otopark, otel, banka şubesi, restoran, kafeterya, konferans ve kültür merkezi, internet ve iletişim merkezi, yaşlı bakım evi, kreş, personel servisi, taksit hizmetleri ve benzeri ulaştırma hizmetleri, zayıflama ve diyet merkezi gibi ön proje ile tanımlanacak olan, sağlık tesisi konsepti ile uyumlu alanlar sayılmaktadır. Yönetmeliğin ilk halinde tıbbi hizmetler dışındaki alanlar içinde ‘eczane’ye de yer verilmekteydi. Türk Eczacılar Birliği’nin, ‘eczane’ ibaresinin iptaline ilişkin açmış olduğu davada Danıştay 10. Dairesi, eczacılık mesleğinin sağlık hizmeti ağırlıklı bir alan olduğu gerekçesiyle eczanenin tıbbi hizmetler dışındaki alan kapsamında değerlendirilemeyeceği, bunun sonucu olarak da eczanenin işletilmesinin hastanelerden bağımsız olarak yükleniciye devredilmesinin mevzuat hükümlerine uygun olmadığı kararını vermiştir. Danıştay 10. Daire, Esas No: 2006/6534, Karar No: 2009/1488. Aslında dava açılması sonrası, Danıştay’ın kararı öncesinde Bakanlar Kurulu, 13.4.2007 tarih ve 12022 sayılı kararıyla Yönetmelik değişikliğine giderek “eczane” ibaresini maddeden çıkarmıştır. (Resmî Gazete tarihi: 8.5.2007)

¹³⁸ Yönetmeliğin bazı maddelerinin Kamu İhale Kanunu hükümlerinden esinlenerek hazırlandığı anlaşılmaktadır. Yönetmeliğin “Hüküm bulunmayan hâller” başlıklı 52. Maddesinde, “*Bu Yönetmelikte hüküm bulunmayan durumlarda ilgisine göre 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu ile 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanununun ilgili hükümleri kıyasen uygulanır*” hükmüne de yer verilmiştir. Ancak ihale sürecine ilişkin bazı maddelerde Kamu İhale Kanunu’na gönderme yapılmaması ya da bazı maddelerin bu yasa hükümleri ile paralellikler taşıması KÖO uygulamalarının ihale mevzuatına tabi olduğu sonucunu doğurmamalıdır. Nitekim sağlık alanındaki KÖO uygulamalarını düzenleyen 3359 sayılı yasanın Ek 7. maddesinde, yapılacak iş ve işlemlerin Devlet İhale Kanunu ile Kamu İhale Kanunu’na tabi olmadığı açık olarak belirtilmiştir. Bu açıdan kritik noktanın KÖO uygulamalarında idareye yasa ile tanınan serbestinin olduğunu unutmamak gerekir.

düzenleme yoktur. Sağlık alanındaki çok büyük ölçekli yatırım uygulamalarının yasal alt yapısını ise sadece birkaç paragraftan oluşan bir ek madde oluşturmaktadır. Kamu-özel işbirliği ve imtiyaz ile ilgili taslakların yasallaşmaması, yasal altyapısını genel ilkeleri ve uygulamayı biçimlendirecek esasları ortaya koymayan sadece bir ek maddenin oluşturulması, uygulamalara tanınan (ihale ve denetim usullerinden¹³⁹) muafiyetler, hükümetin KÖO modelini uygulamada kendisine hareket serbestisi sağlamak amacıyla olduğunu göstermektedir.¹⁴⁰ KÖO ile ilgili olarak Türkiye'deki yasal alt yapı, yatırımcı şirketler açısından bakıldığında da yeterli ve sağlam değildir. Genel olarak kamu alımlarına, KÖO'ya ilişkin bir yasal düzenleme olmadan, sadece bir ek madde ve çok fazla tartışmalı hükme sahip bir yönetmeliğe dayanarak büyük sermaye yatırımlarının gerçekleştirildiği bu alanın potansiyel bir çatışma alanı olduğu söylenebilir.

DPT taslağı yasallaşmadığı ve yürürlükteki yasalarda da öngörülmediği için Türkiye'de şu anda diğer ülkelerde örnekleri sıkça görülen¹⁴¹ KÖO uygulamalarını yönetmek üzere merkezi düzeyde bir kurum yoktur.¹⁴² Tek tek hizmet alanlarıyla ilgili düzenlemelerde kurumlara bazı yetkiler verilmiştir. Örneğin Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile Sağlık Bakanlığı'na, Maliye Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki

¹³⁹ KÖO sözleşmelerinin Danıştay incelemesine tabi tutulmaması bunun örneklerinden biridir.

¹⁴⁰ Genellikle yasal düzenlemelerde, istenildiği şekilde sonradan doldurulmak üzere bazı noktaların bilinçli bir şekilde belirsiz bırakılması, boşluklara yer verilmesi hükümetlerin köklü reformlarda sistemi dağıtma ve yeniden kurmada tercih ettikleri bir yöntemdir. Ek 7. maddeyi de böyle değerlendirmek mümkündür.

¹⁴¹ Örneğin İngiltere'de, %49 hissesi kamuya, %51 hissesi de özel sektöre ait olmasına rağmen Hazine Bakanlığı içinde örgütlenen ve KÖO sözleşmeleri ile ilgili genel düzenlemeler yapmak ve sözleşme sürecini hızlandırma görevlerini yerine getirmek üzere *Partnership UK* adıyla bir örgüt kurulmuştur. (Yeni koalisyon hükümeti bu örgütü kaldırmış, KÖO yönetimini yine Hazine Bakanlığı bir başka birime devretmiştir.)

¹⁴² 2002 yılından itibaren "*kamu hukukuna tâbi olan veya kamunun denetimi altında bulunan veyahut kamu kaynağı kullanan kamu kurum ve kuruluşlarının yapacakları ihalelerde uygulanacak esas ve usulleri belirle(yen)*" Kamu İhale Kanunu'na göre yasadaki belirtilen esas, usul ve işlemlerin doğru olarak uygulanması konusunda kamu tüzel kişiliğini haiz, idari ve malî özerkliğe sahip Kamu İhale Kurumu görevli ve yetkili kılınmıştır. Buna göre kamu ihaleleri ile ilgili merkezi düzeyde bir örgütün süreci yönettiğini söyleyebiliriz. KÖO uygulamaları ile ilgili iş ve işlemler Kamu İhale Kanunu'na tabi olmadığına göre KÖO uygulamaları Kamu İhale Kurumu'nun yetki alanı dışındadır.

KHK'da 2009 yılında yapılan değişiklikle¹⁴³ kamu alımlarıyla ilgili olarak Maliye Bakanlığı'na yetkiler verilmiştir. Bu yetkiler aslında KÖO uygulamaları ile ilgili olarak da bu bakanlığın yetki sahibi olduğunu göstermektedir. Ancak, Maliye Bakanlığı'nın KÖO projeleri ile ilgili yetki kullandığını söylemek güçtür. Hükümet içindeki uzlaşma nedeniyle (maliye bürokrasisi kısmen yaşansa da) iki bakanlık arasında bir çekişme yaşandığına dair bir bilgi yoktur.

8. TIBBİ (ÇEKİRDEK) HİZMET VE KÖO MODELİ

Sağlık alanındaki KÖO uygulamalarında projeye sağlık hizmetinin çekirdek hizmet alanı olarak da adlandırılan tıbbi hizmetlerin dahil edilip edilmeyeceği kritik önemdedir. Örneğin Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerinin örgütlenmesindeki rolü, KÖO uygulamasında tıbbi hizmetin devredilip devredilmeyeceğine göre değişecektir. Öncelikle belirtmek gerekir ki bir hizmeti çekirdek ve destek (yardımcı) şeklinde (örneğin sağlık hizmetinin örgütlenmesini tıbbi, tıbbi destek ve tıbbi olmayan hizmetler biçiminde) ayırmak, hizmetin niteliği ile ilgili olumsuz sonuçlar doğurabilir. Sağlık hizmetini bir bütün olarak ele almak gerekir. KÖO uygulamalarında tıbbi hizmetin tanımlanması da tartışmalıdır. KÖO Yönetmeliği'nde hizmetleri tüketme yoluyla bir tanımlama yapılmamaktadır. Örneğin "özel amaçlı şirket"e devredilecek alanlar içinde sayılan tıbbi destek hizmetleri Yönetmelik tanımlamamaktadır. Genellikle uygulamada tıbbi görüntüleme ya da laboratuvar hizmetleri tıbbi destek hizmetleri içinde sayılmaktadır. Ancak örneğin Sağlık Bakanlığı tıbbi görüntülemeyi "tıbbi hizmet" olarak tanımlamaktadır (Akdağ, 2010: 70). Bu durumda KÖO uygulamalarında tıbbi görüntüleme "devredilmeyecek" hizmetler içinde mi olacaktır? Eczane ile ilgili yaşanan yasal uyumsuzlukta yargı organlarının ortaya koyduğu tanımlamalar bu noktada açıklayıcı olabilir. KÖO Yönetmeliği'nde tıbbi hizmet dışındaki alanlar kapsamında yer verilen eczanenin düzenlenmeden çıkarılmasına ilişkin daha önce yer verdiğimiz kararında Danıştay, eczane için "sağlık hizmetinin ayrılmaz ve tamamlayıcı bir parçası" tanımlaması yapılmaktadır. Aynı yorumu özel amaçlı şirkete devredilecek

¹⁴³ Yapılan değişiklik ile Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü ile ilgili maddenin m bendi şöyle düzenlenmiştir: "Genel ekonomik politika ve stratejiler çerçevesinde kamu alımlarına ilişkin temel politikaları oluşturmak, bu konudaki kanun tasarılarının hazırlanmasında ilgili kurumlar arasında koordinasyonu sağlamak".

işler kapsamındaki tıbbi destek hizmetleri için de yapabiliriz. Sağlık hizmeti, ayrılmaz ve tamamlayıcı parçaları ile bir bütündür. Hekimlerin görev yaptığı tıbbi görüntüleme hizmetlerini tıbbi hizmet dışında kabul etmek ne derece doğru olabilir? Bu nedenle Yönetmelik'teki tıbbi hizmet dışı hizmet ve alanların irdelenmesi gerekmektedir. Yönetim ilişkisi bir bütündür. Bu açıdan hizmetin yürütülme esasları açısından hizmetin bileşenlerini farklı düşünmek güçtür. Hizmetin her bir bileşeninin örgütlenme tarzı, diğer bileşenlere, bütüne, dolayısıyla da çekirdek hizmetin kendisine etki eder, onu dönüştürür. Bu açıdan KÖO modeliyle yapılandırılan entegre sağlık kampüslerinin örgütlenme tarzını bir bütün olarak düşünmek gerekir. Bununla birlikte daha önce ele aldığımız gibi sağlık hizmetlerinde önce yardımcı personel ile başlayan ve giderek tıbbi hizmetler alanında da piyasadan temin yoluna gidildiği bir gerçektir. Çekirdek hizmet olarak tıbbi hizmetin de hizmet satın alımı yöntemiyle özel kişilerden teminin giderek yaygınlaşmasına yönelik cılız itirazların kolaylıkla aşıldığı düşünülürse KÖO modelinin yakın bir gelecekte Türkiye'de tıbbi hizmeti de içereceği düşünülebilir.

Son otuz yıldaki neo liberal reformların temelinde çekirdek hizmet de dahil kamu hizmetlerinin bütününe işletmecilik esaslarına göre yürütülebileceği kabulü vardır. Nitekim hizmeti yürütme esasları (genel idare-işletmecilik) açısından işletmecilik lehine büyük genişleme bunu göstermektedir. Bu tercih KÖO projeleri açısından da sonuç doğurmaktadır. KÖO projelerinde tıbbi hizmetin dahil edilip edilmemesinin, sadece hizmetin yürütülme esasları ile ilgili bir tercihten kaynaklandığı söylenemez. Yani, tıbbi hizmetin dahil edilmemesi, KÖO uygulamasında devredilen hizmetlerin işletmecilik, devredilmeyen tıbbi hizmetin genel idare esasları ile örgütleneceği yönünde bir tercihe bağlı değildir. İlgili yazında ve modelin oluşmasında temel rol oynayan AB, OECD resmi belgelerinde/raporlarında KÖO projelerinde tıbbi hizmetin özel sektöre devredilip devredilmeyeceği konusunun tartışıldığı görülmektedir (Edwards ve diğerleri, 2004: 16). Birçok Avrupa ülkesinde tıbbi hizmetin de KÖO uygulamasına giderek daha fazla oranda dahil edildiği görülmektedir. Örneğin İspanya'da Alzira Hastanesi bu konuda model uygulamalar içinde gösterilmektedir. Yine Almanya'da kanser ile ilgili dal hastanelerinde uygulanan KÖO projelerinde bütün hizmetler projeye dahil edilmiştir (PricewaterhouseCoopers, 2010: 8, 20).

En azından şu andaki uygulamalarda Türkiye'deki KÖO projelerinde tıbbi hizmet dahil edilmemektedir. Sağlık Bakanlığı'nca 2010 yılında yayımlanan bir araştırma raporunda tıbbi hizmetlerin % 5'inin hizmet satın alımı ile piyasadan sağlandığı belirtilmektedir. (Akdağ, 2010: 30) Acil sağlık hizmetleri örneğinde olduğu gibi Sağlık Bakanlığı tıbbi hizmet ile ilgili de hizmet satın alımı yöntemine gitmektedir. Buradan idarenin, hizmetin niteliği ile ilgili olarak tıbbi hizmetin satın alım yöntemiyle özel kişiler tarafından sunulmasına ilkesel olarak karşı olmadığı, tıbbi hizmetlerin genel idare esaslarına göre yürütülmesi zorunlu bir hizmet olarak görülmediği sonucu çıkarılabilir. Bu durumda KÖO modelinin uygulandığı projelerde neden tıbbi hizmet dışarıda bırakılmaktadır? İlk olarak akla modele karşı olası yoğun tepkilerin önüne geçilmesinin amaçlandığı gelmektedir. Şimdiki biçimiyle en azından tıbbi hizmet dışındaki bütün hizmet ve alanlar için sistem (çok sınırlı tepkiler dışında pek tepki çekmeden) işlerliğini kazanmaktadır. En azından yasal değişiklik, yönetmeliğin çıkması ve ihale süreçleri düşünüldüğüne KÖO modelinin kolaylıkla yaşama geçtiği görünmektedir. Bu açıdan devredilmeme nedenini olası tepkilerle açıklamak güçtür.

KÖO modeline tıbbi hizmetin dahil edilip edilmemesinin ilkesel değil, daha çok işlerlik ile ilgili pragmatist bir nedene dayandığını söylemeliyiz. Şöyle ki, mevcut sağlık piyasası açısından KÖO'nda tıbbi hizmetlerin kamu tarafından sunulmasının sistemin içsel mantığı açısından bir önemi vardır. Hatta bir zorunluluktan da söz edebiliriz. Tıbbi hizmetlerin de modele dahil edilerek özel şirkete devredilmesi durumunda (finansman yönetimini dışarıda bırakırsak) hastane yapımı tamamlandığında hastanenin devletin sağladığı arazi üzerine inşa edilmiş olması özelliği dışında (ki bu da bir zorunluluk değildir, idarenin takdirine bırakılmış seçeneklerden biridir) uygulama klasik biçimiyle 'yap-işlet-devret'e dönüşecek ve sağlık işletmeciliği açısından da KÖO hastanesinin özel hastanelerden bir farkı kalmayacaktır. Bu, talep riski başta olmak üzere çok sayıda riski bütünüyle özel amaçlı şirketin üstlenmesi anlamına gelmektedir, ki bu durum sermaye açısından cazip değildir. Oysa şimdi uygulanan KÖO modelinde talep riskini 'özel amaçlı şirket' üstlenmemektedir.¹⁴⁴ Entegre sağlık kampüslerindeki hastaneler, uygu-

¹⁴⁴ Nitekim Kamu-özel Ortaklığı Daire Başkanı da kamu ile özel sektör arasındaki risk paylaşımında "müşteri garantisi"ni Sağlık Bakanlığı'nın verdiğini açıklamıştır.

lamayı müjdeleyen hükümet açıklamalarında ısrarla vurgulandığı gibi devlet hastanesidir. Tıbbi hizmetin kamuda kalması, hastanenin devlet hastanesi olması, sosyal güvenlik kurumunun ödeme sistemi açısından önemlidir; bütün yurttaşlar bu hastanelere gidebildiği için KÖO hastanelerinin ‘müşteri’ kitlesinin çok geniş olmasını sağlamaktadır. Aynı zamanda talep riski boyutuyla, özel amaçlı şirket, üstlendiği tıbbi görünütleme, laboratuvar vb. gibi tıbbi destek hizmetlerini, otelcilik hizmetlerini ve otopark ve kafeterya gibi ticari alanlardaki hizmetleri devlet tarafından yönlendirilen geniş müşteri kitlesine sunma olanağına kavuşmuş olmaktadır. Belki de talep riski olmaması bu modelin sermaye açısından en çekici yanlarından biridir.

İhale sürecinde talep garantisi olmaksızın özel sektörün bu yatırıma girmesi güçtür, hatta mümkün değildir. Özel amaçlı şirket açısından düşünüldüğünde mekansal açıdan bu dev alanda, seçeneği olmayan garantili müşteri söz konusudur. Peki sözleşme konusunu oluşturan faaliyet alanında rekabetçi piyasa devreye girebilir mi? Örneğin KÖO hastanesinin yakınlarında bir yere bir özel girişimci sağlık yatırımı yapmak istese buna izin verilecek mi? İlerleyen yıllarda otelcilik hizmetlerinin faturalandırılmasındaki yüksek maliyet nedeniyle sosyal güvenlik kurumu bazı harcamaları ödeme kapsamından çıkarır, buna bağlı olarak da “seçim özgürlüğü” bulunan yurttaşlar bu hastaneler yerine başka hastaneleri tercih ederlerse, gelecek yıllarda hükümetlerin tercihinine bağlı olarak Sağlık Uygulama Tebliği’ndeki hastane basamaklandırmasında entegre sağlık kampüsleri bir üst basamağa taşınırsa, bu hastanelere ilişkin geri ödemeler özel koşullara bağlanırsa, SUT’ta düzenlenen katılım payına ilişkin düzenlemelerde KÖO hastanelerindeki hizmetlere ilişkin katılım payları artırılırsa, bütün bunlara bağlı olarak bu hastanelerin kullanıcı kitlesi/doluluk oranı azalırsa ne olacaktır? Bütün bu kurumsal sorular aslında sistemin mantığını sorgulamak ve gelecekteki riskleri göstermesi açısından önemlidir. KÖO modelini, sağlık sisteminin asli unsurlarından sosyal güvenlik kurumlarının geri ödeme uygulamalarından bağımsız düşünemeyiz. Talep riskini devletin üstlenmesi KÖO modelinin en önemli unsurlarından biridir. Bu açıdan bu yöndeki güvencelerin sözleşmelerde yer alması modelin bir gereğidir. Ayrıca yukarıda saydığımız devletin düzenlemesine bağlı talebi azaltacak değişiklikler devlet açısından da sorun doğuracaktır. Çünkü devlet kendini

bağlamıştır; (ortalama) 25 yıl süreyle de “özel amaçlı şirket”in ödeme garantili kiracısıdır.

Piyasa uygun hale gelirse reformların hedeflediği diğer ülkelerde olduğu gibi tam piyasalaşma yönünde adımlar atılacaktır. Özellikle de sağlık alanının potansiyeli, sağlık harcamalarının bütün dünyada hızla arttığı düşünülürse KÖO modeliyle ilgili piyasalaşma biçimlerinde de değişiklikler olacağı öngörülebilir. Nitekim kamu hastane birlikleri tasarısında öngörülen düzenleme de yaşama geçtiğinde (örneğin birlik yönetim kurullarına hizmet satın alımı ile ilgili yetki verilmesi) ilerleyen yıllarda piyasanın durumuna göre KÖO hastanesinin “kamuda” kalan kısmı ile ilgili olarak da yeni gelişmeler olabilir.

İngiltere’de tıbbi hizmetin devredilmediği KÖO projelerinde, özel amaçlı şirkete yapılacak yıllık kira ödemelerinin ve diğer ödemelerin neden olduğu mali güçlük karşısında projeyi uygulayan hastane birliklerinin doğrudan doğruya tıbbi hizmete aktarılan kaynağı ve hekim ve hemşireleri işten çıkararak personel maliyetini azaltma yoluna gittikleri görülmektedir (Donnelly – Ball, 2011). Tıbbi hizmetlerin devredilmediği KÖO projelerinin tıbbi hizmetler ile ilgili yarattığı bir başka sonuçtur.

9. KÖO VE ÖRGÜTLENME YAPISI

KÖO modeli ile yapılan sağlık tesislerinde nasıl bir örgütlenme yapısı öngörülmektedir? Sorunun yanıtlanmasına öngörülen örgütlenme biçiminin ne olmadığını söylemekle başlayabiliriz. KÖO modeli, hizmetlerin merkezi planlama ile kamusal rejime tabi olarak kamu personeli ile yürütüldüğü, finansmanının vergi gelirlerinden karşılandığı ve buna yönelik risklerin havuzda toplandığı kısacası genel idare esaslarına dayanan tümleşik kamu örgütlenmesi özelliklerini taşımamaktadır. Aksine, KÖO modeli tümleşik kamu örgütlenmesinin bütün bu sayılan özelliklerinin her biri için alternatif olarak gündeme getirilmiştir. KÖO geleneksel yöntemlere (emanet gibi) olduğu gibi, uzun yıllardır uygulanan kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülme biçimlerine de alternatif olarak sunulmaktadır.

İlgili yazında örgütlenme boyutuyla iki farklı KÖO uygulamasından söz edilmektedir (Gerard, 2001; Council of Europe, 2004: 8). Birincisi, kamu örgütü ile özel örgütün (ortaklığa üçüncü sektör örgütleri de dahil

olabilir) bir araya gelerek sorumluluk ve hak paylaşımına dayanan bir ortaklık kurmasıdır. Kurumsal bir yapıya bürünen bu ortaklık ilişkisinde kamu sektörünün ve özel sektörün hissedar olduğu ayrı bir örgüt söz konusudur. Ortak girişim (*joint venture*) bunun bir örneğidir. İkinci tür KÖO uygulaması ise sadece sözleşmeden doğan bir ilişkidir. Bu tür ‘ortaklık’ta taraflar bir araya gelerek ayrı bir örgüt kurmazlar. Alıcı konumundaki devlet, sunuculardan (özel sektör) sözleşme ilişkisi ile mal, hizmet ve yapım işi satın almaktadır. Tarafların hak ve sorumlulukları aynı ‘ortaklık’ örgütü içinde olmaktan kaynaklanmaz; ayrı birer hukuki kişilik olarak sözleşmeden kaynaklanan hak ve sorumlulukları vardır. İncelediğimiz sağlık alanındaki KÖO modeli bu ikinci türe girmektedir.¹⁴⁵ İdare (Sağlık Bakanlığı / hastane / döner sermaye işletmesi) ve karşısında sözleşme ilişkisi içinde olduğu bir özel amaçlı şirket/ortak girişim olmak üzere iki farklı örgüt söz konusudur. KÖO modelinde devredilen işlevlere göre farklı örgütlenme yapıları ortaya çıkabilir.

Tıbbi olmayan hizmet ve ticari alanların işletmesinin ‘özel amaçlı şirket’e bırakıldığı yapıda idare (standart belirleme ya da belirli denetimler dışında) bu alanlardan bütünüyle çekilmiştir. İdare, doğrudan alıcı konumunda olduğu bu hizmet ve alanların işletmesinde karar/yönetim sürecinde yer almaz. İdarenin bu hizmet ve alanlarda “alıcı” konumunda olması sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi açısından ne gibi bir sonuç yaratmaktadır? Blok halinde sunulan hizmetin alıcısına dönüşen idarenin sayılan bu alanlar açısından müdahale alanının sınırlanmış olması yurttaş-hizmet ilişkisinde ne gibi sonuçlar doğurabilir? Bu sorulara yeri geldikçe yanıt aranmaya çalışılacaktır.

Türkiye’de KÖO’nun örgütlenme yapısında üçüncü sektör örgütlerinin katılımı en azından ihaleleri yapılan KÖO hastaneleri açısından henüz öngörülmemektedir. Fakat diğer ülke uygulamalarında olduğu gibi

¹⁴⁵ Bu açıdan modelin adlandırmasındaki “ortaklık” sözcüğünün hukuksal ve yönetsel açıdan bir karşılığı yoktur. Sağlık alanında kurumsal ortaklık, ortak girişim türü bir yapılanma mümkün olabilir mi? Avrupa Komisyonu raporunda üye devletlerde özellikle su dağıtım ve atık toplama hizmetleri alanlarında ortak girişim tipi KÖO uygulamalarının yerel yönetimlerde görüldüğü belirtilmektedir. Ortak girişim yönteminde doğrudan doğruya ortaklığın yönetiminde, karar süreçlerinde yer aldığı için kamunun hizmet örgütlenmesinde kamusal faydayı ençoklaştırma yönünde müdahale olanağının olduğu savunulmaktadır. (Council of Europe, 2004: 18).

Türkiye’de de hastaneler özerk sağlık işletmelerine (örneğin kamu hastane birliklerine) dönüştürüldüğü zaman sağlık işletmelerinin yönetimine (*yönetişimci* karar yapısı olarak yönetim kurullarına/mütevelli heyetlerine) yeni bir aktör olarak üçüncü sektör örgütlerinin de dahil edileceği beklenebilir. Sağlık alanında KÖO uygulamalarında önemli bir yol kat eden İngiltere’de sağlık tesislerinin yapım, finansman ve mal-hizmet alımları ile ilgili aşamadan sonra hastanelerin yönetim-karar yapısına odaklanılmıştır. Örneğin bu kapsamda devlet hastaneleri vakıf statüsüne (*foundation hospitals*) dönüştürülerek birer özerk hastane işletmesi halini almışlardır. Bu vakıf hastanelerinin yönetimi, piyasa aktörlerinin ve yerel karar aktörlerinin de dahil edildiği *yönetişimci* bir yapıda örgütlenmiştir (Bkz.: Karasu, 2009a). Henüz Türkiye’de model, yapım ve finansman konularındaki uygulamalarla ilk (hizmet alımı) aşamasındadır. Ancak gerek yasalasma sürecini tamamlayamayan 5227 sayılı yasadaki (Kamu Yönetimi Temel Kanunu) sağlık hizmetlerinin il özel idarelerine devrini öngören düzenlemeler, gerek 2007 yılında Hükümet tarafından Meclis’e sevk edilen ve 2010 yılında Plan-Bütçe Komisyonu’ndan geçen ancak hâlâ yasalasmamış olan ‘Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı’ndaki düzenlemeler, Hükümetin sağlık hizmetlerindeki yerleşme hedefini ortaya koymaktadır. Bu açıdan diğer ülkelerdeki *yönetişimci* karar yapısı ve üçüncü sektörün katılımıyla ilgili düzenlemelerin gündeme gelmesinin ihtimal dışı olmadığı söylenebilir. Bu durumda da KÖO projelerinde tıbbi olmayan hizmet ve ticari alanlarda faaliyet gösteren özel amaçlı şirket bütün olarak hastanenin (dönüştürülmüş olursa hastane birliklerinin) yönetiminde de “paydaş” olarak etkin söz sahibi olacaktır.

Sağlık alanındaki KÖO’nun yasal alt yapısı (Ek 7. madde ve KÖO Yönetmeliği) KÖO hastanelerinde nasıl bir örgütlenme yapısı olacağına ilişkin bir düzenleme içermemektedir. Örgütlenme ayrıntılarına girdiğimizde KÖO modeliyle ilgili olarak değerlendirmeyi iki farklı seçeneği göz önünde bulundurarak yapabiliriz. Birincisi, şu andaki bakanlık yapılanmasının ve KÖO yasal alt yapısının sürdüğünü varsaymaktır. Buna göre Sağlık Bakanlığı’na bağlı bir devlet hastanesi ve idarenin mal, hizmet ve yapım işi alımı yaptığı özel şirket söz konusudur. İkinci seçenek ise özerk sağlık işletmeciliğine geçilmesidir. Bu hedef gerçekleşirse KÖO modelinde düzenleyici ve denetleyici fonksiyonlarla sınırlanmış Sağlık Bakanlığı, bir kamu tüzel kişisi olarak özerk hastane iş-

letmeleri ve “özel amaçlı şirket” söz konusu olacaktır, ki bu ilk durumdan bütünüyle farklı bir yönetim ilişkisi sonucunu doğuracaktır.

Bürokratik yapılar, amaçlara ulaşmada etkili ve verimli örgütlenme aracı olarak tanımlanırken (Eisenstadt, 1959: 302), 80’lerden sonra neo liberal örgüt kuramlarında verimsizliğin baş sorumlusu olarak gösterilmiştir. Sözleşme ilişkisine dayanan yeni örgütlenme tercihinde bürokratikleşmenin azaltılmasına (*debureaucratization*) yönelik olarak büyük örgütlerin parçalanarak küçültülmesi, hizmetlerin küçük, esnek, proje odaklı *ad hoc* yapılarla yürütülmesi savunulmaktadır (Argyriades, 2010: 275). Peki iddia edildiği gibi KÖO, dayandığı kuramların iddia ettiği şekilde küçük, etkin bir yapı olarak bürokrasiyi azaltmakta mıdır? Özellikle de 1980 sonrasında yeni kamu işletmeciliği, post-fordizm yaklaşımlarıyla “*küçük ve etkin*” yapılar savunulurken KÖO uygulamalarındaki bu dev yapıların varlığı nasıl açıklanacaktır? KÖO uygulamalarında bürokrasi ile ilgili kaçınma, uzaklaşma, azaltma gibi söylemlerin gerçekleştiğini söylemek güçtür. Basit bir çıkarımla yönetim biliminin büyüme ve merkezleşme ilişkisiyle açıklanabilir.¹⁴⁶ KÖO, geleneksel hizmet örgütlenme biçimlerinin hantal, verimsiz, katı, aşırı merkeziyetçi yapısına alternatif olarak sunulmaktadır. KÖO modelinin, eleştirilen yapılara ne derece alternatif olabildiğine kısaca bakmak gerekir. İkinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerinin yeniden yapılandırılması ve bu kapsamda KÖO hastaneleriyle bürokrasinin azaltıldığı iddia edilirken KÖO sözleşmelerine dayalı yeni örgütlenme yapısında belki niteliksel açıdan farklı, ancak niceliksel açıdan farklı olmayan yeni bir bürokrasi yaratılmaktadır. KÖO hastaneleriyle ölçek büyümesinin bir sonucu olarak kaçınılmaz biçimde bürokratikleşme (alan, nüfus, iş, işlem hacmi, personel büyüklüğü ve ilişkiler boyutuyla) artacaktır. Belki yapı, ölçek itibarıyla değil ama, taylorist örgütlenme temelinde “*hastane şartlarının ‘fabrika’ şartlarına dönüştürülmesi*” ile bu yaklaşımların hedeflerinin yaşam bulduğunu söylemek gerekir (Sönmez, 2011: 13).

¹⁴⁶ Özellikle de büyük yatırım proje kararlarının merkezi olarak yapıyor olması gücün merkezleşmesine yol açmakta, aynı zamanda diğer kamu örgütleri ve yerel yönetimler üzerindeki merkezi yönetimin denetimini artırmaktadır. Mali yönetim, ihale ve denetim ile ilgili merkezi yönetime tanınan yetkiler merkezi yönetime, istediği takdirde bütün kamu örgütleri üzerinde uygulayabileceği bir denetim aracına dönüşebilmektedir. (Vincent-Jones, 2000: 341).

Özerk işletmeler haline dönüştürülseler de, hastane birliği şeklinde kamu tüzel kişisi olsalar da KÖO projeleri açısından hastaneler Sağlık Bakanlığı'na sözleşme uygulayıcısı birimleri olmaktan öteye geçemeyeceklerdir. Belki ilerleyen dönemde Bakanlık KÖO projeleriyle ilgili olarak Yönetmelikte de kendisine tanınan yetkiyi kullanarak hastanelere bazı işletimsel yürütme yetkileri devredebilir. Ancak en az 28 yıl süreli olarak imzalanan sözleşmelerde hastanelerin sözleşme yönetimindeki yetkileri oldukça sınırlıdır. Aynı zamanda önem arz etmeyen basit işletimsel işler dışında (örneğin döner sermaye işletmelerinin günlük para trafiğini yönetmesi) iddia edildiği gibi gerçek anlamıyla yetki devri de söz konusu olmayacaktır. Bu modelde en kritik karar konularının (ihale-sözleşme) zaten proje başında merkezleştirilmiştir. Bu durumda KÖO modeli, dayandığı kuramsal zemin olan YKİ'nin varsayımları ile bu yönüyle de ters düşmektedir.¹⁴⁷ (Hastanelerin özerk kamu kurumlarına dönüştürülmesi, KÖO ile ilgili ihaleleri hastanelerin yapması ya da bakanlığın yetkilerinin hastanelere devredilmesi gerekliliği ayrı tartışma konularıdır; buradaki değerlendirme modelin iç tutarlığı boyutuyla sınırlı olarak yapılmıştır).

10. KÖO MODELİNDE ÖRGÜTLER

Kismen ele aldığımız modeldeki örgütleri biraz daha mercek altına almak, bu kapsamda bakanlık, hastaneler ve ihaleyi alan 'özel amaçlı şirket' açısından bir inceleme yapmak yönetim ilişkilerini anlamak açısından yararlı olacaktır.

10.1. *Devletin Değişen Rolüne Uygun Sağlık Bakanlığı*

Son yıllarda uygulanan *Sağlıkta Dönüşüm* programında ve uluslararası kuruluşların Türk sağlık sistemine dair yayımlanmış raporlarında Sağlık

¹⁴⁷ Aslında neo liberal politikaların yoğun olarak uygulandığı son yirmi yılda yeni örgütlenme yapılarının hemen hemen tümünün kritik karar konularını en üst yöneticilerde (siyasal-yönetmel) toplamak suretiyle merkezleşme düzeyini artırması, neo liberal örgütlenme yaklaşımında adem-i merkezleşmenin gerçekten istenen bir şey olup olmadığını da sorgulatan bir durumdur. Basit bir örnek, İngiltere'de merkezi yönetimin yerleşme ve rekabet-verimlilik savlarıyla gerçekleştirdiği reformlar kapsamında uyguladığı yerel hizmetlerdeki 'zorunlu rekabetçi sunum' (*compulsory competitive tendering*) yöntemidir. (Vincent-Jones, 2000: 341). Bu yöntemin, iddiaların tam aksine nasıl olup da bir yandan piyasa açısından tekellerin oluşmasına yol açan diğer yandan da merkezi yönetimin yerel yönetimler üzerindeki denetimini artıran bir mekanizmaya dönüştüğünü hatırlamak yeterlidir.

Bakanlığı'na biçilen rol, sağlık politikasını ve sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını belirleyen ve denetimler gerçekleştiren bir tür planlama-düzenleme-denetleme fonksiyonudur (Sağlık Bakanlığı, 2003: 26; TÜSİAD, 2005: 40). Bakanlığın, bu fonksiyon ile birlikte, bununla uyumlu, bunu tamamlayacak bir başka rolü de üstlenmesi öngörülmektedir. Bu rol, bir tür güvenlik sibobu olarak hizmetlerin örgütlenmesinde “gerektiğinde” aktif olarak müdahil olmasıdır. Henüz bakanlığın düzenleyici-denetleyici fonksiyon ile sınırlandırılma noktasına gelinmemiştir. Devletin, sağlık alanından bütünüyle çekilmesi en azından şimdilik savunulan bir tez değildir. Devletin, büyük oranda piyasalaşan sağlık alanında planlama, finanse etme, tıbbi hizmeti sunma ve denetleme fonksiyonunu sürdürmektedir. Tıbbi hizmet dışındaki tüm hizmet ve ticari alanların sözleşmeciye bırakıldığı KÖO modelinde Sağlık Bakanlığı'nın rolü ne olacaktır? Bakanlık ile KÖO hastanelerinin nasıl bir ilişkisi olacaktır?

KÖO modeli, Sağlık Bakanlığı'nın yapısını, sağlık hizmetlerini örgütlenme biçimini ve sağlık hizmetini yürüten örgütler ile ilişkisini sözleşme ilişkisinin gerektirdiği biçime büründürmektedir. KÖO, Gelecek yıllara ilişkin Sağlık Bakanlığı için öngörülen düzenleyici-denetleyici role uygun bir modeldir. Daha önce değindiğimiz gibi Türkiye'de diğer bazı ülkelerde olduğu gibi KÖO projelerini yürütmek üzere merkezi bir kurum oluşturulmamıştır. Sağlık alanındaki KÖO uygulamalarında Sağlık Bakanlığı'na yetki verilmiştir. KÖO, Sağlık Bakanlığı ile ihaleyi alan özel amaçlı şirket arasındaki bir sözleşme ilişkisine dayanmaktadır. Bir başka deyişle bakanlık KÖO projelerinin temel aktörüdür. Sağlık Bakanlığı, uzmanlık alanı olmayan bir konuda büyük ölçekli, uzun dönemli, çok karmaşık sözleşmelere imza atmaktadır. KÖO modeline geçişin ilk sonucu Sağlık Bakanlığı'nın iç örgütlenmesinde yarattığı değişikliklerdir. Bakanlıkta, 2007 yılında 5683 sayılı Yasa ile Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı ve İnşaat ve Onarım Daire Başkanlığı adıyla KÖO ihale süreci ve sözleşme yönetimi ile ilgili iki *ana hizmet* birimi kurulmuştur (Bu iki birimin sağlık hizmeti ile doğrudan ilgisi olmadığı halde ana hizmet birimi olarak oluşturulması ayrıca irdelenmelidir). Bakanlıktaki bu yeniden yapılanma, KÖO modelinin sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kullanımını sağlamanın Sağlık Bakanlığı'nın asli fonksiyonlarından biri haline getirildiği anlamını taşımaktadır. Bu değişiklikler, yönetsel yapılanmanın sözleşme ilişkisine uyumlandırılması

olarak değerlendirilebilir. Diğer ülke uygulamalarında genellikle KÖO projelerinin imzacısı özerk hastane birlikleri ya da özerk sağlık işletmeleridir. Bu noktanın iyi irdelenmesi gerekmektedir. Bir hizmet örgütlenmesinde aynı aktörün hem politika belirleyici, hem sunucu, hem finansör, hem düzenleyici, hem denetleyici olması *son dönem kamu yönetimi reformlarının kendi iç mantığı* açısından doğru değildir. Nitekim Sağlık Bakanlığı'nın rolünün politika belirleme ile sınırlandırılması, sağlık alanı için düzenleme-denetleme fonksiyonu için ayrı bir üst kurul tipi oluşturulması sağlık hizmetleri örgütlenmesinde politik hedefler olarak ortaya koyulmaktadır. Bu açıdan KÖO projelerini bu örgütlenme biçimiyle de ayrıca değerlendirmek gerekmektedir. Özerkleşmenin, bu kapsamda da yetkilerin devredilmesinin savunulduğu sağlık örgütlenmesinde 25 yıl ve üzeri süreli KÖO projelerini bakanlığın ihale etmesi ve sözleşme yönetiminde bakanlığın söz sahibi olması en azından kendi içinde bir çelişkidir.

Ek 7. madde ve KÖO Yönetmeliği açısından bakanlığın gerek ihale süreci gerek sözleşme yönetimi ile ilgili üstlendiği görev ve yetkiler şöyle özetlenebilir: **Karar** (hizmet ve alanların devredilmesi, kiralama süresi, yıllık ödeme miktarı); **Hazırlık – Eylem** (ön projenin hazırlanması, kira ve diğer ödemeleri yapmak, denetimleri gerçekleştirmek); **Düzenleme-Denetim**¹⁴⁸ (sağlık tesisinin projelendirilmesi, yapımı, bakımı ile tesislerdeki tıbbi alan dışındaki ticari alanlar ile hizmet alanlarının ne şekilde işletileceğine dair temel standartları belirleme)¹⁴⁹,

¹⁴⁸ Yönetmelik'te (md. 38) bakanlığın özel amaçlı şirketin sözleşme kapsamına giren faaliyetlerini bütün aşamalarda denetleyeceği veya denettireceği hükmüne yer verilmiştir. Yine Yönetmelik hükmüne göre Bakanlığın denetim ve yönetim mekanizması kurabilmesi öngörülmüştür.

¹⁴⁹ Yönetmeliğe göre yapım standartlarını belirleme de Bakanlığın görevlerinden biridir. KÖO projelerinde projenin öngörülen süre içinde (genellikle de 3 yıl) bitirildiği görülmektedir. Yapım/İNŞAAT riski açısından değerlendirildiğinde bir sorun yaşanmadığı söylenebilir. Nitekim KÖO uygulamalarının belki de en çok dile getirilen olumlu yönü İNŞAATLARIN süresinde (hatta kimi zaman süresinden de önce) bitmesinden kaynaklanan yapım/İNŞAAT riskinin azalmış olmasıdır. Bu da beklenebilecek bir durumdur. İnşaat ne kadar çabuk biterse ihaleyi alan 'özel amaçlı şirket' devletten aldığı kira dışında tıbbi destek hizmeti, otelcilik hizmetleri ve otopark, kafeterya gibi ticari alanların işletmeciliğinden gelir elde etmeye başlayacaktır. Hastane binalarının süresi içinde bitmesi kadar binaların sağlık hizmetlerine uygun standartlar içinde olması da önemlidir. İngiltere'de süresi içinde bitirilmesi nedeniyle Hükümetin övgü ile söz ettiği KÖO yöntemi ile inşa edilen hastane binalarının dayanıklılık ve sağlık hizmetlerine uygun teknik gereklilikler açısından

sözleşme süresince yüklenicinin eylem ve işlemlerinden doğacak zararların giderilmesini sağlama, buna yönelik cezai müeyyideler koyma); **Güvence Sağlama-Önleyici Tedbir Alma** (kira ödemelerini güvence altına almak üzere döner sermayelere gelir desteği ve bu konuda gerekli önlemleri alma, talep riskini üstlenme).

Bakanlığın denetim ile ilgili görevleri yerine getirmesi açısından bazı güçlükler vardır. Aynı anda devam eden çok sayıda projeye ilişkin olarak özel amaçlı şirketlerin bütün faaliyetlerinin denetlenmesi, en azından şimdiki yapılanma ile, mümkün değildir. KÖO ile ilgili iki daire başkanlığının kuruluşuna ilişkin yasal düzenlemede tahsis edilen kadrolar da yeterli değildir. Bu noktada bu birimlere geçici görevlendirmelerle diğer kurumlardan personel aktarılması da sorunu çözmeyecektir. Bu durumda Bakanlığın yine Yönetmelik'te kendisine verilen yetkiyi kullanarak, "denetletir" hükmünden hareketle denetim işini hizmet satın alımı yöntemiyle özel kişilere gördürme yoluna gitmesi kaçınılmazdır; bu, Bakanlık için öngörülen düzenleyici-denetleyici role de uygun bir yoldur.

10.2. Entegre Sağlık Kampüsü - Hastaneler (Döner Sermaye İşletmesi)

KÖO projelerinde kamu örgütlenmesinde çok alışık olmadığımız, son dönem kamu yönetimi reformlarında pek rastlamadığımız bir ifadeye rastlamaktayız: Entegre sağlık kampüsü. Örgütlenme boyutuyla entegre (*integrated*), birçok parçadan oluşan yapının, yönetim süreçleri açısından birbirleriyle ilişkilendirilerek tümleşik hale getirilmesini (bütünleştirilmesini) ifade etmektedir. Bütünleşik/Tümleşik kamu örgütlenmesi, hiyerarşi ve bütünlüğü sağlamaya yönelik diğer hukuksal ve yönetsel araçlarla *entegre* bir özellik gösterir. Özellikle modern bürokratik yapıların ortaya çıkışı ile hizmet örgütlenmesine yerleşen bu yapılanma, siyasal ve yönetsel sorumluluk temelinde, eşitliği, standartlaşmayı sağlamaya yönelik merkezi planlama, eşgüdüm ve denetimi öngörmekte-

standartların çok gerisinde olduğu bizzat resmi yapı denetim kurulları, sağlık alanındaki mesleki örgütler ve sendikalar (Lister, 2003: 5) tarafından dile getirilmiş, projelerde standartların belirlenmesinde uzmanlık kuruluşlarından destek almayan idare bu noktada eleştirilmiştir (Edwards ve diğerleri, 2004: 141).

dir. Coğrafi olarak dağılmış ve farklı basamaklardaki sağlık örgütlerinin ilişkisinin merkezi bir sistem dahilinde (örneğin Sağlık Bakanlığı bünyesinde) bütünleştirilmesini ifade etmek üzere entegre sözcüğü sağlık sisteminde yaygın olarak kullanılmaktadır.¹⁵⁰ Aile hekimliği uygulamasında Üniversite ve Milli Savunma Bakanlığı'na ait olanlar hariç bütün kamu kurumlarına ait hastanelerin 2005 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesine alınması da bir entegrasyon/bütünleştirme uygulamasıdır. Bu noktada yeni olan, KÖO projelerindeki entegre sağlık kampüsleridir. Sağlık hizmetlerinde entegre örgüt yapılarına neden ihtiyaç duyulmuştur? Entegre sağlık kampüsleri, bölge ve birkaç dal/uzmanlık hastanesinden oluşmaktadır. Öncelikle KÖO projelerindeki entegre sağlık kampüsleri ile 20. yy boyunca örgütlenme kuramlarında yer verilen şekliyle yönetimin süreçleri itibarıyla tümleşik bir hizmet örgütlenmesinin mi amaçlandığını sormak gerekmektedir. Bilindiği üzere 1980'lerden sonra neo liberal kamu yönetimi reformlarının başlıca amacı kamu örgütlenmesinde tümleşik yapının çözülerek esnek ve küçük örgütlerin yer aldığı bir örgütlenme yapısına geçilmesidir. Bu amaca uygun bir yapılanma olarak KÖO hastaneleri ile, eski hiyerarşi esaslı tümleşik kamu hizmeti örgütlenmesi modeline bir dönüş olduğunu düşünmemek gerekir. Peki entegre edilmiş olan nedir? Örneğin Ankara Etlik'te yapılacak hastane, bölge ve sekiz dal hastanesini içeren toplam 3056 yatak kapasitesine sahip bir entegre sağlık kampüsüdür. Entegre sağlık kampüsünün ayrı bir yönetimi olacak mıdır? Olacak ise tüzel kişiliği olacak mıdır? Olacak ise bu örgütün bakanlık ve kampüs içindeki hastanelerle ve "özel amaçlı şirket" ile ilişkisi nasıl olacaktır? Bu durumda her hastanenin ayrı bir döner sermaye işletmesi mi olacak? Yoksa entegre sağlık kampüsü tek bir bütçeye mi sahip olacaktır?

Yasa ve Yönetmelik'te entegre sağlık kampüsünü oluşturan hastanelerin yönetsel/mali açıdan entegre bir yapıda olacağına, hastanelerin hiyerarşik üstü olarak ayrı bir entegre sağlık kampüsü yönetiminin olacağına ilişkin bir düzenleme yoktur. Entegre sağlık kampüsleri ile oluşturulması yönünde girişimlerde bulunulan hastane birlikleri arasın-

¹⁵⁰ Örneğin 25.5.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" in 3. maddesinde entegre sağlık hizmeti, Bakanlıkça belirlenecek yerlerde birinci basamak sağlık hizmetlerini yoğunlukla yürütmek üzere tasarlanmış sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır.

da bir koşutluk kurmak mümkündür. Entegre sağlık kampüsü, ölçęęi ve yapısı itibariyle hastane birliği ile büyük benzerlik göstermektedir. Hatta daha önce de değindiğimiz gibi hastane birliği ile amaçlanan birçok Şeye bu kampüsler ile ulaşıldığını da söylemek mümkündür. Ancak henüz entegre özelliği ile ilgili yasal düzenlemelerde ve resmi açıklamalarda bir bilgi olmadığı için hastane birliklerinde olduğu Şekilde bu kampüsler ile “*program, planlama, bütçelendirme ve uygulamayı ortaklaşa üstlenecek bir hastaneler ağı*” (OECD, 2008b: 44) amaçlanıp amaçlanmadığı bilinmemektedir.¹⁵¹

10.3. Özerk Hastane İşletmeciliği – “Gerektiğinde Devlet”

Sağlık alanındaki KÖO uygulamalarında sözleşme konusu olan sağlık tesisi faaliyete geğinceye kadar özel amaçlı Şirketin tek muhatabının Bakanlık olduğundan söz etmiştik. Sağlık tesisi faaliyete geğtikten sonra durum biraz daha karmaşık bir hal almaktadır. Bakanlık dışında tıbbi hizmeti sunacak olan hastaneler (döner sermaye işletmeleri) de Yönetmelik’teki idare tanımına girmeye başlayacaktır. Sözleşme, Bakanlık tarafından imzalanmakla birlikte hastaneler, özel amaçlı Şirketin uzun süreyle hem kiracısı hem de mal ve hizmet alıcısıdır. Hastanelerin özel amaçlı Şirket ile ilişkisi sadece kira ödemeleri ile sınırlı değildir. Hastanenin bütün faaliyetleri ile özel amaçlı Şirketin yürüttüğü hizmetler arasında organik bir ilişki vardır. Bu açıdan hastaneler ile özel amaçlı Şirket hem sağlık hizmeti hem de mali ve yönetsel boyutuyla yoğun bir ilişki içindeledir.

Hastanelerin sözleşme yönetimi konusundaki yetkileri Bakanlık tarafından belirlenecektir. Bakanlığa birçok konuda yetki devretme yetkisi tanınmıştır.¹⁵² Şu anda idarenin Yasa ve Yönetmelik’teki yükümlülikle-

¹⁵¹ Sağlık Bakanlığı’nın entegre ilçe hastaneleri programını uygulamaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü) 2006 yılında yayımladığı *Entegre İlçe Hastanesi’nin Açılması, Kapanması ve Buralarda Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge*’sinde entegre ilçe hastanesi sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumunun tek merkezden yapılması suretiyle, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesine, birleştirilerek güçlendirilmesine imkan taniyan yapı olarak tanımlanmaktadır.

¹⁵² Yönetmelikte (md. 40/2) bakanlığın yetkilerinin devredilebileceğinden söz edilmektedir: “*Bakanlık da mevzuatta açıkça öngörülmesi hâlinde koşulları da belirtilmek suretiyle sözleşmeleri devredebilir. Bakanlığın, sözleşmeyi devretmesi hâlinde, sözleşmede yer*

rinin nasıl paylaşılacağına ya da hastane ile özel amaçlı şirket ilişkisinin bütün yönleriyle öngörülmesi mümkün değildir.¹⁵³ Ancak bizzat hizmeti sunan kurumlar olarak hastane yönetimlerinin sözleşmenin yönetiminde yetki devrine gerek olmaksızın söz sahibi olacakları ya da zorunlu olarak yer alacakları hususları tahmin etmek mümkündür.

Mevcut sistemde olduğu gibi¹⁵⁴ KÖO hastanelerinde de “yürütüm” açısından esas olarak döner sermaye işletmeleri temel alınmıştır. Esnek mali yönetimin hedeflendiği düşünülürken döner sermaye işletmelerinin sistemin belkemiği olması aslında KÖO modelinin iç mantığı ile de tutarlıdır. KÖO sözleşmesi bakanlık tarafından imzalanmakla birlikte, KÖO bakanlık bütçesinden karşılanacak bir yatırım ya da harcama değildir. KÖO uygulamasının en önemli ayağı olan mali boyutta döner sermaye işletmelerinin rolü, KÖO Yönetmeliğinin “Temel İlkeler” başlığını taşıyan 5. maddesinden de anlaşılabilir.¹⁵⁵ “İhaleler, merkeze aktarılan paylar da dâhil olmak üzere döner sermaye işletmelerinin gelirleri dikkate alınarak yapılır.” Bu tanımlama, KÖO hastanesinin hasta sayısının, buna bağlı olarak da döner sermaye gelirinin öngörülmüş olduğunu ve buna göre bir ihale yapıldığını düşündürmektedir. Ancak bu mümkün müdür? Özellikle en az 25 yıllık sözleşme süresi

alan süre, kira bedeli, yüklenici tarafından üstlenilen hizmetlerin kapsamı ve benzeri hükümler, sözleşmenin diğer tarafı olan yüklenicinin rızası olmadan değiştirilemez.” Nitekim Sağlık Bakanlığı yöneticileri de yetki devrine ilişkin açıklamalar yapmaktadır: “Şu anda bu konuda ihale yapma yetkisi bakanlığa aittir. Ama bakanlık bu yetkisini ilgili yerlere devredebilir.”

¹⁵³ İdare açısından idare ile sözleşmeciler arasındaki ilişki esas olarak Yönetmelikte “İşletme Dönemi Yönetim Planı” başlıklı fıkrada (4/f) düzenlenmiştir. Buna göre tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların yüklenici tarafından ne şekilde işletileceğine ve bu hizmetin verilmesi esnasında, idare ile yüklenici arasında kurulacak “işletim-yönetim organizasyon modeline işletme dönemi yönetim planı”nda yer verilecektir.

¹⁵⁴ Aslında kamu örgütlenmesinde ilk örneklerine 1920’li yıllarda rastladığımız döner sermaye işletmeleri, sağlık alanında 4.1.1961 tarih ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun ile oluşturulmuştur. Bu yasanın 7. maddesinde döner sermaye işletmelerinin 1050 sayılı Muhasebe-i Umumiye Kanunu ile, 2490 sayılı Artırma ve Eksiltme ve İhale Kanunu hükümlerine tabi olmadığı belirtilmektedir. 3046 sayılı Bakanlıkların Kuruluş ve Görevleri Hakkındaki Kanun da bakanlıkların ve bağlı kuruluşların ihtiyaç halinde döner sermaye işletmesi kurabilmesine olanak tanımaktadır.

¹⁵⁵ Yine KÖO modelinin döner sermaye ile ilişkisini gösteren bir başka düzenleme, ön proje, fizibilite raporu, ihale dokümanı ve temel standartlar raporu hazırlanması veya hazırlanmasında döner sermaye kaynaklarının kullanılması öngörülmüştür (Yönetmelik md. 7/6).

düşünüldüğünde döner sermaye işletmelerinin gelirlerini öngörmek çok güçtür. Döner sermayelerin temel gelir kaynağı hastalardır. Entegre sağlık kampüsleri kentin farklı bölgelerindeki kapatılan birçok hastane-nin yerini alacaktır. Bu da hasta sayısının öngörülebilmesini daha da güçleştirmektedir. İdare için öngörülen kira ve diğer ödemelerin yapılabilmesi için hasta sayısının garanti altına alınması, bir başka deyişle talep riskini devletin üstlenmesi gerekecektir.

KÖO kira ödemeleri bakanlık bütçesinden değil, döner sermaye işletmelerinin işletme bütçesinden karşılanacaktır. Yönetmelik (md. 34/6) hükmü şöyledir: “sözleşmede tespit edilen kira dönemleri içerisinde yükleniciye kira ödemeleri, sağlık tesisinin teslim alınmasından sonra, tesisin bünyesinde döner sermaye işletmesi kurulması durumunda bu işletme bütçesinden, işletme kurulmaması veya kurulmuş olmakla birlikte mali durumunun uygun olmaması hâlinde Bakanlık Döner Sermaye Merkez Saymanlığı hesabına aktarılan paydan ödenir.” Bu düzenlemeye göre projenin mali yönetimi hastane döner sermaye işletmesinin yükümlülüğündedir. Hastane döner sermaye işletmesinin ödemelerde sıkıntı yaşaması durumunda Bakanlık merkez saymanlığının devreye girmesi, modelde öngörülen “güvence” örneklerinden biridir (Yönetmeliğin md. 33): “Bakanlık, döner sermaye ilgili bütçe kalemlerinde, sözleşme süresi boyunca ilgili sağlık tesisinin periyodik kira bedellerinin ödenebilmesine yönelik yeterli ödeneğin tahsisi konusunda her türlü tedbiri alır. Sözleşmelerde kira bedellerinin zamanında ve tam olarak ödenmesinin Bakanlık garantisi altında olduğu ve ödemelerdeki gecikmelere uygulanacak cezai yaptırımlara ilişkin hükümlere de yer verilir.”

Yine Yönetmelik'te “sözleşmelerde kira bedellerinin zamanında ve tam olarak ödenmesinin Bakanlık garantisi altında olduğu ve ödemelerdeki gecikmelere uygulanacak cezai yaptırımlara ilişkin hükümlere de yer verilir” şeklinde hüküm ile kira ödemesi devlet güvencesi altına alınmıştır. Bununla da yetinilmemiş Yönetmeliğin ilk biçiminde yer almayan ancak 2010 yılında “İşin tamamlanmasındaki gecikme ve maliyet değişiklikleri, cezalar” başlığındaki maddeye eklenen bir hüküm ile yüklenici şirketin zararının tazmininde devlet güvencesi sağlanmıştır.

Diğer ülkelerde de görüldüğü gibi KÖO esas olarak özerk sağlık işletmeleri üzerinde yükselen bir modeldir. Örneğin İngiltere'de KÖO ihale-

leriyle ilgili yetkiler, Sağlık Bakanlığı'nda ya da sağlık hizmetlerinin yürütücüsü konumundaki ulusal düzeyde örgütlenen özerk kuruluş Ulusal Sağlık İdaresi'nde değil, birer özerk sağlık işletmesi olan hastane birliklerindedir (*NHS Trusts*). Özerklik, OECD tarafından, “*devlet hastanelerine, özel hastanelerle etkin şekilde rekabete girebilme ve Türkiye'deki hastane hizmetleri bağlamında yeni satın alıcı/hizmet sunucu ayırımından kaynaklanacak verimlilik kazanımlarını tam kapasiteyle gerçekleştirebilme fırsatı sağlamak için zorunlu bir unsur*” olarak görülmektedir (OECD, 2008b: 111). Özerk sağlık işletmeleri (örneğin hastane birlikleri) oluşturulduğu takdirde KÖO hastanelerinin durumu ne olacaktır? Bakanlığın sözleşme yönetimi ile ilgili bütün yetkileri özerk sağlık işletmelerine devredilecek midir? Özerk sağlık işletmeleri yeni KÖO ihalesine çıkabilecek midir?

Özerk hastane işletmeciliğine geçildiği takdirde bakanlık – entegre sağlık kampüsleri – özerk hastane işletmeleri arasında yeni bir işbölümü söz konusu olacaktır. Bakanlığın KÖO gibi büyük ihaleler ile ilgili karar yetkisini özerk sağlık işletmelerine devretme konusunda ne kadar istekli olacağı tartışılır. Nitekim aslında özerk sağlık işletmeleri ile ilgili hastane birliği taslağının, Bakanlığın KÖO ihalelerini merkezi olarak sonuçlandırması sonrasına ertelendiği de akla gelmektedir. Bakanlığın bütünüyle sistemden çıkmasını, kritik kararlar açısından geri çekilmesini düşünmek güçtür. Buna mevcut neo liberal örgütlenme tarzı ile ilgili tercihler de izin vermeyecektir. Adem-i merkezileşme iddiasını ortaya koyan neo liberal örgütlenme yaklaşımının özünde iddia edildiğinin aksine “güçlü merkez” vardır.

Özerk hastane işletmeciliğine geçildiğinde ilk olarak akla mali güçlük durumunda KÖO kira ödemelerinin ne olacağı sorusu gelmektedir. Çünkü diğer ülke KÖO uygulamaları kira ve diğer ödemelerin devamlılığının KÖO hastanelerinin geleceği açısından ne derece önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Aynı tüzel kişiliğe bağlı olmasıyla bütçeye sahip olan özerk hastane işletmelerine şimdi olduğu gibi bakanlık destek olacak mıdır? Sağlık Bakanlığı, sistemin işlerliğini sağlamak üzere özerk sağlık işletmelerinin güvencesi olarak “gerektiğinde” yeni roller üstlenecektir. Mevcut hastanelerin döner sermaye işletmeleri ile ilgili olarak da birçok devlet güvencesi söz konusudur. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda sağlık işletmesine dönüştürülecek hastanelerin

gelirleri arasında “*gerek görüldüğünde yapılacak devlet desteği*” sayılmaktadır. Bu açıdan özerk sağlık işletmesine dönüştürülseler de sağlanacak devlet desteği ile hastanelerin hiçbir zaman özellikle de KÖO kira ödemelerini aksatmasına izin vermeyecek, sistemin sürdürülebilirliği için *gerektiğinde* yardım yapacaktır.¹⁵⁶ Özerk sağlık işletmeciliği ve “*gerektiğinde devlet*”, esneklik sağlamak amacıyla bütçe sisteminden uzaklaşmanın yarattığı risk ve maliyeti devlete yükleyen bir örgütlenme biçimidir.

10.4. Kârlı Yatırım Alanının Blok Sunucusu: Özel Amaçlı Şirket / Ortak Girişim

KÖO projelerinde ihale ile yapım, hizmet sunumu ve alan işletmeciliği işlerini üstlenen özel örgüt için şirketler hukukundaki ayrımlar temelinde farklı adlandırmalar yapılmaktadır. Yönetmeliğin bu özel örgüte ilişkin düzenlemeyi içeren 12. maddesinin ilk hali, “Ortak Girişimler” başlığını taşımakta idi. 2010 yılında yapılan değişiklikle madde başlığına ve hükümlerine diğer ülke uygulamalarından aynen aktarılarak “Özel Amaçlı Şirket” (*special purpose vehicle*) eklenmiştir. Yönetmelik’te her iki hukuksal kişilik için tanımlamalar yapılmaktadır. Konumuz açısından Yönetmelik hükmünden anladığımız idarenin karşısında parçalı bir yapı değil, yüklenici/özel amaçlı şirket/ortak girişim gibi farklı adlarla yer verilen tek bir örgüt olması istenmektedir. Bu düzenlemenin özellikle sözleşme yönetimi sırasında karşılaşılabilecek sorunlar açısından pratik bir amaç taşıdığı söylenebilir.

Mevcut mal ve hizmet alım ihalelerinin büyüklükleri ile karşılaştırıldığında KÖO hastanelerinde hastane yönetiminin karşısında çok daha büyük ölçekli bir örgüt vardır. Her örgüt, büyüklüğü (örgütsel ya da mali açıdan) ve kurumsallaşması ölçüsünde kendi etki alanını doğurmaktadır. Kısa süreli sözleşmelerle hastanelerdeki küçük ölçekteki ihaleleri alan, genellikle de küçük sermaye özelliği taşıyan şirketlerle karşılaştırıldığında büyük sermayenin KÖO projesi için oluşturduğu ortaklık bu güce önemli düzeyde sahip olabilmektedir. Çok sayıda ve çeşitte

¹⁵⁶ İngiltere’de KÖO hastaneleri çok ciddi mali güçlük içinde olup devletten mali yardım talep etmektedirler. 2013-2014’e kadar sağlık hizmetlerinde 15-20 milyar Sterlin kısıntıya gidilmez ise sağlık sisteminin ciddi bir kriz ile karşı karşıya kalacağından söz edilmektedir (Pollock ve diğerleri, 2011: 417).

mal ve hizmetin temininin (ve alanların işletmeciliğinin) uzun süreli olarak blok halinde tek bir örgütün¹⁵⁷ denetimine geçmesi hastanelerdeki yönetim ilişkilerinde önemli sonuçlar doğurmaktadır. Hastane örgütlenmesinin bütün unsurlarına uzun süreyle yerleşen bu örgüt, bir yandan yönetim ilişkisinin ana bileşenlerinden biri haline gelerek hastane içinde, diğer yandan da bu sözleşmelerin kendisine sağladığı avantajlar ile piyasada önemli bir güç elde etmektedir. Bu durum hastane yönetimlerinin, sorumlu oldukları yönetsel çevreye hakim olmalarını engelleyecek bir sonuç yaratabilmektedir. Daha önce de değindiğimiz gibi KÖO sözleşmelerinin bu özelliği aynı zamanda idarenin ve hizmetten yararlananların özel amaçlı şirkete aşırı bağımlı olmasına da yol açmaktadır. Blok halinde mal ve hizmet sunan özel amaçlı şirketin alt yüklenicilere işleri devretmesi bu noktada bir farklılık yaratmayacaktır.

Basit olarak ölçek boyutuyla bakıldığında tıbbi görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri ile, yemekhane, temizlik vb. gibi otelcilik hizmetleri açısından her hastanenin ayrı ayrı hizmet alımına gitmesi ilk bakışta daha pahalı bir yöntem gibi düşünülebilir. Ölçek büyümesine bağlı olarak maliyet düşmesi beklenirken, KÖO uygulamalarında mevcut kamu alımlarına göre bu hizmetlerin maliyetlerinin arttığı ve yüklenici tarafından işletilen kantin, otopark vb. gibi hizmetlerin de çok daha pahalı sunulduğuna dair çok sayıda araştırma bulgusu vardır (Edwards ve diğerleri, 2004: 7). Hastanelerde blok olarak tek sunucu olmasına bağlı olarak yurttaşların, ‘müşteri’ olarak bu tek sunucuya aşırı bağımlılığından söz etmiştik. Rekabetçi olmayan bu yapıda fiyatların nasıl belirleneceği belirsizdir. KÖO Yönetmeliği’nde “sözleşmede aşağıdaki hususlar” içinde “yükleniciye bırakılan tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların fiyatlandırma ölçütleri” sayılmaktadır. Ancak bu sözleşme sürecinde müzakere sonucunda belirlenecek ölçütlerin nasıl olacağı belirsizdir. Diğer ülke KÖO hastaneleri deneyimlerinde fiyatların mevcut ihale ile alınan işlerdekine göre çok daha yüksek olduğu görülmektedir. Entegre sağlık kampüsleri genellikle kent dışında ve büyük alan-

¹⁵⁷ İş ortaklığı ya da konsorsiyum da olsa ortak girişim ya da özel amaçlı şirket hukuksal açıdan tek bir kişiliktir. Özel amaçlı şirketin birkaç şirketten oluşan bir ortaklık olması, bu örgütün üçüncü kişiler (idare, hizmetten yararlananlar, alt yükleniciler vb.) karşısında ya da genel olarak piyasa ile ilişkisinde davranışsal bütünlük içinde olmasını engellemeyecektir.

lar içinde mekansal açıdan diğer yaşam alanlarından tecrit edilmiş bir alanda inşa edilmektedirler. Bu açıdan hastanede bulunan herkes ihtiyacını özel amaçlı şirketin işlettiği alanlardan sağlama gibi bir zorunluluk ile karşı karşıyadır. Bu özel amaçlı şirket açısından çok önemli bir avantajdır.

11. SÖZLEŞME YÖNETİMİ

Kamu hizmetlerinin örgütlenmesine yönelik olarak imzalanan sözleşmeler, salt hak ve yükümlülere içeren hukuksal metinler değildir; aynı zamanda bir planlama, yönlendirme ve eşgüdüm gibi yönetsel işlevleri içeren, politika tercihin yansıtan bir belgedir. Bu açıdan hizmet sunmanın ve personel istihdamının neredeyse ana düzenleyici formu haline gelen sözleşmeler yönetim ilişkisinin tüm yönlerini içerir. Sözleşme yönetimi, ihale sürecine ve sözleşme sonrasına ilişkin yönetsel fonksiyonlara yönelik bütün eylem ve işlemleri kapsamaktadır. Sözleşme hukuku, özel bir inceleme alanıdır. Kamu hizmetlerinin yürütümünde sözleşme ilişkisi çok yaygınlaşmış olmasına, hatta yönetim ilişkisi neredeyse sözleşme temelinde oluşur ve tanımlanır hale gelmesine rağmen sözleşme yönetimi için aynı şeyi söylemek mümkün değildir.

KÖO, idare ile yüklenici arasında imzalanan uzun süreli sözleşmeye dayanan bir örgütlenme modelidir. Sözleşme süreleri Türkiye’de 49 yıla kadar olup, diğer ülkelerde 67 yıl örnekleri vardır. Mevcut hizmet alım sözleşmeleri ile karşılaştırıldığında KÖO sözleşmeleri çok daha karmaşık, kapsamlı, uzun sürelidir; bu nedenle bu projeler açısından sözleşme yönetimi çok daha önemlidir.

KÖO projelerinde olduğu gibi kapsamlı, ayrıntılı ihale şartnamelerini hazırlamak, sözleşmeleri imzalamak ve yönetmek idarenin giderek yeni görev alanlarından biri haline gelmiştir. İdarenin, bu karmaşık görevi var olan yapı içinde değil, ayrı, özel bir uzmanlık birimi ile yönetebileceği yönündeki görüşler yaygın olarak kabul görmektedir. OECD, sadece KÖO sözleşmelerinin yönetimini ele alan bir rapor yayımlayarak bu konuya verdiği önemi ortaya koymuştur. Raporla, tip sözleşmelerin ve ön projelerin hazırlanmasından, bütçe hesaplamalarından, ihale sürecinin yönetimi ve sözleşmenin uygulanmasından ve sürekli denetimlerin gerçekleştirilmesinden sorumlu ayrı uzmanlık birimlerinin gerekli olduğu savunulmuştur. Rapor’a göre bu yapının KÖO modelini uygulayan bakanlıklarda ayrı bir birim mi, merkezi düzeyde bir kurum mu, üst kurul tipi özerk bir yapı mı, özel sektör temsilcilerinin de yer

aldığı bir ortaklık mı, kamu tüzel kişisi mi ya da özel hukuk tüzel kişi mi olacağı ülkelerin koşullarına göre belirlenmelidir. Diğer ülkelerde genellikle Maliye Bakanlığı altında bir birim projelerin sorumluluğunu üstlenmiştir (OECD, 2010: 30, 35). Daha önce değindiğimiz gibi KÖO projelerini yönetmek üzere Türkiye’de merkezi düzeyde bir örgüt yoktur. Sağlık alanındaki KÖO uygulamalarını da asıl olarak Bakanlıkta yeni kurulan iki daire başkanlığı yürütmektedir. Ancak yakın bir gelecekte, örnekleri diğer ülkelerde olan faaliyet konusu sadece KÖO projeleri olan bir düzenleyici-denetleyici üst kurul tipi bir örgütün kurulması gündeme gelebilir.

Türkiye’de Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı resmi internet sitesinden alınan bilgilere göre 16 farklı projede toplamda 23 bin yataklı 92 hastane yapımı ihale sürecindedir. Yatırım planına göre yatak sayısının 32 bine (bazı kaynaklarda bu sayı 42 bin) ulaşması hedeflenmektedir. Bu durum 16 farklı proje, 16 farklı ihale süreci ve 16 farklı sözleşme yönetimi anlamına gelecektir. Bunun da ne kadar büyük bir yönetsel kapasiteyi gerektirdiği açıktır.

Sözleşme yönetimi, genellikle göz ardı edilen (ya da bilinçli olarak üzerinde durulmayan demek daha doğru olabilir) bir maliyet kalemidir. KÖO projelerinde yapım, mal ve hizmetler dışında sözleşme ilişkisinin kendisinin yarattığı önemli bir maliyet de söz konusudur. KÖO ile ilgili düzenlemelerdeki “*yapar ya da yaptırır*”, “*denetler ya da denetletir*”, “*hazırlar ya da hazırlatır*” şeklindeki hükümler idareye hizmet alımı yetkisi tanımaktadır. Bu yetkiye bağlı olarak idarenin ihale sürecinde ve sözleşme yönetiminde çok temel yönetsel fonksiyonlar (örneğin denetim) için dahi hizmet satın alımına gittiği, sözleşme ilişkisine girdiği görülmektedir.

Projelerin hemen hemen her aşamasında çeşitli konularda yoğun olarak hizmet satın alımı yoluna giden idarenin ihale sürecindeki ve sözleşme yönetimindeki yönetsel giderleri iyi analiz edilmelidir. Örneğin danışmanlık şirketlerine ödenen para önemli bir kalemi oluşturmaktadır. Aynı şekilde sözleşme yönetiminin bir diğer ek maliyeti, sözleşme yönetiminden sorumlu yeni uzmanlık birimlerinin kurulmasıdır. Sözleşme yönetiminin ve bunun örgütlenmesinin maliyeti hiç de az değildir. Modeli yıllardır uygulayan ülkelerdeki veriler, yeni birimlerin/örgütlerin kurulmasını, personelin işlendirilmesini ve çok sayıda işin piyasadan temin edilmesini gerektiren KÖO’nun, diğer özellikleri ya-

nında bu özellikleriyle de kamu harcamalarını artıran bir model olduğunu ortaya koymaktadır. Bu maliyetler, geleneksel kamu hizmeti sunum yöntemleri ile KÖO yönteminin karşılaştırmalı analizinde ayrıca hesaba katılmasını gerektirecek büyüklüklere ulaşmaktadır.

KÖO uygulamalarında farklı roller üstlenen çok fazla örgüt söz konusudur. Bunlar; Bakanlık, hastaneler, ortak girişim, ortak girişimi oluşturan şirketler ve alt yüklenicilerdir. Bir de bunlara henüz belirsizlik taşıyan entegre sağlık kampüsü yönetimi ve kurulması girişimleri olan hastane birliği de katılabilir. KÖO'da sözleşme ilişkisi sadece Bakanlık ve özel amaçlı şirket arasında söz konusu değildir. Eğer ihaleyi alan bir ortak girişim ise, ortak girişimi oluşturan şirketler arasında da bir sözleşme ilişkisi söz konusudur. Aynı şekilde özel amaçlı şirket/ortak girişim, alt yükleniciler ile de sözleşme ilişkisi içindedir. Hukuksal ve yönetsel açıdan doğrudan doğruya idare ile ilgili olmadığı düşünülen yüklenici-alt yüklenici (taşeron) ilişkisi de genel olarak hizmetlerin örgütlenmesine olan etkileri, özel olarak da hizmet üzerinde aksama vb. gibi yaratacağı sonuçlar açısından sözleşme yönetiminin bir parçası olarak görülmelidir.

Aynı mekanda birbiri ile sözleşme ilişkisi içinde olan çok sayıda örgütün, dolayısıyla da yönetim-karar sürecinin olması çekişme, çatışma yaşanması olasılığını artırmaktadır. Nitekim İngiltere'de KÖO hastanelerinin yöneticileri ile yapılan mülakatlarda bu örgütlenme yapısının son derece karmaşık, bürokratik bir yapılanmayı getirmesi, sözleşme ile çerçeve belirlenmiş olsa da yönetim ilişkilerinde her bir örgütsel yapının kendi çıkarını ençoklaştırma arayışında olması ve hizmetlerin sorumluluğu konusunda sürekli olarak çatışma yaşanması en çok dile getirilen sorunlar arasında sayılmıştır (Edwards ve diğerleri, 2004: 186).

KÖO sözleşmelerinde, hizmet büyüklüğü ve çeşitliliği, alansal büyüklük ve tüm alt sözleşmeler de düşünüldüğünde binlerce kalemin varlığından söz edilebilir. Çok fazla alt bileşeni barındıran kapsamlı ve karmaşık, uzun süreli olmasından dolayı da belirsizlik düzeyinin yüksek olduğu KÖO sözleşmelerinin analizi güçtür. Mevcut hizmet alım uygulamalarından farklı olarak örneğin toplam 3000 yataklı 9 farklı hastanenin KÖO kapsamındaki tüm hizmetlerinin en az 25 yıl süreyle alınmasını içeren bir sözleşmeden söz etmekteyiz. KÖO Yönetmeliği'nin 'sözleşmede yer alacak hususlar' maddesinde yapım/yenileme ve hizmetlerin

standart ve kalitesinin idare tarafından belirlenmesinden söz edilmektedir. Peki ölçeğin çok büyük, hizmetin sağlık gibi karmaşık nitelikte olduğu, 49 yıla kadar olan sözleşmelerde bunlar nasıl belirlenecek, nasıl denetlenecektir? Projelerde tanımlanan amaçlar soyut, genellikle de somutlaştırılması, dolayısıyla da denetlenmesi zor niteliktedir. Bu derece kapsamlı, ayrıntılı ve uzun süreli projelerde sözleşmelerde öngörülemeyen çok sayıda konunun olması, bazı konularda da sadece genel ifadelere yer verilebilmesi doğaldır. Bu tür projelerde ayrıntılı ve yoğun iş trafiğinin denetlenmesi sorunu vardır. Örneğin teknolojinin öngörülemezliği nedeniyle sözleşme maddelerine açık olarak yazılması mümkün olmayan konular vardır. Böyle durumlarda taraflar arasında müzakere söz konusu olmaktadır. Müzakerelerde, genellikle çok daha uzman olan özel şirketlerin üstünlüğü söz konusudur (NAO, 2010, 7). Bütün bunların idare açısından sonrasında ek maliyet unsuru olacağı gözden kaçırılmamalıdır. İdarenin sözleşmede öngörülemeyen ya da sözleşme uygulanmaya başladıktan sonra çıkacak ihtiyaçlara bağlı olarak değişiklik talepleri yeniden fiyatlandırmayı getirmektedir. Özel amaçlı şirketin belki de en güçlü olduğu ve en çok kazanç sağladığı noktalar, sözleşmelerde açıkça düzenlenmemiş hususlar ve yine idarenin sözleşmede açıkça hüküm altına alınmamış değişiklik talepleridir. İngiliz Sayıştay'ının KÖO hastaneleri ile ilgili bir araştırmasında sözleşmede yer alan kalite, standart vb. gibi konulardaki genel ifadelerin hemen hemen "tümü" nün özel sektör lehine yorumlandığı, gerek hizmetlerin sunulması gerek "bakımlar, yenilemeler, onarımlar" ile ilgili olarak sözleşmedeki hükümlerin açık olmadığı durumlarda idarenin taleplerinin ek ödemeleri beraberinde getirdiği, uyumsuzluk durumunda da yargıda sonucun özel şirket lehine sonuçlandığı belirtilmektedir (NAO, 2010). Bu, son yıllarda idarenin özel kişilerle girdiği farklı türdeki sözleşme ilişkilerinde yaşanan bir durumdur; sadece KÖO sözleşmelerine ve İngiltere'ye özgü sorunlar olarak düşünülmemelidir.¹⁵⁸

¹⁵⁸ KÖO sözleşmelerinin kimi zaman hizmetten yararlananların hizmet ile ilgili beklentileri yanında maddi olarak ölçülemeyen faydaları konusunda da kör olduğu eleştirileri sıklıkla getirilmektedir. İngiltere'de KÖO hastanelerinde yüklenici şirketler temizleme süresi ve maliyeti açısından pencere eşiklerinin eğimli olmasını tercih etmektedirler. Zaten sınırlı olan kullanım alanları düşünüldüğünde hasta ve refakatçilerin çok yararlandıkları bir alan olan pencere eşikleri konusunda idare, yüklenicilerin eğim ile ilgili talebini genellikle kabul etmektedir. Pencere eşikçi, küçük bir örnektir; ancak sözleşmelerin kamusalılığı boyutuyla tercih farklılığını yansıtmaya açısından önemlidir.

Sözleşmeden beklenenlerin elde edilebilmesinin öncelikle sözleşme konusu eylem ve işlemlerle ilgili yeterli bilginin varlığını gerektirmesi sözleşme kuramlarının en genel varsayımlarından biridir. Buna göre koşulların öngörülebilir, risklerin hesaplanabilir olduğu durumlarda sözleşmeden beklenen yararlar sağlanabilir. Oysa KÖO sözleşmeleri için bunlardan söz etmek güçtür; hatta olanaksızdır da denebilir. Sözleşme yönetimi bir tür risk yönetimidir. Uzun süreli, çok bileşenli ve karmaşık yapıdaki KÖO sözleşmeleri çok büyük oranda belirsizlik, dolayısıyla da risk içermektedir. Bu durumda yatırımcılar açısından belirsizliklerin ve riskin çok olduğu KÖO sözleşmelerinden beklenen yararların elde edilebilmesi, sözleşme ilişkisinde bir başka unsurun varlığını gerektirmektedir: KÖO modelinin olmazsa olmazlarından devlet güvencesi. Bu güvenceler yatırımcılar açısından riski ve maliyeti düşürmektedir; çünkü risk ve maliyet kamusallaştırılmaktadır.

KÖO uygulamalarında sözleşme yönetimin başka bir boyutu uzun süreli bu sözleşmelerde sürekli olarak yüklenici lehine yeniden yapılan düzenlemelerdir. KÖO projelerinde sözleşmelerde özel şirketlere sağlanan birçok avantajın sözleşme süresinde sürekli olarak daha da genişletildiği görülmektedir. Bunlardan biri yeniden finansman/hesaplamalardır. Ekonomik kriz, beklenmeyen enflasyon artışı başta olmak üzere çok sayıda gerekçeye bağlı olarak ortak girişim lehine yeniden düzenlemeler yapılmakta, ortak girişimin karşılaştığı maliyet artışları idarenin ödemelerine yansıtılmakta, bu da idarenin üstlendiği maliyetlerin sözleşmenin imzalandığı tarihte öngörülünden çok daha fazla olmasına neden olmaktadır¹⁵⁹ (Shaoul, 2005).

Yüklenici lehine yapılan yeniden düzenlemelerin bir örneği, KÖO Yönetmeliği'ndeki değişikliklerle henüz ihale süreçleri devam eden KÖO projeleri ile ilgili olarak Haziran 2011'de yaşanmıştır. İhaleye giren şirketlerin bu yatırıma ilişkin olarak dış borç aldıkları, bir başka deyişle döviz riski ile bu projelere girdiği bilinmektedir. Değişiklik öncesi düzenlemede idarenin ödeyeceği kiranın artış oranlarında “*Türkiye İstatistik Kurumunca belirlenen yıllık ÜFE esas alın(acağı)*” hükme bağlanmışken, değişiklikle kira artışlarının hesaplamasında dövizdeki artışların da göz önünde bulundurulacağı karmaşık bir yöntemin benim-

¹⁵⁹ Daha önce de yollama yaptığımız İngiltere’de *Peterborough* ve *Stamford Hastaneleri Birliği* yöneticileri enflasyona endeksli artışlar dışında yüklenici şirkete yapılan ödemelerin sözleşmelerdeki miktarları çok aştığını açıklamışlardır.

senmesi öngörülmüştür. Değişikliğin amacı, dövizde artışlar gerçekleştiğinde, bundan ortak girişimin bundan kaynaklanacak zararlarını kira artışına yansıtarak hafifletmektir. Buna göre dövizdeki artışa bağlı olarak idarenin ödeyeceği kira bedelinde enflasyonun üzerinde artışlar gerçekleştirilebilecektir; bu, idare açısından maliyet artışı anlamına gelmektedir. Bu düzenleme değişikliği ile ortak girişimin mali risklerinden biri devletçe üstlenilmiş olmaktadır.

İngiliz Sayıştay KÖO sözleşmeleri ile ilgili en dikkat edilmesi gereken noktalar arasında yeniden finansman uygulamalarını, hesaplamaları göstermiştir. Kuruma göre, projede öngörülemeyen, bu nedenle de sözleşmede yer verilmemiş olan birçok konuda idare sıklıkla çok sayıda değişiklik istemek zorunda kalmaktadır (NAO, 2010: 7). İspanya'nın "model uygulama" biçiminde gösterilen *Alzira* Hastanesi'nde yıllık ödeme miktarı ekonomik kriz gerekçe gösterilerek idare ile ortak girişimin uzun müzakereleri ile sözleşmede öngörülen artışlardan daha fazla yükseltilmiştir. (PrivateWaterCoopers, 2010: 20).

Modelin temelini oluşturan kuramsal açıklamaların (iktisadi örgüt kuramları) gözünden bakıldığında sağlık alanındaki KÖO uygulamalarında toplam işlem maliyeti çok yüksektir. Bunun iki temel nedeni vardır: Birincisi sağlık hizmetlerinin ve tıbbi bilginin karmaşıklığına bağlı olarak sağlık sektörünün diğer sektörlerle göre çok daha fazla belirsiz oluşu, ikincisi KÖO sözleşmelerinin çok fazla unsuru içeren, uzun süreli ve belirsizliğin yüksek olduğu sözleşmeler oluşudur. Maliyetlerin fiyatlandırılması esas olduğu düşünülürse özel amaçlı şirketin kendi işlem maliyetlerini ihale bedeline yansıtma, ilerleyen yıllarda da kira artışlarına yansıtma talebi şaşırtıcı olmamalıdır. Bu tür taleplerin yukarıda örneklerini aktardığımız diğer ülke uygulamalarında da görüldüğü gibi idareler tarafından çok büyük oranda kabul gördüğü düşünüldüğünde sözleşme ilişkisinin yüksek işlem maliyetlerinin kamu tarafından üstlenildiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Bu açıdan eğer özel sektörün yararı düşünülerek kurulduğu açıkça belirtilmedikçe KÖO modelinin işlem maliyetleri açısından "ekonomik açıdan verimli" olması varsayımları temelsiz kalmaktadır.¹⁶⁰

¹⁶⁰ Parker ve Hartley'in İngiltere Savunma Bakanlığı'nın KÖO uygulamaları ile ilgili araştırmaları da 'KÖO sözleşmelerinin yüksek işlem maliyetleri nedeniyle verimli olmadığı' tezini desteklemektedir (Parker – Hartley, 2003: 107). Çok sayıda KÖO hastane projesinin analiz edildiği bir başka araştırmada da KÖO sözleşmelerinde idare tarafından

KÖO sözleşmelerinin yönetiminde hangi kurum yetkilidir, sorumludur? Proje sözleşmelerini imzalayan Sağlık Bakanlığı mı, hizmetleri yürüten hastaneler mi? KÖO sözleşmeleri ile ilgili her iki kurumun da ayrı ayrı üstlendiği görev ve sorumluluklar söz konusudur. Yönetmelik'te Bakanlığın görev ve sorumlulukları sayılmaktadır. Bunların büyük bölümüne (standart belirleme, denetleme vb. gibi) önceki başlıklarda değinmiştik Hastaneler açısından durum biraz daha karmaşıktır. Kısa süreli, küçük ölçekli tek hizmet ile ilgili, sözleşme feshi görece daha kolay olan mevcut hizmet alım ihaleleri (yemekhane, temizlik gibi) ile karşılaştırıldığında KÖO sözleşmelerinin sözleşmenin yürütücüsü konumundaki hastaneler açısından dayatıcı bir özelliği vardır; hastaneler çok fazla söz sahibi olmadıkları sözleşme yönetimi açısından adeta “*durumu idare etme*” ile karşı karşıya bırakılmaktadır. Sözleşmenin fesih yetkisi sözleşmenin yürütümünde rol alan hastanelere tanınmamıştır. Sözleşme hükümleri konusunda yaşanan anlaşmazlıklarla ilgili olarak hastanenin bakanlık ile ilişkiye girmesi gerekecektir. Hastanelerin özel amaçlı şirket karşısındaki konumu mevcut hizmet alımı ihalelerinde yer alan şirketler karşısındakine göre çok daha zayıftır.

KÖO uygulamalarında yurttaşların refahını, kamu yararını doğrudan etkileyecek çok fazla konuda karar verme yetkisi özel amaçlı şirkete devredilmektedir (Vincent-Jones, 2000: 343). Hizmetin aksamaması durumunda idareye bazı yaptırım yetkileri tanınmakla birlikte diğer ülke uygulamalarındaki deneyimlerin de gösterdiği gibi çok karmaşık, kapsamlı nitelikteki KÖO sözleşmeleri özel amaçlı şirketleri fazlasıyla koruyan hükümler barındırmaktadır. Sözleşmenin feshi son derece güç, idare açısından büyük maliyetler doğuran koşullara bağlanmıştır. Sözleşme ile ilgili anlaşmazlıkların çözümünde, genellikle özel amaçlı şirketin lehine olacak hukuk yolları benimsenmektedir.

KÖO projelerinde sözleşme yönetimi açısından karşılaşılabilecek önemli bir sorun ortak girişimi oluşturan şirketlerin arasında yaşanabilecek anlaşmazlıkların bütün olarak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesini zora sokması riskidir. Örneğin ortak girişimi oluşturan şirketlerden tıbbi görüntüleme hizmetlerini ya da otelcilik hizmetlerini sunan şirket ile finansman sağlayan şirket anlaşmazlık içine düşerlerse bu nasıl çözüle-

işlem maliyetleri ile ilgili proje başında hesaplanan rakamların hemen hemen bütün projelerde aşıldığı tespit edilmiştir. Öyle ki işlem maliyetleri proje başında hesaplanan miktarın %30 ve üzerine çıkmıştır. (Edwards ve diğerleri, 2004: 9-10).

cektir? Örneğin ortak girişimi oluşturan şirketlerden biri kendi aralarındaki anlaşmazlıktan dolayı ortak girişimin faaliyetlerine ilişkin ihtiyatı tedbir kararı alırsa, buna bağlı olarak hizmetler aksar ise ne olacaktır? Ortak girişimi oluşturan şirketler arasında yaşanan anlaşmazlıklarda idarenin doğrudan müdahil olması mümkün değildir; konunun, sözleşmede aksamaya bağlı idareye tanınan yetkilerle çözülemeyecek bir boyutu vardır. Yönetmelik'teki idareye tanınan cezai müeyyide koyma hakkı, aksamaya bağlı oluşan maliyetlerin kiradan düşürülmesi yolu için sadece maddi yönüdür. İdare, bu durumda kendisine tanınan sözleşme feshi yoluna gidebilir; ancak bu yolun kullanılması sözleşmede öngörülen anlaşmazlık çözüm yoluna göre farklı sonuçlar doğuracaktır. Fesih, mevcut hizmet alım sözleşmelerinde olduğu gibi kolay değildir. Özellikle de tahkim gibi çözüm yollarına başvurulduğunda idare ve hizmetten yararlananlar açısından uzun yıllar çözülemeyecek bir sorun olarak devam etme riski söz konusudur.¹⁶¹ Bu açıdan KÖO sözleşmelerinin idarenin sorumluluğu açısından çözülmesi güç bir yönü vardır. Kamu hizmetlerinin örgütlenmesinin tabi olduğu hukuk rejimi özelleştirildikçe bu gibi sıkıntıların yaşanması kaçınılmazdır.

Daha önce değindiğimiz gibi KÖO uygulamaları kamu alımlarına ilişkin düzenlemelerin kapsamına dahil edilmemiştir. KÖO ihale süreci ve sözleşme yönetimi ile ilgili olarak Yasa ve Yönetmelik'te bazı ilkelere yer verilmektedir. 80'li yıllardan itibaren neo liberal reformlara temel oluşturan politika metinlerinde, yasal düzenlemelerde (ya da gerekçelerde) yer verilen saydamlık, fayda-maliyet, rekabet, verimlilik kavramları KÖO Yönetmeliğinde de yer almaktadır. Kamu yararı kavramına yer verilmeyen Yönetmelik, dili ve içeriği açısından yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı ile son derece uyumludur. KÖO Yönetmeliği'nin "*Temel İlkeler*" başlıklı 5. maddesinde, gözetilecek ilkeler yer almaktadır: "*saydamlığı, rekabeti, eşit muameleyi, güvenilirliği, gizliliği, kamuoyu denetimini ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak esastır.*" (Bu ilkeleri sadece ihale için değil, sözleşme yönetiminin bütün aşamaları için düşünmek gerekir). Ancak aynen diğer yasal metinlerde olduğu gibi Yönetmelik'te de bu genel, soyut ilkelerin nasıl yaşam bulacağı hatta öngörülen sistemde yaşam bulabilme olasılığının olup olmadığı

¹⁶¹ Ortak girişimi oluşturan şirketler arasında yaşanacak (özel hukuk ile çözülecek) anlaşmazlık hizmet ile ilgili yaratacağı sorunların yanında yukarıda değindiğimiz sözleşme işlem maliyetlerini de çok yükseltecektir; bu da idarenin üstlendiği maliyeti artıracaktır.

sorularına yanıt bulmak mümkün olamamaktadır. Bu ilkelerin içeriğinin nasıl doldurulduğunu, hedeflediği yönetim anlayışını bir tarafa bırakıp basit bir örnekten hareket ederek uygulanabilirliğini test edelim. İhale süreci ile ilgili olarak yukarıdaki maddede saydamlık-güvenilirlik-gizlilik ve kamuoyu denetimi ilkelerine yer verilmektedir. Peki KÖO sözleşmeleri ile ilgili olarak aynı anda hem gizlilik hem de saydamlık-güvenilirlik-kamuoyu denetimi nasıl sağlanacaktır? Daha önce hizmetleri örgütleme tercihi başlığında da değindiğimiz gibi KÖO projelerinde idare proje detayları ile ilgili bilgileri kamuoyu ile paylaşmamaktadır. Büyük kamu kaynağının aktarıldığı KÖO projelerinin ihale süreci ve sözleşmeleriyle ilgili olarak yurttaşların, araştırmacıların, meslek örgütlerinin bilgi edinmesinin hemen hemen olanaksız olması diğer ülkelerin KÖO uygulamalarında sıkça dile getirilen bir konudur. Akademik çalışma amacıyla dahi projelerin detayları hakkında bilgi edinmek mümkün olamamaktadır. Mali sır ya da gizlilik arkasına sığınarak ihale sürecinin saydamlığı ya da öngörülen kamuoyu denetiminin gerçekleşmesinin önüne geçilmektedir. Son yıllarda neo liberal kamu yönetimi reformlarının hemen hemen tümünde “ilkeler” başlığında yer verilen ve hatta sloganlaştırılan açıklık/saydamlık/denetlenebilirlik gibi ilkelerin, yine bu reformların sahibi hükümetler (ve uygulayıcısı idareler) tarafından yaşama geçmesinin önlenmesi düşündürücüdür. Bu ayrıca irdelenmesi gereken bir konudur. İhale öncesi aşamada neden geleneksel hizmet sunum ya da hizmet alımı yöntemlerinin değil de KÖO modelinin tercih edildiğine dair verilerin, bilgilerin paylaşılması gerekir. Aynı şekilde sözleşmenin uygulanmasına ilişkin her tür bilgi de kamuoyu ile paylaşılmalıdır. Bütün bunlar sözleşme yönetiminde siyasal ve yönetsel sorumluluğun ya da sıklıkla savunulan (reformların diliyle söylersek) hesap verilebilirliğin de bir gereğidir.¹⁶²

¹⁶² Genellikle “açıklık” ilkesi ile uyumlu davranmadıkları için idarelerin danışmanlık ve denetim şirketlerine ne kadar para ödediklerine ilişkin bilgi edinmek de mümkün olamamaktadır. Türkiye’de özelleştirme sürecinde de bu tür sıkıntılar yaşanmıştır. İdareler için yönetmelik hükümlerinde yer alan saydamlık, kamuoyu denetimi gibi ilkelerin yaşam bulmasında yol gösterici nitelikte olması açısından Başbakanlık Bilgi Edinme Değerlendirme Kurulu’nun (BEDK) bir kararına göz atmak yararlı olacaktır. Karara temel oluşturan olayda bir sendika, Özelleştirme İdaresi Başkanlığı’na (idare) Bilgi Edinme Yasası hükümleri doğrultusunda başvurarak, fabrikaların özelleştirilmesi ihalesi ile ilgili olarak bir konsorsiyuma yapılan ödemelerin detaylarını sormuş, idare, bu başvuruyu, istenilen bilgilerin verilmesinin haksız rekabete yol açacağı, danışman firma ile yapılan sözleşmelerin özel hukuka tabi olduğu gibi gerekçelerle reddetmiştir. Bunun üzerine

KÖO sözleşmelerinin yönetimi sadece sözleşme hükümlerinin uygulanması ve bunun sonuçları ile sınırlı olarak düşünülemez. Aynı zamanda bütün olarak sağlık hizmetlerinin sunumunun sorumluluğu boyutu vardır. Son yıllarda ısrarla sorumluluk (*responsibility*) kavramının yerine hesap verilebilirlik (*accountability*) kavramı tercih edilmektedir. İki kavram arasındaki farklılık sözleşmelerin yönetimi açısından da önemli bir sonuç doğurmaktadır. Denetlenebilirliğin giderek sorumluluğun yerini almasıyla idarenin hizmetlerin örgütlenmesinde kendini yanlış yerde konumlandığına tanık olunmaktadır. KÖO Daire Başkanı'nın "biz kendimizi garantiye aldık, aksama durumunda yaptırımlarımız olacak, örneğin, şirketten kaynaklanan nedenlerle ameliyathane çalışmadığında, bir poliklinik hizmet vermediğinde ya da havalandırma tesisatı çalışmadığında, o gün o birimlerden elde edilecek gelir veya oluşan aksilik ödenecek kiradan düşülüyor. Böylelikle kaliteli ve kesintisiz hizmetten de kaçış olmuyor"¹⁶³ şeklindeki ifadesinde de görüldüğü gibi idare kendi sorumluluğunu, örneğin Yönetmelik'teki (md. 35/2), "idare sağlık tesisinin yapımı aşamasında veya işletilmesi sırasında yükleniciden kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek hata ve olumsuzluklara istinaden cezai müeyyideler koyma hakkını haizdir" hükmü çerçevesinde, maddede kendisine yüklenen yükümlülükler sınırlılığında tanımlar hale gelmektedir. İdarenin sorumluluğu sadece bununla sınırlı değildir. Örneğin havalandırma çalışmadığı için ameliyat yapılamadığında yükleniciye yönelik para cezası kesildiğinde idarenin sorumluluğu ortadan kalkmamaktadır. Bu, sözleşmenin gereğini yerine getirmektir; ancak hizmetten yararlanan karşısında idarenin sorumluluğunu ortadan kaldırmamaktadır.

Sendika, BEDK'ya başvuruda bulunarak, idarenin kararının kaldırılması ve bilgi edinme başvurusunun karşılanması/kabul edilmesi talebinde bulunmuştur. Bunun üzerine BEDK, idarenin de savunmasını aldıktan sonra verdiği 25.12.2008 tarih ve 2008/1320 sayılı Kararı ile, istenilen bilgilerin verilmesi gerektiğine hükmetmiştir. Kararda, "...konsorsiyuma yapılacak ödemede kullanılacak kaynak kamu kaynağı niteliğinde olup, kamu kaynaklarının gerek toplanması gerekse de harcanması aşamalarının şeffaf biçimde kamuoyu bilgisi ve onayı dahilinde gerçekleşmesi demokratik devlet ilkesinin bilinen en eski prensiplerinden bir tanesidir. Açığıdır ki bu durum iki özel hukuk kişisi arasında gerçekleşen herhangi bir ticari sözleşmeden farklı değerlendirilmelidir..." denilerek kamu kaynağı ile yapılan harcamanın kamuoyu ile paylaşılmasının demokrasi açısından önemli açıkça ifade edilmiştir. <http://www.gokhancandogan.av.tr/blog-detail.php?i=10>, (2.5.2011).

¹⁶³ <http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2011/04/25/saglikkent-geliyor-iste-kareler>, (20.05.2011)

Sözleşme yönetimi ile ilgili olarak idare açısından birçok sorumluluk noktası söz konusudur. Örneğin hizmet sunumu ve ticari alanların işletilmesinin özel şirkete devredilmesi ile ilgili kararın, ek maliyet yaratacak değişikliklerin sözleşmede neden öngörülemediğinin, (eğer gerçekleşirse) sözleşme sürelerinin uzatılması kararının her biri ayrı birer sorumluluk konusudur. Ancak sorumluluk ile ilgili olarak daha önemli boyut model tercihi ile ilgilidir. Sözleşme ilişkisinin kendisinden kaynaklanan sorunların bilinmesine ve KÖO modeline adeta içkin olan sorunlar diğer ülke deneyimleriyle tescillenmiş olmasına rağmen kamu kaynaklarının kullanılması, sağlık hakkı ve sosyal devlet gibi boyutlarıyla sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde yaşanacak olası sorunların, model tercihini yapanlar ve uygulayıcılar açısından siyasal, mali ve yönetsel sorumluluk doğuracağı açıktır.

12. MALİYETLER VE TAŞERONLAŞMA

KÖO modelinin en çok tartışılan noktalarından biri diğer hizmet sunum yöntemlerine göre çok daha fazla olan proje maliyetleridir. Bir bölümüne bu yazıda yer verilen, resmi rapor ve akademik çalışma halinde yayımlanan çok sayıda araştırmada KÖO projeleri geleneksel sunum yöntemleriyle karşılaştırmalı maliyet analizine tabi tutulmuştur. Araştırmaların önemli bir bölümünde KÖO'nun iddia edildiği gibi daha verimli bir model olmadığı, aksine çok maliyetli olduğu sonucuna varılmıştır¹⁶⁴ (Vincent-Jones, 2000: 343; Parker – Hartley, 2003: 97; Lister, 2003). İngiliz Sayıştay yayımladığı çok sayıda raporda, ayrıntılı biçimde analiz edilen KÖO hastanelerinin geleneksel yöntemlerle karşılaştırıldığında maliyetlerinin çok daha yüksek gerçekleştiğini ve aynı zamanda sözleşmede öngörülen maliyetlerin hep üzerine çıktığını,¹⁶⁵

¹⁶⁴ İngiltere’de Ulusal Muhasebeciler Birliği üyesi iki yüz muhasebeciye KÖO uygulamaları ile ilgili bir anket uygulanmıştır. Yanıt verenlerin sadece %1’i KÖO modelinin geleneksel yöntemlere göre daha ucuz olduğunu düşünmektedir. Yine muhasebecilerin %57’si kamu finansmanı ile okul ve hastane yapımının çok daha az maliyetli olduğunu düşünmektedir. Birliğin Kamu Sektörü biriminin yöneticisi KÖO projelerine büyük bir şüphe ile yaklaştıklarını dile getirmiştir.
<http://www.guardian.co.uk/society/2002/oct/11/politics.publicservices?INTCMP=ILCNETTXT3487>, (2.05.2011). Muhasebeleştirme işini yapan meslek uzmanlarının maliyet-harcama gibi konularda bilgi sahibi oldukları düşünülürse bu değerlendirmelerin “teknik” yönünü önemli görmek gerekir.

¹⁶⁵ Hastane birliklerinin KÖO projelerindeki en büyük sorunu yıllık enflasyona endekslenen ve sözleşmede öngörülen artışların çok üzerinde artan kira bedelleridir. İlk yıllarda

KÖO projeleri ile kamu harcama ve borçlanması çok daha fazla arttığını belirtmektedir.¹⁶⁶

Diğer nedenleri bir yana bırakırsak bile, basit bir karşılaştırma unsuru KÖO projelerinin neden daha maliyetli olduğunu ortaya koymaktadır. Projelerin en önemli maliyet kalemi finansman giderleridir. Uzun dönemli KÖO sözleşmelerinde özel amaçlı şirketin genellikle piyasadan borçlanma yoluna gittiği görülmektedir. Özel sektör, devlete göre çok daha maliyetli şekilde borçlanmaktadır; kimi zaman özel sektörün borçlanma maliyeti devlete göre bir kat fazla olmaktadır. Örneğin İngiltere’de KÖO projelerinde sözleşmeci şirketin proje finansmanında kullanılmak üzere piyasadan borçlandığı para için % 1 ila 3 arasında değişen oranda daha fazla faiz ödediği görülmektedir; borçlanmaya ilişkin vade uzadıkça maliyet daha da artmaktadır. (Hall, 2004: 9; Pollock ve diğerleri, 2011: 417; Parker – Hartley, 2003: 98). Özel amaçlı şirket-

kira ödemeleri birliklerin gelirlerinin ortalama %6’sını oluşturmakta iken ilerleyen yıllarda bu oran ortalama %18’e dek çıkmıştır (Pollock ve diğerleri, 2011: 417). Aynı sonuçların yer aldığı bir başka araştırma için bkz.: Edwards ve diğerleri, 2004: 10. Geçtiğimiz günlerde İngiltere’de *Peterborough* ve *Stamford* Hastaneleri Birliği yöneticileri KÖO modeliyle yapılan ‘süper hastane’lerinin faaliyete geçmesi sonrasında çok ciddi bir mali darboğaza girdiklerini, Birlik’ten yeni yapılan hastaneye 289 milyon Sterlin ek kaynak aktardıklarını fakat bu durumda da Birlik’in bankalara olan ödemelerinde güçlük yaşadıklarını, bu durum nedeniyle içinde hekimlerin ve hemşirelerin de bulunduğu 300 personeli işten çıkarma kararı eşliğinde olduklarını dile getirmektedirler. Birlik yöneticileri KÖO projesinin başında öngörülme maliyet artışları olduğunu, bunun yanında da kendilerinin de ihale sürecinde hesaplandığı şekilde bekledikleri gelirleri elde edemediklerini, yeni hastane yapımı kararının doğru, ancak KÖO yönteminin yanlış olduğunu belirtmektedirler.

http://www.peterboroughtoday.co.uk/news/health_2_17108/costly_pfi_issues_will_take_years_to_resolve_1_2870418, (16.07.2011).

¹⁶⁶ İngiliz Sayıştay yayımladığı raporlarla yeni koalisyon hükümetini KÖO sözleşmeleriyle ilgili olarak uyarmıştır. Öyle ki Sayıştay Hazine Bakanlığı’na gönderdiği yazıda yıllardır uygulanan büyük kamu yatırımlarında KÖO modelinin acilen terk edilmesi gerektiğini, kamu hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında kamu yararına uygun alternatif yöntemlerin bulunması gerekliliğini dile getirmiştir. Birkaç ay önce yayımlanan son raporlardan birinde Sayıştay; geleneksel sunum yöntemlerine göre daha pahalı bir yöntem olmasına rağmen tercih edilmesi ve sürekli olarak artan maliyetlere bağlı olarak sözleşmede öngörülen maliyetlerin aşılması nedeniyle kamunun zarara uğratılması, bütçe dışı olması nedeniyle kamu borçlanmasında görülmemesi, buna bağlı olarak da kamu açığının artması gibi noktalara vurgu yapmıştır. Sözleşmelerde güvenceye alınmış ödemeler nedeniyle krize bağlı olarak % 24 oranında gerçekleşen maliyet artışını devlet üstlenmek zorunda kalmıştır. Konu ile ilgili gazete haberi için bkz.:

<http://www.guardian.co.uk/politics/2011/apr/28/pfi-not-best-value-money>, (15.06.2011).

tin yüksek finansman maliyetini ihale teklif bedeline eklemesi kaçınılmazdır. Geleneksel sunum yöntemlerine göre maliyeti oldukça artıran sadece bu unsur bile KÖO modelinin tartışılması için yeterlidir.¹⁶⁷

Bununla birlikte *PricewaterhouseCoopers* adlı şirket tarafından yayımlanan bir araştırmada geleneksel sunum yöntemleri ile karşılaştırıldığında Kanada, Japonya ve İspanya'daki sınırlı sayıda KÖO projesinde %1 ila %20 oranları arasında tasarruf sağlandığı belirtilmektedir (Pricewaterhouse, 2010: 8, 15). Yine *Arthur Anderson* ve *LSE Enterprise* adlı kuruluşların ortak araştırmasında bazı KÖO projelerinde diğer sunum yöntemlerine göre %17 oranında tasarruf sağlandığı belirtilmektedir (Flinders, 2005: 225). Bir başka araştırma raporunda da az sayıda da olsa bazı KÖO hastane projelerinde % 10 ila 20 arasında tasarruf sağlandığı belirtilmektedir.¹⁶⁸

Doğru bir şekilde hesaplandığı varsayımından hareket ederek ve KÖO projesi sayesinde geleneksel sunum yöntemlerine göre ortalama %10 tasarruf sağlandığını düşünelim. Bu, kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde KÖO modelinin benimsenmesi için yeterli bir dayanak oluşturabilir mi? Bu soruya yanıt verebilmek için daha önce yer verdiğimiz birçok nokta dışında KÖO uygulamalarının tipik özelliklerinden biri olan taşeronlaşmaya bakmak gerekmektedir.¹⁶⁹ Taşeronlaşma İngiltere'deki *Hatfield* tren kazası ya da binasında çökme yaşanan Fransa'daki *Charles de Gaulle* havaalanı örneklerinde olduğu gibi, yapım

¹⁶⁷ Mali risk boyutuyla bir başka konu hükümetlerin aynı zamanda KÖO projelerinde önemli hissedar olarak ortak girişim/özel amaçlı şirket içinde yer alan finans şirketleri ve bankaları da korumak durumunda kalmasıdır. Örneğin İngiltere'de 2008 krizinde devlet bir yandan mali güçlük içindeki KÖO projeleri yürüten hastane birliklerine kaynak aktarmış, diğer yandan da sistemin işlerliğini sağlama gereğiyle, KÖO projelerinde yer alan mali güçlük içindeki birçok bankaya kaynak aktarmış, bu şirketleri kurtarmıştır. Böylece devlet açısından KÖO projelerinin maliyetleri birkaç kat daha artmıştır (Pollock ve diğerleri, 2011: 419).

¹⁶⁸ Modelin uygulanması gerekliliğini savunan *PricewaterhouseCoopers*, kendi raporunda çok karmaşık nitelikteki sağlık hizmetleri açısından ölçülebilir standartları geliştirmenin çok güç olduğunu, tasarruf elde edildiği söylenen projeler açısından bu noktanın göz ardı edilmemesi gerekliliğini belirtmekte, hatta bu sonuçların kendi içinde de tartışmalı olduğu dile getirmektedir (PricewaterhouseCoopers, 2010: 15).

¹⁶⁹ KÖO hastanelerinde yurttaşla doğrudan hizmet sunan, hastane ile doğrudan ilişkiye giren büyük ölçüde taşeron şirketlerdir. Kamu hizmeti üretilen bir örgütte hizmet sunucuları ile doğrudan ilişkiye giren ancak onlara karşı sorumlu olmayan örgütlerin yaygın olarak varlığı irdelenmelidir. Hizmeti, hizmetle bağı koparılmış taşeron işçilerinin yürütmesi, hizmetin doğasını ve yürütülme biçimini de olumsuz etkilemektedir.

işinin ya da hizmet sunumunun kalitesinde ciddi düzeyde azalmalara yol açarak işin kendisiyle ilgili büyük sorunlara yol açmaktadır (Hall, 2004: 6). Taşeronlaşma aynı zamanda çalışanların mali ve sosyal haklarını da olumsuz olarak etkilemektedir. Diğer ülke uygulamalarında görüldüğü gibi KÖO'da yoğun olarak taşeron şirket kullanılmaktadır; bunun sonuçlarının yaratacağı etkileri hesaba katmadan yapılacak maliyet hesaplaması gerçeği yansıtmayacaktır. Sözleşme sisteminin belkemiği olan taşeronluk sistemi gerçek maliyetleri, kârları gizlemektedir.¹⁷⁰ Taşeronlaşma, doğası gereği işgücünün güvencesiz olarak ve düşük ücretlerle çalıştırılmasını getirmektedir. İhalelere teklif veren şirketlerin teklif bedelleri bu hesaplamalar üzerine belirlenmektedir. Çalışma ilişkileri, ekonomik haklar açısından sonuçları düşünüldüğüne aslında çok da önemli bir oran olmayan ortalama %10 civarındaki bu tasarrufun gerçekte kamu kaynaklarının kullanım biçiminden kaynaklanan ya da örgütlenme biçiminin sağladığı gerçek bir tasarruf olmadığı, tasarruf olarak belirtilen miktarın aslında büyük ölçüde işletmecilik esaslarına göre çalıştırılan personelin haklarından kesintiler olduğu söylenebilir (Shaoul, 2005: 201; Vincent-Jones, 2000: 343).

KÖO hastanelerinde modelin çalışanlar üzerindeki etkisi sadece taşeronlaşma aracılığıyla gerçekleşmemektedir. Neo liberal sağlık politikalarının vazgeçilmezi olarak esnek çalışma biçimlerinin hekim ve diğer sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını etkilememesi düşünülemez (Sönmez, 2011: 29). Tıbbi hizmet KÖO projesi kapsamında olmasa dahi, KÖO modeli hekim ve yardımcı sağlık personelinin hakları, çalışma ilişkileri üzerinde de olumsuz sonuç doğurmaktadır. KÖO hastanelerinin içinde bulunduğu mali sorunlar doğrudan doğruya tıbbi hizmeti sunan hekim ve yardımcı personeli de mağdur etmektedir. İngiltere'de tıbbi hizmetleri sunmaya devam eden ve yükümlü oldukları KÖO projesi ödemeleri nedeniyle mali zorluk içine giren hastane birliklerinin mali krizi aşmada ilk çözüm yolu olarak hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin maaşlarını azaltma ve personelin bir bölümünü işten çıkarma yoluna gittikleri görülmektedir (Edwards ve diğerleri, 2004: 139). KÖO projesine tıbbi hizmetler dahil edildiğinde bu tercihin çalışanlar üzerindeki etkisi daha doğrudan gerçekleşmektedir. *Pricewater-*

¹⁷⁰ Avrupa Komisyonu raporunda dile getirildiği gibi KÖO projelerinde sıklıkla başvuru alan taşeron uygulamasında kamu alımı ve imtiyaz ile ilgili düzenlemelerdeki kurallara uyulmamaktadır (Council of Europe, 2004: 14).

house raporunda KÖO projesine yapım ve destek hizmetleri dışında tıbbi hizmetin de dahil edilmesi durumunda ilk olarak işgücü (hekim ve hemşireler kastedilmektedir) maliyetinin düşürülmesi gerekliliğinden söz edilmektedir; raporda, aksi takdirde KÖO projesinde tıbbi hizmetin üstlenilmesinin kârlı bir yatırım olmayacağı belirtilmektedir (Pricewaterhouse, 2010: 13). Tıbbi hizmetlerin de dahil edildiği KÖO projelerinde çalışanların piyasa ilişkisine göre işlendirildikleri düşünüldüğünde bunun çalışanların hakları üzerinde olumsuz sonuçlarının olması kaçınılmazdır. Nitekim tıbbi hizmetin de dahil edildiği KÖO projelerinde yüklenicilerin tıbbi hizmetleri sunan hekim ve yardımcı sağlık personelinin işgücü maliyetini düşürmek için çeşitli önlemler (ücret ve diğer ödemelerde azalma, personelin sayısını azaltma vb. gibi) aldıkları görülmektedir.¹⁷¹

13. KÖO MODELİ VE SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

Sağlıkta Dönüşüm programının ana hedeflerinden biri olarak sağlık hizmetleri ile hizmetlerin finansmanı ayırma yönünde son yıllarda önemli düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Sosyal güvenlik kuruluşlarının birleştirilmesi, Genel Sağlık Sigortası (GSS) çatısı altında birleşme bunlardan biridir (Ataay: 2008). Yine bu kapsamda teminat paketlerinin daraltılmasına ve ek ödemelerin devreye girmesine yönelik uygulamalar başlatılmıştır. Son yıllardaki düzenlemeler ile sağlık hizmetlerinin bütçeden finansmanı yerine, sigorta primleri ve katkı payları şeklindeki yarı fiyatlandırma uygulamaları ile hizmetten yararlananlara yüklenilmesi söz konusudur.

KÖO, bu finansman yöntemini öngören reformlarla uyumlu bir projedir. Daha önce de değinildiği gibi bu projelerin finansmanının (kira ve diğer ödemeler) bütçeden değil, hastanelerin döner sermaye gelirlerinden karşılanması öngörülmektedir. Bu durumda hizmetten yararlanarlardan elde edilecek gelirler KÖO projelerinin finansmanında en önemli kalemi oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında en büyük hizmet satın alıcısı konumundaki Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK)

¹⁷¹ İngiltere'de *Peterborough* ve *Stamford* Hastaneleri Birliği hekimlerin ve hemşirelerin de bulunduğu 300 personeli işten çıkarma <http://www.peterboroughtoday.co.uk...>, Nisan 2011'de yayımlanan Avam Kamarası raporunda da örneğin *Quenn Alexandra* hastanesinin KÖO kira ödemelerinin neden olduğu mali güçlükleri aşmak için 700 personeli işten çıkardığı belirtilmektedir. House of Commons, *Private Finance Initiative*, s. 22.

belirleyici konumu¹⁷² KÖO uygulamaları açısından da önemlidir. SGK'nın karşılayacağı harcamaların (örneğin temel teminat paketi) ve belirlediği limitlerin KÖO sisteminin sürdürülebilirliği açısından kilit önemde olduğu söylenebilir. Mevcut siyasal ortamda SGK ile Maliye ve Sağlık Bakanlıkları arasında sağlık hizmetlerinin finansmanında bir uzlaşma vardır. SGK'nın ilerleyen yıllarda KÖO hastanelerindeki hizmetlerin faturalandırılmasında nasıl bir yol izleyeceği bilinmemektedir. Ancak diğer ülkelerde olduğu gibi bu kurumlar arasında tıbbi hizmetlerin ve otelcilik hizmetlerinin ekstra faturalandırılması ile ilgili yaşanabilecek sorunlar doğrudan doğruya yurttaşlara yansımaya olacaktır. Ayrıca böyle bir durumun KÖO kiralarnı ödemekle yükümlü olan döner sermaye işletmelerinin mali durumunu da etkileyecek olması KÖO hastanelerinin geleceğini de etkileyecektir.

İngiltere'deki sağlık alanındaki KÖO uygulamalarında özel amaçlı şirketten temin edilen tıbbi destek, laboratuvar ve otelcilik gibi hizmetlerde fiyatlar ciddi oranlarda yükselmiştir. (Edwards ve diğerleri, 2004: 219). Bu tür hizmetler, alan işletmeciliği (kafeterya, otopark) hizmetlerinden farklıdır. Doğrudan doğruya sosyal güvenlik kurumlarının hesaplamalarında (hasta başı ücretlendirme, yatak ücreti vb. gibi hesaplamalarda)

¹⁷²GSS kapsamında SGK yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetlerinin sunumuna yönelik olarak özel kuruluşlarla sözleşme yapmaktadır. Şu anda yaklaşık 1000 özel kuruluşun SGK ile sözleşmesi bulunmaktadır ve bunların 350 tanesi özel hastanedir. Özel hastanelerin "ekstra faturalandırma" yapmasına izin verilmesi gibi hizmet sunuculara ödeme yapılması yöntemleri, özel sektörü SGK ile sözleşme yapmaya teşvik amacıyla SGK'nın benimsediği bir yöntemdir. Bu mekanizmalar, özel hizmet sunumuna yönelik düzenlemelerin Sağlık Bakanlığı tarafından daha da güçlendirilmesi ile desteklenmektedir (OECD, 2008b: 44). SGK'nın Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellere yer verilmektedir. SGK'nın karşıladığı harcamalar, limitler belirlidir; bunlar dışındaki harcamalar için ya da limitler aşıldığı takdirde ödeme yapılmamakta, hizmetten yararlandıran katkı payı adı altında ek ödeme tahsil edilmektedir. Tebliğin "Otelcilik Hizmetlerinde İlave Ücret Uygulaması" başlığında sözleşmeli sağlık kurumlarının, tek yataklı, banyolu, tv ve telefonu bulunan odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için SUT ekinde yer verilen "standart yatak tarifi" işlem bedelinin üç katını geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alınabileceği, günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler sırasında verilen otelcilik hizmeti için ise en fazla SUT ekinde yer verilen "gündüz yatak tarifi" işlem bedelinin 3 katına kadar ilave ücret alınabileceği belirtilmektedir. Tebliğ'de ayrıca otelcilik hizmetlerinin kuruma fatura edilemeyeceği de yer almaktadır.

yer almaktadır. Kurum, bu hizmetlere yönelik harcamalara sınırlama getirdiğinde yurttaşlar ek bir ödeme ile karşı karşıya kalmaktadırlar (McKee, Martin s. 890). Bu noktada hizmetten yararlananların çok fazla bir seçeneği olmamaktadır. Sağlık hizmetinin ayrılmaz bileşeni olarak hasta bu hizmetleri almak zorundadır.¹⁷³

Sağlık harcamalarında frenleme için Sosyal Güvenlik Kurumu harcamalarına “sıkı global üst limit” konulması gerektiği dile getirilen OECD çalışmasında ‘mali sürdürülebilirlik’ için hem tıbbi hizmetler hem de otelcilik hizmetleri ile ilgili olarak ekstra ödemelerin yaygınlaşması gereğinden söz edilmektedir (OECD, 2008b: 115). Uygulanan mevcut temel teminat paketlerinin “cömert” olarak nitelendirildiği düşünülürse (OECD, 2008b: 115), ilerleyen yıllarda ‘konforlu” KÖO hastanelerinde, yurttaşları katkı payı şeklinde daha fazla ekstra ödemelerin beklediği düşünülebilir.

14. PROJE SONU: DEVİR Mİ? DEVAM MI?

KÖO modelinin başlıca özelliklerinden biri proje sonunda sağlık tesislerinin idareye devredilmesidir. Bizde uygulanan şekliyle ilk KÖO projeleri 1990’ların sonlarında başlamıştır ve en az 30 yıl sürelidir. Bu açıdan henüz KÖO modelinin yaşı, devredilmeye ilişkin bir örneğin test edilmesine olanak tanımamaktadır.

Sağlık tesislerinin binalarının devredilecek ve hizmet sunumu ve alan işletilmesine yönelik bütün sözleşmelerin¹⁷⁴ feshedilecek olması idareler tarafından modelin “çekici” unsurları arasında gösterilmektedir. Ancak gerçekte tablo böyle olmayabilmektedir. Bugünkü yaklaşımla hükümetler, proje sonunda bu tür tercihi iki nedenle istemeyecektir: Birincisi, bu modeli benimsemelerine yönelik ideolojik nedendir. Elbette, kapitalizmin kriz döngüsüne göre tercihler farklılaşabilir; ancak devletin rolüne

¹⁷³ OECD-Dünya Bankası’nın ortak çalışması “OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri – Türkiye” başlıklı raporda da bu türde taleplere yer verilmektedir: “...Bunu başarmanın en adil ve en etkin yolu, sigortalının devlet hastanesine de özel hastaneye de gitse sigortasının kapsamı aynı olması gerektiğinden, SGK’nin geri ödemesinin bir bölümü olarak ekstra bir ödemeyi de kapsama almak olacaktır. Konfor açısından daha iyi koşullar söz konusuysa, temel tarifenin kapsadığı bir dizi konfor standardı oluşturulmalı ve tüm hastanelerin iyi tanımlanmış ek konforlar için ekstra faturalandırma yapmasına izin verilmelidir” (OECD, 2008: 106).

¹⁷⁴ KÖO Yönetmeliği, md. 44’te devir şöyle düzenlenmiştir: “Tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların yükleniciye bırakıldığı durumlarda devir tarihinde bu alanların da sözleşmeleri sona ermiş sayılır ve Bakanlık hüküm ve tasarrufu altına girer”.

ilişkin ideolojik rüzgarların bugünkü gibi estiği varsayıldığında, bugün neden KÖO projesi ile hizmetler özel kişilere gördürülmek isteniliyorsa, aynı nedenden dolayı devletin yeniden bu alanda doğrudan hizmet sunucusu olması istenilmeyecek, sözleşmelerin uzatılması yolu tercih edilecektir.

Diğeri, daha teknik bir nedendir: Yönetilemezlik hali. En az 25 yıl süresince yerleşmiş ilişkileri, eskimiş binaları (yönetmelik hükmü gereği bakım ve onarımı yapılmış olsa dahi) devralmak hiçbir idare için çekici olmayacaktır. Bunu değerlendirebilmek için 1980'lerin başlarında yapılmış bir hastanenin bina ve teknolojik altyapısı itibarıyla bugünkü halini düşünmek yeterlidir. Örgütün davranışı boyutuyla bakıldığında devir, sadece binaları devralmak değildir; uzun yıllar boyunca yönetim ilişkilerinin yerleşik hale geldiği bir örgütü devralmaktır. Bu da gerçekten güçtür.

Sözleşme sonunda kamuya devri konusundaki değerlendirmeleri bu iki noktayı düşünerek yapmak yerinde olacaktır. Görece aşılabilir gibi görünen ele aldığımız iki neden ile karşılaştırıldığında KÖO modelinin kendisine içkin, aşılması daha güç bir sorundan kaynaklanan bir neden daha vardır. Sağlık alanında uygulanan KÖO projelerinin önemli bir bölümünde maliyetlerin hiç de ihale bedelinde belirlendiği şekilde gerçekleşmediği henüz birkaç yıl geçmişken anlaşılması (hatta değiştiğimiz gibi birçok KÖO hastanesi yıllık kira bedellerini dahi ödeyememektedir), maliyet artışlarından kaynaklanan miktar artışlarının yıllık kira ödemelerine yansıtılması yerine idareler, daha proje başında ya da ortasında iken sözleşmelerin uzatılması yoluna gitmişlerdir. Diğer ülke uygulamalarında da genellikle izlenen yol sözleşmenin yenilenmesi şeklinde olmaktadır. Örnek vermek gerekirse İngiltere'de birçok KÖO projesinde ilk sözleşme imzalandığında süre 30 yıl öngörülmüştü. Ancak henüz birkaç yıl geçmişken sözleşme süresi farklı hastanelerde 45, 60 ve 67 yıla çıkarılmıştır. Hastane (birliği) idareleri bu yöntemle finansman sorunları nedeniyle başvurduklarını açıklamışlardır (Edwards ve diğerleri, 2004: 136, 149).

15. DEĞERLENDİRME

1980 sonrasında devleti küçültme yönündeki politika ve uygulamalara rağmen bazı alanlarda kamu harcamalarının payının hâlâ çok yüksek

olduğu görülmektedir.¹⁷⁵ Kamu hizmeti niteliği süren ve devletin bütünüyle çekilmediği bir alan olarak sağlıkta, neo liberal reformlar çerçevesinde yeni bir işbölümüne dayalı örgütlenme ve finansman biçimi arayışları karşımıza çıkmaktadır. Son yıllarda bu arayışlar çerçevesinde gerçekleştirilen reformlar, sağlık alanının belki henüz kamu hizmeti alanından çıkarılarak bütünüyle piyasaya terk edilmesini değil ama çeşitli yöntemlerle piyasalaşmasını hedeflemektedir. Bunu gerçekleştirmeye yönelik olarak devletin farklı kamu hizmeti alanlarında hizmetin bütünü ya da bileşenlerinden bir bölümü için piyasadan hizmet alımına gitmesi en yaygın görülen yöntemlerden biridir. KÖO da bu kapsamda gündeme gelen bir modeldir. Belirtmek gerekir ki hizmetlerin piyasalaşmasına yönelik alternatif olarak sunulan modeller, teknik ya da mali yönleriyle mevcut yöntemlerle ilgili bir 'başarısızlık'tan ya da 'yapılamazlık hali'nden değil, bütünüyle bir siyasal tercihten kaynaklanmaktadır.

Yeterli kamu kaynağı, personeli, bina-araç-gereç olmakla birlikte sağlık hizmetlerinin tümü ya da bileşenlerinin sözleşme yoluyla kısmen ya da tümüyle piyasadan temin edilmesini salt etkili ve verimli hizmet sunumu arayışı ile açıklamak mümkün değildir. Aksi yönde yoğun yönlendirmelere rağmen, ele aldığımız KÖO dahil, alternatif olarak sunulan piyasa temelli hizmet sunum/örgütlenme biçimleri, "etkililik" ve "verimlilik" için olmazsa olmaz değildirler.

KÖO, politika, planlama ve denetim arasında bağ kuran, en önemli siyaset yapma araçlardan biri olan bütçe-yi işlevsizleştirilmesi nedeniyle karar alma noktasında geleceğin siyasetini apolitize edici bir özelliğe sahiptir. Uzun süreli KÖO sözleşmeleri, sözleşmeyi imzalayan hükümetlerden sonra gelen birçok hükümetin hem sağlık hem de kamu maliyesi alanındaki politika tercihlerini ipotek altına almakta, hatta tercih olanaklarını neredeyse tamamen ortadan kaldırmaktadır. 49 yıla kadar

¹⁷⁵ Örneğin sağlık harcamalarında kamunun oranı (2010 itibarıyla) Almanya'da %77, Kanada'da %70, Japonya'da %81'dir. (PricewaterhouseCoopers, 2010: 25-31) Kamu harcamalarının eğilimine ve gelecek yıllara ilişkin projeksiyona bakıldığında sağlık, büyük bir yatırım-harcama alanı olarak dikkat çekmektedir. Örneğin OECD ortalamasında sağlık harcamalarının GSMH'a oranı 2010 yılında %9.9 iken bu oranın 2020 yılında %14'e çıkması beklenmektedir (PricewaterhouseCoopers, 2010: 10-11). Türkiye'de %5.9 olan oranın, maliyet kısıtlamaları uygulandığı takdirde 2033 yılında %7.4'e ulaşması beklenmektedir. Uygulanmaz ise bu oran %9.7 olarak belirtilmektedir (OECD, 2008b: 116).

uzatılabilecek en az 25 yıllık sözleşmeler düşünüldüğünde KÖO modeli uygulamak başlı başına uzun vadeli bir plan ortaya koymak anlamına gelmektedir. Örneğin eş zamanlı yürütülen onlarca KÖO projesi ile Sağlık Bakanlığı Türk sağlık sisteminin en az 30 yılını biçimlendirmiş olmaktadır. Örneğin İngiltere Hazine Bakanlığı devletin KÖO projeleriyle ilgili olarak yüklenici şirketlere gelecek 30 ila 60 yıl boyunca ödeyeceği miktarları internet sayfasına koymuştur. Hiç de azımsanmayacak yıllık ödeme miktarlarının gelecek hükümetlerin bütçe hazırlıklarında göz ardı edemeyecekleri büyüklüklere ulaştığı görülmektedir. Yıllık olarak ödenecek yüklü ödemeler getiren KÖO projeleri devam ederken gelecekteki hükümetlerin kendi politikalarına uygun yeni bir sağlık örgütlenmesi ortaya koyması çok güçtür. KÖO uygulamalarının aynı zamanda siyasal sorumluluğu da boşa çıkaran bir özelliği vardır. Model ile ilgili tercihi yapan hükümetler, modelin uygulama sonuçları ile ilgili siyasi sorumluluğu üstlenmeyeceklerdir. Bu açıdan KÖO projelerinin temsili demokrasinin başlıca ilkelerinden birini uygulanamaz hale getiren bir sonuç yarattığı söylenebilir.

KÖO, bütçe dışı olması, büyük yatırımların kendi dönemlerine az yansıtacak ödemeleri gibi özellikleri nedeniyle hükümetlerce tercih edilmektedir. Hükümetlerin, bir yandan kamu harcamalarını kontrol altına alma ve borçlanmayı sınırlama (borç/GSMH, bütçe Açığı/GSMH oranı ile ilgili Maastricht kriterleri) yoluyla mali disiplini sağlama taahhütlerini ortaya koyarlarken diğer yandan denetimsizliğe yol açacak olan bütçe dışı harcamalara dayanan KÖO modelini uygulamaları bir tutarsızlıktır.¹⁷⁶ KÖO harcamalarının bütçe (ve bilanço) dışı olması doğal olarak KÖO modelinin güvenilirliği ile ilgili kuşku artırmaktadır.¹⁷⁷

¹⁷⁶ Modelin doğduğu ve yaygın olarak uygulandığı İngiltere’de KÖO 20 yıldır her hükümet döneminde gündemin ön sıralarını işgal etmiştir. KÖO, özellikle birkaç yıldır aşırı maliyetler, kamu harcamalarını artırması, denetimsizlik ve yolsuzluk gibi başlıklarla gündemdedir. Şu anda iktidarda olan hükümetin Hazine Bakanı olan G. Osborne, 2006 yılında muhalefette iken (gölge Hazine Bakanı idi) KÖO projelerinin sağlık harcamalarını artırdığına, kamu borçlanmasında olumsuz sonuçlar doğurduğuna, denetimsizliğe yol açtığına ve hükümetin KÖO projeleriyle kamu harcamalarını gizlediğine dikkat çekerek modeli eleştirmekte ve “güvenilmez” olarak nitelendirmektedir.

<http://www.guardian.co.uk/business/2006/sep/21/politics.society?INTCMP=ILCNETTXT3487>, (2.5.2011). Benzer şekilde yine şu anda iktidar ortağı olan Liberal Demokrat Parti üyesi İşletmeler Bakanı Vince Cable da muhalefette iken KÖO modelini güvenilmez olarak nitelemiş ve bu uygulamanın vergi ödeyicilerin gerçek borç miktarını gizlediğini savunmuştur. <http://www.guardian.co.uk/politics/2011/apr/18/george-osborne-backs-pfi>

Kamu hizmetlerinde geçmişten beri çeşitli biçimlerde var olan sözleşme ilişkisi, KÖO'da yönetim ilişkisini dönüştürecek düzeyde daha yoğun ve derindir. Sağlık hizmetinin örgütlenmesinde planlamayı, ölçüğü, işbölümünü, örgüt yapısını, denetim biçimini ve çalışma ilişkilerini etkileyecek KÖO, gerek Sağlık Bakanlığı'nın gerek hastane yönetimlerinin yönetsel karar süreçlerini sözleşme ilişkisinin gerektirdiği biçimde yeniden düzenlenmesini gerektirmektedir.

KÖO uygulaması, sağlık hizmetini örgütleyen örgütün (hastane), kendine yabancılaşmasına neden olmaktadır. Sözleşme ilişkisinin yarattığı yeni güç yapısında hastane yönetimi, kendi planlamasını, denetimini gerçekleştirme gibi bir örgütün en temel karar konuları açısından yetkiszleştirilmektedir. Devlet, kiracısı olduğu binada, yönetiminde yer almadığı çok sayıda hizmetin sorumluluğunu üstlenmektedir. KÖO hastanesinde özel amaçlı şirket hastane örgütlenmesine o derece yerleşmektedir ki hizmeti sunan hekimler ve diğer sağlık personeli hizmet sunarken her an işletme faaliyetlerine dokunur haldedirler.

KÖO'nun sözleşme yönetimi boyutu önemlidir. Ancak, KÖO modeliyle ilgili sorunlar sözleşme yönetiminin kendisinden değil, sözleşme ilişkisi

projects, (15.06.2011). 2008 krizinden sonra ciddi mali güçlük içine giren İngiltere'de, yukarıda değindiğimiz gibi bakanları yoğun eleştirileri getirmekle birlikte yeni koalisyon hükümeti mali krizi gerekçe göstererek uzun vadeli borçlanma olanağı sağlayan KÖO projelerine can simidi gibi sarılmaktadır. Hükümet kısa bir süre önce çok sayıda yeni KÖO projesi ihalesine çıkacaklarını açıklamıştır.

<http://www.guardian.co.uk/society/2011/jul/19/nhs-services-open-to-competition>, (19.7.2011). İngiliz Hazine Bakan Yardımcısı, 19 Temmuz 2011 tarihli Parlamento görüşmelerinde, KÖO uygulamalarının maliyetleri ile ilgili endişelerini yeni hükümetin göreve geldiği ilk günlerde dile getirdiğini, Sayıştay'ın da dikkat çektiği maliyet hesaplamalarını yeniden yapacaklarını ve çok şikâyet aldıkları sözleşmelerin şeffaflığı başta olmak üzere KÖO uygulamaları ile ilgili birçok konuda yeni düzenlemeler getireceklerini açıklamıştır.

<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201011/cmhansrd/cm110719/wmstext/110719m0001.htm#11071985000879>, (19.07.2011). İngiltere'de Parlamento'da, toplamda yaklaşık 210 milyar Sterlin kamu borçlanmasına neden olan ve kamu maliyesi açısından ciddi risk oluşturan KÖO harcamaları ile ilgili bir Hazine Araştırma Komitesi kurulması kararlaştırılmıştır. Komite, Nisan 2011'de göreve başlamış ve KÖO modelinin unsuru olan çok sayıda kişi ve kurumdan belirlenmiş sorular çerçevesinde yazılı görüş istemiştir. <http://www.guardian.co.uk/politics/2011/apr/26/pfi-inquiry-commons-select-committee>, (11.6.2011).

¹⁷⁷ Bazı yazarlar, sayılan bu özelliklere sahip KÖO modelini uygulayan devletin, adı skandallara karışmış *WorldCom* ve *Enron* gibi muhasebe-denetim şirketlerinin tekniklerini kullanması nedeniyle eleştirmektedir (Parker – Hartley, 2003: 99).

temelindeki KÖO'nun hizmetlerin örgütlenmesinde kamu yararına uygun bir model olmamasından kaynaklanmaktadır. Bu açıdan modelin kendisini değerlendirmeksizin sadece sözleşme yönetimiyle ya da modelin aksayan yönleri ile sınırlı bir analiz gerçekçi olmayacaktır.

Diğer ülke uygulamalarındaki kamu yararı şirketleri şeklinde örgütlenen vakıf hastaneleri ya da hastane birliği örneklerinde olduğu gibi KÖO hastanelerinde de hekimlerin hastane yönetiminin *paydaş* gruplarından sadece biri haline gelmesi söz konusudur. Bu durum sağlık hizmetini, hizmet dışı etmenlere çok daha açık, bağımlı hale getirecektir. KÖO projelerinde devredilecek hizmetlerin arasına tıbbi hizmet dahil edilmemesi nedeniyle¹⁷⁸ sağlık hizmetinin bu uygulamadan herhangi bir şekilde etkilenmeyeceğini düşünmek saflık olur. “Özel kişilere bırakılmayacak kamu hizmetleri” şeklinde ayrı bir kategorinin varlığına dair duruşun giderek kalmadığı düşünülürse piyasa koşulları elverdiği zaman tıbbi hizmetlerin de KÖO projelerine dahil edileceğini bekleyebiliriz. KÖO hastaneleri, *Sağlıkta Dönüşüm* programının hedeflerinden biri olan özel hastanelerin yaygınlaştırılmasını da etkileyecektir. Sermaye (en azından bir bölümü), bütün risklerin üzerine alındığı özel hastane işletmeciliği yerine devlet güvenceli yatırım olarak KÖO hastanelerini tercih edecektir. KÖO modelinde özel yatırımcıya çok sayıda devlet güvencesi sağlanmaktadır. 1980'li yıllardan günümüze alternatif olarak sunulan çok sayıda yeni örgütlenme yapısında olduğu gibi KÖO'da da harcamalarda özerklik vurgusu ve muafiyetlere dayalı esneklik, ancak mali güçlük, zarar durumunda ise devlet güvencesi öngörülmektedir. Bu da kârın özelleştirilmesi, risk ve maliyetin kamusallaştırılması tezlerini güçlendiren bir durumdur.

KÖO harcamalarının Sağlık Bakanlığı tarafından değil, döner sermaye işletmelerince karşılanması, hizmetin vergi gelirleri - bütçe ile bağının kopmasına yol açmaktadır. Son yıllardaki sağlık ve sosyal güvenlik reformlarıyla sağlık hizmetlerinin finansmanında maliyet kontrol mekanizması biçiminde tanımlanan hasta katkı payları giderek sistemin asli unsuru olmaya doğru gitmektedir. KÖO hastaneleri yurttaşların sağlık hizmetleri için ekstra ödeme yapmalarını beraberinde getirecektir.

¹⁷⁸ KÖO'yu 'devlet artık otelcilik yapmayacak' sınırlılığında değerlendiren idarecilerin açıklamaları bu kapsamda düşünülebilir.

Diğer birçok alternatif olarak sunulan örgütlenme modelinde olduğu gibi, Sağlık alanında 20 yıla yakın süredir birçok ülkede uygulanan KÖO de özgün bir model değildir. Hükümetin sağlık reformlarında ön sıralardaki hedefleri arasında yer alan KÖO, Türk sağlık sisteminin kendi ihtiyaçlarına yönelik ürettiği bir örgütlenme modeli değildir. KÖO, Dünya Sağlık Örgütü¹⁷⁹, Britanya Tıp Derneği¹⁸⁰ ya da Türk Tabipleri Birliği¹⁸¹ gibi sağlık alanıyla ilgili çeşitli örgütler tarafından yoğun olarak eleştirilmektedir. Hizmetin ana bileşenlerinden biri olarak, Anayasa’da da öngörüldüğü gibi meslek ile ilgili düzenlemelerde meslek birliklerinin söz sahibi olması doğaldır ve gereklidir. Bu açıdan meslek birliklerinin, KÖO modelinin sağlık hizmetinin niteliğinde, örgütlenmesinde ve yurttaşların sağlık hakkı üzerinde yarattığı ve yaratacağı sonuçlar ile ilgili değerlendirmeleri, eleştirileri göz ardı edilemez. Aynı şekilde modelin uygulanmasının çalışma ilişkilerinde, sağlık çalışanlarının hakları üzerinde yarattığı olumsuz etkileri dile getiren sendikaların eleştirel görüşlerinin de dikkate alınması gerekmektedir.¹⁸² Diğer ülkelerdeki sağlık alanındaki çeşitli tipteki örgütlerin yoğun muhalefetine ve üstelik KÖO uygulamalarındaki başarısız sonuçlara rağmen bu modeli uygulamak, bu tercihe yönelik politikanın, sağlık hizmetinin kendisi ile bağının olmadığını göstermektedir.

16. KAYNAKÇA

1. AKDAĞ, Recep (Ed.) (2010), *Türk Sağlık Sistemi'nde Kurum Dışından Hizmet Alım Uygulamaları: Araştırma Raporu* (Ankara: Refik Saydam Hfzısıhha Merkezi Başkanlığı).
2. ALLYSON Pollock – David Price – Moritz Liebe (2011), “Private Finance Initiatives During NHS Austerity,” *BMJ*, 342: 417 – 419.
3. ARGYRIADES, Demetrios (2010), “From Bureaucracy to Debureaucratization?” *Public Organization Review*, 10/3: 275–297.
4. ATAAY, Faruk (2008), “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları,” *Amme İdaresi Dergisi*, 41/3: 169 – 184.

¹⁷⁹ Dünya Sağlık Örgütü'nün süreli yayını olan *Bulletin*'de KÖO modeline ilişkin çok sayıda eleştirel nitelikli yazı bulunmaktadır. Örneğin, Mckee ve diğerleri, 2006.

¹⁸⁰ (House of Commons, 2011: 19-22).

¹⁸¹ Türk Tabipleri Birliği'nin Kamu-Özel Ortaklığı'na ilişkin bildiri için bkz.:

<http://www.bto.org.tr/sunular/Saglik%20Alaninda%20Kamu%20ozel%20Ortakligi%20Sempozumu%20Sonuc%20Bildirgesi.pdf>, (24.06.2011).

¹⁸² İngiliz sendikalarından Unison sağlık hizmetlerinde KÖO uygulamalarına ilişkin kapsamlı araştırmalar yayımlanmış ve modeli çok yönlü olarak eleştirmiştir. Bkz. : (Lister, 2003)

5. BÜBER, Bülent (2010), *Yeni Bir Çatışma Alanı: Kamu Alımları* (Ankara: AÜ SBE Yayınlanmamış Doktora Tezi)
6. Council of Europe (2003), *Guide to Successful Public-Private Partnerships*, DG Regio March 2003, ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/ppp_en.pdf, (20.06.2011).
7. Council of Europe (2004), *Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions*, COM (2004) 327 final. Brussels 30.04.2004, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0327:FIN:EN:PDF>, (20.06.2011).
8. DONNELLY, Laura - Ball, James, "Hospitals to Cut Services to Pay for £60bn Private Finance Deal," <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/5995025/Hospitals-to-cut-services-to-pay-for-pay-60bn-private-finance-deal.html>, (01.07.2011)
9. EDWARDS, Pam – Shaoul, Jean – Stafford, Anne – Arblaster, Lorna (2004), *Evaluating The Operation of PFI in Roads and Hospitals* (London: Certified Accountants Educational Trust).
10. EISENSTADT, S. N. (1959), "Bureaucracy, Bureaucratization, and Debureaucratization," *Administrative Science Quarterly*, 4/3: 302-320.
11. FLINDERS, Matthew (2005), "The Politics of Public-Private Partnerships," *The British Journal of Politics and International Relations*, 7/2: 215-239.
12. GERRARD, Michael B (2001). "What Are Public-Private Partnerships, and How Do They Differ from Privatization," *Finance & Development, A Quarterly Magazine of the IMF*, 38/3: 1-4.
13. GRIMSHAW, Damian – Vincent, Steven – Willmott, Hugh, "New Control Modes and Emergent Organizational Forms: Private-Public Contracting in Public Administration," *Administration Theory & Praxis* (Vol. 23, N. 3, 2001), s. 407 – 430.
14. Hall, David, *PPPs: a critique of the Green Paper* (London: Public Services International Research Unit (PSIRU), 2004).
15. House of Commons (– Treasury Committee), *Private Finance Initiative: Written Evidence*, 17.5.2011, <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201012/cmselect/cmtreasy/writev/pfi/pfi.pdf>, (01.07.2011).
16. İcan, Suzan, M. - O'Connor, Daniel M. – Oliver, Marcia L., "Contract Governance and The Canadian Public Sector" *Relations Industrielles & Industrial Relations* (Vol. 58, N. 4, 2003), s. 620 – 643.
17. Karasu, Koray, "Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi: Kamu-Özel Ortaklığı," *Kamu Yönetimi: Yapı-İşleyiş-Reform* (Ankara: KAYAUM, 2009b), s. 79- 91.
18. Karasu, Koray, "Yeni 'Kamusal' Örgütler: Kamu Yararı Şirketleri," *AÜ SBF Dergisi* (C. 64, S. 3, 2009a), s. 117 – 147.
19. Linder, S. H. "Coming to Terms With the Public-Private Partnership: A Grammar of Multiple Meanings," *The American Behavioral Scientist* (V. 43, N. 1, 1999), s. 35 - 51.
20. Lister, John, *The PFI Experience: Voices from the Frontline* (London: Unison, 2003).

21. McKee, Martin - Edwards, Nigel - Atunc , Rifat, “Public-Private Partnerships for Hospitals,” *Bulletin of the World Health Organization* (Vol. 84, N. 11, November 2006), s. 890 – 896.
22. Miraftab, Faranak, “Public-Private Partnerships: The Trojan Horse of Neoliberal Development,” *Journal of Planning Education and Research* (Vol. 24, 2004), s. 89 -101.
23. Mols, Frank, “Harnessing Market Competition in PPP Procurement: The Importance of Periodically Taking a Strategic View,” *The Australian Journal of Public Administration* (Vol. 69, N. 2, 2010), s. 229 - 244.
24. NAO, *The PFI Contract for the Redevelopment of West Middlesex University Hospital* (London: Report By The Comptroller and Auditor General, HC 49 Session 2002-2003: 21, November 2002).
25. NAO, *The PFI Contract for The Redevelopment of West Middlesex University Hospital* (London: The Stationery Office, November 2002).
26. OECD, *Dedicated Public-Private Partnership Units: A Survey of Institutional and Governance Structure*, OECD Publishing, Paris, 2010.
27. OECD, *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye* (OECD- World Bank, 2008b),
28. OECD, *Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money*, OECD Publishing, Paris, 2008a.
29. Parker, David – Hartley, Keith, “Transaction Costs, Relational Contracting and Public Private Partnerships: A Case Study of UK Defence,” *Journal of Purchasing & Supply Management* (Vol. 9, 2003), s. 97 – 108.
30. Posnett, John, “Are Bigger Hospitals Better?,” *Hospitals in Changing Europe*, Mckee, Martin – Healy, Judith (Eds.) (Buckingham: Open University Press, 2002), s. 100 – 118.
31. *PricewaterhouseCoopers, Build and Beyond: The (R)evolution of Healthcare PPPs*, (December 2010), www.pwccn.com/home/eng/healthcare_ppp_dec2010.html, (20.05.2011).
32. Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm* (Ankara: 2003).
33. Shaoul, Jean, “The Private Initiative or The Public Funding of Private Profit,” Hodge, Graeme A. - Greve, Carsten, *The Challenge of Public-Private Partnerships: Learning from International Experience* (UK: Edward Elgar Publishing, 2005), s. 190 -206.
34. Sönmez, Mustafa, *Paran Kadar Sağlık; Türkiye’de Sağlıkın Ticarileşmesi* (İstanbul: Yordam Kitap, 2011).
35. Standard & Poor’s, *Infrastructure & Public Finance Ratings, Public Private Partnerships*, Global Credit Survey 2005, http://www2.standardandpoors.com/spf/pdf/fixedincome/PPP_Credit_Survey_2005.pdf, (13.05.2011)
36. Tan, Turgut, “İdari Sözleşme Kuramına İlişkin Gözlemler,” *AÜ SBF Dergisi* (C. 50, S. 3 - 4, 1995), s. 291- 309.
37. TÜSİAD, *Charting The Way Forward: Health Care Reform in Turkey* (İstanbul: TÜSİAD Publication, 2005).
38. Vincent-Jones, Peter, “Contractual Governance: Institutional and Organizational Analysis,” *Oxford Journal of Legal Studies* (Vol. 20, N. 3, 2000) s. 317-351.

KÖO'NIN KAMU MALİYESİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

OTURUM BAŞKANI: PROF.DR. HAMDİ AYTEKİN
TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA TİCARİLEŞME, VE KENT RANTI

Mustafa Sönmez

Dünyada ve ülkemizde sağlık harcamaları hızla artıyor. Türkiye'nin de içinde bulunduğu OECD ülkelerinde, milli gelirin yüzde 7'sine ulaşan sağlık harcamalarının 2020'de yüzde 16'ya çıkacağından söz ediliyor. Türkiye'de milli gelirin yüzde 6'sını bulan sağlık harcamaları da bu anlamda, genel eğilimden farklı bir yerde değil.

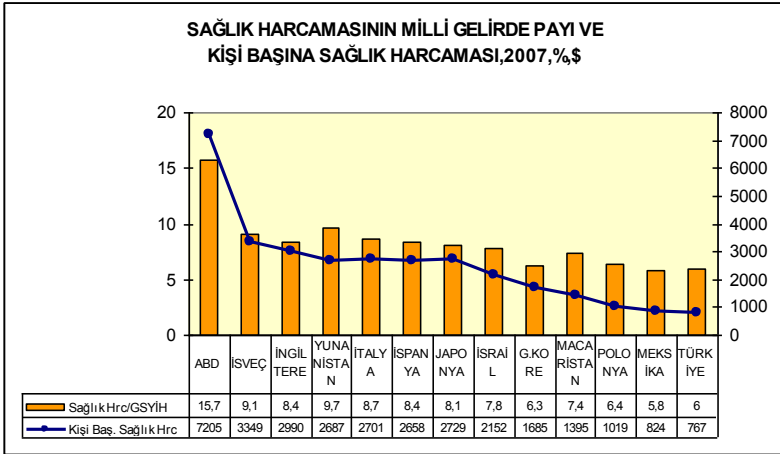
Bir “**sosyal hak**” olan sağlıktaki harcama artışı, ilk anda kulağa hoş geliyor. Bunun, insanlık için, özellikle alt ve orta sınıflar için olumlu bir gelişme olduğu izlenimi doğuyor. Nitekim, AKP iktidarı da kendi dönemlerinde sağlıktaki harcama artışını, üstün bir performans gibi takdim ediyor. Acaba öyle mi? Her sağlık harcaması artışını olumlamak mı gerekir? Harcamanın niteliği, amaca uygun olup olmadığı, harcamayı kullanan özneye, yani halka bir maliyeti olup olmadığı önemli değil mi?

Sağlık harcamalarına odaklandığımızda, harcamaların ne kadarının ihtiyaçtan, ne kadarının kısırtılmış, “**üretilmiş**” harcama olduğunu sorgulamamız gerekiyor. Sağlık harcamalarının artması, sağlık hizmetine erişimi olmayan ya da az olanlara kamusal bir destek anlamı taşımayabilir de. Sağlık harcamalarının artışını, isteyen bir “**sağlıksızlık**” olarak da okuyabilir.

Dünyamız hızla kirletiliyor. Havası, suyu, kirletiliyor, sağlıksız gıda ürettiği önlenemiyor ve daha çok hastalandığımız için daha çok tedaviye ve ilaca ihtiyaç duyduğumuz için de sağlık harcamaları artıyor olabilir. İşyerlerinde iş cinayetleri, meslek hastalıkları arttığı için de sağlık harcamaları artıyor olabilir. Krizden krize sürüklenen kâr ve sermaye birikimine odaklı kapitalizmin ürünü işsizlik, işsiz kalma korkusu, yabancı-

laşma, yalnızlaşma arttıkça ruhsal hastalıklar ve bütün bunlar için yapılan harcamalar artıyor olabilir. Dolayısıyla her harcamanın artış nedenini iyi sorgulamak gerekiyor.

Tabii ki en ideali, hastalıkların azalması, koruyucu hekimlik sayesinde azalan hastalıklarla birlikte tedavi ve ilaca; dolayısıyla sağlık harcamasına da ihtiyacın azalması. Ama, özellikle 1980 sonrası daha sık krize giren küresel kapitalizm, ne yazık ki, havayı, suyu, çevreyi, iklimi kirleterek, mal ve hizmet üretme biçimlerini insani hallerden çıkararak fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkları çoğaltıyor. Yani hem hastalık üretiyor hem de bunun için gerekli harcamaları tetikliyor, çoğaltıyor.



Karşı karşıya bulunduğumuz olgunun bu yanını unutmadan, bir başka gerçeği de ifade etmemiz gerekir. Krizler içinde ilerlese de, kapitalist bir bağlam içinde yaşansa da, dünyada mal ve hizmet üretimi, insanlığın doğaya karşı hakimiyeti artıyor. Nüfus ile birlikte, mal ve hizmet üretimi de artıyor. Bu artan gelir, kuşkusuz, ülkeler ve ülke içinde sınıflar arasında farklı bölüşülüyor, adaletsiz dağılıyor. Ama yine de, toplumların refahının görece artışına tanık oluyoruz. Dünya egemenlerinin tasarladıkları işbölümüne bağımlı olsa da ülkelerin ürettikleri mal ve hizmet artıyor, nüfusun işgücüne katılımı, istihdamı ve haneye giren gelirinde görece artışlar oluyor. Görece iyi beslenme, fiziksel koşulların iyileşmesi ile bebek ölümleri azalıyor, hayatta kalma ümidi artıyor,

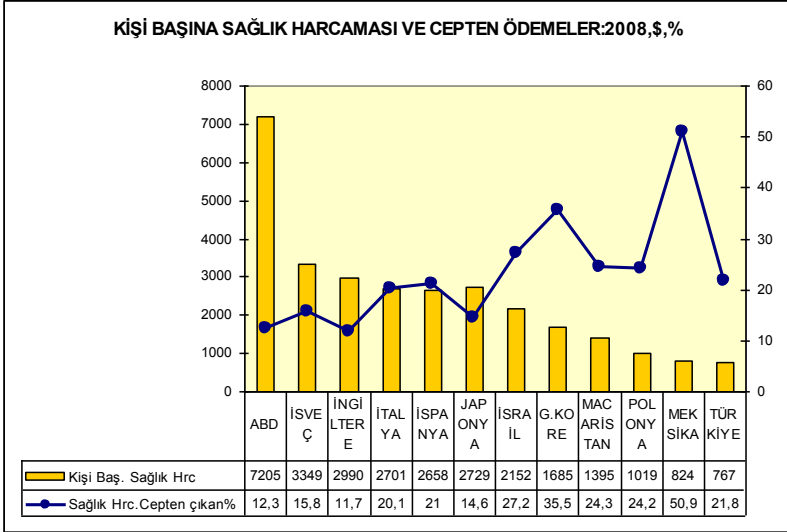
yaşam süresi uzuyor ve yaşlı nüfusla beraber sağlık harcamaları da artıyor.

Ulus devletler, üretilen mal ve hizmetten aldıkları vergilerin bir kısmı ile hem gerekli işgücünün işe yarar kalması hem de toplumsal bir talebi, bir insan hakkını karşılamak üzere sağlık bütçelerini biraz daha büyütüyorlar. Bunun yanında çalışan nüfustan sosyal sigorta primi kesilerek sağlık harcamalarına katkıları sağlanıyor. Bütün bunlar, sağlık harcamalarını artıran dinamikler.

Günümüzde sağlık harcamaları söz konusu olduğunda, toplum adına sorgulanması gereken önemli bir nokta, sağlığa ayrılan kaynakların ne kadarının bir **“sağlık hakkı”** olarak topluma döndüğü, sağlıkta kullanılan kaynağın temininde ve kullanılmasında adil davranılıp davranılmadığıdır.

Sağlık hizmetinin, salt bir kamusal hizmet olarak sunulduğu dönem geride kaldı. Şimdi, **“kaynak verimliliği”**, özelleşme, ticarileşme, piyasalaşma , dolayısıyla kâr ve sermaye birikimi alanına sokulmuş bir sağlık hizmeti **“üretme ve tüketme”** biçimi var. Hizmeti üretenlere daha ziyade **“işgücü”** olarak bakıldığı bir dönemdeyiz artık. Meta üretiminin geçerli olduğu her alandaki gibi sağlıkta da işgücüne en azı ödeyip en çok çıktıyı alma güdüsü baskındır günümüzde. Bu da uzman hekiminden niteliksiz hastane çalışanına kadar her tür **“işgücü”**nü en düşük maliyetle kullanma çabası demektir.

Sağlık hizmetini **“tüketen”**e de, ödediği vergiler ve sosyal sigorta priminin karşılığı olarak en ekonomik üretimli hizmeti sunma çabası var. Dahası, artık aldığı sağlık hizmetine karşılık, alıcı, elini cebine atıp biraz daha ödeme yapmaya zorlanıyor.



Bu metalaşmış, ticarileşmiş sağlık sürecinin kamu ayağının yeni patronu **“sosyal sigorta kurumları”**. Sağlığa harcanan sigorta primleri ve devletin vergi gelirlerinden gelen kaynakları, sağlık harcamasına dönüştürmede baş rol bu kurumların... Kamu hastaneleri ise artık bir **“tedarikçi”**, bir tür **“atölye”** olarak kullanılıyor. Onlardan, en az maliyetli hizmet alınmaya çalışılıyor. Bunun da yolu, kamu sağlık personelinin birim zaman içinde, en düşük maliyetle tedavi üretmesini sağlamak. Bu paradigmanın yeni ve yükselen aktörü ise , kâr ve sermaye birikimi esasına göre çalışan özel sağlık kurumları.

GENEL BÜTÇEDE SAĞLIK VE SOSYAL GÜVENLİK HARCAMALARI: 2006-2010, Bin TL			
	Sağlık Hizmetleri	SGK'ya Transferler	Toplam Bütçe Gider.
2006	9.273.662	26.213.015	178.126.033
2007	11.276.377	34.948.544	204.067.683
2008	12.972.160	37.665.536	227.030.562
2009	15.681.733	56.070.037	268.219.185
2010	16.067.121	59.890.355	293.628.219
		Yüzde,	
2006	5,2	14,7	100
2007	5,5	17,1	100
2008	5,7	16,6	100
2009	5,8	20,9	100
2010	5,5	20,4	100
		Artış,	
2007	21,6	33,3	14,6
2008	15,0	7,8	11,3
2009	20,9	48,9	18,1
2010	2,5	6,8	9,5

Kaynak: Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Md. Veri tabanı

Sağlık Bakanlığı'nca kullanılan sağlık hizmetleri ödeneklerinin, genel bütçe içindeki payının 2010'dan başlayarak tempo kaybına uğraması, ileriki yıllarda da sürecektir. Çünkü bu düşüş, sağlık hizmetlerinin patronajının biraz daha Sosyal Güvenlik Kurumu'na aktarılması ile ilgilidir.

Sağlıkta neoliberal paradigmanın Türkiye’de işleyişi, dünya genelinden farklı değil. Sağlıkta metalaşmanın, ticarileşme ve piyasalaşmanın rehberi, IMF-Dünya Bankası tarafından hazırlandı ve uygulandı. Bunu, bu kurumlarla yapılan anlaşma maddelerinde açıkça görebilmekte ve yine bu kurumlara hükümetlerce verilen niyet mektuplarında ne kadar yol alındığını okuyabilmekteyiz.

“**Sağlıkta Dönüşüm**” adı altında yaşama geçirilen uygulamalarda ulaşılmak istenen “**yeni düzen**” artık şekillenmeye başlamıştır. Neoliberal paradigma, birçok kamusal hizmette olduğu gibi, sağlığa tahsis edilmiş kamusal kaynakların “**en verimli biçimde**” kullanılmasını öngörüyor. Konu, sağlık hizmeti üretilirken kullanılan bina, ısıtma, iletişim, ulaşım, araç-gereç vb.nin akılcı kullanımı, savurganlığın önlenmesi olarak ele alınsa, buna kimsenin bir itirazı olamaz. Ama burada hedeflenen, bunların yanında, kamu sağlık çalışanlarının ekonomik demokratik haklarından da “**tasarrufa gidilmesi**”, bu çalışanların “**Taylorist**” yöntemlerle çalıştırılmasıdır. Neoliberal yaklaşım, sağlık gibi, özen, sorumluluk, özveri isteyen meşakkatli bir servis üretiminin bu özelliğini fazla önemsemeden, sağlık çalışanından, birim zaman içinde daha çok başvuruya yanıt vermesini ve bunun en düşük ücret maliyeti ile gerçekleştirilmesini ister durumda.

“**Sağlıkta Dönüşüm**” ile oluşturulan “**yeni düzen**”in netleşen yanı, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun, sağlık hizmeti üretiminde ve tüketiminde baş aktör yapılmasıdır. 2010 başında kamu çalışanlarının sağlık harcamalarından sorumlu kılınan SGK’nın, 2012’de de 10 milyona yaklaşan yeşil kartlı yoksullardan sorumlu hale getirilmesi ile, SGK, asli sağlık “**işveren**”i olacaktır. Bu anlamda sağlığın patronajı Sağlık Bakanlığı’ndan SGK’nın bağlı olduğu Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na geçiyor. Üniversite hastanelerinin de Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu hastaneleri yapılması ile birlikte, Sağlık Bakanlığı’nın hastaneleri, bu işbölümünde SGK’dan iş alan tedarikçi kurumlar haline geliyor.

2009 VE 2010 YILLARI SGK GELİR VE GİDERİ, Milyon TL			
	2009	2010	Değ.
I-GELİRLER	78.073	94.679	21,3
1- PRİM GELİRLERİ	52.881	66.763	26,3
2- YENİDEN YAPILANDIRMA	1.698	149	-91,2
3- DEVLET KATKISI	10.879	15.170	39,4
4- EK ÖDEME	2.923	3.314	13,4
5- DEVLETİN FATURALI ÖD. (YEŞİL KARTLI VB)	5.908	5.871	-0,6
6- DİĞER GELİRLER	3.784	3.411	-9,9
II-GİDERLER	106.775	121.403	13,7
1- EMEKLİ AYLIKLARI	68.604	78.957	15,1
2- SİGORTA ÖDEMELERİ	599	692	15,5
3- EK ÖDEME	2.957	3.347	13,2
4- SAĞLIK HARC.	28.863	32.080	11,1
5- FATURALI ÖDEMELER	4.044	4.258	5,3
6- YÖNETİM	764	618	-19,2
7- YATIRIM	77	70	-9,8
8- DİĞER GİDERLER	867	1.382	59,4
III- AÇIK	-28.703	-26.724	-6,9
IV- BÜTÇE TRANSFERİ	52.600	55.244	5,0

SGK çatısı altındakilerin hizmet alacağı diğer tedavi kurumları, özel hastaneler. Hatırlatalım ki, 2009 yılına gelindiğinde SGK'nın yaptığı sağlık harcamalarından özel hastaneler şimdiden yüzde 30 dolayında pay alacak kadar “**sektörel gelişme**” göstermiş durumdadır. Neoli-

beral yaklaşım, hizmet tedarikinde özeline alanının gelecek yıllarda daha da genişletilmesini, bu anlamda özel hastaneciliğin teşvikini öngörüyor ve fiiliyatta da sağlık yatırımlarının yüzde 75'ini özel sektör gerçekleştiriyor. Özel hastanecilik, zincir yapılar olarak ilerlerken “**tıp turizmi**” kavramını da kapsayarak “**sağlık-konaklama**” bütünleşimi ile hızla gelişiyor. Buna özel sigortacılık ile bütünleşmeyi de eklemek gerekiyor.

Böylece, öteden beri bir sanayi olarak gelişen ilaç endüstrisine, tıbbi cihazlar sanayisi, medikal sektöre, şimdi hızla gelişen özel hastanecilik ekleniyor ve kâr amacı ile sağlık üretimi biraz daha başatlık kazanıyor. Üst-orta, üst gelir gruplarına azami kâr amacı ile hizmet satan özel hastaneler, SGK'nın sağlık harcamalarından daha fazla pay almaya, tedaviyi de en iyi fiyatlarla satmaya çalışıyorlar. Sağlık girişimcileri, kapitalistleri, bundan sonra da, güçlendikleri ölçüde, sağlık politikalarını belirleme ve artırılacak sağlık harcamalardan daha fazla pay alma çabası içinde olacaklardır.

Neoliberal eğilim, koruyucu hekimliği kulak arkası ederek, sağlık pazarını derinleştirmenin, sağlık endüstrisini genişletmenin çabası içinde. Merkezi bütçede doğrudan sağlığa ayrılan kaynaklar azaltılırken SGK'ya yapılan bütçe transferleri üstünden kaynak kullanımı artırılıyor. SGK da, hükmettiği kaynaklardan sağlık harcamalarına ayırdığını belli bir oranda tutarak, o sınırlar içinde başvuruları karşılamayı hedefliyor. Bunu yaparken de, kamu hastanelerinden hizmeti en hesaplı fiyatla almaya çalışıyor. SGK, hizmet tedarikinde özel hastaneciliğe yüzünü daha çok dönüyor ve özendiriyor. Böylece sağlıkta kapitalistleşmenin hızlanmasında kamu kaynakları her geçen yıl daha çok kullanılıyor. Bunun yanında, harcamalara vergisi ve sigorta primi ile katkıda bulunan halk, bir de cepten harcamalara zorlanıyor.

Sağlığın, kar ve sermaye birikimi odaklı üretimi, bir “**meta**”ya dönüşmesi, bir sektöre dönüşüp endüstrileşmesi, öteden beri devletlerce sınırlandırılmış, sağlığın daha çok bir insan hakkı, sosyal hak olduğu ön kabulüyle, hizmetin sunumunda kamu kuruluşlarına sorumluluk verilmiş, ilaçta da devlet denetimi hiç eksik olmamıştır.

Sağlıkta “**özel boyut**” uzun yıllar, ağırlıklı doktorların özel muayenehaneleriyle sınırlı kalmıştır. Ancak, öncelikle “**merkez kapitalist**” ülkelerde, giderek 1980, daha çok da 1990 sonrası Türkiye gibi çevre ülkelerde sağlık, özel sermaye birikiminin ilgi alanı içine sokulmuş,

sağlığın metalaşmasına yeşil ışık yakılmış, özel klinikler, hastane zincirleri, özel sigorta şirketleriyle bir endüstri ortaya çıkarılmıştır.

Dünya Bankası-IMF gibi kuruluşların, 1980 başlarında büyük bir yoğunluğa ulaşmış uluslararası sermayeye yeni yatırım alanları ve birikim kulvarları arayışında; yeni birikim alanları içine eğitim ile birlikte sağlık da alınmıştır. Bu temel iki hizmetin kamu eliyle sunumu yerine, özelleşmesi, ticarileşmesi, bu iki hizmetin giderek metalaşması , bunu icra etmek için özel eğitim ve sağlık şirketlerinin geliştirilmesi özendirmiştir.

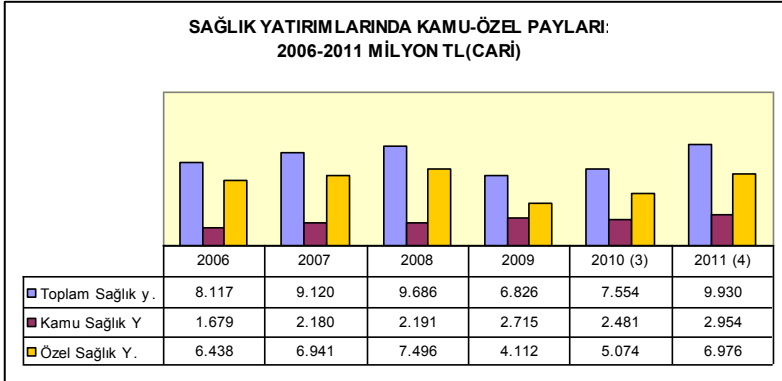
Türkiye’de de, Dünya Bankası mahreçli **“Sağlıkta Dönüşüm”**ün önemli bir ayağını özel hastanelerin kurulması, sağlık yatırımlarının özel sektör eliyle gerçekleştirilmesi, hatta bu hizmet arzının **“dışa açılması”** oluşturmuştur. 1990’larda başlamakla birlikte, daha çok 2003 sonrasında, AKP iktidarıyla özel sağlık yatırımlarının hızlandığı görülmektedir.

	YATIRIMLAR İÇİNDE SAĞLIK VE KAMU-ÖZEL PAYLARI: 2006-2011,Cari Fiyatlarla Milyon TL,%				
	2006	2007	2008	2009	2010 (^m)
Kamu Yatırımları	28.464	32.534	39.123	39.342	53.933
Özel Yatırımlar	143.056	150.881	152.970	124.600	153.743
Toplam Yatırımlar	171.520	183.415	192.093	163.942	207.676
Toplam Sağlık Yat.	8.117	9.120	9.686	6.826	7.554
Sağlık Yat./Topl.Yat %	4,7	5,0	5,0	4,2	3,6
Kamu Sağlık Yat.	1.679	2.180	2.191	2.715	2.481
Özel Sağlık Yat.	6.438	6.941	7.496	4.112	5.074
Özel Sağlık/Özel Y. %	4,5	4,6	4,9	3,3	3,3
Kamu Sağ/Kamu Y. %	5,9	6,7	5,6	6,9	4,6
Özel Sağ Y./Sağ Yat.ırımları %	79,3	76,1	77,4	60,2	67,2
Kamu Sağ Y./Sağlık Yatırımları. %	20,7	23,9	22,6	39,8	32,8

Kaynak: DPT verilerinden hesaplandı

2006-2010 döneminde yıllık sağlık yatırımlarının cari fiyatlarla 7-8 milyar TL dolayında olduğu ve sağlık yatırımlarının, toplam yatırımlardan yüzde 5 dolayında pay aldığı görülmektedir. 1980 sonrası izlenen neoliberal politikaların bir parçası olarak, ekonomiden devletin uzaklaştırılmasıyla, yatırımlarda devlet-özel payı, 1'e karşı 3 şeklinde özel ağırlıklı olmaya başladı. Devlet, sanayiden iyice uzaklaştırılırken, daha çok ulaştırma yatırımlarına odaklandırıldı. Devletin toplam yatırımları içinde sağlık yatırımları ise ancak yüzde 5'lik pay alabildi.

Türkiye'de son yıllarda toplam yatırımlardaki payı yüzde 75'e ulaşan özel sektörün, sağlığa yatırımları özel yatırımların toplamında yüzde 5'e yaklaşmaktadır. Sonuçta, 2006-2010 döneminde yılda ortalama 7-8 milyar TL'yi bulan sağlık yatırımlarının üçte ikisinin özel sektöre, üçte birinin devletçe yapıldığı söylenebilir.



Kaynak: DPT, Yatırım verileri,2010 Tahmin,2011 Hedef

“Sağlıkta Dönüşüm” operasyonlarının sağlık yatırımlarının yeni bir projesi ise hazırli aşamasındadır. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan **"Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı"** (KÖÖDB)'nin görevleri arasında şu ibare dikkat çekicidir: “ Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine....

Bu projenin özü şu: Kamu, özel sağlık yatırımcılarına arsa ve yerleri sağlayacak, özel şirketler tesisleri inşa edecek ve belirli süreliğine işlete-

cek...Öncelikle 27 ilde sağlık kampüsü yapılması planlanmıştır. Bu iller öncelikle Kayseri ve Ankara olmak üzere, İstanbul-İkitelli, Bursa, Kocaeli, Manisa, İzmir, Antalya, Mersin, Adana, Hatay, Eskişehir, Konya, Elazığ, Erzurum, Şanlıurfa, Gaziantep olarak belirlenmiş. Şimdilik belirlenmiş olan 24 bin 640 yataklı bir toplam.

Dr. Ata Soyer'in 18 Haziran 2010'da bianet.org'da yazdığına göre, en önemli projelerden biri Kayseri'de kurulacak. Kayseri'de Kocasinan'da 750 bin metre karelik bir alan üzerinde, 1048 yataklı Eğitim Araştırma Hastanesi, 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı "Yüksek Güvenlikli" Adli Psikiyatri Hastanesi (toplam 1548 yatak) yapılması planlanmış. Ayrıca kampüs içinde kongre merkezleri, sosyal "donatılar" vb de yer alacağı ifade ediliyor. Şimdilik 8 yerli-yabancı firma, ihaleye katılmış.

İkinci büyük proje ise, Ankara Etlük'te. Açılacak projelerin en büyüğü gibi görünen Etlük projesi, 1.4 milyon metre karelik bir alana yapılacak. Toplam yatak sayısı, 3056. 504 yataklı Genel Hastane, 344 yataklı Kadın Doğum Hastanesi, 496 yataklı Çocuk Hastanesi, 328 yataklı Kardiyovasküler Cerrahi Hastanesi, 328 yataklı Onkoloji ve Çocuk Onkolojisi Hastanesi, 456 yataklı Ortopedi Hastanesi, 300 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, 200 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı "Yüksek Güvenlikli" Adli Psikiyatri Hastanesi yapılması planlanmış.

Projeler yerli ve yabancı (Avrupa ve Amerikalı) firmalarca hazırlanmış, ki Etlük projesi şu anda dünyada yapılan en büyük projelerden biri durumunda. Projelerin bitirilme süresi 3 yıl olarak belirlenmiş, projeyi tamamlayan firmaya 25 yıl işletme hakkı tanınmış.

Görüntüleme, laboratuvar, diğer tıbbi destek hizmetleri, bilgi işlem, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, güvenlik, yemek hizmetlerinin sunumunu üstlenecekler. Projelerin koordinasyonunda Sağlık Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığı başta olmak üzere, çok sayıda kamu kuruluşu görevli, ama asıl "patron" TOKİ gibi görünüyor. Kamunun yanı sıra çok sayıda inşaat ve müteahhitlik firması, teknoloji firması ihalelerde görünüyor.

Özetle, Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) ile birlikte, devlet özel (yerli-yabancı) şirketlere arsa sağlayacak, bu arsa üzerinde sağlık tesisi yapmalarına izin verecek, karşılığında -şimdilik- destek ve laboratuvar hizmetlerin sunumunu özel şirketlere devredecektir. Bu arada, kampüsler

tamamlandıkça, şehir merkezinde bulunan devlet sağlık tesislerinin taşınması gündeme getirilecektir. Taşınan tesislerin, büyük şirketlere-yine ihaleye katılanlar öncelikli olabilir-alışveriş ya da iş merkezi olarak devredilmesi söz konusu olacaktır.

Sağlık kampüsleri ile birlikte, kamu sağlık kurumları ve sağlık alanı, sermayenin ciddi bir istilası ile karşı karşıya kalacak, çalışanların çalışma ve yaşam koşulları bu istila ile şekillenecektir.

1990 sonrası hızlandırılan sağlıkta metalaşma, ticarileşme, piyasalaşma sürecine çeşitli biçimlerde karşı çıkmak gerekiyor. Bu hem sağlık hizmeti üretenlerin, hem de sağlık hizmeti alanların sorumluluğu. Kamu sağlık hizmetinin tedariki, tamamen kamu hastanelerinden yapılmalı, yavaşlatılmış sağlık yatırımlarına yeniden hız verilmeli ve eksik sağlık personeli sayısı artırılmalıdır. Bunun için gerekli kaynaklar, hem merkezi bütçeden, başka harcama kalemlerinin ödenekleri (örneğin polis, asker harcamaları) azaltılmak suretiyle sağlanabileceği gibi, etkili vergi denetimleri ve gücü olanlardan daha çok vergi alınarak kolaylıkla yaratılabilir.

SGK yönetiminde sigortalı işçi, memur ve Bağ-Kur'luların temsili sağlanmalı, ayrıca emekliler, yaşlılar ve özürülleri, yeşil kartlıları temsil edenler de yönetimde yer almalıdır. SGK'nın prim alacaklarının tahsilatının etkin biçimde gerçekleştirilmesi önlemi bile tek başına, SGK üstünden sağlık bütçesini artırmayı mümkün hale getirecektir.

Sağlık hizmeti üreten sağlık çalışanlarına uygulanan Taylorist yöntemlere karşı çıkılmalı, taşeron uygulamaları sonlandırılmalı, hastane yönetimlerine çalışanların temsilcilerinin katılımı sağlanmalı ve etkinlik çabışmaları, böyle bir geniş katılım mekanizması ile sağlanmalıdır.

Sağlık hakkı, sağlıklı bir ortamda yaşama hakkı ve sağlık hizmetlerine ulaşma hakkıdır. Sağlıklı bir ortam demek, her şeyden önce, herkesin işinin, gelirin olması anlamına gelir. İş, geliri olmayanların da asgari geçinme, barınma, beslenme ihtiyaçlarının sosyal devlet hizmeti olarak karşılanmasını gerekir. Böylesi bir **“sosyal koruma”**, bir dizi hastalığı daha baştan önlemiş olacaktır.

Sağlıklı çevre, sağlıklı gıda üretimi, temiz kentler, birçok hastalığın daha baştan önünün kesilmesi demek. Bu anlamda işyerlerinde ve yerleşim yerlerinde sağlıklı ortam, hastalığın üremesinin önünü keser, tedavi ve ilaca ihtiyacı da baştan azaltır. İlköğretimden başlayarak temel sağlık eğitimi ve beden eğitimine ağırlık verilmesi de önemli.

Sağlıkta özelleşme ve ticarileşmeden kamu kaynağı desteği çekilmeli ve sağlığın bir kamu hizmeti olarak sunumuna dönülmeli. Sağlık hizmetini örgütlemeye, koruyucu hekimliğe, bunun için de sağlık ocağı sistemine ağırlık vermek önemli. Ülkemizdeki kamu sağlık hizmetleri birikiminin en iyi yansıması, 6000'i aşan sağlık ocağı ve 12 bin civarındaki sağlık evidir. Daha sonra yozlaştırılmaya çalışılsa da, hemen hiçbir çevre ülkede görülmeyen bu avantaj, AKP Hükümetince tahrip edilmiş, görmezden gelinmiştir.

Sağlık ocaklarında verilen "**birinci basamak sağlık hizmeti**", koruyucu hizmetlerin yanında ayaktan tedavi ve acil tedavi hizmetlerini kapsar. Tam gün çalışan bir sağlık ekibince yürütülen birinci basamak sağlık hizmetinde yurttaşlara, olası risklerden korunma yollarının, acil müdahalenin öğretilmesi önemli.

Sağlık ocaklarının bağlı olduğu 50-100 yataklı ikinci basamak hastanelerde yine koruyucu hizmetlere ağırlık verilebilir. Bunu 400-500 yataklı üçüncü basamak hastaneler izler.

Hem ilkeler, hem ayrıntılar kuşkusuz tartışmaya açıktır. Önemli olan, sağlıkta metalaşmaya kararlı bir karşı çıkıştır ; sağlıktan kar ve sermaye birikimi sağlanmasına ilkesel olarak kırmızı ışık yakmaktır.

SAĞLIK ALANINDA KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞININ MEKAN SEÇİMİ : BURSA ÖRNEĞİ

OTURUM BAŞKANI: PROF.DR. KAYIHAN PALA

SUNUCU- Mekân seçimi Bursa örneği, Oturum Başkanımız Bursa Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. KAYIHAN PALA, konuşmacılarımızı tek tek okuyarak yerlerine davet ediyorum. Bursa Ziraat Mühendisleri Odası İkinci Başkanı Sayın Orhan Sarıbal, Bursa Şehir Plâncıları Odası Başkanı Sayın Füsun Uyanık, Bursa İnşaat Mühendisleri Odası Başkanı Sayın Necati Şahin ve Bursa Mimarlar Odası Başkanı Sayın Nizamettin Kaya.

Prof. Dr. KAYIHAN PALA (Oturum Başkanı)- Hepinize merhaba, sempozyyumumuzun son oturumunda Bursa’da mekân seçimine ilişkin nasıl bir düzenleme var, onu paylaşmaya çalışacağız. Öncelikle şunu söyleyeyim Sevgili Nizamettin şehir dışında bir toplantıya katılmak zorunda olduğu için katılamayacak, üç konuşmacımız var.

İlk önce Şehir Plâncıları Odamız değerlendirme yapacak, ardından Ziraat Mühendisleri konuya nasıl bakıyor, bir mera alanının imar plânı değişikliğiyle böyle bir tesis için kullanılması nasıl sonuçlar doğurabilir, bu konudaki çekincelerimize ve sorularımıza yanıt arayacağız. En sonunda da İnşaat Mühendisleri Odamızın yaklaşımını birlikte paylaşmış olacağız. Ben sözü fazla uzatmayayım, konuşmacılar için 20’şer dakikalık bir süre var diyelim, eğer çok talep olursa bu 20 dakikayı biraz uzatabiliriz, en sonunda da hep birlikte sorularınızı paylaşmaya çalışalım. Ben sonunda söyleyeceğim ama başında bir şey söyleyerek sözü Sevgili Füsun’a vereyim. Eğer Kamu Özel Ortaklığı Bursa’da bir gündem haline gelmişse –ki, geldi, Samanlı denilen yerde yapılması- bu tamamen meslek örgütlerinin, başta buradaki değerli dostlarımız olmak üzere bu sürece karşı toplumu bilgilendirme uğraşlarından kaynaklanmaktadır. Hukuksal mücadele de içinde olmak üzere –birazdan ayrıntılarını kendileri verirler- ben bir kentli olarak, bu şehirde yaşayan bir

yurttaş olarak öncelikle kendilerine teşekkür ediyorum ve sözü hemen Füsün'a veriyorum, buyurun.

FÜSÜN UYANIK (Bursa Şehir Plâncıları Odası Başkanı)- Teşekkürler Başkan. Değerli katılımcılar, hepinizi saygıyla selamlıyorum. Biz Şehir Plâncıları Odası olarak Bursa özelinde, kamu ve özel...02.28 sanayilerle ilgili plânlama kriterlerinden başlayarak, daha sonra gündeme getirdiğimiz “*Samanlı Sağlık Kompleksiyle ilgili çalışmalarımızı ve plân değişikliklerimizi size sunacağız.*

Öncelikle sağlık örgütlerinin varlığı ve büyüklüğü nüfusa göre, nüfusun sağlık durumlarına, yerleşmenin fiziksel özelliklerine, iklim bölgelerine, sanayi bölgelerinin tür ve yoğunluklarına göre değişir. Böyle bir donatım alanının belirlenmesi için çevre koşullarının iyi bilinmesi, sosyal-kültürel analizlerin yapılması, çevre içinde yerleşmenin yeri ve öneminin, yerleşme alanları içinde mevcut sağlık tesislerinin sayısı ve türlerinin bilinmesi şarttır.

Şimdi Şehir Plâncıları Odası olarak ve aldığımız meslek disiplini olarak; Üniversitelerimizde öğretilen birtakım kriterler vardır, eğitim alanı tesisleriyle ilgili olsun, sanayi alanlarının tesisleriyle ilgili olsun. Hastane yer seçim kriterlerimiz de şunlar; çevresel faktörler, şehir plânlamasına uygun mudur, gürültü kaynaklarına yakınlığı nedir, trafik yoğunluğu nedir, ulaşım tipi hangisini içermektedir? Bina özelliklerinde ise; sağlık tesisinin hastanenin fark edilebilir olması önemlidir, altyapı yeterliliği önemlidir, alan yeterli midir bu yapılacak hastane için, park alanı, otopark alanı yeterli midir ve mimari yapının özelliği çok önem taşımaktadır.

Rekabet unsurları da önemlidir; mevcut rakip sayısı nedir, rakipliğin etkinliği nelerdir, rakiplere uzaklıklar hangi metrelerde ve potansiyel rakipler nelerdir? Bunların da bir şehir plânlaması yapılırken, bunlar çok önem taşımaktadır. Yatırım maliyetleri de; kira bedeli nedir, bina düzenlemesi maliyeti nedir, çevre düzenlemesinin de çevresiyle birlikte hastanenin düzenlenmesi nasıl olmalıdır? Bina konumuna gelince; eğer bir hastane yapılacaksa merkezlilik özelliği önemlidir, ulaşılabilirlik önemlidir, yerleşim önemlidir, yerleşime yakınlığı önemlidir daha doğrusu, hastanede çalışan ulaşımı nasıl sağlayacaktır ve ana merkeze yakınlık önem taşımaktadır. Demokratik yapıya gelinirse; nüfus yoğun-

luğu, gelir düzeyi, hedef kitle yoğunluğu, büyüme ve gelişme hızı da hastane yer seçimi kriterlerinde önem taşımaktadır.

Bizim kamudan, eğer bir hastane yerinin belirlenmesinde belli kriterlerimiz vardır, bu da plân yapana ait esaslar yönetmeliğinde net bir şekilde belirtilmektedir. Türü, köy tipi sağlık ocağının belli asgari alanı bellidir, ilçe sağlık ocağının, ilçe sağlık evinin, sağlık merkezinin, Hıfzıssıhha Enstitüsünün, halk sağlığı laboratuvarının, dispanser, semt polikliniği, ana çocuk sağlığı ve aile plânlama merkezinin en az olması gereken miktarlar, şehir plânlarının üzerinde, imar plânlarının üzerinde bundan az olamaz şeklinde bir ibare vardır.

Diğer taraftan, diğer maddemiz ise, bizim esas aldığımız diğer madde ise; ağız ve diş sağlığı merkezi, acil yardım ve kurtarma istasyonu, doğum ve çocuk bakımevleri, devlet hastaneleri, ihtisas hastaneleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon hastaneleri yatak başına 130 metre alan olarak ayrılır. Bunu bir ilke ediniz, bu doğrultuda ciddi anlamda, eğer alan hesabı yaptığımızda, bunlar bizde önem taşımaktadır. Şimdi bu zamana kadar, 9 Nisan 2011 tarihine kadar bizde sağlık tesisi alanları kişi başına, eğer bir 15 bin nüfusu kaplayan bir yer varsa, örneğin işte Mudanya'ya yakın Gülsu, daha da büyük anladığım kadarıyla. Mudanya'da 15 binle 45 bin nüfus aralığına gibi 2 metrekare kişi başına sağlık, ama özel değil, kamu tesisi yapılabilir. Bugün 9 Nisan 2011 tarihinden itibaren özel hastanelerde bu kapsama girdi. Bu tarihe kadar biz eğer özel hastane yapılmak istendiği zaman metrekareyi ayrı tutardık. Çünkü derdik ki; özel hastane ticaret alanına girmekte, bu nedenle kamu tesis alanında bu miktarın ayrılması şeklindeydi. Ancak 9 Nisan 2011 tarihinden sonra bize plân yapımına ait esaslara dair Yönetmeliğimizde değişiklik oldu ve bu nedenle artık Türkiye'de de aynı şekilde, eğer bir hastane yeri yapmak isteniyorsa, bunu özel hastanedir, biz ticarethane diye görmeyeceğiz, kamu hastanesi gibi işlem yapacağız.

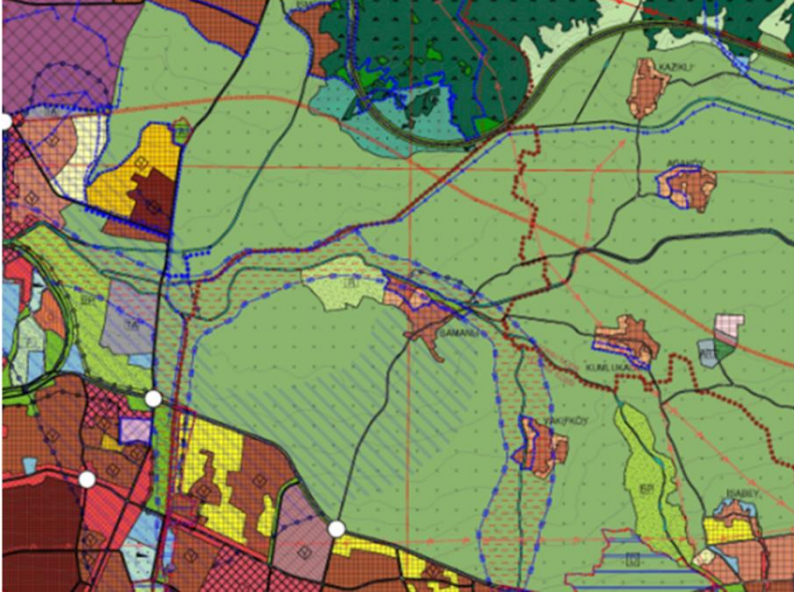
Sağlık alanlarında yer seçimine baktığımızda; bir yerleşmede veya kent düzenlenmesinde, sağlık ve sosyal tesislerin varlığı, o beldede yaşamın daha huzurlu, iyi ve sağlıklı geçmesini sağlayacak, kalkınma ve gelişmeyi etkileyecektir. Özellikle büyük kentlerde kentleşme olgusu ve bunların yarattığı köhneleşme, yoğunlaşma, güneş problemi, hava kirlenmesi gibi olumsuz koşullar, aile bağlarının kopmasına, gençlik sorunlarının doğmasına neden olmaktadır. Bu sosyal sorunların çözü-

mesi de o beldedeki sağlık ve sosyal donatıların varlığıyla ilişkilidir. Bu tesislerin sayılarının ve türlerinin saptanması, nasıl gerçekleştirileceğinin programlanmasının yanı sıra, yerleşme plânlarındaki düzenleme etkilerinin de saptanması bizim açımızdan önem taşımaktadır.

Peki şehir plânlama nedir? Ben bunu uzun uzun anlatmayacağım, sadece şehir plânlamayı şöyle tariflemek istiyoruz; mekânın eylem alanı olarak plânlanması şeklindedir. Bir mekânın ölçeği de, ülke ölçeği, bölge ölçeği, kent ölçeği ve ilçe ölçeği şeklinde ifadeler bulunmaktadır. Bursa İlimizde bu kapsamda da, 2006 yılında Bursa Büyükşehir Belediyesi tarafından hazırlanan 1/25.000 ölçekli plânlar olmuş ve burada hedeflenen yıl olarak da 2025 yılı hedeflenmiştir. Burada yapılan incelemelerde, yapılan tespitlerde, bu plânlarda; eğitim alanları, sağlık alanları, konut alanları, sanayi alanlarının hepsi plânlanmış şekildeydi.

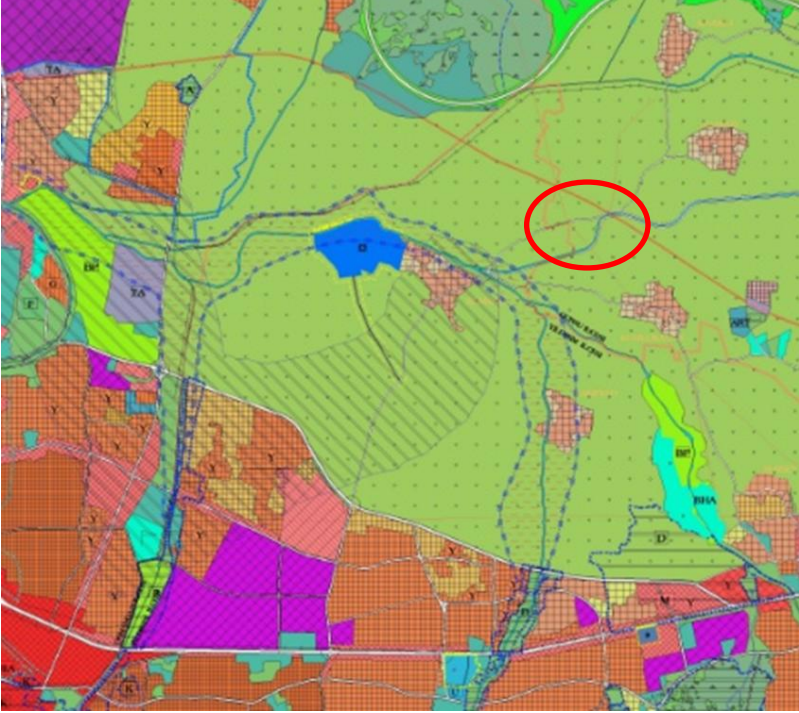
Şimdi buraya baktığımızda şu anda ekranda merkez plânlama bölgesi, batı plânlama bölgesi, doğu plânlama bölgesi ve kuzey plânlama bölgesini görüyorsunuz. Buradaki şehrin geleceğinde olması gerekenler, 2025 yılında hedeflenen Mudanya, kentin kuzeyi olarak göstereceğim Mudanya'da, Aydınpınar tarafında bir sağlık tesisi öngörülmekte, hastane öngörülmekte. Batısında ise Görükle'deki Tıp Fakültesinin bulunduğu yer, aynı şekilde bir hastane yeri olarak hedeflenmiş. Kentimizin doğusunda ise; Kestel'in OSB'nin yanındaki sağlık alanı olarak plânlanmış. Bu kapsamda gerekli ulaşım ve altyapı çalışmaları da, bu 25.000'lik plânlarda yapılmıştır.

Şimdi "*Samanlı Sağlık Kompleksi*" olarak adlandırdığımız yere baktığımızda ise; 2006 yılında onaylanan 1/25.000'lik plânlarımızda bu bölgede rekreasyon alanı olarak tanımlanmıştır. Yani günübirlik gidilebilecek, eğlence, piknik alanları düzenlenebilecek bir yer olarak plânlanmış. Bunun nedeni de, *-biz o zamanlar da tespit etmiştik-* bunun nedeni mera alanını olmasından kaynaklanan bir kullanım kararının geçirilmesi şeklindeydi, ileride bir dönüşüm olacağı söz konusuydu. Bu da 1/5000 ölçekli bizim plânlama sistemimiz içinde yer alan bir ölçeğimiz. Burada da rekreasyon alanı görüyorsunuz, kuzey tarafında gördüğünüz taşkın alan sınırlarıdır.



Şekil 1 Samanlı Sağlık Kompleksi Alanı 1/25.000'lik Planı (2006)

Daha sonra Bursa Büyükşehir Belediyesinde 31 Temmuz 2008 yılında, bu bölgede, rekreasyon alanı olan yerde bir plânlama değişikliği yapma gereğini duyduk ve burasını plân değişikliğiyle, bölge sağlık tesis alanına çevirdik. Bu da 5.000 ölçekli, bölge sağlık tesis alanı, biz bunların hepsine şube olarak itiraz ettik. İtirazımızın nedeni tarım toprağının olmasından kaynaklanmaktaydı. Bu da 2010 yılında yapılan bir plân değişikliği, burada da 2010 yılında yapılan, 17 Haziran 2010 tarihinde Bursa Büyükşehir Belediye Meclisiyle, bu bölge artık hastane yeri olmuş ve bununla birlikte plânlar askıdan 1/1000 uygulamaya geçmek üzere onaylanmıştır.



Şekil 2 Samanlı Sağlık Kompleksi Alanı 2008

Peki burada yapılması düşünülen neydi, rekreasyon alanından bu bölgeye gelene kadar? Şimdi burada entegre tesisleri, plân hükümleri diyor ki; -onayladıkları- “Entegre sağlık kampusu eğitim araştırma hastanesi, devlet hastanesi, özel dal hastanesi, gün hastanesi, sağlık ocağı, klinik otel, rehabilitasyon merkezi, kanser araştırma merkezi, aşı eğitim merkezi, aşı üretim merkezi, aşı araştırma geliştirme merkezi, ana çocuk sağlığı ve aile plânlaması merkezi, toplum sağlığı merkezi, organ ve doku bankası, bölgesel kan merkezi, kan ürünleri üretim tesisi, ağız ve diş sağlığı merkezi, tüm kara, hava ve deniz teçhizatları dâhil olmak üzere 112 acil servis komuta kontrol merkeziyle destek birimleri dâhil ilgili tesislerin her türlü bölümleri ve bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla, Bakanlığın yapmak ve yaptırmakla yükümlü olduğu ek binalar dâhil, sağlıkla ilgili diğer tüm tesisler yapılabilir” denmektedir.

Yani bunları bu plânla yapabilirsiniz. Bir de tıbbi hizmetler dışında kullanım kararları getirilmiştir. Bunlar da otopark, otel, banka şubesi, restoran, kafeterya, konferans ve kültür merkezi, internet ve iletişim merkezi, yaşlı bakım evi, kreş, personel servisi, taksi hizmetleri ve benzeri ulaştırma hizmetleri, zayıflama ve diyet merkezi gibi ön projeye tanımlanacak olan sağlık tesisi konsepti ile uyumlu alanlar şeklinde tanımlandı. Yani siz burada, bu bölgede, çevresi tarım arazisiyle dolu olan alanda her iki tıbbi hizmetler dışındaki kullanımları da yapabilirsiniz, sağlık tesisleri de yapabilirsiniz.

Şimdi biz plânlama açısından bu bölgeye baktığımızda; kentimizin 1/100000 ölçekte, Bursa'nın Anayasası olarak tarif edilen bir plânımız var, 1998 yılında onaylanmış. Buradan söz konusu alan "*Samanlı Sağlık Kompleksi*" dediğimiz yer olarak görülmüş ve ilke kararları var, buradaki ilke kararlarımızda da ovada yer alan tüm tesislerin tasfiyesi, kaldırılması söz konusu. Ancak baktığımızda Bursa Ovarımızda devlet eliyle ciddi anlamda, hem Samanlı Sağlık Kompleksi, hem de **Yeni-çağ'daki** eğitim merkezi gibi birtakım kullanım kararlarının yer aldığını görüyoruz. Daha çok plân değişikliğiyle yapıldığını görüyoruz.

Soldaki eğitim vadisi, sağdaki de sağlık kompleksinin bulunduğu yer. Samanlı Sağlık Kompleksi olarak önerilen bölge doğru bir bölge midir? Teknik anlamda incelediğimizde, plânlama açısından incelediğimizde; şimdi belediyenin kendi yaptığı tespitlerde, Bursa Büyükşehir Belediyesinin yaptığı tespitlerde, bu bölge ciddi anlamda tarım arazisi olarak gösterilmektedir ve tarım arazisinde kalmaktadır. Diğer tarafta baktığımızda kısmi olarak *-yine aynı şekilde kendi ellerindeki veriler bunlar-* taşkın alanında kaldığını görmekteyiz. Diğer taraftan baktığımızda ise; sivilaşma potansiyeli olan bir alanda yer almaktadır.

Neticede bu bölgenin sağlık kompleksi olarak uygun olmadığı bilimsel olarak kanıtlanmış durumdadır. Şimdi Bursa 25000 ölçekli merkez plânlama bölgesinde kalan bu alanda, plân hükümlerinden de anlaşılacağı üzere tarım topraklarının korunması esaslık taşımaktadır. Diğer taraftan afet yönünden incelediğimizde ise; buradaki önerilen bölgenin de, plân değişikliği yapılan bölgenin de çok riskli bir bölgede olduğu görülmekte, bu doğrultuda çalışması yapılması hedeflenmiştir.

Sonuç olarak önerilen Samanlı Sağlık Kompleksi alanı 1/25000 ölçekli, Büyükşehir Belediyesi nazım imar plânı kararlarına aykırı olarak hazır-

lanan bir plân değişikliği sonucu doğmuştur. Peki bu sağlık kompleksi alanının, bu bölgeye yapılaşmasından sonra ortaya çıkacak sorunlar nelerdir? Bu soruya cevap verebilmek için Bursa Büyükşehir Belediye Meclisinin 2010 yılında onayladığı iki plân değişikliğiyle, konunun bütünsel olarak ele alınması gerekmektedir.

Şimdi iki tane plân değişikliği yaptı Bursa Büyükşehir Belediyesi. Birincisi, *-konunun uzmanı Necati Bey anlatacaktır-* Samanlı bağlantı yolu, plân değişikliği kararıyla yaptı. Diğeri ise, Yıldırım toplulaştırma alanı, bu da plân değişikliğiyle ilgili. Baktığınızda bu projede Bursa Ovası içinde kalan yaklaşık 300 hektarlık alanın *“toplulaştırma projesi”* adı altında kaçak yapıları yasallaştırdığınız, aynı zamanda kaçak yapıların çevresinde ve içinde kalan alanlarda boşluklar olmasına rağmen, burasını konut yoğunluğuyla doldurduğunu görüyorsunuz. Şöyle görsel olarak uydudan çektiğimiz fotoğraflar.

Bu projenin gerçekleşmesi durumunda, öncelikle çevresindeki alanlar yapılaşmaya net bir şekilde açılacaktır. Aynı zamanda da kaçak yapılaşmanın önü açılacaktır. Şimdi Orhan Bey bunu net bir şekilde anlatacaktır size, Bursa Ovasının alanları, yıllar itibariyle baktığınızda, resimde de gördüğünüz gibi bir kırmızı lekeyi, yerleşim alanlarının gitgide çoğaldığını görüyorsunuz, kaybedilen alanların gün geçtikçe arttığını tespit ediyorsunuz.

Burada 1/5000’likte ve 25000’likte rekreasyon alanı olarak gözüken yer, ciddi anlamda *“sanatsal kompleks”* adı altında yapılmıştır. Kent merkezinden bu bölgeye ulaşım nasıl sağlanacaktır? Samanlı Sağlık Kompleksi alanının bir bölümü taşkın alanında yer alması sebebiyle yapılacak, taşkın alanını önleme çalışmalarının maliyeti ne olacaktır? Bunu İnşaat Mühendisleri Odamız net bir şekilde anlatacaktır diye düşünüyorum.

Aynı zamanda Samanlı bağlantı yolunun yapım maliyetini de hesaba katmak gerekmektedir. Bu durumda hazine arazisi olması sebebiyle tercih edilen ve sağlık kompleksi yapılması düşünülen bu alanın, sadece konumlandırması aşamasında maliyeti bile bu alanın, bu yatırım için uygun olmadığını göstermektedir. Samanlı Sağlık Kompleksinin yerine ilişkin, bölgenin çevresindeki parsellerin tarımsal faaliyeti halen devam etmektedir. Sağlık tesisinin yapılması ve çevresinde kontrolsüz kaçak yapılaşma ya da imara açılmasıyla ova alanının büyük kısmının

kaybedileceği net bir şekilde ortadadır. Bölgenin tarım alanı dışına çıkarılması için toprak koruma kararı yoktur, bunu net bir şekilde söyleyebilirim. Çünkü biz oda olarak Bursa Tarım İl Müdürlüğüne yazı yazdık, dedik ki; Samanlı Sağlık Kompleksi 5403 sayılı Toprak Kanunu gereğince mutlaka kuruldan geçmesi gerekir. Fakat elde ettiğimiz bilgi, bize gelen bilgi olmadığı şeklindeydi.

Büyük ölçekli kamu yatırımlarının olası bir depremde en çok hasarı görecektir. Taşkın ve sıvılaşma alanı olması doğru bir karar değildir. Kentin doğu kısmında zaten sağlık tesisi alanı kararı getirilmiş, Kestel’de, sağlık kompleksi alanını tarım toprakları üzerinde, riskli bir bölgede konumlandırılması sakıncalıdır. Hastane alanı yer seçiminde önemli bir husus olan çevre düzenlemesi maliyeti ve benzeri konular dikkate alındığında, yapılaşma bulunmayan bu alanda tesisin kurulması da doğru değildir. Hastane alanının, hastalar açısından ulaşılabilirliği kadar, personelin ulaşımı da dikkate alındığında, sağlık kompleksinin yerinin kentin daha merkezi bir noktasında olması yerinde olacaktır. Hastane alanı çevresindeki demografik yapıya bakıldığında ise; sosyo-ekonomik olarak alt, orta gelir grubuna sahip kişilerin, bu bölgeye ulaşmaları, sağlık kompleksinden yararlanmaları, hastane kullanım oranının daha düşük olmasına sebep olacaktır.

Bu koşullar göz önünde bulundurulduğunda ise, siyasi iradenin gücüyle sağlık kompleksi yapılmasına karar verilen bu bölgenin, gelecekte atıl bir yatırım haline dönüşmesi söz konusu olabilir. Basından izlediğimiz kadarıyla, ilk baktığınızda “*Meraya hastane onayı çıkmadı*” şeklinde bir haber vardır, plân değişikliği bundan sonra yapılmıştır. Bu bölge ise Mudanya, Aydınpınar Köyündeki bir hazine yeridir ve plânlı olarak da, sağlık alanı olarak plânlanmıştır. Ancak ilk habere bakıyorsunuz, ondan sonra siyasi irade karar veriyor, diyor ki: sağlık kompleksi Samanlı’ya yapılacaktır. Ardından İstanbul’daki sel baskını oluyor, İstanbul’daki sel baskınından sonra olay farklı bir boyuta geliyor, taşkın alanı gündeme geliyor ve ardından da zeminin sağlıklı olduğu ortaya çıkıyor. Son olarak da Samanlı’daki projeyi değiştirme kararı veriliyor ve bu şekilde Samanlı’ya sağlık kompleksinin plân değişikliği yapılarak elde edilmesi doğru bir yaklaşım değildir. Saygılarımla. (Alkışlar)

Prof. Dr. KAYIHAN PALA (Oturum Başkanı)- Teşekkür ediyoruz, şimdi Ziraat Mühendisleri Odasında, bakalım onlar ne söyleyecekler.

ORHAN SARIBAL (Ziraat Mühendisleri Odası İkinci Başkanı)- Herkese merhabalar, ben de Ziraat Mühendisleri Odası adına bu sunuyu sizlerle paylaşmak istiyorum, ama aynı zamanda o bölgenin üreticisi olması açısından, uzunca yıllardır üretim alanında armut, ayva ve şeftali üretimi yapıyorum, kendi bahçelerimiz var. Belki bu olayın tam içerisinde olan bir insan olarak sizlerle bunu paylaşmak istiyorum.

Tabi öncelikle bir miktar Bursa'nın tarımsal yapısını irdelememiz gerekiyor. Geçmiş yıllarda, bundan 10 yıl önce, 15 yıl önce Bursa denince akla sadece tarım kendi gelirdi, bugün oysa tarım bazen söylenmiyor, bazen de tarımla ilgili birileri varsa o grubun içerisinde, eğer tarımı ilgilendiren birileri varsa, işte tarım kentidir de denip geçiliyor. Aslında tabi işin özü şudur; Bursa kenti inanılmaz bir katma değeri olan bir kenttir, inanılmaz bir rant kapısı bir kent ve bunun ayırında olan mevcut iktidar, kenti talan etmek için elinden gelen bütün gayreti sarf ediyor. Bu talan sürecinin en büyük tahribatının yaşandığı bölümse maalesef tarım alanları. Tarım alanlarının üzerinde her türlü proje ve buna benzer her türlü aktivitede tarım topraklarımızı kaybediyoruz. Bir santimetrekare bir toprağın bile oluşması, yüzlerce, hatta binlerce yıl almaktadır. Yani kaybettiğiniz toprağı bu ülkeye yeniden döndürme şansınız maalesef yok.

Sadece son 20 yılda çok ciddi anlamda 30 bin dekar kadar tarım toprağımızı sanayiye, konuta, kaçak inşaatla gömmüş durumdayız. Şimdi birkaç slaytla bunları sizlerle paylaşarak, ben hem gelişen süreci sizlerle paylaşmak istiyorum, hem de aslında işin özü olan karar noktasındaki siyasal erklerin tavrını, düşüncelerini sizlerle paylaşmak istiyorum.

Bu gördüğünüz slaytta, burada gördüğünüz gibi Yenişehir Ovası, İnegöl Ovası, Bursa Ovası, Karacabey Ovası, Mustafakemalpaşa Ovası olmak üzere ve ana merkez, bizim şu anda gündemimiz konusu olan Bursa Ovası olarak, ova statüsü ya da ova niteliğinde olan bölgelerimiz belirlenmiş durumda. 14.300 hektar gibi görünen Bursa Ovası, o dönem rakamlarıyla bugün yaklaşık olarak 80.000 hektar kadar düşmüş durumda, yani nereden baksanız bir 60.000 hektar yani 600.000 dönüm gibi bir araziyi biz kaybetmiş durumdayız Bursa Merkez Ovası olarak.

Bu gördüğünüz sunuda da, Bursa Ovasının yaklaşık 70'li yıllarda, 70 ve 80 arasındaki olan yıllarda, 11.000 hektar, yani 110.000 dekar gibi

bir yeşil alanı göstermektedir. Füsün Hanım bunlardan bahsettiği için, işte orada kaybettiğimiz alanları, kırmızı alan olarak gördüğünüz yerler kaybettiğimiz yerler. Sarı, dışı siyah çizgilerle belirlenmiş olan alansa şu anda sağlık kompleksi yapılmak istenilen bölgesi olarak algılamaktayız. Bu sarı olan bölge, ova alanı olarak görülüyor, 9.250 hektar yerleşim alanı 1.935 hektar, otobansa 60 hektar gibi bir alan kaplamaktadır. Yine Şehir Plâncıları Odası Başkanım Samanlı yolunun ve sağlık kompleksini birbirine ilişkilendirerek gösterdi ve toprak alanlarımızın kaybının sizinle paylaşmak isteriz. Şehirleşme alanı 84 yılında 235 hektarken, 2008 yılında maalesef 1.995 hektara kadar çıkmış durumda. Ova koruma alanına bakarsak, 11.010 hektardan, maalesef 9.250 hektara düşmüş durumda, bu rakamın 8.000 hektarlar düzeyine indiğini görmekteyiz.

Yine burada, Füsün Hanım bahsetti, 1/25000 plânla ilgili alanların niteliklerini ve risklerini paylaştı, ondan bahsetmeyeceğim. Şimdi aslında görünen 512 dekar gibi bir alan var, yani bu hastanenin yapılacağı alan 512 dekar gibi görünmektedir, ama bunun yanında diğer otel, restoran ve diğer alanların da işin içine katıldığında, buranın yaklaşık olarak bir 700 dekara falan şimdiden çıkacağını söyleyebiliriz. Ayrıca Samanlı bağlandı yoluyla ilişkilendirdiğimizde, sadece bu kaybın yaklaşık olarak 1.500 dekar gibi düşünüyoruz açıkçası. Yani o Samanlı yolu yapılı ve bağlantılar gerçekleşirse, bu kampus de oraya oturtulursa, yaklaşık olarak 1.500 dekar gibi *-tahmini bir rakam bu-* kaybedeceğimizi söylüyoruz. Bu sadece kaybedilecek, bu projelerle kaybedilecek tarım alanı olarak görülüyor.

Peki, bu projenin yapılacağı alandaki toprak özellikleri nelerdir? Sizlerle onu kısaca paylaşmak istiyorum; yani birinci sınıf toprak dediğimiz 63,8 hektar, yani yüzde 13,3 oranı yapıyor, ikinci sınıf yani nitelikli yine özel tarım alanı olarak değerlendiriliyor, 10,5 hektar yüzde 2 olarak değerlendiriliyor. A5 dediğimiz, yani her türlü ekili, dikili, her türlü ürünün üretilebileceği birinci sınıf kaliteli toprak olarak algıladığımızda, 387 dekar alan olarak karşımıza çıkmaktadır ve bu da yaklaşık olarak yine 20 dekar ırmak geçiyor onun içerisinde. Şöyle özetleyelim onu; bu değerlerin toplam çıkan kirli suyun geçtiği, Barakfaki'den gelip, Gürsu'daki arıtma tesisinden çıkan suların geldiği ve o Samanlı'yı bölüp, Demirtaş üzerinden gittiği o ana derenin de yaklaşık olarak 57 dekarlık kısmı bu alandan geçmektedir.

Toprağın temel özellikleriyse; düz ve yüze yakın alüvyal materyal dediğimiz, çok derin, iklim koşullarının izin verdiği her türlü tarımsal üretim yapmaya uygun, yetersiz ve düzeltilebilir drenaj sorunlarından başka hiçbir sorunu olmayan –ki, bu artık her türlü toprakta olan ve hiç önemli olmayan bir durumdur- drenaj sorunu giderilebilir, arazi birinci sınıf yetenek sınıfında olarak değerlendirilebiliriz. Buradan şu anda kent merkezinin içerisinde, ileride çıkabilecek sorunlar açısından bu kompleksle ilgili, ona benzer bir görüntü görüyorsunuz. Tam da ovanın göbeğinde, Samanlı civarında olana bir tesisi görüyorsunuz. Burada tabii ki sulu bahçe arazisi daha çok, üretilen ürünler de, çevresindeki bütün ürünler Santa Maria, deveci, ayva türü ürünler üretilmektedir. En önemli özelliği, sulu mutlak tarım arazisi olması, taşkın riski drenajı sorunları nedeniyle “Mera” olarak ayrılmış. Bakın “taşkın su ihtimali nedeniyle Mera olarak ayrılmış” yani mera olarak ayrılmasının temel nedeni de, ileride olabilecek bir taşkında o bölge tamamen sular altında kalacak, bu nedenle geçmişin bilim insanları, özellikle DSİ kökenli, yani bu konuda çalışan kurumumuz DSİ’nin verdiği bir kararla, burası Mera alanı olarak, tarım bile yaptırılmıyor ki, olası bir selde tarım ürünleri zarar görecektir, o yüzden sadece Mera olarak kalması öngörülmüştür.

Yine buraya çok yakın, hemen hemen 2 kilometrekare uzakta Karesi denin bir fabrika, 10 dekardan başlayıp, şu anda 60 dekar, 70 dekar kadar kapalı alana gelmiştir. Fabrika tekstil fabrikasıdır ve alabildiğine de gidiyor.

5403 sayılı Toprak ve Arazi Kullanım Kanununa göre korunması, geliştirilmesi gereken sulu mutlak tarım arazisi, sulu dikili arazi olarak Yasada yeri olan sınıfa girmektedir. Büyük ova koruma alanı ilan edilerek kirlenmesinin, kentleşmesinin, sanayileşmesinin önlenmesi gereken ova arazisi, bu Toprak Koruma ve Kullanma Kanununun 14.maddesinde bu şekilde tarif edilmektedir. Yani deniyor ki; burası büyük ova koruma alanı ilan edilerek kirlenmemesinin, şehirleşmemesinin, sanayileşmemesinin gereği vardır. Kesinlikle 14.madde bunu net bir şekilde ortaya koymaktadır. Yine Toprak Koruma Kurulunun gündemine getirilerek, tartışılması ve kuruldan amaç dışı kullanım için izin alınması gereken bir arazidir. Şöyle bir şey söyleyeyim size; iki ay önce, sanıyorum Şubat ayındaydı Toprak Koruma Kurulu bunu gündemine aldı, 11 kurum katıldı, 1 tane kurum Büyükşehir Belediyesinin sözcüsü

bu projeye onay verdi, onun dışında 10 kurul bunu reddetti, evet katılan 10 kurum reddetti. Biz bunu mahkemeye taşıdık, şu anda burayla ilgili davamız sürmektedir. Size ondan bahsedecektim ama burada tam yeri gelmişken söyleyeyim; Toprak Koruma Kurulunun böyle bir kararı var, fakat bu karardan sonra buranın, bu projeye uygulanabilirliği mümkün olmayacağı göz önüne alınarak, Türkiye Büyük Millet Meclisi kapanmadan 1 gün önce, karayolları üzerinden Bakanlar Kurulu kamu yararı kararı çıkarttı. Yani bir geçemediler bu işe ve bu son geçen hafta yapılan Toprak Koruma Kurulu toplantısında ise, Vali Yardımcısı yine bu işi aşamayacaklarını anladıkları için es geçti gündeme almadı.

Şimdi kendilerine göre yeni bir Toprak Koruma Kurulu oluşturmaya çalışıyorlar. Önce Ziraat Odasının Osmangazi Şubesini değiştirdiler, Vali Bey de araya girdi, Büyükşehir Belediyesi devreye girdi ve bugüne kadar tarihte hiç olmamış bir şey oldu. Osmangazi Ziraat Odasının delegeleri Büyükşehir'in ve Valiliğin ortak olarak düzenledikleri bir yemeğe alındı, onlara lüks bir hayat sunuldu bir gecelik ve ondan sonra seçim sonucu maalesef Osmangazi Ziraat Odasını biz kaybettik. Neye kaybettik? İktidara kaybettik. Osmangazi Odası adına yetkili olan Toprak Kurulundaki arkadaşı da biz hemen aldık, onun yerine Gemlik Ziraat Odası Başkanına verdik. Yani şimdilik kare gitmedi ve bu Koruma Kurulu toplantısında da Vali Bey bunu geçemeyeceğini anlayınca, gündeme hiç taşımadı, şu anda soğuk bir şekilde duruyor.

Daha acı bir şeyi sizinle paylaşayım; biraz önce Fusun Hanım anlattı, Samanlı çevre yolu, Samanlı yolu, yani bağlantı yolunu konuştuk. Biz bağlantı yoluyla ilgili Ziraat Mühendisleri Odası olarak davamızı açtık, aynı gün toplulaştırma için de *-yine bahsetti Fusun Hanım-* Samanlı Vakıf Millet Mahallesi *-belki bilenleriniz vardır-* o bölgede bir toplulaştırma mantığıyla yola çıktı Büyükşehir Belediyesi ve 3.000 dekar kadar yeni bir alanı tarıma açıyordu. Gerekçesi de şuydu; buralarda yapılaşma var, biz bu yapılaşmanın önüne geçemiyoruz, hiç olmazsa toplulaştırılabilir burayı da koruyalım, hani telle koruyorlar ya, görmüş-sünüzdür tellerle falan bahçeleri koruyorlar ama teller ... bir tarafı yıkıldı tellerin zaten. Niye öyle bir tel çektikleri de belli oldu, herhalde bir telci yandaşları var, arkadaşları var.

Biz bu iki konuyu da dava ettik, yani çevre yolu bağlantısını da dava ettik, toplulaştırmayı da dava ettik. Toplulaştırmada idare mahkeme iki ayda kararını aldı ve reddetti, tekrar reddine itiraz ettiler, onu da red-

detti, onu da karar geldi. Yani o biraz önce Füsun Hanımın gösterdiği toplulaşma projesi şu anda iptal edilmiş durumda, şu anda böyle. Fakat ne yazık ki, biz bu Toprak Koruma Kurulu kararını da mahkemeye bildirmemize rağmen, aradan üç buçuk ay geçmesine rağmen, bu konuda mahkeme karar vermemektedir. Yani hukukun siyasallaşmasıyla karşı karşıyayız. Yani burada gördüğümüz bu süreçler sadece bir projenin hayata geçmesi değil, siyasi erkin, siyasi iktidarın aslında hayatımızın her noktasına karışması anlamına gelmektedir. Yani hukuk diye bir şey yok, hani diyorlar ya “devlete göre mi hukuk düzeni” evet benim anlayışım, benim öngörüm şu, ben siyasete göre hukuk düzeni kurulmuştur Türkiye’de. O yüzden bunca çabaya, bunca mücadeleye rağmen evet direniyoruz, direnmeye devam ediyoruz, ama bu projeye ilişkili olarak da yaşanan hukuksal süreci bilmenizde yarar olduğunu düşünüyorum.

Evet bu da, bu bölgede yetişen, yetiştirilmekte olan deveci armudundan bir görüntüdür. Bu da nektarinle ilgili, yine bu bölgede yetişmektedir, kiraz bu bölgede yetişmektedir, Santa Maria Armudu bu bölgede yetişmektedir. Bir ara sonuç; tarımsal potansiyeli yüksek olan, taşkın ve sıvılaşma riski çok yüksek olan, ulaşım bağlantısı olmayan, dekara 4.000’le 5.000 kilogram, hatta yeni teknolojilerle, yeni bahçe sistemleriyle 7000-8.000-10.000 kilogram bölü dekara kadar, yani bir üründen 10.000 kilograma kadar meyve alabileceğiniz bu bölgeler, deveci ve Santa Maria Armudunun yetişebileceği alanlara, şehirleşme ve rant baskısı yaratacak, 500 dekardan daha fazla 1. ve 2.sınıf tarım arazisi yok olacak, ama ben bu çevre yoluyla ilişkilendirmede –bunu söyledim- 1.500 dekardan aşağı olma şansı hiç yok. Bu sadece yüzde yüz kısa sürede bu projeler uygulanırsa kaybolacak alandır. Bir de konut baskısı, sanayi baskısı vesairelerle onun ölçüsünü düşünmek istemiyorum. Yine Bursa’nın kent merkezinden ovaya doğru olan bölümünde, yaklaşık olarak sizinle onun yerini paylaşayım istiyorum. Şuralarda bir yerde, tam da ovanın göbeğinde maalesef bu proje hayata geçecektir.

İzinsiz, kıyıamları ve kanunlara aykırı, tüm sivil toplum örgütlerinin karşı duruşuna rağmen diyorum, burada yine bir ara vermek istiyorum. Bu çevre bağlantı yoluyla ilgili dün karayolları, iki gündür üreticileri çağırıldı. Üreticilerle pazarlık yapıyorlar, bir komisyon kuruldu. Komisyon üreticileri çağırarak, o plân üzerinde arazisi olan üreticilerle görüşüyor. Son rakamı söyleyeyim size, dekar başın 60.000 TL kadar kamulaştır-

ma bedeli ödüyorlar. Bir dönüm araziye alacaklar yol yapmak için 55.000 - 60.000 TL civarında dekar başına para ödeyecekler. Bu ne demek? Bu şu demek; son 10 yılda tarımda büyük bir çöküş yaşanmaktadır. Çöküşün adı şudur; artık küçük ve orta ölçekli üretici bu sektörde kalma hakkına sahip değildir. Girdi fiyatlarıyla, yaşam standartlarıyla, yaşam biçimiyle, eğitimi, sağlığı her şeyi paralı yaşayan üretici de artık ciddi anlamda bir gidere ihtiyaç duymaktadır.

Bu nedenle elindeki mevcut küçük arazilerle ayakta kalma şansına sahip değil. Arazilerini satmak zorunda kalıyor, ama satamadığı yerlerde toplumuna karşı, çevresine karşı utandığı için bu tür bazı projelere de üreticinin bir kısmı evet demektedir. Bugün için o sıcak para onun işini görecektir, ama bunun örneğini biz birkaç yerde anlatıyoruz. Örneğin Bademli yolunda yaşanan, şu anda villaların olduğu bölgede, uzunca yıllar önce yine aynı senaryoyu izlemiştik. Üreticiler arazi üretiminden kazanamadıkları için arazilerini verdiler, oralarda şimdi villalar var, ama maalesef o villalarda bekçilik bile yapamıyorlar; çünkü yaşadıkları tarihsel kültür, mülkiyet sahibi olma bilinçleri ve yaşam standartlarının yüksek olması nedeniyle o villaları gidip, biz sizin kapınızda bekçilik yapmak istiyoruz diyemiyorlar. Onun yerine daha rahat ... daha rahat insani iş gücünü kullanılabilecek, doğudan, başka bir yerden gelen insanlarla bu işi yapmaktalar.

Yani burada halka da bunu anlatmaya çalışıyoruz, üreticilere anlatmaya çalışıyoruz. Demek istediğim şu; 50.000-60.000 TL'yi 1 dekar tarım alanından, kısa sürede, uzun sürede alma şansına sahip değilsiniz, ama o arazide şunu yapabilirsiniz. Siz, çocuklarınızı, çocuklarınızın çocukları az gelirse orada yaşamlarını sürdürüp, kölelik düzenine karşı ayakta durabilirler, biz bunu anlatmaya çalışıyoruz. Yani 1 metrekare fabrika mı, 1 metrekare toprak mı çatışmasını ya da karşılaştırmasını yapan ucube insan kitlelerine karşı bunu yapmaya çalışıyoruz, bunu anlatmaya çalışıyoruz, bizim görevimiz ve misyonumuz bu, ama kısa sürede görünen kâr çok büyük. Bu şunu da kendiliğinden doğuruyor; *-biraz önce Füsun Hanım bahsetti-* yani kamulaştırma değerinin bu kadar yüksek olan, bu kadar pahalıya mal olacak bir projeyi nasıl hayata geçirirler. Ancak şu soru insanın aklına geliyor; demek ki bundan çok daha fazla bir kazanç var bu sürecin içerisinde.

Bize 2 yıl önce, 3 yıl önce Bursa'da 10 Milyar, 15 Milyar Dolar rantla buranın birileri tarafından paylaşılacaktır denildiğinde, düşünüyorduk

ama böyle olup olmayacağı konusunda çok fazla eylemselliğini düşünemiyorduk. Bugün bu işin ne kadar ciddi ve ne kadar büyük bir rant kapısı olduğunu Bursa için görmek durumundayız. Yani şöyle bir düşünülduğünde, ben inanın bu rakamlara tasavvur edemiyorum, çok ciddi rakamlar bunlar. Bu da işte tarım alanlarının tahrip edilip, ortaya çıkan sonuçlar olarak Bursa'da görülmesi gereken.

Sonuç ve önerilerle de ilgili birkaç şey söylemekte yarar var. Bursa'da kentleşmenin ve sanayileşmenin verimli arazilerine zarar vermeden gelişebilmesi için verimli tarım arazilerine zarar vermeden gelişebilmesi için 5403 sayılı Toprak Koruma ve Arazi Kullanma Yasası gereği değişen ve arazilerin sınıfının tespitinde kullanılacak kriterlere göre mutlak, özel ürün, dikili, marjinal tarım arazilerinin sınıf tespitleri güncel ve detaylı toprak haritalarına dayanılarak yapılmalı ve 1/25000 ölçekli tüm plânlamalarda temel alınması gerekmektedir, işte Bursa'nın kalan kısımları ve tahrip edilen kısımları.

Plânlama kararlarının daha doğru ve sürdürülebilir olması, Bursa İli doğal kaynaklarının sürdürülebilir kullanımının sağlanabilmesi ve en önemlisi 3573 sayılı Zeytinciliğin Islahı ve Yabancılarının Aşılattırılması Hakkında Kanun kapsamında olan yerlerin belirlenmesi ve Kanunda geçen koruma mesafelerine uyulabilmesi için Bursa İlinin güncel arazi kullanım örtü türleri belirlenmeli ve 1/25000 ölçekli olarak haritalandırılmalıdır. Bu da yine hemen hemen bütün bu ürünlerin üretildiği, üretilebileceği o bölgenin ürünlerine olabileceği bir ürün detayı, her türlü plân hazırlanması ve onaylanmasıyla tarım dışı amaçlarla kullanılacak arazi izinlerinin alınması sürecinde, 5403 sayılı Toprak Koruma ve Kullanımı Kanunu gereğince oluşturulan, Bursa İli Toprak Koruma Kuruluna arazi sınıfları belirtilmeksizin gereken görüş ve verilen onaylar alınmalıdır.

Yerel yönetimlerin, sivil toplum örgütlerinin, resmi kurum ve kuruluşların desteğiyle, il düzeyinde tarım arazilerinin son durumlarına ait bilgiler üretilmeli, arazi kullanım plânlama çalışmaları tamamlanarak tarımsal potansiyeli yüksek ovalara, büyük ova statüsü kazandırılmalı, alternatif konuk ve sanayi alanları belirlenmeli ve veri tabanları oluşturulmalıdır. Kanunda plânlara uyulmalı, uymayanlar mutlaka cezalandırılmalıdır. Karar alma süreçlerinde meslek odalarının, üniversitelerin, etkilenecek bölge insanların katılımı sağlanmalı ve görüşleri alınmalı, bilimsel ve teknik araştırma sonuçlarına saygı gösterilmelidir.

Son paragraf için şunu söylemek lazım; evet, mevcut siyasal iktidarla yerel yönetimler inanılmaz derecede paylaşımcı, her konuda aşağı, yukarı bilgilerimizi soruyorlar. Yeni yapılacak 1/100000'in için de bizi topladılar, orada da düşüncelerimizi söyledik. Biz Ziraat Odası olarak çok net bir şekilde, ne yaparsanız yapın karşıyız, hani şey gibi “çarşı, her şeye karşı” gibi ısrar ettik. Bursa’da yapılan her şeyin toprak aleyhine olduğu için karşıyız, biz topraktan yana olduğumuz için 1 metre-kare için bile, gerekçe ne olursa olsun hakikaten karşıyız ve karşıyız.

Maalesef, işte 42 tane falan madde hazırlandı, dendi ki bu 42 maddeye uyulursa genel anlayış olarak, bu 1/100000’lik plâna biz olur verebiliriz gibi bir izlenim vardı orada, ama bir baktım ertesi gün gazete şey çıkmış “42 tane madde belirlendi ve tümüne katılanlar onay verdi” el insaf, ben orada olmasam, konuşmasam, oda başkanına ya da katılan arkadaşına diyeceğim ki siz ne yaptınız? Ben orada çıkıp bir de kürsüde, oradaki bütün kitleye biz buna karşıyız, bu kesinlikle uygulanmaması gereken 2020 plânu var zaten, buna uyun dedik, henüz erken bunun için çalışmalar başlasın ama bu yanlıştır dedik. Ertesi gün gazetede çıktı, kent konseyi başkanımız herkesin yüzde yüz onayıyla 1/100000’lik plân Bursa için uygulanabilir dedi.

O yüzden çok enteresan süreç yaşıyoruz ve son söz; toprak yoksa, hayat yok diyoruz. Bir şey var, bizim Anadolu’da çok söylenir, iki tane anekdot var bu ülke için, bu ülkenin insanı için. Bir tanesi orman ve balta ilişkisi; orman baltaya diyor ki “balta sen beni kesemezsin, ama ne yazık ki sapın bende” Bir de bizim yine Anadolu’da söylenilen bir söz var “her ağacın kurdu özündendir” der. Hani bizde zamanı gelince emperyalistler, kapitalistler vesaire söyleriz –ben çok kullanıırım bunları- yani yeni dünya düzeni küresel sömürü adı altında IMF, Dünya Bankası falan filan söylerim, ama işin özü kendimizdedir. Bizim kurtlarımız buradadır, bu ülkenin içerisinde, Bursa’nın içerisinde. Diyecek çok söz bulamıyorum, teşekkür ediyorum. (Alkışlar)

Prof. Dr. KAYIHAN PALA (Oturma Başkanı)- Biz de teşekkür ediyoruz, son konuşmacımız İnşaat Mühendisleri Odası, buyurun.

NECATİ ŞAHİN (İnşaat Mühendisleri Odası Başkanı)- Evet saygıdeğer hekimler, bende bir doktor ağabeyi olarak sizi saygıyla selamlıyorum.

Şimdi tabii burada Şehir Plâncıları Odası Başkanımız, Ziraat Mühendisleri Odası İkinci Başkanımız özellikle plânlama ayağını ve toprakla ilgili, tarımla ilgili ayaklarını çok güzel şekilde izah ettiler. Aslında biz inşaatçılar isteriz ki, bize inşaat yerleri açılsın, bizler de inşaat yapalım, hafriyat yapalım, demirleri, kaldırımın betonlarını atalım, para kazanalım. Fakat artık öyle olduk ki, biz bile isyan ediyorsak, yani İnşaat Mühendisleri olarak isyan ediyorsak, demek ki durum çok vahim.

Değerli arkadaşlar, tabii Samanlı Sağlık Kompleksinin dışında birkaç tane daha saptama daha yapacağım ileride, fakat şunu söyleyeyim: tabii Samanlı Sağlık Kompleksinin bir plânlama ayağı var. Bu plânlama ayağı, tabii ki şehir plâncılarının, tabii sağlık sektörünün tabiiplerin, bunların bilgileri dışında harmanlanarak ortaya konması gereken bilimsel bir süreç. Şimdi ne oluyor? Şimdi Bakanımız bir bakıyorsun –*gerçi şu anda yoklar*- fakat Bakanımız bir bakıyorsun karar değiştiriyor, “*Oto Sanayi Sitesinin üzerine yapsak mı acaba*” diyor. Yani sabahleyin kalktığı zaman o günkü ruh hali neyi gerektiriyorsa, Belediye Başkanımız sabahleyin kalktığı zaman nasıl işte gece yatış saatine göre, sabah kalkış saatine göre Bursa’da ulaşım ile ilgili, Bursa’da yıkımlarla ilgili, her konuyla ilgili ciddi kararlar verebiliyorlar. Bazen helikopterle Başbakanımız geziyor, fakat onun dışında genelde yerde geziyorlar.

Stadyumla ilgili, gerçekten stadyumla ilgili söyleyeceğim, Allah Başbakanımızdan razı olsun, yani eğer Başbakanımız olmasaydı, Kültür Parkı içerisi dâhil, gerçekten ucube olacak bir timsahla kaplanmış olacaktı. Yani Başbakanımızı bu konuda bir tek ona kalmıştı, çünkü ben son stadyumla ilgili dosyayı bir Sayın Milletvekilimizle birlikte Başbakana kadar da ilettik. Sağ olsunlar, kendileri talimat verdiler, yoksa Belediye Başkanımızı kim tutar.

Değerli arkadaşlar, şimdi şöyle söyleyeyim; tabii Sabanlı Sağlık Kompleksinin bir plânlama ayağı var, bir de inşaat mühendislerini ilgilendiren taşkın alanlarıyla ilgili sıkıntısı var, ulaşım ile ilgili sıkıntısı var, yapılaşmayla ilgili sıkıntıları var, otoyol bağlantı yollarıyla ilgili sıkıntıları var, tarımla ilgili sıkıntıları var, fevkalade sıkıntılı bir yer. Şimdi tabii şöyle oluyor Bursa’da, gerçekten Bursa çok değişik bir yer, bugün 16 kadar Büyükşehir Belediyesi içerisinde kentleşme, kentlileşme, kent performansı açısından son 2 yılda yapılan kentlerde Bursa, 16 Büyükşehir Belediyesi içinde 15.sırada. Doğrusu bir mühendis arkadaşımızın belediye başkanı olması bizi umutlandırmıştı, yani mühendisler

biraz analitik düşünürüz, matematiği ön plânda tutarız diye düşünmüş idik.

Şimdi şöyle söyleyeyim; siyasiler seçildikten sonra, mühendis olsun, doktor olsun hiç fark etmiyor, etrafı sarılıyor. Yani öyle oluyor ki, akşam evinde yatıncaya kadar birileri yanında oluyor, sabahleyin evinden alınıyor ve tüm programlar, fotoğraf çekmeler dâhil olmak üzere, mesela belediye başkanımız dikkat ederseniz hep fotoğraf çektiriyor ve direkt poz vererek fotoğraf çektiriyor. Geçen gün kızım söyledi, belediye başkanımız her gün fotoğrafları var, bu gazetecilerle nasıl bir ilişki ki her gün fotoğraflar yayınlanıyor, fakat cepheden yayınlanıyor fotoğraflar. Yani bir yeri ziyaret edersiniz de o anda çekilmiş doğal fotoğraf değil, hepsi işaret ederek, poz vererek yapılan resimler. Yani arkadaşlar siz her gün konuşmak durumunda değilsiniz, her gün resim çekirmek durumunda değilsiniz, her gün resimlerinize bakıyoruz. Ben Ortadoğu'da da bazı işler yaptım, çok geri kalmış ülkelerde sürekli oranın liderinin resimleri, posterleri her yerde olur. Irak'ta da iş yaptım, nereye bakarsanız Saddam'ın galibiyetinin fotoğrafları vardır. Yani bu artık resmin gösterilmesi, nihayetinde sizin yaptığımız, icraat yapıyorsunuz veya aktörlük yapmıyorsunuz, mutlaka ne yapmanız lazım, icraatlarınızı göstermeniz lazım. Fakat her gün de gazetelerde bu şekilde poz verilmesi gerçekten insanlarımızı rahatsız ediyor.

Şimdi bu kentle ilgili önemli kararlar verilirken, dünya gelişmiş ülkeler neler yapıyor, biz ne yapıyoruz? Şimdi kente ilgili verilen kararlar çok önemli kararlar. Yurtdışında gidiyoruz, işte kentleşmeyi görüyoruz, Viyana'da görüyoruz veya işte Rusya'da, ben mesela son Petersburg'a gittim, enteresandı, yani kentleşme, kent plânlaması açısından harika, ne bir balçık var, ne bir dalçık var, ne bir köprülü kavşak var, insan endeksli. Yani yaya nasıl gidecek? Gözü görmeyen vatandaşa yolunu bulmak için ona nasıl bir katkı koyacaksın, neler yapacaksın, tamamen insana endeksli, ama bizde insan endeksli değil. Bizde ne endeksli? Bizde otomobil endeksli, yani insanlar otomobilleri nereden nereye götürecektir? Acemler kavşağını yapıyorsunuz, bir geçin bakayım karşıdan karşıya Acemler kavşağında veya Demirtaş kavşağından geçin, insanla ilgili bir olay yok ki, tamamen arabalarla ilgili, arabaya göre dizayn edilmiş bir olay.

Şimdi değerli arkadaşlar, buradaki asıl sıkıntı, Samanlı Sağlık Kompleksinde de aynı şey var, nedir? Öncelikle, bir düşünce yok. Yani siz bir

proje yapıyor, bir yatırımı gerçekleştirdiğiniz zaman düşünceyi ayırdığınız yüzde 5 civarındaki pay, o projenin yüzde 70 daha rantabl olmasını sağlar. Düşünceden sonra ARGE'si olması lazım, ARGE'den sonra işte en önem verdiğiniz plânlama aşaması gelmesi lazım. Plânlama aşamasından sonra proje aşamasına geçmeniz gerekirken, hiçbir şey yokken, proje de yokken, sabahleyin başkanımız kalkıyor diyor ki veya bakanımız veya milletvekilimiz; şuradan geçiyor, trafik tıkalı diyor, o zaman ne yapalım, hemen buraya balçık yapalım, hemen bir kavşak yapalım çözeriz diye söylüyor, talimat veriyor. Biraz önce Orhan kardeşim dedi ki, “işte ağacın sapı da ormandan ya” çok doğru. Evet, bizim de mühendislerimiz, mimarlarımız, şehir plâncılarımız maalesef o yanlış projeyi çiziyorlar, ama doğrusu şu anda Büyükşehir Belediyesinde çok ciddi bir teknik kadro var ve bu teknik kadrolarda çok bilinçli olan, bu konuda uzman arkadaşlarımız var. Fakat hiçbir zaman bunların fikirleri, düşünceleri maalesef sorulmuyor arkadaşlar.

Şimdi zincir kopuk, zincir kopuk olduğu zaman ne oluyor o zaman? Adliyenin yerini gezerek tespit ediyorsunuz. Yani kent plânlamasını kendi çevre düzeni plânıyla komple ele almıyorsunuz. Bakınız mesela, övünerek söylüyoruz, 1998 yılında yapılan plân –ki, ben de o zaman oda başkanıydım- fakat katılımcı bir anlayışla. Herkesin katılım gösterdiği, şeffaf bir ortamda, tüm odalarla birlikte, hatta Bursa'yla birlikte plânladık Bursa'yı, ama bugün arkadaşlar 100.000'lik plânlar yapıyor. Yani her ne kadar kent konseyi, kent konseyinde biz Ziraat Mühendisleri gibi katkı koymadık, kent konseyinde konuşmadık, neden? Çünkü kent konseyinin bir aksesuar olduğunu biliyorduk. Kent konseyi başkanı benim arkadaşım, inşaat mühendisi, ama kent konseyi başkanımız maalesef bazı odalarımızı, o da aksesuarın aksesuarı oldu kullandı. Biz o şeye gelmedik, doğrusunu söylemek gerekiyorsa.

Şimdi arkadaşlar ne olması lazım? Yıllarca ne olmuş, belki biraz sağlık kompleksinden çıktım da, fakat işin aslı odur. Ben yani çağdaş, muhafazakar bir insan olarak kendimi algılıyorum, fakat yıllarca bize ne söylediler arkadaşlar, solcular ne derse onun tam tersi odur derdiler. Her zaman söylediler, okulda da böyle öğretiler, fakat daha sonra, şimdi bunu şöyle algıladık; yani arkadaşlar o zaman insanların arasındaki irtibatı kesiyorsun, düşünceyi kesiyorsun, fikir teatisini kesiyorsun, o zaman kimse bilgi aktarımı olmuyor. Yani arkadaşınızın ne dediğini

dinlemeden veya solcu arkadaşların sağcılar “*bunlar hiçbir şey bilmez, onlar okumaz yapmaz*” deyip, onunla da onun temasını keserek, bir defa kutuplaşma işte siyasetin ana argümanı bu olmuştur, kutuplaştırmıştır. En rahat şey, kimseyi kimseye görüştürmeden, kimseyi kimseye buluşturmada kendi işini görmek.

Değerli arkadaşlar biz bu tartışma platformlarından uzaklaşmamız lazım. Bakınız taşkın alanı, taşkın alanı o kadar önemli bir olay ki. Bir milletvekilimiz kalkıyor diyor ki, “*Samanlı Sağlık Kompleksini taşkın alanından çıkarttık*” diyor. Şu anda gerçi milletvekili değil, kendisi de hukukçu. Şimdi arkadaşlar Samanlı Sağlık Kompleksinin taşkın alanından çıkartılması o kadar zor bir iş ki. Siz yüzde 47’ si taşkın alanında olan bir yeri çıkartmanız için, biraz sonra okuyacağım, bütün konular birbirine girmiş, Sağlık Müdürlüğü, Büyükşehir yazmış, Büyükşehir BUSKİ’ye, BUSKİ DSİ’ye, DSİ Karayollarına hepsi birbirine yazışmalar yapıyorlar. Bu yazışmalarda kimin ne yaptığı belli değil. Hatta size okuyacağım çok enteresan bir şey var. Q105 diye kod zannederek İl Özel İdaresi DSİ’ye soru soruyor, DSİ diyor ki Q 105 için, 500 yıldaki yağış debisidir, yağış miktarıdır diyor, o bir kota göstermiyor diye, yazıdan okuyacağım biraz sonra size.

Değerli arkadaşlar, bunlar hadi bizi dinlemiyorlar, odaları dinlemiyorlar –*biraz sonra okuyacağım*- Başbakanı da dinlemiyorlar. Doğrusu işte **BESOT** projesinde olduğu gibi bir boş vazo, büyük çini vazosunu hediye ettiler Başbakana, yer belli değil. Yer istismak edilmemiş, projesi yok, imar plânı yok, TOKİ’yle BESOT protokol imzaladı arkadaşlar. Aslında Başbakan yanıtıldı, ciddi şekilde yanıtıldı ve Başbakana emrivaki yapıldı, ne için yapıldı? BESOT her gelene –*ki öteki sol partileri de ziyarete gitti, hatta ben gazetede okuduğum kadarıyla, şimdiki il başkanını özür dilemiş BESOT Başkanından*- Yani şunu söyleyeyim yani bir vazoyla Başbakan yanıtılıyor, olmayan iş, olmayan hadise üzerine imza atılıyor ve kaç senedir de uğraşyoruz. Neden? Çünkü emrivakiyle imza atılıyor ve sonra o atılan imzanın arkasından iş götürülmeye çalışılıyor.

Büyükşehir Belediye Başkanı geliyor diyor ki; ben o projeyi kucacağım da buldum diyor, daha sonra mecburen yani onu çıkartmak mecburiyetinde, yani inanmadığı projeyi çıkartmak mecburiyetinde kalıyor.

Değerli arkadaşlar, Başbakanlık genelgesi var, Başbakanlık genelgesinde diyor ki 07.08.2009 tarihinde, “Devlet Su İşlerinin il, ilçe, belde her yerde yapılacak her projede 1/1000’lik mevzi olarak yaptığınız her plânlamada Devlet Su İşleri Genel Müdürlüğünün tedbir ve tavsiyelerine titizlikle uyacaksınız” diyor ve çok önemli bir şey söylüyor “akarsu yatakları içinde oluşan ve dere yatağı kesitini daraltarak veya mevcut sanat yapılarının tıkanmalarına neden olan taşkınlara ve muhtemel taşkın boyutlarının artmasına sebep olan ağaçların dahi temizleneceğini” söylüyor.

Peki siz ağaçların dahi temizleneceğini söylüyorsunuz, temizlenmesi gerektiğini Başbakan genelgeyle talimat veriyor, ne yapıyor arkadaşlar? Yıldırım Belediye Başkanımız esenlik kanalını yapıyor. Esenlik Kanalını Yıldırım’a gidenler görmüştür, tavsiye ederim, oraya sefa kayıtları da koydu kendileri, Esenlik Kanalı taşkın için yapılmış olan kanalın üzerine yüzde 70’ni kapatıyorsunuz ve havuz yapıyorsunuz, onun üzerinde de kayıtlar gezdiriyorsunuz, bunu yapan Belediyemiz.

Değerli arkadaşlar şimdi taşkın alanına baktığımız zaman işte Kaplıkaya Cazibe Merkezi, tamamen DSI’nin görüşlerine ters olarak Kaplıkaya Cazibe Merkezi, Başbakan demiş ki “... kurulları kurulacak ve kesinlikle dere yatağına yapı yapılmayacak” diyor Başbakanımız. Biz gidiyoruz, işte bazı taşkınlardan sonra kalkıyoruz, vatandaşın evini istimlak ediyoruz, yıkıyoruz, bir tarafta Kaplıkaya’da kalkıyoruz derenin içerisine bina yapıyoruz arkadaşlar. Tamamen DSI’nin görüşlerine aykırıdır ve son olarak bir yağmur yağıyor, normal yağmur yağıyor, içindeki bütün yapıları yıkıyor. Sonra bize geliyorlar bilirkişi olarak. Müteahhit diyor ki; ben bana verilen projeyi yaptım, ama sel geldi götürdü, belediye benim paramı ödemiyor, ne yapalım diye bize soruyor.

Biz diyoruz ki arkadaşlar, Kaplıkaya Cazibe Merkezine, buranın projesi var mıdır, kaç paraya sözleşme imzaladınız, bunun mühendislik hesapları var mıdır diye soruyoruz, hiçbir şey yok arkadaşlar. Sadece Nilüfer Deresinde yapıldığı, Nilüfer Deresinde bir peyzaj projesi nasıl orası yine ağaç dikilmemesi gereken yere binalar yapıldı ise, Kaplıkaya Cazibe Merkezinde de kesinlikle yapılmaması gereken ve müdahale edilmesi gereken yerlere maalesef bu binalar yapıldı.

Şimdi bir yerin taşkın alanından çıkması için özellikle dere ıslah çalışmalarını yapılması ki, Samanlı Sağlık Kompleksinde de bu taşkın ala-

nının çıkarılması 100 Milyon Doları geçiyor. Yani siz Deli Çay'ın memba kısmından başlayarak bütün dere ıslah çalışmaları yapacaksınız, ciddi yatırımlar yapacaksınız ve geleceksiniz aynı zamanda Ankara yolu üzerinde, İstanbul yolu üzerindeki bütün köprüleri yeniden revize edeceksiniz. Arkadaşlar burada Karayolları Proje Müdürlüğünün yazdığı yazılar var. Aman diyor, siz bu kadrajlara inmeyin, yoksa derin, temellerin, köprünün temeli şeye iniyor. DSİ diyor ki “*bu hesabı kurtarmak için girişleri hesaba katmasak olur mu*” tarzında, İl Özel İdaresiyle DSİ'nin birbirleriyle görüşleri var.

Şimdi arkadaşlar Samanlı Sağlık Kompleksinin bir kere dere ıslahı için 100 Milyonlarca Dolar, ne yapıyorsunuz? Bir başka matruşkası, Samanlı bağlantı yolu. Arkadaşlar şimdi sizler doğu etabı biliyorsunuz 27 kilometreydi, Yalova yolundan orada Turan Köy' den bu tarafa, ilk şu anda bittiği yerde 20 kilometre, Turan Köy' de de 34 kilometre. Aslında bu 34 kilometrelik yoldan bağlantı yolu olması lazım. Bağlantı yolu ne yapmış? Yani biz tabiat tarım arazilerini bir tarafa bırakırsanız, *-inşaat meclisi açısından, ulaşım plânlaması açısından söylüyorum-* bir defa Oto Sanayi Sitesinden Kazıklı'ya bağlamış ve Kazıklı'da her türlü konutları yapılmış, bütün köprü geçişler yapılmış, fakat o zamanlar bir şekilde çeşitli kurumlar karşı çıkararak yapılmamış. Şimdi bunun yerine Samanlı'yı yapalım diyorlar arkadaşlar. Şimdi 9 tane yapılan ulaşım etüdünden hiçbir tanesinde Samanlı bağlantı yolu yok. Çünkü Samanlı bağlantı yoluna geldikten sonra zaten Yalova yoluna yaklaşıyorsunuz arkadaşlar. Samanlı bağlantı yolu trafik yükünü yüzde 12, şu andaki kapasite kullanımı gerçekten çok düşük, ben inşaat mühendisi olarak söylüyorum, yani bir otoyol bağlantı yolunun yapılması lazım, yapılacak yer de mutlaka en azami trafik yükünü aktaracağınız yerler olması lazım ki, bu da Oto Sanayi Sitesinden yapılan bağlantı yoludur, yapılması gereken bağlantı yoludur. Yani ulaşım açısından baktığımız zaman söylüyorum. Eğer bu yapılmayacaksa, eğer bu yol yapılmayacak gibiyse, bu çevre yolunun yapılmasını bir anlamı yok. Devletin şu ana kadar 400 Milyon Dolar parası yatırılmıştır ve kapasite kullanımı fevkalade düşüktür.

Değerli arkadaşlar Samanlı bağlantı yolu, neredeyse kamulaştırma olasılığı da çok yüksek, biraz önce Orhan Bey açıkladı, yani bir dönümüne neredeyse 60 bin lira para vereceksiniz ve bu bağlantı yolu, otoyol bağlantı yolu tarzında değil de, hangi tarz da oluyor? Normal

bölünmüş yol tarzında olduğu zaman siz zaten etrafı yapılaştırmaya açılıyor. Bugün Görükle'deki bağlantı yoluna baktığınız zaman, kontrollü otoyolların etrafının yapılaşma riski daha azdır, ama siz açık bir yol yaptığınız zaman burada yapılaşma riski fevkalade yüksek.

Değerli arkadaşlar, yani Samanlı bağlantı yolu, toplulaştırma projesi, taşkın alanları çok ciddi şekilde yatırım maliyetleri gerektiriyor. Şehir Plâncıları Odası Başkanımızın da söylediği gibi. Yani siz zaten bu yapılan yatırımların çok cüzi bedeliyle, onda biriyle başka bir yerden arsa alıp veya başka yerlerden arsa alıp, çünkü sağlık, tabii sizler çok daha iyi biliyorsunuz, şehir plâncıları arkadaşlarımız çok daha iyi biliyorlar ki, sağlığın yakın mesafede olması gerekir. Fakat biz daha sonra burada toplulaştırma projesi adı altında veya sağlık kompleksine yapılan plân tadilatından şunu anlıyoruz ki, burası bir kamuyla ilgili yapılan bir olay değil. Burası yeni bir dünya yaratılıyor, yeni bir düzen yaratılıyor, yapışlet-devret modeliyle olacak şekilde ön yeterlilik ihaleleri çıkıyor. O zaman ne oluyor? Vatandaşın anladığı sağlık kompleksinden ziyade, burası yeni bir eğlence merkezi, yeni bir yaşam merkezi, burada farklı bir şey çıkıyor. Yani siz toplulaştırma, yani üç tane matruşka var, toplulaştırma projesi, samanlı bağlantı yolu ve bunun yanında Samanlı Sağlık Kompleksi, aslında orada 300 hektarlık alanı, yani 3 milyon metrekare alanı kapsayan, kapsamlı bir proje. Bu projenin Samanlı Sağlık Kompleksi, yani nasıl oluyor arkadaşlar? Bir yere kaçak inşaat yapılmaya çalışılırsa, öncelikle orada cami yapılıyor, caminin temeli atılıyor, kimse camiyi yıkamıyor. Cami ufak ufak yükseldikçe yanında inşaatlar yükseliyor.

Aynı şekilde bu cami olarak kullanılıyor, yani göstermelik olarak Samanlı Sağlık Kompleksi, fakat aslında sağlık kompleksi değil, bu çok büyük bir kompleks, bunun çok da büyük maliyetleri var. Biz onları elimizden geldiğince, dilimiz döndüğünce bilimsel olarak anlatmaya çalışıyoruz, ama her gün görüyoruz ki yeni bir matruşka karşımıza çıkıyor. Umarız Samanlı toplulaştırma projesi mahkemeye iptal edildi, ama sağlık projesi, Samanlı yoluyla ilgili kamulaştırmalar başladı. Bizler de Ziraat Mühendisleri Odası, Şehir Plâncıları Odası bu konuda dava ettik, fakat doğrusu Karayolları Bölge Müdürümüz de yeni geldi, izah ettiğiniz zaman veya DSİ Bölge Müdürüne izah ettiğiniz zaman kişisel olarak tamam, ama çok ciddi baskı altındalar. Yani burada aslında Samanlı'da yeni bir sağlık kompleksi olmuyor, Samanlı'da yeni

bir dünya meydana geliyor, işte o dünyaya da şu anda adım adım yaklaşıyoruz. Umarız burada tabi hukukun işlemlerini arzu ediyoruz, ama çok geç işleyen bir hukuk var ve sizin idari kararlara yetişme şansınız da yok. Bir mahkemede bir karar alınıyor, o karar çıkıncaya kadar *-eğer yürütmeyi durdurma alamadıysanız-* inşaat çok verimli bir aşamaya geliyor. Bir aşamadan sonra yeni bir ufak tadilatla tekrar uzatılıyor, yani sizin yetişme şansınız hemen hemen imkânsız, hukuksal olarak baş etme şansınız da yok, onu söyleyelim, ama biz de Samanlı'da hayırlı olsun diyorum, yeni bir dünya doğuyor. Teşekkür ederim, saygılar sunarım. (Alkışlar)

Prof. Dr. KAYIHAN PALA (Oturum Başkanı)- Biz teşekkür ederiz. Şimdi söz salonunda birkaç soru alabiliriz diye düşünüyorum. Bilmiyorum Türkiye'nin başka kamu özel ortaklığıyla ilgili hastane modellerinde, böyle şehirde bir gündem ve dayanışma var mı? Bursa'da bu açıdan ben şanslı olduğumuzu düşünüyorum, önemli bir dayanışmamız var kendi aramızda. Yani bu gördüğünüz ekip, benim hatırladığım kadarıyla üç defa basın toplantısı yaptık, bunun dışında zaman zaman televizyonlarda, değişik yerlerde konunun yanlışlarını dile getirmeye çalışıyoruz. Üstelik de mücadelede farklı siyasal kimliklerin birlikte olması çok önemli. Hani genellikle yaptığımız işler ideolojik olarak hemen tanımlanmayabilir, ama Necati Beyin kendisinin de söylediği gibi bu işin bir siyasal yaklaşım değil, bir yurttaşlık hakkına saldırı meselesinden tartışılması için bize önemli bir zemin sağlıyor. Evet, soru var mı? Buyurun.

KATILIMCI- Ben de Bursa Tabipler Odasına teşekkür ediyorum. Samanlı bölgesinin sakinlerini bütün meslek odaları belirledi. Ortak bir görüş olarak sizin bunun şurası uygundur dediğiniz bir yer var mı Bursa'da ve bunu ilgililere bildirdiniz mi?

KONUŞMACI- Biz bu yapının yanlış olduğunu söylüyoruz, dolayısıyla yer seçimi meselesi hani burası Samanlı olmasın da başka bir yer olsun meselesi değil aslında, iki gündür de bunu anlatmaya çalışıyoruz. Bizim önerimiz şudur; buraya aktarılacak kaynak, kentin gerçek gereksinimlerine aktarılmalıdır. Birkaç örnek vereyim, örneğin 1995 yılında yapımına başlanmış, o yıllarda 2000 yılında açılacağı söylenen Dörtçelik Akıl ve Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesinin bir an önce açılması lazım. Eğer orası açılırsa, bu kampus içerisinde böyle bir hastaneye de ihtiyaç olmayacak. Onun dışında bildiğiniz gibi 300 bin kişinin yaşadığı

Nilüfer İlçemizde erişkinler için bir ikinci basamak kamu hastanesi yok, öyle bir hastane yapılması lazım. Osmangazi, 250 binden fazla 18 yaşın altındaki çocuğumuzun ve ergenimizin yaşadığı bir kent diyebileceğimiz bir alanda, çocuklar için bir kamu hastanesi yok gibi birtakım kentten başka önceliklerine odaklanarak yatırım yapmak gerektiğini düşünüyoruz, bu konuda kapsamlı raporlarımızı da yayınladık.

Şimdi bir de tam sığılaşma bu bölgenin tam yakınında, sığılaşma dediğimiz şey yeraltı, deprem sırasındaki yeraltı sularının özellikle zemin yapısından da kaynaklanır. Yani oraya yeraltı suları yukarı çıkararak, zemini sıvılaştırması, petrol haline getirilmesi. İşte Sakarya'da gördünüz binalar çok sağlam, ama binalar halitası bile değişmiş veya yan yatmış, yan yattığı halde yıkılmayan binalar var, ama inşaat açısından sıvılaştırma olan yerlerde de çok ciddi tedbirler alınarak yapılabilir, yani yapılmaz diye bir şey yok, ama bu çok önemli maliyetler getirir. Yani siz özel sistemlerle o zemini bulacaksınız, ciddi zemin iyileştirmesiyle ilgili temellerin iyileştirmesiyle ilgili ciddi yatırımlar yapacaksınız, bu da taşkın ıslahının yanında, bağlantı yollarının yanında, aynı zamanda sığılaşmadan dolayı da zeminden kaynaklanan çok ciddi maliyetler gerektiriyor. Bunlar hiç etüt edilmeden, sadece özellikle işte Füsün Hanımın da açıkladığı gibi belediye meclisinde, artık tıpta da bu kadar çeşitlilik bir araya geliyor mu? Olmayan şey yok yani, hem tıpta, hem de turizm yatırımlarının ikisinin yan yana getirilmiş şekli. Tabii biz bunları şimdi, aslında bunların projeleri yapılmış da biz görmüyoruz, bilmiyoruz. Yani adrese teslim ihaleler var belli, ama yurtdışında olduğunu da zannediyoruz, tahmin ediyoruz, yurtdışından bu yatırımlar söz konusu. Yani burada özellikle sıvılaştırmayı da söylemek istiyorum, orada zemin konusunda ciddi sıkıntılarımız var, çok ciddi maliyetler gerektirir.

Prof. Dr. KAYIHAN PALA (Oturum Başkanı)- Teşekkürler, başka soru ya da katkı var mı?

KATILIMCI- Ankara'dan katılıyorum, Ankara Tabip Odasında çalışıyorum. Ankara'da kentsel dönüşümle ilgili diğer örgütlerle birlikte birtakım çalışmalar yürüttük biz yıllar içinde ve çok anlamlı çalışmalardı. Ancak bu sağlık kampusları meselesinde böyle bir yaklaşımımız olmadı. Çok teşekkürler, bundan sonraki adımlarımıza ışık tutmuş oldunuz, böyle bir düşünsel yaklaşımı herhalde Ankara'da da ilk adımda tutturmamız gerekiyor. Belki Melih faktörü falan orada bizim için olabilir. Çok teşekkürler, çok sağ olun.

Prof. Dr. KAYIHAN PALA (Oturum Başkanı)- Evet başka teşekkür yok sanıyorum, ben oturumu kapatıp, tekrar teşekkür ediyorum değerli dostlarıma.

SUNUCU- Evet konuşmacılarımıza teşekkür ediyoruz ve teşekkür belgelerini veriyoruz, geleneksel olarak da oturum başkanımızdan rica ediyoruz.

(Teşekkür Belgeleri verildi)

SUNUCU- Sempozyumun sonuna geldik, şimdi bir kapanış gerçekleştireceğiz, sempozyum sonuç bildiğimiz var onu okuyacağız, daha sonra da hep birlikte fotoğraf çektireceğiz. Önce sempozyumumuzun kapanış konuşmasını yapmak üzere Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri Prof. Dr. Feride Aksu Tanık'ı kürsüye davet ediyorum.

Prof. Dr. FERİDE AKSU TANIK (Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri)- Sevgili arkadaşlar iki günlük bir maratonun sonuna kadar direnme cesaretini ve direncini gösteren bütün buradaki arkadaşlara selamlarımı sunarım.

Gerçekten farklı alanların, bu alanla ilgili, bu konuyla ilgili gözlemlerini, deneyimlerini, birikimlerini paylaştık. İktisatçılar, hukukçular, kamu yöneticileri, şehir plâncıları, ziraat mühendisleri, inşaat mühendisleri sağlık alanının çeşitli bileşenleri burada deneyimlerini ve bilgilerini bizlerle paylaştılar.

Şöyle çağrışımlar yaptı bende; endüstri devriminin gerçekleştiği zaman dilimindeki emek sömürsü ne kadar acımasız ve belirgindir, karşı saldırı idiye insanlığa emek süreçlerine, insanca yaşamaya, günümüzde de *-tırnak içinde-* daha modern araçlarda *-tırnak içinde-* belki daha yaşam niteliği açısından daha iyi düzeylere ulaştığımızı zannederken, varsayarken, çok ciddi bir karşı saldırının, ne kadar karmaşık bileşenlerle ve çok sofistike araçlarla bize yöneltildiğini fark ettim.

Gerçekten hani sadece sağlığın metalaşması değil, sadece emek süreçlerinin değersizleştirilmesi değil, insanlığın bütün değerlerine yönelik bir karşı saldırı olarak algıladım. O nedenle de buna karşı mücadele vermek gerçekten çok değerli. Bu mücadelenin kuşkusuz araçlarını ve dilini geliştirmek çok önemli. Ben ziraat mühendisi arkadaşımızı izlerken çok duygulandığımı ifade etmeliyim; çünkü ne kadar çok zaman olmuş, dalındaki bir armudun ne kadar değerli olduğunu, ayağımızı

bastığımız toprağın ve o toprakla olan ilişkimizin ne kadar değerli olduğunu fark etmeyeli ne kadar çok zaman olmuş. Bunu bize hatırlattığı için en azından kendi adıma ona çok teşekkür ederim. Bu değerlerini kolektif üretimin, dayanışmanın, var olan değerlere insani özelliklerimize sahip çıkmanın ne kadar kıymetli olduğunu anımsattığı için.

O nedenle Türk Tabipleri Birliğinin Bursa Tabip Odasıyla, Uludağ Tıp Fakültesiyle birlikte düzenlediği bu toplantı; mücadelenin araçlarını geliştirmeye yönelik emek süreçlerinin de değerini bir kez daha gösterdi. Bir yandan bu bilgi birikiminin oluşması, bir yandan bunun en gündelik dille, kendi etrafımızdaki insanlarla ve sıradan insanlarla, sıradan derken bunu aslı öteki anlamında kullanmıyorum, yani meslektaşlarımızla ve halkımızla bunların paylaşılmasını, bu karşı mücadelenin övülmesinin, bilim perspektifiyle verilerinin toplanmasının değerinin sunumu çok saygı uyandırdı bende. İngiltere gibi merkez kapitalist bir ülkede, ülkesini seven, halkını seven ve gerçekten insani değerlere sahip çıkan bir bilim insanının, o üniversiteden öbürüne sürüldüğünü, belki onu tanımasak tahmin bile edemezdik ne yaşadığını, nasıl ötekileştirildiğini, değersizleştirilmeye çalışıldığını, çok değerli bir bilim insanının yaptıklarıyla ve nasıl bir karşı entelektüel, zihinsel mücadelenin yürütüldüğünü belki de bilemezdik.

O nedenle bu toplantıyı düzenledikleri için çok teşekkür ediyorum Bursa Tabip Odasındaki bütün arkadaşlarımıza. Dün açılış konuşmasında sadece Kayahan ve Alpaslan'ın adını anarak, diğer emek veren tüm arkadaşlarımıza haksız ettiğimi fark ettim sonradan. Hepsine emekleri ve katkıları için çok teşekkür ediyorum, buradaki her şeyi insani ve olanaklı kılan, en ayrıntıdaki yemekteki özene kadar her şeye çok emek verdikleri için teşekkür ediyorum.

Bu toplantının materyalini bir yazılı belgeye dönüştürmek bizim boynumuzun borcu. Kuşkusuz bu alandaki üretimleri, entelektüel üretimleri geliştirmek de boynumuzun borcu. Bir yandan sosyal mücadeleyi, siyasal mücadeleyi, hukuk mücadelesini yürütmeliyiz. Buna ilişkin ipuçları anladığım kadarıyla var, en azından açık noktalar var. Hepimize kolay gelsin diyorum. (Alkışlar)

SUNUCU- Evet sempozyumumuzun kapanış bildirgesi, daha doğrusu sonuç bildirgesini okuyorum.

“Türk Tabipleri Birliği, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa Tabip Odası tarafından düzenlenen Uluslararası katımlı, sağlık alanında, kamu özel ortaklığı sempozyumu 6-7 Mayıs 2011 tarihlerinde Bursa’da akademik odalar birliği yerleşkesinde gerçekleştirilmiştir.

Sempozyuma yurtiçi ve yurtdışından uzmanlar katılarak, konuyu çeşitli boyutlarıyla tartışmış ve dünya deneyimleri paylaşılmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda, aşağıda belirtilen sonuçların kamuoyuyla paylaşılmasının, ülkemizdeki kamu özel ortaklığı tartışmalarının sağlık alanındaki boyutuna katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Kamu Özel Ortaklığı, kamunun değişimi eksenindeki tartışmalar ve politikalar ekseninde değerlendirilmelidir. Kamu Özel Ortaklığı, kamunun kendini yeniden üretme biçimini değiştirmektedir. Kamu hizmet sunumunu piyasa mantığına çekmekte, özel sektöre kaynak aktarımının yeni biçimlerine neden olmaktadır. Bu modelin sağlık alanında uygulanması, sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunumunun piyasa eksenli bir yönetim biçimine sokmaktadır.

İngiltere’de 1990’dan bu yana uygulanan ve özellikle sağlık hizmetlerinde yoğunlaşan Kamu Özel Ortaklığı projelerinin ortaya çıkardığı en önemli sonuçlardan biri; kamu hizmeti adı altında güvencesiz istihdam biçiminin genişlemesidir. Dolayısıyla Kamu Özel Ortaklığı projeleri, devletin bir yandan sermaye birikimine, görece piyasa kurallarından bağımsız olan hizmet alanlarını açarken, diğer yandan da emek sürecinin yoğunlaşması sürecine müdahale etmektedir. Bu açıdan Kamu Özel Ortaklığı kapitalizmin yeniden yapılandırılmasının bir sürecidir.

Uluslararası deneyimler, Kamu Özel Ortaklığı modelinin daha etkili ve daha verimli olduğuna dair kanıt sunamamıştır. Buna rağmen hükümetler, bu modelin daha etkili ve verimli olduğunu iddia etmektedirler. Değerlendirme yapabilmek için ulaşılmaması gereken veriler, kamu yönetimleri tarafından saklanmaktadır. Bu alanda çalışan akademisyenlerin bulgularına göre, Kamu Özel Ortaklığı daha pahalı ve işlevsizdir ve iddia edildiği gibi verimli de değildir.

Bu alanda araştırma yapan akademisyenler, gerek kendi üniversitelerince, gerekse uluslararası kuruluşlarca baskı altına alınmaya çalışılmakta ve damgalanmaktadır.

Kamu Özel Ortaklığının sağlık alanında uygulanmasıyla ortaya çıkan ülke deneyimleri maliyetin arttığını göstermektedir. İngiltere’de bu model esas alınarak yapılan sağlıkla ilgili projeler, maliyette yüzde 78’lik bir artışa neden olmuştur. Bu süreç bazı kamu hastanelerinin kapatılması, sağlık çalışanlarının sayısının azaltılması, inşaat sorunları, özel sektörün zararının kamu tarafından giderilmesi gibi sonuçlara neden olmuştur.

Kamu Özel Ortaklığında işleyiş, kamu arzilerinin bedelsiz olarak özel sektöre devredilmesi, borçlanmada devlet güvencesi sağlanması, hem inşaat, hem de tıbbi hizmetlerin dışında kalan hizmetlerin uzun süreli olarak, 28 ilâ 49 yıl özel sektöre devri, projenin inşaat aşamasından itibaren özel sektöre kira ödenmesi ve hastane çevresinde çeşitli tesislerin işletiminin özel sektöre verilmesi biçiminde gerçekleşmektedir. Bu durum kamunun hizmet otonomisini ortadan kaldırmakta, kamu yararını zedelemektedir. Projede anlaşılan firmaların, ikinci piyasa yaratarak yerel sermayeye Pazar alanı açması, işin parçalanarak çok sayıda taşeron aracılığıyla sürdürülmesi yoluyla sorumluluğun sınırlanmasına yol açmaktadır. Projenin başından sonuna şeffaflık söz konusu değildir, çeşitli bilgiler kamudan gizlenmektedir.

Kamu yatırımları içinde sağlığa ayrılan pay çok düşük seyretmektedir. Kamu Özel Ortaklığı modeli, kamunun kendi yatırımlarını özel sektör aracılığıyla gerçekleştirmesine ve bu mekanizmanın özel sektöre bir kaynak aktarma metoduna dönüşmesine neden olmaktadır. Böylece kamu hizmeti kapsamında olan ve kâr getireceği öngörülen hizmetler, özel sektöre devredilmektedir. Kamu Özel Ortaklığı modeli, sağlıklı dönüşüm programının bütünlüğü içinde ele alınmalıdır. Kamu Özel Ortaklığıyla yapılacak kampus hastanelerin, diğer kamu hastaneleriyle rekabeti arttıracak, bu durum sağlık çalışanları ve sağlık hizmetlerinin olumsuz etkilenmesine neden olacaktır.

Kampus hastaneleri sağlık hizmetini merkezileştirerek, hizmete erişimi zorlaştıracak ve verimsiz görünen hastanelerin kapanmasına yol açabilecektir.

Sonuç olarak Kamu Özel Ortaklığı, devletin yeniden yapılanması sürecinde özel sektöre ve sermayeye kamusal bazı hizmetlerin açılarak yeni kârlılık alanları yaratılması sürecinin bir parçasıdır. Bu süreç sağlık alanında geri dönüşümü mümkün olmayan zararlara neden olacaktır.

Dünyadaki deneyimler, bu modelin iyi olduğuna dair hiçbir bilimsel kanıt sunmamaktadır. Bu nedenle yetkilileri sağlık alanında, Kamu Özel Ortaklığı modelinin uygulamasından vazgeçmeye çağırıyoruz.”

Evet, kapanış bildirgemiz bu şekildeydi. Hepiniz katıldığınız, ilgi gösterdiğiniz ve katkılarınız için çok sağ olun, sempozyumumuzu burada noktalıyoruz. Bundan sonra umarım bu alandaki çalışmalarımız ve deneyim paylaşımlarımız devam eder, çok teşekkürler.

Türk Tabipleri Birliği

GMK Bulvarı Ş. Daniş Tunalıgil Sok. No: 2 / 17 - 23, 06570 Maltepe - Ankara
Tel: (0 312) 231 31 79 | Faks: (0 312) 231 19 52 | e-posta: ttb@ttb.org.tr | <http://www.ttb.org.tr>



ISBN 978-605-5867-59-1



9 786055 867591