

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ (YÖNETİM BİLİMLERİ)
ANABİLİM DALI

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI (ŞEHİR HASTANELERİ ÖRNEĞİ)

Yüksek Lisans Tezi

Ömer Emre KIZILÖZ

Ankara-2020

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ (YÖNETİM BİLİMLERİ)
ANABİLİM DALI

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI (ŞEHİR HASTANELERİ ÖRNEĞİ)

Yüksek Lisans Tezi

Ömer Emre KIZILÖZ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Sonay BAYRAMOĞLU ÖZUĞURLU

Ankara-2020

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim. (.13../.02./2.020.)

Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı ve Soyadı

Ömer Emre KIZILÖZ



İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU HİZMETİ

I. KAMU HİZMETİNİN KAMU KURUM VE KURULUŞLARINCA SUNULMASI (EMANET) USULÜ	6
II. KAMU HİZMETİNİN ÖZEL HUKUK KİŞİLERİNCE SUNULMASI MODELLERİ	8
A. Müşterek Emanet Usulü	8
B. İltizam Usulü	9
C. İmtiyaz Usulü “Kamu Hizmetinin Sözleşmeyle Gördürülmesi Yöntemi”	9
D. İzin (Ruhsat/Lisans) “İdarenin Tek Yanlı İşlemiyle Ortaya Çıkan Yöntem”	10
E. Yap - İşlet - Devret Modeli	11
F. Yap-İşlet Modeli.....	14

İKİNCİ BÖLÜM

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI

I. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI’NIN ORTAYA ÇIKIŞI.....	16
II. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ GÜNÜMÜZDEKİ DURUMU.....	18
III. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ ORTAYA ÇIKIŞ GEREKÇELERİ VE ELEŞTİRİLER	20
VI. TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ ORTAYA ÇIKIŞI.....	39
A. 1980 SONRASI KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MEVZUATININ TARİHSEL OLARAK ORTAYA ÇIKIŞI	41

V. TÜRKİYE’DE ORTAYA ÇIKIŞ GEREKÇELERİ.....	44
---	----

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI (ŞEHİR HASTANELERİ)

I. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI.....	51
II. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI’NA YOL AÇAN SEBEPLER	55
III. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ ORTAYA ÇIKIŞI ‘‘MEVZUAT’’	56
IV. ENTEGRE SAĞLIK KAMPÜSLERİ / ŞEHİR HASTANELERİ	62
V. ELEŞTİRİLER.....	68
VI. ARA DEĞERLENDİRME	72
SONUÇ.....	81
KAYNAKÇA	88
ÖZET	94
SUMMARY	95

GİRİŞ

Kamu hizmetlerinin görülme usullerinde 1980'li yılların başında önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Kamu hizmetleri, daha önce sadece kamu kurum ve kuruluşları eliyle yerine getirilirken, 1980'li yılların başından itibaren kamu hizmetlerinin özel sektör eliyle sunulması mümkün hale gelmiştir. Özel sektör eliyle kamu hizmetlerinin sunulma biçimleri zamanla çeşitlenmiştir. 2000'li yılların ortalarından itibaren genel bir eğilim olarak bazı yatırımlarda kamu özel ortaklığı modelleri (yap-işlet, yap-işlet-devret, yap-kirala-devret ve işletme hakkı devri), kamu hizmetlerinin sunulmasında başat hale gelmiştir.

Kamu hizmetlerinin sunumunda kamu özel ortaklığı modelleri 1986'dan itibaren Türkiye'de de uygulanmaya başlamıştır. Tez, Türkiye'de kamu hizmetlerinin gördürülme biçimlerinden biri olarak kamu özel ortaklığını konu almaktadır.

Neoliberal dönemde yaygınlık kazanan kamu özel ortaklıkları, kamu hizmetlerine özel sektörün katılımını artırmakta ve bu katılımın sonucunda kamu hizmetlerini piyasalaştırma (metalaştırma) süreçleri hızlanmaktadır. Kamu hizmetlerinin özel sektöre gördürülmeye başlanması ile birlikte, kamu hizmetlerinin piyasa-dışı bir alan olma özelliği ortadan kaybolmaya başlamıştır.

Tezin ana savı, Türkiye'de sağlık hizmetleri örneğinde, kamu özel ortaklığı yap-kirala-devret modelinin (Şehir Hastaneleri ve Sağlık Kampüsleri) sağlık hizmetinin piyasalaştırma süreçlerini hızlandırdığıdır.

Şehir hastaneleri yap-kirala-devret modeli ile şirket veya şirketler topluluğuna en az 25 yıl boyunca işletmesi karşılığında yaptırılmaktadır. Bu işletme süresi içinde kamu tarafından şirketlere kiralama ve hizmet bedeli olarak

yüksek miktarda ödeme yapılmaktadır. Bu ödemelerin kamu maliyesine, bütçesine getireceği kısa-orta-uzun vadeli yükümlülükleri hesapladığımızda kamunun kendi mali araçlarını kullanarak hastane yapmasının rasyonel olacağı ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, şirketlerin kar garantili böyle bir yatırımda kullandıkları kredilere hazine garantisi verilmektedir.

Kamu arazileri üzerine inşa edilen şehir hastaneleri bedelsiz olarak tahsis edilmekte ve genellikle kent merkezine uzak bir şekilde konumlanmaktadır.

Şehir Hastaneleri yapımı ile ilgili sözleşmelerin imzalanış, hastanelerin yapım ve faaliyete geçtikten sonraki aşamalarda kamuoyuna bilgi verilmediği, şeffaf olmadığı ve kira, hizmet bedeli ile ilgili yükümlüklerin bütçede açık bir biçimde gösterilmediği görülmektedir.

Tez üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, kamu hizmetlerinin görülme usulleri anlatılacaktır.

İkinci bölümde, kamu özel ortaklıklarının ne anlama geldiği, tarihsel gelişimi, ortaya çıkış gerekçeleri ve son olarak da eleştirel yaklaşımlara yer verilecektir.

Üçüncü bölümde, kapitalizmin sosyal devlet dönemi ile neoliberal dönemi arasındaki farkın açıklığı kavuşması için sağlık hizmetlerinde kamu özel ortaklık modeli yaygınlaşmadan önceki yasal mevzuattan ve güncel mevzuat değerlendirilecektir. Sağlık hizmetlerinde kamu özel ortaklığı ile hizmet gördürülmesine yol açan gerekçeler kamucu bir perspektifle eleştirel bir değerlendirmeye tabi tutulacak; kamu özel ortaklığı yap-kirala-devret modeli ile inşa edilen şehir hastaneleri örneği incelenecektir.

Tez'de kamu özel ortaklığı çalışılmasının sebebi Aykut Erdoğan'ın Birgün gazetesinde çıkan köşe yazılarıdır. Kamu Özel Ortaklığı yap-işlet-devret modeli ile yapılan ve 2012'de hizmet vermeye başlayan Zafer Havalimanı ile ilgili köşe yazıları bu tez konusuna yönelmemi sağlamıştır. Bu yazıların ardından kamu özel ortaklığına dair makaleler okunmaya başlanmış ve bu modelin 1980 sonrası neoliberal dönemde (özellikle 1990'larda) ivme kazandığı, özelleştirme uygulamaları ile birlikte hayata geçtiği görülmüştür. Özelleştirme veya kamu özel ortaklığı kamu hizmetlerinin paralı hale gelmesine yol açtığı için tezin yazımında kamucu bir yaklaşım tercih edilmiştir. Bu modelin bütünlüklü bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle İstanbul Havalimanı ve Ankara Şehir Hastanesi'nin yapımı çevreye verdiği zarar açısından da eleştirilmektedir.

Kamu özel ortaklığının yap-kirala-devret modeli aracılığıyla şehir hastaneleri ile sağlık hizmetinde de uygulanacağı görüldükten sonra tezin sorunsalının şehir hastaneleri olmasına karar verilmiştir. Çünkü Şehir Hastaneleri en temel insan hakkı olduğunu düşündüğümüz sağlık hizmetinin koşulsuz, ücretsiz sunumunu daha da zorlaştırmakta ve kamu zararına yol açmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU HİZMETİ

Kamu hizmeti, yirminci yüzyılda sosyal devletin ortaya çıkmasıyla dikkat çekmeye başlayan bir kavramdır. Kamu yönetiminde, devletin işlevleri ve görevleri “kamu hizmeti” tanımı içinde yer alırken, iktisat disiplininde buna “kamu malı” adı verilmektedir.

Kamu yönetiminde, idarenin kamu hizmetlerini sunabilmesi için personele, taşınır ve taşınmaz varlıklara ihtiyaç duyar. Bu anlamda, devletin malvarlığı, idarenin mallarını meydana getirmektedir. Mevzuatta, kamu malının açık bir tanımı olmasa da Danıştay’ın yapmış olduğu bir tanı, genel olarak benimsenmektedir. Danıştay’a göre kamu malı tanımı (Arslan, 2017: 59)

“İdare hukuk ilkelerine göre, kamunun kullanma ve yararlanmasına ait olan veya bu amaca tahsis edilen eşya ve mallarla bir kamu hizmetinin unsuru ve ayrılmaz parçası sayılabilecek olan mallar kamu malı olarak kabul edilmektedir”.

En genel ifadeyle, kamu hizmeti, devletin finansmanını üstlendiği mal ve hizmetler olarak görülebilir. Devlet neden bazı mal ve hizmetlerin sunulması sorumluluğunu üstlenir? Bunun en açık yanıtını Carl Shoup vermektedir (Akkoyunlu, 2001:3):

Shoup'a göre bazı mal ve hizmetlerin devlet bütçesinden karşılanmasının dört ayrı nedeni bulunmaktadır: 1 - Ulus devleti korumak. 2 - Grup tüketimi, 3 - Gelirin yeniden bölüşümü, 4 - Çeşitli nedenler (Çıktının ölçülmesinde karşılaşılan zorluk; Riskli maliyetler - Grup kimliği; Sömürüyü önleme).

Kamu hizmetleri genellikle Shoup'a göre grup tüketimi yapılan mallar içerisinde yer alır. Grubun tümüne, hiçbirini dışlamadan bu hizmeti vermenin mümkün olduğu malları kapsar. Bu şekilde bir hizmetin sunulması, piyasa mekanizmasının işlemesinden daha verimli gerçekleşmektedir (Akkoyunlu, 2001:3).

Kamu hizmeti ile ilgili birkaç önemli noktayı vurgulayalım: Faydalarının bölünmezliği; bunun sonucu birtakım kişilerin dışlanarak diğerlerine hizmetin sunulması söz konusu olmaz. Kamu hizmeti, muhakkak kamu tarafından sunulmuş bir malı belirtmez; önemli olan hizmeti tüketenlerin dışlanmamasıdır. Bir hizmetin bir kişi tarafından tüketilmesi başka bir kişinin tüketimini azaltamaz. Bir hizmet ne kadar kamu hizmeti veya kamu malı özelliği taşırsa taşırsın, kamu hizmeti sayılması için, o ülkenin yasa koyucuları tarafından kamu bütçesinden finanse edileceğine dair bir karar alınması gerekir. Kamu hizmetinin bizzat kamu tarafından yerine getirilmesine dair en iyi örnekler adalet, iç ve dış güvenlik (savunma) hizmetleridir. Saf liberal yaklaşımlar bile bu hizmetlerin kamu tarafından üstlenilmesi gerektiğini söyler.

Toplum üyelerine sunulan hizmetler, devletin mali gücü, kapasitesi ile çoğu zaman ilintilidir. Ancak 20. yüzyılda da görüldüğü gibi, devletin hangi hizmetleri devlet bütçesinden karşılayıp hangilerini karşılamayacağı, hükümetlerin ekonomi politikalarıyla da yakından ilgilidir. Bir toplumun yönetiminde devletin ekonomiden çekilmesini savunan bir hükümet ile devletin ekonomiye müdahalesini (Keynesçi diyelim) savunan bir hükümetin kamu hizmetlerinin sunulma biçimi birbirinden farklılaşabilmektedir. Bu konuda yirminci yüzyılda, her iki yaklaşım da uygulama alanı bulmuştur. "liberal devlet" ve "sosyal devlet" ayrımı, bu tartışma üzerinden ilerlemektedir.

Bu tartışmanın 1980'lerle birlikte geldiği yeni aşama ise, kamu hizmetlerinin sunulma biçiminde yaşanan değişikliktir. Kamusal hizmetler, kamu hizmeti niteliğini taşımaya devam ederek, özel sektör eliyle sunulabilir olarak tanımlanmaya başlanmıştır.

Tezin bu bölümünde, kamu hizmetlerinin sunum biçimleri ele alınacaktır. İlk önce kamu hizmetinin, kamusal hizmetlerin kamusal kurum ve kuruluşlarca klasik görülme usulü olan emanet uygulamasına değinilecektir. Hemen ardından devletin ekonomiden çekilmesini savunan liberal ekonomi politikalarının yaygınlık kazanmasıyla birlikte gündeme gelen kamusal mal ve hizmet üretimine ve sunumuna özel sektör katılımını içeren usuller tarihsel gelişim içerisinde aktarılacaktır. Sırasıyla: iltizam, müşterek emanet, izin (ruhsat/lisans), imtiyaz, yap-işlet veya yap-işlet-devrettir. Bu usullerin bazıları günümüzde uygulanma imkânı bulamamaktadır. Ancak yap-işlet devret veya bu usulün farklı bir biçimini olan yap-kirala-devret özellikle kamusal sağlık hizmetlerinin sunumunda yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Türkiye'de son yıllarda gündeme gelen şehir hastaneleri yap-kirala-devret usulü ile gerçekleştirilmektedir.

I. KAMU HİZMETİNİN KAMU KURUM VE KURULUŞLARINCA SUNULMASI (EMANET USULÜ)

Emanet usulü, bir kamusal hizmetin kamusal kurum ve kuruluşlar tarafından yerine getirilmesini ifade etmektedir (Keskin, 2006:44). Bu usulden "idare hukuku ilke ve kurallarının toplamı veya bütünü" olarak da söz edilmektedir (Gözübüyük, Tan, 2019:577). Ancak, bu usulde, kamusal hizmetin sunumunda belirli oranlarda özel sektöre açılma söz konusu olabilmektedir (Karahanoğulları, 2004:350).

Emanet usulünde, kamu hizmeti, devlet tüzel kişiliği içerisinde yer alan kamusal kurum ve kuruluşlar tarafından yerine getirilir. Türkiye’de kamu hizmetleri “Bakanlık” biçiminde örgütlenmiştir. Bu örgütlenme içerisinde, kamu hizmeti, kamu çalışanları eliyle sunulur. Hizmetin sunulmasında yapılan harcamalar ilgili kurum ve kuruluşun bütçesinden karşılanmakta ve hizmetin tabi olduğu mevzuata uygun olup olmadığı denetlenmektedir. Bu hizmetlerin yerine getirilmesinde yapılan işlemler idari işlem olarak değerlendirilir (Keskin, 2006:44).

Emanet usulünün bilinen örneği 233 sayılı “Kamu İktisadi Teşebbüsleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” çerçevesinde faaliyet gösteren Kamu İktisadi Teşebbüsleri (KİT) veya bunların iştirakleri ya da bağlı ortakları eliyle kurulup yürütülen kamusal mal ve hizmet üretimleridir (Sarıs, 2009:51). Emanet usulü, 1 Ocak 2003 tarihinde 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu ile kaldırılmıştır (Keskin, 2006:44).

Adalet, iç ve dış güvenlik (savunma) ve alt yapı hizmetleri klasik kamu hizmetleri olarak değerlendirilmektedir. Klasik kamu hizmetleri olarak değerlendirilen bu tür hizmetler emanet usulü ile sunulmaktadır. Emanet usulü, ulus devletlerin kuruluşu ile ortaya çıkmış ve kapitalizmin farklı dönemlerinde de (sosyal devlet, neoliberal) varlığını sürdürmüştür. Ancak, neoliberal dönemde kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi veya kamu özel ortaklığı modelleri ile sunulması nedeniyle emanet usulü sosyal devlet dönemine göre daha az tercih edilir hale gelmiştir.

II. KAMU HİZMETİNİN ÖZEL HUKUK KİŞİLERİNCE SUNULMASI MODELLERİ

Kamu hizmetleri sadece kamu tarafında yer alan örgütler tarafından değil, özel sektör tarafından da yerine getirilmektedir. Geçmişten günümüze kamu hizmetlerinin özel sektör tarafından yerine getirilme usulleri iltizam, müşterek emanet, izin (ruhsat/lisans), imtiyaz, yap-işlet veya yap-işlet-devrettir.

Yukarıda saydığımız usullerin tamamında ortak nokta kamu hukukunun belirleyici olmasıdır (Sarısu, 2009:53).

Genellikle 1980 sonrası dönemi kapsayan neoliberal dönemde kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektör belirgin bir rol almaya başlamış, ticari ve sınai hizmetlerin üretiminde ve sunumunda ağırlığını artırmıştır.

A. Müşterek Emanet Usulü

Müşterek emanet usulünde, bir kamusal mal ve hizmet üretiminden kaynaklanan zarar kamuya ait olmakla birlikte, sağlanan fayda kamu ve özel sektör tarafından paylaşılmaktadır (Sarısu, 2009:58). Özel sektör sunmakta olduğu hizmet giderlerini, hizmet alanlardan tahsil ettiği ücret ile karşılaması ve elde ettiği kazancı kamu ile paylaşması prensibine dayanmaktadır. (Keskin, 2006:45).

Müşterek emanet usulü kamusal örgütler arasında yapılan bir sözleşme ile de oluşabilmektedir. Bu sözleşme nitelik olarak bir idari sözleşmedir (Sarısu, 2009:59).

B. İltizam Usulü

İltizam, idare açısından gerekli altyapı tesisleri ile inşaatların yaptırılması da dahil olmak üzere kamu hizmetinin önceden tespit edilmiş bir bedel karşılığında özel hukuk kişisi tarafından yürütülmesidir (Keskin, 2006:46).

İltizam ve imtiyaz birbirine karıştırılan iki yöntemdir. İltizam sadece inşaat; imtiyaz ise “işletmeyi” kapsamından kaynaklanır. Hatta bazen iltizam, “bayındırlık imtiyazı” olarak nitelendirilir.

İltizam usulü, günümüzde rastlanmamakla birlikte Osmanlı döneminde mali konularda ve aşar (tarım ürünleri) vergisinin toplanmasında kullanılmıştır (Sarısu, 2009:57-58) Cumhuriyet döneminde ise sadece göl ve nehirlerle, deniz kıyılarındaki Hazineye ait dalyan ve volilerden yararlanmak ve Devlet tekeliindeki reassürans (mükerrer sigorta) hakkını işletmede başvurulmuş bir yoldur. Fransa’da belediyeler tarafından içme suyu dağıtım hizmetinin sunulmasında ve otoparkların işletilmesinde kullanılmaktadır (Gözübüyük, 2019:595).

C. İmtiyaz Usulü “Kamu Hizmetinin Sözleşmeyle Gördürülmesi Yöntemi”

İmtiyaz, kamunun özel sektör ile yaptığı sözleşme uyarınca bir kamusal hizmetin masrafları, kar ve zararı özel sektöre ait olmak üzere, özel sektör tarafından kurulması ve/veya işletilmesidir (Keskin, 2006:46).

İmtiyaz usulü, Anayasa’dan kaynaklanmaktadır.

1. Anayasa’nın “Danıştay” başlıklı 155. maddesinin II. Fıkrasında “...kamu hizmetleri ile ilgili imtiyaz şartlaşma ve sözleşmeleri hakkında iki ay içinde düşüncesini bildirmek...” şeklindeki hüküm, Danıştay’ın görevleri arasında sayılmıştır.

2. İmtiyaz sözleşmelerinden doğan uyuşmazlıklarda kural olarak idari yargı görevlidir. Danıştay Kanunu'nun 24. maddesine göre, "Danıştay ilk derece mahkemesi olarak tahkim yolu öngörülmeven kamu hizmetleri ile ilgili imtiyaz şartlaşma ve sözleşmelerinden doğan idari davaları karara bağlar."

3. İmtiyaz sözleşmelerinin anayasal rejimine ilişkin diğer bir hüküm de Anayasa'nın 125. maddesinde yer almaktadır. 1999 Anayasa değişiklikleriyle imtiyaz sözleşmeleri için tahkim imkânı getirilmiştir. Anayasa'nın idarenin yargısal denetimini düzenleyen 125. maddesinin II. fıkrasına göre "kamu hizmetleriyle ilgili şartlaşma ve sözleşmelerinde bunlardan doğan uyuşmazlıkların milli veya milletlerarası tahkim yoluyla çözülmesi öngörülebilir..." (Karahanoğulları, 2004:403-405).

D. İzin (Ruhsat/Lisans): "İdarenin Tek Yanlı İşlemiyle Ortaya Çıkan Yöntem"

Ruhsat usulü, kamunun bir kamusal hizmetin özel sektör tarafından sunulmasına dair tek taraflı bir işlem ile vermiş olduğu izni ifade eder (Keskin, 2006:47). Ruhsat usulünde, kamu ile özel sektör arasında bir idari sözleşme bulunmamaktadır (Sarısü, 2009:60).

Ruhsat usulünde, kamu, kamusal hizmetin sunumunu gerçekleştiren özel sektör üzerinde gözetim ve denetleme yetkisine sahiptir. Eğitimin devletin gözetim ve denetiminde yapılabileceğine dair Anayasa hükmü buna örnek olarak verilebilir. Bir başka örnek özel okulların tabi olduğu esaslar ve çalışma koşullarıdır. Sağlık alanında ise, Sağlık Bakanlığı ve diğer bakanlıkların gözetim ve denetim yetkileri bu çerçevede değerlendirilen örneklerdendir. Belediyelerin toplu taşımada özel halk otobüsleri üzerindeki denetleme ve cezai yaptırım yetkisi

idarenin ruhsat vererek gördürdüğü kamu hizmetleri üzerindeki yetkilerine örneklerdendir (Keskin, 2006:47).

Son dönemde özellikle 03.03.2001 tarihli ve 4628 sayılı Elektrik Piyasası Kanunu'nun yürürlüğe girmesi ile birlikte elektrik ile ilgili kamu hizmetlerinin gördürülmesinde “emanet” ve “imtiyaz” usullerinin terk edilerek izin (ruhsat/lisans) usulünün tercih edildiği görülmektedir. Dolayısıyla, söz konusu kanun ile birlikte elektrik dağıtım sektöründeki faaliyetler de “imtiyaz” usulüne değil, “izin (ruhsat/lisans)” usulüne tabi hale gelmiştir (Sarısü, 2009: 61-64).

E. Yap-İşlet-Devret Modeli

Yap-işlet-devret modeli, 1970'lerde kar oranlarının düşmesiyle birlikte ortaya çıkan yapısal krize bağlı olarak özel sektöre kamusal hizmetlerin üretim ve sunumunda garantili, karlı bir alan açmak amacıyla 1980'den itibaren yaygınlık kazanmaya başlamış ve hemen hemen tüm ülkelerde hukuksal altyapısı oluşturulmaya başlanmıştır.

Yap-işlet-devret modeli, “kamunun görev alanında olan yatırım veya hizmetlerin, yatırım ve işletme döneminde yapılacak masrafları yüklenen ve karşılığında yatırım sonucu ortaya çıkacak tesisi, önceden tespit edilen bir süre ve tarife üzerinden işletme hakkına sahip olan özel sektör için geliştirilen bir finansman modelidir” (Sarısü, 2009-105-106).

3996 sayılı “Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun”, yap-işlet-devret usulünün ileri teknoloji veya yüksek maddi kaynak gerektiren bazı yatırım ve hizmetler için uygulanabileceğini düzenlemektedir.

Genellikle enerji sektöründe, bazı havaalanları ile gümrük kapısı terminalinde ve yat limanı yapımı ve işletmesinde uygulama örnekleri görülmekle birlikte özünde bir finansman yöntemi olan YİD modelinin bugüne kadar köprü ve otoyol gibi ulaştırma projelerinde ve diğer kamu hizmeti alanlarında çok başarılı uygulama örneklerinin varlığından bahsetmek mümkün değildir (Sarısü, 2006:116).

Yap-İşlet-Devret modelinin temeli 4 Aralık 1984 tarihli ve 3096 sayılı "Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun" ile atılmıştır. Bu kanun ile TEK dışındaki özel kuruluşlar da elektrik üretim ve dağıtımını yapabilmekteydi. Her ne kadar bu uygulama elektrik üretimi-dağıtımını konusunda kanunla sınırlandırılmış gibi gözükse de bu tarihten itibaren birçok belediye birtakım alanlarda Yap-İşlet-Devret modelini uygulamıştır. Aynı kanunun 16.08.1985 tarih ve 3799 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile uygulama yönetmeliği çıkarılmıştır (Keskin, 2006:51).

Yap-İşlet-Devret modelinde, 3465 sayılı "Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrolü, Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun" da önem arz etmektedir. "Bayındırlık imtiyazı" olarak bilinen bu kanunla Karayolları Genel Müdürlüğü tek başına yetkili kılınmıştır. İlgili Bakanlık olan Bayındırlık ve İskân Bakanlığı yalnızca otoyol geçiş tarifelerini onaylamak ve kanunun uygulaması ile ilgili yönetmeliği hazırlayıp Bakanlar Kuruluna sunmakla görevlidir (Keskin, 2006:52).

YİD modelinin hukuki nitelikleri ile usul ve esasları, 3996 sayılı Kanun ve 94/5907 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı çerçevesinde aşağıda özetlenmiştir.

1. Taraflar; projeyi gerçekleştirecek olan sermaye şirketi veya yabancı şirket ile yatırımın gerçekleştirilmesinden sorumlu olan ve öngörülen

yatırım ve hizmetleri yaptırmak üzere YPK'nca sözleşme yapmaya yetkili kılınan Bakanlıklar, KİT'ler ...v.b. kamu kurum ve kuruluşlarıdır.

2. Hukuken kendisi tarafından üstlenilmiş olan yatırım ve hizmetleri YİD modeli ile gerçekleştirmek isteyen herhangi bir kamu kurum veya kuruluşu YPK'na başvurmakta ve YPK'nın izninin alınmasından sonra, sermaye şirketi veya yabancı şirket ile sözleşme imzalamaktadır.

3. Modele konu edilen yatırım veya hizmetin projelendirilmesi, finansmanının sağlanması ve işletilmesinde sorumlu olan taraf özel hukuk kişisidir.

4. Sözleşmede özel sektörün yükümlülüklerini yerine getirmemesi durumunda idarenin uğrayacağı zararın ödeme usulü ve diğer yaptırımlara ilişkin ayrıntılı düzenlemeler yer almaktadır.

5. Anayasa Mahkemesi kararları göz önüne alındığında, YİD modeli "imtiyaz", bu modelle gerçekleştirilecek yatırımlar ve hizmetlerin yapımına ilişkin sözleşmeler de "kamu hizmeti imtiyaz sözleşmeleri" olarak kabul edildiğinden, bu model çerçevesinde yapılacak yatırım ve hizmetlere ilişkin şartlaşma ve sözleşmelerin, 1982 Anayasası gereği Danıştay'ın görüşüne sunulması gerekmektedir.

6. YİD modeli uygulamasında, özel hukuka dayalı olarak bileşik ve karma sözleşmelerden faydalanılmaktadır. Mülkiyetin gayri ayni haklardan olan ve bir şahsa, başkasına ait arazi üzerindeki yapının mülk sahibi olma yetkisini veren bir irtifak hakkı olan "üst hakkı (inşaat hakkı)" YİD'de kullanılan bir hukuki araçtır.

7. YİD modeli ile finanse edilerek işletmeye açılan tesislerin özel hukuk kişilerince işletilmesi en çok 49 yıl ile sınırlıdır.

8. Önceden tespit edilen sürenin sona ermesiyle birlikte, işletme hakkının devredilmesi yönteminde olduğu gibi, sermaye şirketi veya yabancı şirket tarafından yapılan yatırım ve hizmetler her türlü yükümlülükten ve borçtan arı olarak bakımlı, kullanılabilir ve çalışır vaziyette ilgili kamu kurum veya kuruluşuna bedelsiz olarak devredilecektir.

9. YİD modeli 4046 sayılı kanunda geçen “işletme hakkının devredilmesi” modeline benzemekle birlikte bu modelleri birbirinden ayıran en önemli husus, YİD modelinde özel sektör tarafından gerçekleştirilecek kamusal mal veya hizmet üretimini sağlayacak tesislerin işletilmesi yanında bir özel finansman yöntemi olarak bunların yapımının da özel hukuk kişileri tarafından gerçekleştirilmesidir (Sarısü, 2009:114-115-116).

F. Yap-İşlet Modeli

Yap-İşlet modeli, “Yap-İşlet-Devret sözleşmelerinin ‘Devret’i olmayan şeklidir”. Yap-İşlet modelinde özel sektörün sınırsız bir işletme hakkı yoktur. Burada da hizmetin asıl sahibi ve sorumlusu kamudur. Kamu işletme hakkının bitmesinden sonra hizmeti isterse kendisi yürütür, isterse de sürenin uzatılmasına karar verir (Keskin, 2006:66-67).

4283 sayılı Yap-İşlet modeli ile “Elektrik Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun” ile sadece termik santraller kurulması için üretim şirketlerine, mülkiyetleri kendilerine ait olmak üzere tesis kurma ve işletme izni verilmesi ile enerji satışına dair esas ve usulleri düzenlemiştir.

Yap-işlet modeli, örneğin elektrik hizmetinin özel hukuk kişilerine ruhsat/lisans, izin ve idari sözleşme karışımı bir model ile yaptırılmasıdır (Sarısü, 2009:119).

Yap-İşlet usulü, Türkiye’de elektrik enerjisi üretiminde kullanılmaktadır. Bu modelde, özel sektöre mülkiyetleri kendilerine ait olmak üzere termik santral kurma ve işletme izni verilmekte, üretilen elektriği devlet satın almaktadır. İşletme hakkının bitmesiyle birlikte tesis özel sektörde kalmaktadır. Model 1997 tarihli ve 4283 sayılı kanunla düzenlenmiştir. Bu kapsamda toplam 5.360 MW gücünde beş adet doğal gaz elektrik santrali projesi gerçekleştirilmiştir (KAMU-ÖZEL İŞ BİRLİĞİ ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU RAPORU, 28).

İKİNCİ BÖLÜM

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI

Kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektörün de rol almaya başlamasıyla birlikte, hizmet sunum yöntemleri geliştirilmiştir. Son olarak, kamu özel ortaklığı (KÖO) geliştirilmiştir.

Bu bölümde, öncelikle, kamu özel ortaklığının hangi düşünce bağlamında ortaya çıktığı, ne anlama geldiği ve kamusal hizmetlerin örgütlenmesinde yarattığı değişime, dönüşüme değinilecektir. Bu değişimin, dönüşümün sonucu olarak 1980 sonrasına egemen olan neoliberal politikalara uygun bir biçimde özel sektörün kamusal hizmetlerin üretim ve sunumundaki payı artmaktadır. Ardından, kamu özel ortaklığı özelleştirme uygulamalarının yaygınlık kazanmasıyla ortaya çıkmakla birlikte özelleştirme ile aynı anlama gelmediği belirtilecektir. Kamu özel ortaklığının maddi temelini oluşturan uygulamalar geçmişten günümüze farklı isimler altında varlığını sürdürmektedir. Bu uygulamalara kısaca değinilecektir. Daha sonra ise, kamu özel ortaklığını savunanların temel argümanlarına değinildikten sonra bu argümanların teori ve pratikte bir anlam ifade etmediği özellikle yaşanmış uygulamalardan örnekler ile açıklığa kavuşturulmaya çalışılacaktır.

I. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI'NIN ORTAYA ÇIKIŞI

Kapitalizmin 1970'li yıllarda karşılaştığı krize bulduğu çarelerden biri özelleştirme uygulamaları olmuştur. 1980'li yılların başından itibaren özelleştirme uygulamaları, kamu hizmeti sunma biçimlerini de dönüştürmeye başlamıştır. Özelleştirme uygulamalarının devamı olarak, Kamu Özel Ortaklığı, kamu

hizmetlerinin görülmesinde, kamu ve özel sektörün birlikte katılımını içeren bir mal ve hizmet sağlama modeli olarak birçok ülkede etkili olmaya başlamış ve dünyanın her yerinde yaygınlık kazanmıştır (Güzelsarı, 2009:43-44; Karasu, 2009:80).

Özelleştirmenin yanı sıra kamu özel ortaklığının yaygınlık kazanmasının bir diğer nedeni, 1980 sonrası uygulanan liberal ekonomi politikalarının uygulanmasının bir nedeni olarak, özel sektörün büyümesinin teşvik edilmesidir (Karahanoğulları, 2012:99). Özel sektörün, kamu özel ortaklığı modeli ile sermaye birikimini genişletmesi amaçlanmıştır. Kamu özel ortaklığının, büyük ölçekli altyapı hizmetlerine yönelmesi, bu birikimin sağlanması açısından belirleyici görünmektedir (Güzelsarı, 2009:49).

Kamu özel ortaklığı modeli, kamunun yatırım finansmanını kamu bütçesinden karşıladığı ve kamu çalışanları ile kamu hizmetlerini yerine getirdiği klasik kamu hizmeti modelinin yerine getirilmiştir (Karahanoğulları, 2012:97). Bu model, büyük ölçekli yatırım projelerini kapsamakta, uzun dönemli sözleşmelerle kamu yönetiminin bu yatırımlar üzerindeki karar alma yetkisini de etkilemektedir (Karahanoğulları, 2012: 97). Modelin kendisiyle birlikte kamu yönetimini kökten değiştirecek bir modelin yeterince tartışılmaması, başlı başına bir eleştiri konusu olmalıdır.

Kamu özel ortaklığının önemli özelliklerinden biri karlı olarak görülen kamusal hizmetlere özel sektör katılımının sağlanması nedeniyle hem yerli hem de uluslararası sermayenin pazar payını genişletmesidir (Atalay, 2015:67). Kamu özel ortaklıkları döviz üzerinden verilen garantiler nedeniyle sermaye lehine yapılan uzun vadeli sözleşmelerdir. Kamu özel ortaklıkları kamusal hizmetin örgütsel tasarımında getirdiği değişiklik ile karar alma süreçlerini yatayına

örgütleyerek, hizmete konu olan mal ve hizmetin ilk aşamasından son aşamasına kadar özel sektörün katılımını öngörür (Çelik, 2008:34-35).

Kamu özel ortaklığı modeli; özel sektörün, kamu örgütleri ile iş birliğine girmesi nedeniyle doğrudan kamu politikalarının belirlenmesinde etkili bir güç olmaya başlaması (Harvey, 2015:84); kamusal hizmet üretiminin ve sunumu yoluyla devlet işlev ve yetkilerinin piyasa ile paylaşılması (Bayramoğlu, 2005:45); kamu hizmetlerinin pahalılaşmasına neden olan bir hizmet sunma biçimi olması (Karasu, 2011:174) nedeniyle eleştirilere konu olmuştur.

II. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ GÜNÜMÜZDEKİ DURUMU

Kamu Özel Ortaklığı modeli, 1980'lerde başlamış ve yeni kamu işletmeciliği modelinin etkisiyle yaygınlaşmıştır. İngiltere'de kamu özel ortaklığı uygulamalarının 1990'lı yıllarda başlamasıyla birlikte Avrupa'da da yaygınlık kazanmaya başlamıştır (Tekin, 2017: 8). "Özel Sektör Finansman Girişimi" (Private Finance Initiative) İngiltere'de kamu özel ortaklığı modelidir; bu yatırımlar 2000'li toplam yatırımların yüzde 11'ini oluşturacak kadar genişlemiştir (Tekin, 2017: 9). Fransa'da ise "imtiyaz modeli" olarak isimlendirilmektedir.

Dünya Bankası'nın geliştirmekte olan ülkelerin KÖO projelerinin sektörel dağılımı hesabına göre, 1990-2018 döneminde en fazla yatırım yapılan sektör, 737.974 milyar dolarlık yatırım miktarı ile elektrik sektörü olmuştur. Elektrik sektörünü demiryolu, havayolu sektörü takip etmektedir (Cumhurbaşkanlığı, 2019: 7).

Dünya genelinde KÖO modelinin proje sayısı ve proje büyüklüğü bakımından incelendiğinde, en yüksek yatırımların ve proje sayısının Latin Amerika ve Karayipler Bölgesinde olduğu (Tüm KÖO Projelerinin yüzde 29.28'i

ve tüm KÖO yatırımlarının yüzde 44,25) gözlenmektedir. Latin Amerika ve Karayipler'i Doğu Asya ve pasifik ülkeleri (Tüm KÖO Projelerinin yüzde 31,13'ü ve tüm KÖO yatırımlarının yüzde 28,81'i) takip etmektedir (Dünya Bankası'ndan aktaran, Cumhurbaşkanlığı, 2019: 8).

Avrupa ülkeleri içerisinde en çok KÖO modelini uygulanan ülkelerin başında Türkiye gelmektedir. Türkiye'yi Birleşik Krallık takip etmektedir. Birleşik Krallık'ta bu model, 1993 ile 2017 döneminde yoğun olarak uygulanmıştır. Birleşik Krallık'ta en çok yatırım yapılan sektör Sağlık sektörü olmuştur (Cumhurbaşkanlığı, 2019: 13).

Avrupa'da 2018 yılı içinde finansal açıdan tamamlanan KÖO projelerinin sayısı 39 proje olarak gerçekleşmiştir; 2010 yılı proje sayısı (110 civarında) ile karşılaştırıldığında, proje sayısında ciddi bir azalma olduğu görülmektedir (Cumhurbaşkanlığı, 2019, Grafik 10).

Cumhurbaşkanlığı Kamu Özel İşbirliği Raporu'na göre "2014 ve 2018 yılları arasında Türkiye'nin Avrupa'da yatırım değeri (22,76 Milyar Avro) açısından en büyük KÖİ pazarına sahip olduğu gözlemlenmektedir" (Cumhurbaşkanlığı, 2019: 11).

Kamu Özel Ortaklığı otoyol, köprü, tünel, havalimanı gibi altyapı yatırımları ile hastane, katı atık gibi kamu hizmetlerinin sunumunda kullanılmaktadır. Bu model kapitalizmin çevre ülkelerinde (Brezilya, Hindistan, Çin, Türkiye ve Meksika) en fazla elektrik yatırımlarında kullanılmakta ve yatırım sayısı su-atık su, liman, doğalgaz, havayolu ve demiryolu gelmektedir.

Türkiye’de kamu özel ortaklığı modelleri en fazla ulaştırma, enerji ve sağlık yatırımlarında görülmektedir. Toplam 242 yatırım bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yap-kirala-devret modeli ile yapılan sağlık tesisleri 20’dir. Şehir Hastaneleri ve Sağlık Kampüsleri (Adana, Mersin, Isparta) 2017 yılında hizmet vermeye başlamış ve inşaatı devam eden hastaneler (11 tane) bulunmaktadır.

Avrupa ülkelerinde ise, yatırım değeri olarak ilk sırayı ulaşım yatırımları almaktadır. Daha sonra haberleşme, çevre, eğitim, sağlık, kamu düzeni ve güvenliği, rekreasyon ve kültür gelmektedir. Yatırım sayısı olarak eğitim hizmetleri en fazladır. İngiltere’de yatırım sayısı ve tutarı olarak en fazla pay sağlık hizmetlerine aittir. Kamu özel ortaklığı modellerinin kamu tarafından koşulsuz, ücretsiz olarak sunulması gereken sağlık ve eğitim gibi kamu hizmetlerine sirayet etmesi bu kamu hizmetlerine erişimi güçleştirecektir.

Türkiye, Çanakkale Köprüsü ve Ankara-Niğde Otoyolu ile yatırım tutarı olarak Avrupa’da en büyük yatırımları gerçekleştirmektedir.

III. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ ORTAYA ÇIKIŞ GEREKÇELERİ VE ELEŞTİRİLER

Kamu hizmetlerinin kamu örgütleri eliyle sunulmasının en önemli yararı hizmetlerin sunumunda bir bütünlük meydana getirmesi ve hizmetin eşit olarak dağıtılmasını sağlamasıdır (Boz, 2013:3002-3003). Ancak, kentlere yönelen nüfus artışları, devletten beklentilerin giderek artması, ekonomik krizler gibi birçok nedenle devletin kamu hizmetleri yatırımlarına bütçe ayırması giderek güçleşmektedir. KÖÖ’nün ortaya çıkmasında etkili olan gerekçeler şu şekilde sıralanabilir:

İlgili alanyazın, Kamu Özel Ortaklığı modeli, esas olarak geleneksel hizmet sunma yöntemlerine kıyasla daha fazla fayda sağlayan bir yöntem olduğu için benimsenmiştir. Faydaları ise beş başlık altında toplamak mümkündür:

- a. **Kamu Özel Ortaklığı modeli, bütçelerin üzerindeki yatırım harcaması baskısını hafifletecek ve önemli bir ek fon temin edecek bir yöntem olarak düşünülmektedir.**

Siyasal iktidarlar, bütçelerini uzun vadeli yatırımlar yerine kısa dönemde sonuç verecek yatırımlara kullanma eğilimidir. Kamu borçlanması üzerindeki sınırlar ve vergi artışlarına gösterilen tepkiler nedeniyle okul ve hastane gibi sosyal yatırımların kamu özel ortaklığı modelleri dışında gerçekleştirilemediği gerekçesi sunulmaktadır. Ancak devletler üzerindeki bütçe kısıtlamaları siyasi kararların bir sonucudur. 2008 ekonomik krizinden sonra gelişmiş kapitalist devletler, mali krizle baş etmek için daha fazla harcama ve dolayısıyla borçlanma yoluna girdiler. Örneğin, İngiltere’de 2008 yılında iflas eden bir banka olan Northern Rock’un kamulaştırılması (87 Milyar sterlin), bir anda ülkenin borcunu arttıran bir etki yaratmıştır (Güzelsarı, 2009:60). Hollanda yeni bir kanunla Hedge Fonlarını vergilendirme yoluyla yıllık olarak altmış milyon Euro gelir elde etmiştir. Macaristan, enerji şirketlerine uyguladığı vergilerle yıllık olarak 170 milyon Avro’nun üzerinde gelir sağlamıştır (Uğur ve Miynat, 2014:24).

Ancak, İngiltere’de yapılan araştırmalar, kamu yatırımlarının özel finansmanının beklentileri karşılamadığını ortaya çıkarmıştır. Bu yatırımların mali yükünün beklenilenin üstünde olduğu, özel sektörün çok az vergi ödediği ve özel finansmanın maliyetinin çok daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca kamu halen özel sektöre göre daha ucuza borçlanabilmektedir. Danışmanlık ve avukatlık gibi hizmetlere ayrılan para da maliyetleri arttırmaktadır. Maliyetleri

artıran bir başka husus sözleşmelerin yeniden düzenlenmesidir. Sözleşmelerin yeniden düzenlenerek değiştirilmesi talepleri toplam maliyeti arttırmaktadır (Güzelsarı, 2009:63). Özel sektör klasik kamu altyapı yatırımları ile karşılaştırıldığında daha fazla finansman sağlamakta mıdır? 1990'lı yıllarda İngiltere'de yapılan araştırmalarda ortaya çıkan sonuç beklenilenden farklıdır. Kamusal fonlama altında özel sektörün ne sağladığı sorgulanmaya başlanmıştır. Yatırımlara özel sektörün katılması kamusal sorumluluğu azaltmamıştır. (Hodge and Greve, 2007:549). (Uğur ve Miynat, 2014:26). 30-40 yıllığına yapılan sözleşmeler eğitim ve sağlık gibi kamusal hizmet politikalarında da sabitleşmeye yol açmaktadır. Ayrıca, sözleşmelerin içeriğine ilişkin bilgiye ulaşmak zordur. Çünkü bu sözleşmeler "ticari sır" kapsamında değerlendirilmektedir. (Güzelsarı, 2009:63). Bu model ile yapılan yatırımların kamuya %17 tasarruf sağlayacağını iddia eden şirketin daha sonra Enron skandalı ile bağlantılı olduğu ortaya çıkmıştır (Karahanoğulları, 2012:117).

b. Her bir projenin hızlı bir biçimde tamamlanmasıyla kamu hizmetini etkili bir biçimde sunma olanağının doğacağı ve bunun yaratacağı faydalardan yararlanılacağı düşünülmektedir.

Avrupa Sayıştayı, Fransa, Yunanistan, İrlanda ve İspanya'da karayolu taşımacılığı ve Bilgi ve İletişim Teknolojileri alanlarında AB tarafından finanse edilen 12 adet KÖO'nı incelemiştir. Bu inceleme sonucunda ulaşılan sonuçlardan biri şudur:

KÖO, kamu kurumlarının büyük ölçekli altyapı yatırımlarını tek bir prosedürler gerçekleştirmelerine olanak sağlamıştır; ancak bu uygulamada rekabet yetersizdir ve sözleşmeyi yapan kamu kurumları kendilerini şirket karşısında daha zayıf bir pozisyona sokmuşlardır. Ayrıca, denetlenen 12 projenin

üçte birinin hizmete girme süresi, üzerinde anlaşma sağlanan süreyi ciddi ölçüde aşmıştır. Projelerin yapım aşamasında yaşanan gecikmeler ve büyük maliyet artışları, KÖO'nun etkililiğini ortadan kaldıran bir sonuca yol açmıştır (Avrupa Sayıştay, 2018, 10). Örneğin Yunanistan'da km başına düşen maliyet, yüzde 69 oranında artarken, proje kapsamı yüzde 55'e varan ölçülerde daraltılmıştır (Avrupa Sayıştay, 2018, 10).

Literatüre özel sektörün yatırımlarda daha etkin/verimli olacağına dair liberal bir görüş vardır. Kamuoyunu, kamusal hizmetlerin dağılımında kamu özel ortaklığı modelinin salt etkinlik kriteri olarak en uygun yaklaşım olduğunu inandırmak yeterli değildir. Kamusal mallar ticari mallar değildir ve genellikle yurttaşların ödediği vergiler sonucu elde edilir (Uğur, Miynat, 2014:26).

c. Riskler, özel sektörle paylaşılacak ve proje boyunca maliyetlerin optimal düzeyde kalacağı düşünülmektedir.

İkinci gerekçe, kamu özel ortaklığının, teorik olarak belli başlı altyapı yatırımlarının, kamuya yük olmadan risklerin özel sektöre aktararak gerçekleşmesi iddiası ve böylelikle kamunun mal ve hizmet üretme kapasitesinin artırılmasına yol açacağı savına dayanmaktadır. Bu sav, uygulamada işlememektedir; uygulamalar aksini göstermektedir.

KÖO'da riskler özel sektörden çok kamuya aktarılmaktadır (Bloomfield and Group, 2006:402; Uğur ve Miynat, 2014:31). KÖO modeli ile kamunun risk almadığı, tersine riski özel sektöre transfer etmesi savı uygulama ile farklılık göstermektedir. Risk derken ilk olarak ticari risk söz konusudur. Ticari risk, işin doğasından kaynaklı olarak, işin zamanında bitirilememesi, inşaat maliyetinin yapım devam ederken yükselmesi, bina planlarında değişikliğe gidilmesi,

araziden kaynaklanan sorunlar gerekli izinlerle ilgili sorunlar ve beklenmeyen maliyetlerden doğan risklerdir. Ticari riskten başka, özel şirketin işletme ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirememesi, hizmet standartlarını yakalayamaması ve grevlerden kaynaklanan işletme riskleri vardır. Bundan başka, talep riski vardır.

Kamu özel ortaklığı modeline göre yürütülen altyapı yatırımlarında, sözleşmeler özel sektörün riskini bertaraf etmektedir. Nitekim, bu modele göre gerçekleşen yatırımlarda kamunun verdiği mali güvenceler çok belirleyicidir. (Conde, vd., 2007:338). Kamu güvencesine sahip olan özel sektörün borçları sayesinde, bu yatırım türü, özel sektör için karlı ve garantili yatırım anlamına gelmektedir (Hood, vd., 2006:46). Özel sektöre sunulan garantiler; kamu tarafından özel sektöre düşük faizli veya faizsiz borç verilmesi, özel sektörün borçlarına karşılık garantiler verilerek kefil olunması, sermaye desteği sağlama, satışlar belli bir düzeyin altına düştüğünde ya da ticari fiyatla kullanıcı fiyatı arasında sübvansiyon sağlama, performans garantileri, kamulaştırma ve döviz kurundaki değişimlere karşı garantiler, çeşitli vergi ve harçlardan muaf tutma ve rekabete karşı garantiler sunma şeklindedir (Uğur ve Miynat, 2014:32).

2003-2016 dönemi Kamu Özel Ortaklığı yatırımlarından dolayı net dış borç miktarında 3 katlık bir artış görünmektedir. Bu durum Noorwood ve Mansfield (1999) ile Karahanoğulları (2012) çalışmalarında ortaya konulan finansal riskin devamlılığı ve yeni riskler bulgusunu destekler niteliktedir. Bununla birlikte Grimsy ve Lewis (2002) çalışmalarında imtiyaz süresi boyunca sağlam ve uzun vadeli bir gelir akışının sağlanması durumunda Kamu Özel Ortaklığı yatırımlarının başarıya ulaşabileceği bulgusu da, Türkiye'deki sürecin finansal risk olasılığını kuvvetlendirdiğini ortaya koymaktadır.

Mehmet Alagöz ve Turgut Yokuş (2018) tarafından yayınlanan bir çalışmada, Türkiye'nin dış borcunda, 2003-2016 döneminde KÖO yatırımlarında dolayı üç katlık bir artış tespit etmişlerdir.

Kamu Özel Ortaklığı modelinde ödemeler yeni mali kaynaklar yaratmadığı gibi kamu üstlendiği yatırımlardan ödeme açısından bir farkı bulunmamaktadır. Tek fark maliyetin yıllara yayılmasıdır. Ancak faiz nedeniyle bu durumda da maliyetler daha yüksektir. Avrupa Yatırım Bankası klasik ulaştırma yatırımları ile kamu özel ortaklığı ile yapılan yatırımları karşılaştırmış ve bu konuda şu sonuca ulaşmıştır: Kamu özel ortaklığı modelleri ile yapılan ulaştırma yatırımlarının maliyeti klasik kamu finansman modeline göre yüzde 24 daha maliyetlidir (Güzelsarı, 2009: 60-61).

d. Geleneksel projelere kıyasla, daha iyi koşullarda ve daha iyi hizmet sunma olanağına erişileceği düşünülmektedir.

Avrupa Sayıştay Raporu'na göre, incelenen 12 KÖO'nun tek pozitif yönü, hizmet düzeyinin iyi olması olmuştur. (Avrupa Sayıştay Raporu, 2018: 11)

e. Kamu ve özel sektörün uzmanlığını, proje kapsamının optimizasyonu ve derinlemesine proje değerlendirme süreçlerinde en etkili şekilde birleştirme imkanını sunacağı düşünülmektedir.

Avrupa Sayıştay Raporu, Avrupa Birliği'nde desteklenen 12 KÖO projenin incelemesini içermektedir. Bu inceleme sonucunda ulaştıkları sonuçlardan biri, Kamu kesiminin proje hazırlıklarının zayıf olduğu, bu durumun da özel sektör karşısında olgunlaşmamış ve zayıf sözleşmelere yol açtığıdır. Kamu kesimi

tarafından hazırlanan ilk inceleme ve analizlerde tahmini talep ve altyapı kullanım oranlarının aşırı iyimser senaryolara dayandığı tespit edilmiştir; örneğin bilgi iletişim teknolojileri projesi uygulamaya geçildiğinde, kullanıcı sayısı, projedeki tahmini kullanıcı sayısından yüzde 69 oranında daha düşük olmuştur (Avrupa Sayıştay, 2018: 11).

Kamu Özel Ortaklığı modeli, özel sektörün yatırım yaptığı her alanda daha etkin ve verimli olacağı varsayımından hareket etmektedir. Ancak uygulamalar, bu varsayımla örtüşmemektedir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeline Yönelik Eleştiriler

Bu savlara yöneltilen eleştiriler, KÖO uygulamalarının ortaya çıkması ile birlikte, teorik itiraz olmakta ziyade birer olgu haline dönüşmeye başlamıştır (*Bkz. Avrupa Sayıştay Raporu, 2018*).

Kamu Özel Ortaklığı modelinin dayanakları, Yiğit Karahanoğulları'nın (2012) Londra Metrosu araştırmasından örnek alınarak değerlendirilebilir. Londra Metrosu örneğinde özellikle talep riskinin kamu tarafından üstlenildiği ve özel sektörün kar güvencesine kavuşturulduğu bir model ortaya çıkmaktadır: Londra Metrosu örneğinde ihaleyi kazanan Metronet firmasının bankalardan aldığı finans kaynaklarının yüzde 95'i devlet güvencesi altına alınmıştır. Böylece kamu, kamu özel ortaklığı modelinin finansmanı sağlayan kuruluşlara yüzde 5'lik bir risk bırakmıştır (Karahanoğulları, 2012:112-113). Modelde çekirdek hizmet alanının kamunun sorumluluğunda kalması modelin en önemli özelliğidir. Bu özellik gereği talep riski kamu tarafından üstlenilmektedir. Böylelikle özel sektörün kar güvencesine sahip olduğu bir model ortaya çıkartılmaktadır (Karasu, 2011: 228, 244) (Karahanoğulları, 2011:182).

Kamu özel Ortaklığı modelinde, yüksek kar getiren yatırımlar özel sektör tarafından gerçekleştirilmekte, birçok finansman hilesi marifetiyle risk özel sektöre transfer edilmeyip kamuya bırakılmaktadır (Uğur ve Miynat, 2014:27-28). Ekonomik kriz dönemlerinde başvurulan yöntemler buna örnek olarak verilebilir: Riskler özellikle ekonomik kriz dönemlerinde daha dikkat çekici hale gelmektedir. Risk dönemlerinde kamu özel ortaklıkları açısından yeterli finansman sorunu doğar. Uygulamada, kamu tüm sorumluluğu tek başına üzerine almak durumunda kalmaktadır; çünkü özel sektör sorumluluklarını risk döneminde yerine getirememektedir (Uğur ve Miynat, 2014:30).

Bir başka risk durumu ise talep yetersizliğinin ortaya çıkmasıdır; kamu özel ortaklığı yatırımlarına beklenenden daha az talep olması durumunda hizmetlerden yararlananların bu maliyetleri karşılayıp karşılayamayacakları belirsizdir. Talep yetersizliği nedeniyle ortaya çıkan risk kamu tarafından üstlenilmektedir. Talep yetersizliği ile ilgili örneklerden biri Merkez ve Doğu Avrupa ülkeleridir. Özellikle Polonya ve Macaristan'da, hizmete yönelik talep tahminleri yanlış hesaplanmıştır. Bunun sonucunda, başlarken, özel sektöre ait olan talep riski kamu tarafından üstlenilmek durumunda kalmıştır (Tekin, 2017). Talep yetersizliği ile ilgili bir başka örnek, Sydney Cross City Tüneli'nin yapımıdır. Günde 35 bin kişinin yararlanacağı tahmin edilen tünelden günde sadece 20 bin kişi yararlanmıştır (Uğur ve Miynat, 2014:30).

Türkiye'de de bu risklere dikkat çeken kuruluş Kalkınma Bakanlığı olmuştur; kamu özel ortaklığı yatırımlarında uzun vadede kaynak sorunu yaşanabileceği riskine dikkat çekerek ve kamunun bu süreçteki yükümlülüklerinin analiz edilmesinin gerekliliğini vurgulamıştır (Hürriyet: 29.04.2016).

Uluslararası Para Fonu (IMF) da benzer şekilde bir uyarı yapmıştır. Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerdeki uygulamalar için IMF'nin değerlendirmesi şu şekildedir:

“Gerek gelişmekte olan gerekse gelişmiş ülkelerde KÖO'lar büyük mali giderlere ve risklere yol açmıştır... hükümetin yanlış tutumu ve KÖO'ların manipülasyona açık olması olağan proje risklerine yenilerini katmaktadır. Bütçesel ve/ya da istatistiksel yaklaşımların yetersizliği sonucunda hükümetler KÖO'ların kamu borç ve açıkları üzerindeki etkilerini görmeyebilirler. Pratikte ise, hükümetler sonuçta orta ve uzun dönemde beklenenin ötesinde maliyet ve risklerle karşılaşabilmektedir.” (IMF Raporundan aktaran, Joel Benjamin ve Tim Jones, 2017).

Uluslararası Para Fonu, 2017'de yayımlanan “Türkiye: 2017 Madde IV Danışmanlarına İlişkin Uzmanlar Raporu”nda, Türkiye'nin 2008 sonrasındaki büyümesini incelemiş ve bu büyümenin, zengin ülkeler ile arasındaki gelir farkını daraltmadığını ortaya koymuştur. Raporda KÖO'na ilişkin olarak, büyük projelerin finansmanındaki mali risklere vurgu yapılmaktadır. Türkiye'de KÖO'nun artan rolüne karşın, yasal çerçevesinin dağınık olması ve denetimi ile ilgili sorunlar nedeniyle riskli olarak görülmektedir (Boratav, 2017).

Kamu Özel Ortaklığı modeliyle ilgili temel savlardan biri, özel sektörün yatırım yaptığı her alanda daha etkin ve verimli olacaktır. Ancak bu sav, bir varsayımdan ibarettir. Özel sektörün, yatırım yapmasının daha verimli olması, kamuya kıyasla daha ucuz borçlanacağı savlarının aksine, örnekler özel sektörün kamudan daha verimli/etkili olmadığını göstermektedir. Dünya Bankası'nın 2006 tarihli bir araştırmasında, 1983-2004 döneminde özel sektör yatırımları

incelenmiş ve “altyapıya özel sektör katılımının” hayal kırıklığı yarattığı tespiti yapılmıştır (Güzelsarı, 2009:62).

Kamu özel ortaklıkları'nın finansal açıdan içerdiği riskler, Avrupa Sayıştay, 2018 Özel Raporunda tespit edilmektedir: Rapor, KÖO'nun, hizmette aksamalara yol açtığı ve belirlenen maliyetlerin aşıldığı sonucuna ulaşmaktadır (European Court of Auditors, 2018, paragraf 77). Başka araştırmalarda da KÖO yöntemi, finansal açıdan “bir felaket” (Benjamin ve Jones, 2017); “yararları abartılan” buna karşın “maliyetleri düşük gösterilen” bir yöntem olarak (Bantekas ve Lumina, 2019: 117) olarak değerlendirilmektedir.

Büyük yatırımlar sözkonusu olduğunda, kamu kesimi de özel sektör de bankalardan veya özel finans kurumlarından borç almaktadır. KÖO, bu yatırımlarda yeni finans kaynaklarına erişim sağlamamaktadır; aksine kamu ile karşılaştırıldığında ödenecek faizleri arttırmaktadır. Bu durumda KÖO modeli yatırım yaparken yeni yatırım maliyetleri ortaya çıkmaktadır (Hall, 2008:13-16): Birçok ülkede faiz oranları düşük seviyelere inmesine rağmen bankalar algılanan risk ve genel ekonomik belirsizlikten dolayı kamuya göre özel şirketlerin daha yüksek faiz oranlarında borçlanmalarında ısrar etmektedir (Hall, 2008:7). 2009'un ortalarında Avrupa'da şirketler kamuya göre yüzde 4 daha fazla faiz ödemek zorunda kalmışlardır (Uğur ve Miynat, 2014:25). 2008 ekonomik kriziyle, özel şirketlerin finansal piyasalardan borçlanması zorlaşmış, maliyetler artmış ve modelin devamlılığı için KÖO modeline ilişkin daha önce de örtük olarak var olan bir özellik modelin bir parçası haline gelmiştir. Bu özellik, finansal piyasaların KÖO yatırımlarına kredi verirken kamu garantisi aramasıdır (Karahanoğulları, 2012:110-111).

Dünya Bankası özel sektörün kentlerdeki altyapı yatırımlarını finanse etmesinin hayal kırıklığı olduğunu belirtmiştir. Bu model ile özellikle su ve enerji yatırımlarında daha yüksek etkinlik sağlanacağı belirtilirken, yapılan araştırmalarda kamuya giden herhangi bir etkinlik kazancı olmadığı ortaya çıkmıştır.

Kamu Özel Ortaklığı Modeline Yönelik Eleştiriler:

Kamu özel ortaklığı modeli kamusal hizmetlerin siyasetleştirilerek paranın kuralına tabi kılınmasına yol açmaktadır. Kamusal hizmetlerin sunumuna dahil olan kamu ve özel sektör arasındaki ilişkinin yeniden düzenlenmesi yoluyla neoliberal dönemde ortaya çıkan bir hizmet sunma biçimidir. (Güzelsarı, 2009:63).

Gelecek siyasal iktidar önceki siyasal iktidarların siyasal hedeflerini, planlarını, gayelerini sürdürmek zorunda değildir. Bununla birlikte, bazı gerçekleri dikkate almaları gerekir. Örneğin, ekonomi politikalarında değişikliğe gitmek ciddi bir maliyet artışına yol açar. Kamu özel ortaklığı açısından durum daha da karmaşıktır ve herhangi bir sorunla karşılaşan kesim, sorumluluklarından vazgeçmeye çalışmaktadır (Uğur ve Miynat, 2014:35).

Kamu özel ortaklığı ile kamu hizmetlerinin siyasetleştirilmesi süreci yaşanmakta ve bu sürecin sonucu olarak da iktidara farklı ekonomi politikalarına sahip bir parti geldiği zaman önceki iktidarın yaptığı sözleşmeye uymak zorunda kalmakta veya yapılan sözleşmeyi iptal ederek/sözleşmede değişikliğe giderek kamu maliyesi açısından zararlara yol açmaktadır.

Kamu örgütlenmesinde sözleşme ilişkisinin yaygınlaşması, hatta bazı alanlar açısından genelleşmesinden söz edilebilir. Bazı ülkelerde bazı hizmet alanları açısından kamu özel ortaklığı giderek hizmetlerin örgütlenmesi ve

finansmanında “alternatif yöntem” olmaktan çıkarak tipik uygulama haline gelmiştir. Bu nedenle bu modelin kamu yönetimi alanında çok boyutlu olarak incelenmesi gerekir. Sözleşme sistemine dayanan ve kamusal yetki, ayrıcalık ve kaynaklarının kullanıldığı bu örgütlenme yapısının kamu hizmetinin niteliği, mali, idari ve siyasi sorumluluk açısından sonuçları vardır. Borçlanma da dahil sözleşmeden kaynaklanan mali riskler karşısında hazine garantisinin söz konusu olduğu kamu özel ortaklığı modeli hem bütçe birliği hem de denetim boyutuyla idarenin bütünlüğü ilkesi açısından önemli sonuçlar doğurmaktadır. Muafiyetleri istisnai olmaktan çıkararak genelleştiren, bütçe ve idari usuller açısından esnekliğe dayalı olan kamu özel ortaklığı uygulamaları, bu uygulamalardan beklenen toplam faydanın çok ötesinde bir risk ve maliyet içermektedir (Karasu, 2009:88-89).

Burada önemli bir nokta kamu özel ortaklığı ile oluşan yönetsel değişikliklerdir. Hizmet üzerinde kamu otoritesi kalkmakta, yönetsel erk kamu özel ortaklığına geçmektedir. Buradan sonra üçüncü şirketlerle anlaşmaları kamu özel ortaklığı yapısı yapmaktadır. Şöyle bir örnekle anlatalım. Kamu özel ortaklığı ile yapılan bir binada çalışan bir kamu hastanesinin tuvaletindeki bir musluk bozulsa, bunu kamu ile anlaşma yapan özel proje şirketi, anlaşma yaptığı alt yüklenici üzerinden değiştirecektir. Bu da yönetsel olarak tüm erkin kamu özel ortaklığı üzerinden özel sektöre devri anlamına gelmektedir. Öte yandan sağlık hizmetinin devamı ve niteliği açısından düşünüldüğünde, fazladan yönetsel mekanizmaların yarattığı zaman ve emek gücü kayıplarının oluştuğundan söz edilmektedir (Atalay, 2015:68).

İngiltere’de Sayıştay kamu özel ortaklığı sözleşmelerini, uygulamalarını incelemektedir. Bu incelemelerde, kamu özel ortaklığının zorunlu olarak kamuya yararlı bir model olmadığını; maliyet analizinin incelenmesinin önem taşıdığını ortaya koymuştur (Karahanoğulları, 2012:101). Özellikle ekonomik kriz sonrası koşulların kamu maliyesi açısından etkilerini ve yatırımların ticari başarısını incelemek için hazırladığı 2011 tarihli raporunda, bir program veya yatırım için özel finansman modelinin gerçek performansının sistematik ve sağlam bir değerlendirmesine ulaşamadığını belirtmektedir (Karahanoğulları, 2012:101).

İngiltere örneğinde kamu özel ortaklığı sözleşmeleri ile ilgili Sayıştay raporlarında net veriler olmadığına dair eleştiriler bulunmaktadır. Bu eleştiriler kamunun uzun yıllar içinde değişen koşullar, enflasyon vb. değişkenlerle ne ödediğini bilmediği noktasında toparlanmaktadır (Atalay, 2015,67). Sayıştay, incelemelerinde “kamu kaynaklarının değerinin korunması” ilkesini temel alır. Bu kavram, yatırımların ticari analizinden çok kamu maliyesi esas alınmak üzere kamu yönetimi perspektifine sahiptir.

İngiltere Sayıştay Raporlarında, kamu özel ortaklığı modelinde, “uygulanabilirlik” ve finansal olarak “karşılabilirlik” açısından bir sorun bulunmamakla birlikte, modelin tercih edilmesinin gerekçesi akla uygun bir biçimde desteklenmemektedir. Ayrıca, yatırımlardan beklenen faydaların açık bir biçimde ortaya konulmaması, risk ölçümlerinde bu modelin daha düşük maliyetli olduğunun yeterince açık bir biçimde gösterilememesi gibi nedenlerle kamu kaynaklarının bu model ile en verimli şekilde kullanımının kanıtlanamadığı kabul edilmektedir (Karahanoğulları, 2012: 102).

İngiltere’de 2009 tarihli Sayıştay Raporu’na göre yüzden fazla kamu özel ortaklığı yatırımının incelemesi sonucunda, yatırımların yüzde 20’sinde kamu

yararının ihlal edildiği tespit edilmiştir (Karahanoğulları, 2012:102). Teorik olarak kamu özel ortaklığı yatırımları ile özel sektöre de risk aktaran altyapı yatırımlarının gerçekleşmesi ve kamuda üretim kapasitesinin yükselmesi beklenmektedir. Uygulamada ise kamu özel ortaklığı yatırımları ile risk, özel sektörden kamuya transfer edilmektedir.

Karahanoğulları'na (2012) göre İngiltere'de 2003-2008 döneminde kamu özel ortaklığı yatırımlarının ancak yüzde 65'inin zamanında bitirebilmiştir; ki bu da kamu özel ortaklığı açısından yüzde 35 civarında bir başarısızlık anlamına gelir.

Yatırımların zamanında yetiştirilmesinde görülen yüksek oran, kamu özel ortaklığının olumsuz taraflarından biridir. Ayrıca, yine İngiltere örneğinde, mülkiyetin el değiştirdiği örnekler gözlemlenmiştir; yatırımlar el değiştirme yoluyla yeniden finans elde etme imkanı yaratmaktadır. Bu durum ise özel şirketlerin, yatırım bankaları, gayrimenkul değerlendirme şirketleri, inşaat şirketleri ve muhasebe şirketleri kamu özel ortaklığı karar süreçlerinde etkili olmasıyla sonuçlanabilmektedir. (Karahanoğulları, 2012:116). Örneğin, İngiltere'de Hazine, kamu özel ortaklığı modeline göre yapılan yatırımlara danışmanlık yapması için aralarında PricewaterhouseCoopers, KPMG, Ernst&Young, Deloitte&Touche, Andersen ve Enron yolsuzluğunda yer alan bir şirketin de bulunduğu beş büyük şirketi görevlendirmiştir. Muhasebe ve danışmanlık şirketlerinin, yatırımların yaygınlaşması için mücadele etmeleri ve ihale sürecinde rol oynamaları, ihaleye giren şirketlere ve kamuya aynı anda danışmanlık hizmeti sunmaları, bu sürecin

dikkate incelenmesi için yeterlidir (Karahanoğulları, 2012:116-117; Küçük, 2017:261) ¹.

Otoyol veya köprü gibi hizmet alanlarında kamu özel ortaklığı modelinin yarattığı maliyetler son olarak hizmetten yararlanana yansıtıldığında, hizmeti kullananlar bu hizmetlerden yararlanmamayı tercih edebilmekte bu nedenle yatırımlar kullanılmaz hale gelebilmektedir. Bu durum talep riskine bir örnektir. Polonya’da bir otoyol ve İskoçya’da bir köprü için aşırı ücretlendirme nedeniyle hizmetten yararlanan sayısı beklenenin altında kalmış ve ekonomik krizin de etkisiyle karı düşen şirket için siyasal iktidar ilave fonları devreye sokmuş ve aradaki farkı kapatmak zorunda kalmıştır (Karahanoğulları, 2012:112).

Bu tür yatırımların bütçe dışında kalması kamu maliyesi açısından sadece saydamlık sorunu yaratmamış ve aynı zamanda son derece büyük bir mali risk anlamına gelmiştir. Londra metro inşaatının bir bölümünün kamu özel ortaklığı modeli ile yapılması sırasında Metronet şirketinin iflası ile 400 milyon sterlin birdenbire kamu borcuna dönüşmüştür. Şarta bağlı borcun herhangi bir istatistikte yer almaması nedeniyle kamu maliyesinin gerçek bütçesi ancak iflas anında ortaya çıkabilmiştir (Karahanoğulları, 2012:114).

Kamu mali kuralları aşmak için bu modelleri kullanmakta, kamu özel ortaklık modellerine teşvikler vererek kamunun borç ve açık düzeylerini düşürmek istemektedir (Hall, 2010:7-13). Kamu özel ortaklığı kayıtlarda “borç” olarak kaydedilmeyerek, hükümetler vatandaşlarına fazla harcama yapmadıkları izlenimini vermeyi sürdürmek istemektedirler. Monbist (2002), kamu özel ortaklığının, kamusal hileler ve muhasebe oyunlarında meydana geldiğini

¹ Pricewaterhouse Coopers (PwC), Deloitte, Ernst&Young, KPMG gibi 157 ülkeye yayılmış faaliyetleri ile dünyada önde gelen danışmanlık firmaları arasındadır ve bu firmalar son yıllarda sağlık alanında kamu özel ortaklığı konularında danışmanlık hizmeti vermektedirler. Pricewaterhouse Coopers (PwC), Deloitte, Ernst&Young ve KPMG ile birlikte dünyadaki en büyük

kaydetmektedir (Hodge and Greve, 2007:550). Avrupa Birliği lkelerinde artan kamu harcamalarını frenlemek ve bütçe açıklarını azaltmak için kamu özel ortaklığı modellerine ilgi duyulmuştur (Uğur ve Miynat, 2014:28).

İngiltere’de Tony Blair iktidarının, kamu özel ortaklığı yatırımlarının bütçede yer almaması ve kamu borçları arasında görünmemesi nedeniyle siyasal olarak avantaj elde etmesi, kamu özel ortaklığı kısa dönemde siyasal kazanç ve uzun dönemde hesap verebilirlik açısından politik bir tercih sunmaktadır (Uğur ve Miynat, 2014:29).

Hem kamu hem de özel sektör, yatırımları bütçe dışında göstermek istemektedir. İngiltere’de kamu özel ortaklığı modeliyle yatırım yapan Şirketlere vergi matrahından indirim olanağı sağlanmaktadır (Karahanoğulları, 2012:114-115).

Kamu ve özel sektörün kamu özel ortaklığı yatırımlarını bütçe dışında gösterme eğilimi, akla Enron krizini ve 2008 krizini hazırlayan koŐulları getirmektedir. Bütçe dıŐılık sorunu ile modelde muhasebe Şirketlerinin üstlendiği roller arasında benzerlikler bulunmaktadır (Karahanoğulları, 2012:115). Konuyla ilgili tek sorun bütçe dışında tutma olmadığı görülmektedir. Bütçe dışında bırakma dışında, kamu özel ortaklığı yatırımlarıyla ilgili yeterli bilgiye eriŐimin olmaması, konuyla ilgili istatistiklerin oluŐturulmaması, bilgilerin kamuoyuyla paylaŐılmaması da önemli sorunların başında gelir (Karahanoğulları, 2012:115).

Kamu zel ortaklığı modelinin karmaşık olması ve uzun dönemli bir sözleşmeye dayanması, birçok soruna yol açmaktadır. Sözleşmeyi imzalayan özel sektörün işlerin bir bölümünü taşeron Şirketlere devrettiğinde kamunun bilgi eksikliği sorunu daha da artmaktadır. Sözleşmeler bittikten sonra da zel Şirketin yaptığı iŐlere ilişkin belirginliğin olmaması kamu kaynaklarının yerinde kullanılıp

kullanılmadığının belirlenmesinde sorunlara neden olmaktadır. Tanker uçak yapımı için İngiltere’de Savunma Bakanlığı’nın özel şirket ile imzaladığı yatırımın uygulama aşamasındaki maliyetlerine ilişkin bilginin kısmen edinile bilinmesi ve bu şirketin taşeron şirketlere verdiği işlerin bilgisine sahip olunmaması, maliyet analizini ve diğer seçenekler ile karşılaştırılmasını imkansız hale getirmektedir (Karahanoğulları, 2012:115-116).

Siyasi açıdan kamu özel ortaklık modellerinde şeffaflık ve hesap verebilirlik, bir endişe nedenidir. Kamu özel ortaklığı proje sözleşmeleri, klasik kamu hizmetlerinin gördürülmesinde görüleceği gibi genel gözetim, denetim ve inceleme mekanizmalarından muaf olabilmektedir. Yatırımların teknik ve detaylı içeriği nedeniyle siyasetçiler, kamu özel ortaklığı uygulamalarının kısa, orta ve uzun dönemde kamu bütçesi üzerindeki etkilerini incelemelerine izin verecek verileri bulamamaktadır (Uğur ve Miynat, 2014:33).

Kamu özel ortaklığı yatırımlarında “ticari sır” kavramı gereğinden fazla kullanılmakta ve bu durum bilgi akışını önleyerek şeffaflığı azaltmaktadır. Sözleşmelerin içeriğine ilişkin bilgiye ulaşabilmek paranın karşılığının alınmasını sağlayarak kamusal güveni artıracaktır (Flinders, 2005:230). Yatırım ile ilgili bilgilerin olmaması hem siyasi şeffaflık hem de genel analiz açısından önemlidir. Örneğin İngiltere’de Kamu Politikaları Araştırma Enstitüsü olmasına rağmen bu kurum kamu özel ortaklıklarla ilgili yeterli bilgi olmadığından anlamlı analizler yapamamaktadır. 2010 yılında İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmetleri’ne destek veren 10 kuruluşun sözleşmesi sonlandırılırken, siyasal iktidar ticari sır olduğunu gerekçe göstererek detay vermemiştir (Uğur ve Miynat, 2014:33).

Daniels ve Trebilcock (1996), kamu özel ortaklıklarının fayda ve maliyetlerini analiz etmişler, şeffaflık ve hesap verebilirliğin bulunmamasının

önemli sorunlar çıkaran en önemli maliyetler olduğunu ileri sürmüşlerdir (Bettignies and Ross, 2004:140). Sözleşmeler, alt sözleşmeler ve ortaklıklarda şeffaflıktan yoksunluk artmakta ve bu durum kamu içerisinde kurumsal karışıklarla sonuçlanabilmektedir. Uygulamalar kamunun kontrol edilmesini ve hesap verebilirliği savunan Weberian düşünceyi aşındırmakta, kurumsal karışıklık kime ve neye hesap verebilirliği gizlemektedir (Hood, vd., 2006:44). Teoride uzun dönemde kamu özel ortaklıklarındaki yazılı doküman ve sözleşmelerle yurttaşların doğru bilgi almasının sağlanacağı ve hesap verebilirliğin arttırılacağı söylenmektedir. Bununla birlikte kamu özel ortaklıklarındaki maliyet tasarrufu sağlayan uygulamalar bağımsız denetçiler tarafından güvenilmez olarak görülebilmektedir (Uğur ve Miynat, 2014:33-34).

Yatırımların her aşamasında çeşitli konularda hizmet satın alma yoluna giden yönetimin ihale sürecindeki ve sözleşme yönetimindeki yönetsel giderleri iyi analiz edilmelidir. Örneğin danışmanlık şirketlerine ödenen para bir maliyet unsuru oluşturmaktadır. Aynı şekilde sözleşme yönetiminin bir diğer ek maliyet, sözleşme yönetiminden sorumlu yeni uzmanlık birimlerinin kurulmasıdır. Sözleşme yönetiminin ve bunun örgütlenmesinin maliyeti hiç de az değildir. Modeli uygulayan ülkelerdeki veriler, yeni birimlerin/örgütlerin kurulmasını, çalışanın işlendirilmesini ve çok sayıda işin piyasadan temin edilmesini gerektiren kamu özel ortaklıklarının, diğer özellikleri yanında bu özellikleriyle de kamu harcamalarını artıran bir model olduğunu ortaya koymaktadır (Karasu, 2011:208-209). Türkiye’de son yıllarda kamunun danışmanlık şirketlerine ödediği paranın arttığını söylemek mümkündür. Adalet ve Kalkınma Partisi’nin (AKP) 17 yıllık iktidar döneminde danışmanlık ve müşavirlik hizmetlerine verilen paralar son yıllarda artış göstermeye başlamıştır. AKP iktidarının ilk yıllarında 200-500 milyon

olan harcamalar 2014 yılında 10 milyar 968 milyon 217 bine yükseldi (Birgün, 23.04.2015).

Kamu çalışanının, ticari yeteneklerinin ve yatırım yürütme bilgilerinin genellikle zayıf olması, özel sektör ile bu büyüklükte bir ortaklık ilişkisine girilirken kamunun ticari konumunu zayıflatmaktadır. Bu boşluğu kamu, özel sektörden geçici danışmanlık hizmeti satın alarak doldurmaktadır. Bu nedenle yatırımın maliyetleri artmaktadır. Daha da önemlisi, danışmanlık şirketinin çekilmesi durumunda yatırıma ilişkin tüm ticari bilgilerin kaybedileceği bir bağımlılığın yaratılmış olmasıdır (Karahanoğulları, 2012:118).

Modelin istihdam rejimi ve hizmetin niteliğini bozucu etkisinin üzerinde durulması gerekir: Kamu özel ortaklığı konsorsiyumunda yer alan şirket(ler) yükledikleri işlerin bir bölümünü altyüklenicilere devredebilmektedir; bu durum hizmet sunan şirketlerin değişmesi ve kamu hizmetini sunan aktörün “kim” olduğu sorusuna belirsizlik kazandırmaktadır (Karahanoğulları, 2012: 121).

Kamu özel ortaklığı uygulamalarının klasik özelliklerinden biri olan taşeronlaşmanın incelemesi gerekmektedir. Taşeronlaşma, Hatfield tren kazası (İngiltere) ve Charles de Gaulle havaalanı (Fransa) örneklerinde, hizmetin niteliğinde azalma tespit edilmiştir (Hall, 2004: 6). Çalışanların ekonomik ve sosyal hakları üzerinde yarattığı olumsuzluklar da buna eklendiğinde taşeronlaşmanın maliyeti daha da yükselmektedir. Kamu özel ortaklığı yatırımlarında genellikle altyüklenici şirketlerle çalışılmaktadır; Altyüklenici şirketlerle çalışma, gerçek maliyetlerin maskelenmesine neden olmaktadır (Karasu, 2011:219-220).

Kamu özel ortaklıklarında çıkar grupları ile özel finans grupları, danışmanlık şirketleri ve altyapı şirketleri arasında birliktelikler olabilmektedir

(Greve and Hodge, 2012:7). Bu olgu siyasal iktidarın gözde şirketlerine ihalelerin verilmesi olarak ortaya çıkmaktadır (Uğur ve Miynat, 2014:33). Türkiye’de kamu özel ortaklığı ihaleleri incelendiğinde 5-10 şirkete verildiği görülmektedir. 49 yıl için, bazı şirketlere ayrıcalığın sağlanması, bu süre boyunca ilgili kamusal alanda “özel” bir tekel yaratmak anlamına gelir. Bu ayrıcalığın kamu güvencesiyle verilmesi piyasa açısından eşitliğin bozulmasıdır (Atalay, 2015:69).

Kamu hizmetlerinin kamu özel ortaklığı modelleriyle sunulması, kamu hizmetlerine erişim sorunu yaşayan toplumsal kesimlerin, hizmete erişim ve hizmette adalet beklentisini karşılayamayacaktır. Genel olarak, özel sektörün kar olmadan çalışmayacağı düşünülürse, yoksullara hizmet sunmaya isteksizliği daha kolay anlaşılacaktır.

VI. TÜRKİYE’DE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ ORTAYA ÇIKIŞI

Dünya genelinde artan nüfus ve kırdan kente göç dalgasının artması, altyapı yatırımlarına olan talebi arttıracak beklenmektedir. Elektrik, karayolu, haberleşme, demiryolu, konut, su ve liman ve havayolu sektörlerinde öncelikli olarak yatırım ihtiyacının yüksek olacağı tahmin edilmektedir. 2016-20140 yılları arasında altyapı yatırım ihtiyacının en yüksek olduğu ilk on ülke Çin, Amerika, Hindistan, Japonya, Fransa, Birleşik Krallık, Endonezya, Avustralya, Brezilya ve Almanya’dır (Cumhurbaşkanlığı, 2019; Emek, 2017).

Osmanlı, 19. yüzyılın sonlarına doğru demiryolu, liman, rıhtım, elektrik gibi kamu hizmet işletmelerinin kurulması ve işletilmesini, yabancılara verilen ayrıcalıklarla sağlamıştır. Osmanlı döneminde Tan’a (1967: 285) göre bir taraftan kapitülasyonların, diğer taraftan Duyun-u Umumiye’nin ayrıcalıkları altında, yararlanıcıların yararına ve devletin zararına anlaşmalar ve durumlar söz konusu

olmuştur (Akıllı, 2013:101). Bu girişimcilere, imtiyaz sözcüğünün tam karşılığı olarak baştan bir maddi karşılık ve/veya tesisin gelirinden pay karşılığında faaliyetlerini gerçekleştirme ayrıcalığı ve koruması sağlanmıştır. Osmanlı'daki ilk örnekler, 1850'li yıllara kadar giden Terkos Suyu, İstanbul Şirket-i Hayriye deniz hatları işletmesi, 1870'lerde dünyanın ilk metro örneklerinden biri olarak gerçekleşen Beyoğlu Tüneli yatırımlarının olduğu; ayrıca havagazı, tramvay, elektrik, tren yolları gibi imtiyazlarla kamu hizmetlerinin verildiği görülmektedir. Ancak, 20. Yüzyılda yaşanan dünya savaşları ve 1929 ekonomik krizi döneminde bu akım tersine dönmüş, yaşanan maddi yıkımlar ve enflasyon olgusunun ortaya çıkışıyla uzun dönem imtiyaz sözleşmelerinin gerçekleştirilmesi zorlaşmıştır. Bu durum karşısında, imtiyaz sahipleri, kamu hizmetleri alanında da örgütlenmeye başlayan devletlerle anlaşmalar yapmaya başlamış ve sözleşmelerini kamu iktisadi teşebbüslerinin kuruluşuna da kaynaklık eden kamu şirketlerine devretmişlerdir (Ö.İ.K.R. , 2014:4-5).

Hukukta bir tür özelleştirme uygulaması olarak da kabul edilen, idari sözleşmelerin klasik örneği olarak değerlendirilen kamu hizmeti imtiyaz sözleşmeleri, çeşitli tanımlarla ve değişikliklerle 1910 yılından beri Türkiye'de uygulanmaktadır (Sarısu, 2009:71).

Duyun-u Umumiye İdaresine terk edilen kamu kaynakları nedeniyle altyapı yatırımlarına ve hizmetlerine ilişkin kaynaksız kalan Osmanlı'nın kamu altyapı yatırımlarının özel sektör tarafından sunulması için Menafi-i Umumiyeye Mütteallik İmtiyazat Hakkındaki 10.06.1910 tarihli ve 516 sayılı Kanunu çıkarmıştır (Sarısu, 2009:73-74).

Daha sonra bu kanuna bazı maddeler ilave edilmesine ve bazı maddelerin yürürlükten kaldırılmasına ilişkin, "Menafi-i Umumiyeye Mütteallik İmtiyazat

Hakkındaki 10 Haziran 1910 Tarihli Kanuna Bazı Maddeler Tezyiline ve Bu Kanunun Bazı Maddelerinin İlgasına Dair 25.06.1932 tarihli ve 2025 sayılı Kanun” çıkartılarak; 1910 sayılı Kanunun 3, 4 ve 6. maddeleri yürürlükten kaldırılmış, diğer maddeleri ise 2025 sayılı kanunun maddeleri olarak düzenlenerek ve ilk hali ile yürürlükte bırakılmıştır (Sarısu, 2009:95).

A. 1980 SONRASI KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MEVZUATI

1980 sonrası yaygınlık kazanan liberal ekonomi politikaları sonucu Menafi-i Umumiyyeye Müteallik İmtiyazat Hakkındaki 10 Haziran 1910 Tarihli Kanun sermayenin, özel sektörün ihtiyaçlarını karşılamadığından dolayı kamusal hizmetlerin özel sektöre gördürülmesi ile ilgili mevzuatta 1983 yılından itibaren yasal-kurumsal düzenleme yapılmıştır (Sarısu, 2009:95).

Kamu özel ortaklık modellerinin öncülleri olan, imtiyaz yönteminin benzerleri olan yap-işlet-devret ve işletme hakkı devri gibi modeller bu dönemde ortaya çıkmıştır. Türkiye, elektrik sektörü yatırımlarını hızlandırmak üzere 1984’de çıkardığı özel sektörün elektrik sektöründe yap-işlet-devret ve işletme hakkı devri modelleriyle yatırım gerçekleştirmelerine olanak sağlayan 3096 sayılı Kanun ile dünyada ilk kez yap-işlet-devret modeli kanununu çıkaran ülke olmuştur (Ö.İ.K.R. , 2014:2).

İmtiyaz modeli dışındaki ilk kamu özel ortaklığı modeli 1984 yılında dünyadaki ilk yap-işlet-devret kanunu olarak da bilinen 3096 sayılı “Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun”dur. Elektrik sektöründe kamu tekelinin sona ermesine, yerli ve uluslararası şirketlerin yap-işlet-devret ve

işletme hakkı devri modeli ile elektrik yatırımlarına başlamasını sağlayan bu kanun kapsamındaki ilk yatırımlar 1990'lı yıllarda başlamıştır (Ö.İ.K.R. , 2014:26).

16 Temmuz 1997 tarihli ve 4283 sayılı “Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun”, iptal davaları ile tıkanan 3096 sayılı Kanun ile gerçekleştirilemeyen termik santral yatırımlarının yap-işlet modeliyle yapılması için çıkarılmıştır. Bu kapsamda tamamı kamu garantisine sahip toplam 5.360 MW gücünde beş adet doğal gaz elektrik santrali yatırımı gerçekleştirilmiştir. Bu kanun modelinin 3096 sayılı kanundan en önemli farkı, açık ihale yöntemini benimsemesi ve santrallerin mülkiyetinin özel sektöre ait olmasıdır. Santrallerin mülkiyeti özel sektöre ait olduğundan, Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı ile yapılan uygulama sözleşmelerinin süresi bittiğinde santrallerin işletme ömürleri devam ederse özel şirketler doğrudan serbest piyasada satış yapmak durumunda olacaklardır. 4628 sayılı Elektrik Piyasası Kanununun çıkmasıyla bu kanunun uygulamaları da sona ermiştir (Ö.İ.K.R. , 2014:28).

Devlet Planlama Teşkilatı 2007'de elektrik, su, havayolu, iletişim gibi yatırımlarda yap-işlet-devret, yap-işlet ve işletme hakkı devri modeli ile yürütülecek kamu özel ortaklığı modellerini geliştirmek üzere bir kanun taslağı üzerinde çalışmıştır. Bu kanun taslağı, 1980'li yıllardan beri çıkarılan bu alandaki pek çok dağınık ve farklı kanun ve yönetmeliği kaldırmak için hazırlanmıştır (Ö.İ.K.R. ,2014:7). 2007'den sonra Türkiye'de kamu özel ortaklığı modelleri ile yapılan yatırımlar artmaya başlamıştır. En önemli pay yap-kirala-devret modeli ile yapılan Şehir Hastaneleri'dir.

Sağlık hizmetinde kamu özel ortaklığı modelini andıran uygulamalar hizmet alımı yöntemiyle başlamıştır. İlk olarak kamu hastanelerinin sağlık

hizmetlerini özel şirketlerden satın alabilmesi için bir genelge yayımlanır (4 Ocak 1985). Ayrıca yemek, güvenlik, bakım onarım gibi tıbbi olmayan birçok hizmetin özel sektörden temin edilmesiyle bu süreç devam etmiştir.

Sağlık hizmetinde kamu özel ortaklığı modeli ilk olarak 2005'te 5396 sayılı Kanunla gerçekleşmiştir. Buna göre, Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilmesi halinde "Hazine (veya gerekiyorsa şahıs) arazileri üzerine özel sektörce yapılacak sağlık tesisleri Bakanlıkça belirli bir süre üst hakkı verilmek suretiyle kiralanacak, tıbbi hizmetler dışındaki tüm hizmetler özel sektör tarafından verilebilecektir." Tekin, 2017: 16). Uygulama yönetmeliği ("Sağlık Hizmetlerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik") 2006 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikte 2010'da değişiklikler yapılmıştır.

Eğitim hizmetlerinde kamu özel ortaklığı modellerinin uygulanabilmesi için 2011'de 652 sayılı Milli Eğitim Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ile Milli Eğitim Bakanlığı, İnşaat ve Emlak Grup Başkanlığı kurulmuştur. 2012'de Bakanlar Kurulu kararı ile Eğitim Öğretim Tesislerinin Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Eğitim Öğretim Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik çıkmıştır.

1. Strateji ve Bütçe Başkanlığı, kamu yatırımlarının gerçekleşmesinde uygulanacak finansman modellerini geliştirme ve KÖO projelerini analiz etmekle görevlendirilmiştir (13 numaralı Cumhurbaşkanlığı kararnamesi, 24.7.2018 tarih ve 30488 sayılı RG).
2. 14 numaralı Cumhurbaşkanlığı kararnamesi ile Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı, Kanal İstanbul ve benzeri su yolu projelerinin yapımını sağlamakla görevlidir. (24.7.2018 tarihli ve 30488 sayılı RG)

V. TÜRKİYE'DE ORTAYA ÇIKIŞ GEREKÇELERİ

1980 askeri darbesinin getirdiği ortam sonucu neoliberal politikalara hızlı bir geçiş yapan Türkiye'de yapısal reformlar önemli gündem maddesi olmaya başlamıştır. Yapısal reformların sonucu olarak kamusal hizmetlerin özel sektör tarafından görülme usulleri yaygınlaşmaya başlamış ve kamu-özel ortaklık modelleri yaygın görülen kamusal hizmet sunma modeline dönüşmüştür.

1983 milletvekili seçimi sonucu iktidara gelen Anavatan Partisi'nin benimsemiş olduğu neoliberal politikaların etkisiyle kamu özel ortaklığının mevzuatı oluşturulmaya başlanmıştır. Dünyada esen liberal ekonomi politikalarının da etkisiyle kapitalizmin merkez ve çevre ülkelerinde 1970'lerde başlayan ekonomik krizden çıkış yolu olarak kamusal mal ve hizmetlerin sunumunun özelleştirilmesi öngörülmüştür.

Devlet Planlama Teşkilatı, 2005'den itibaren kamu özel ortaklığı uygulamalarını değerlendirmeyi amaçlayan toplantılar düzenlemiştir. Bu toplantıların sonucunda DPT, kamu özel ortaklığı çerçeve yasa taslağını (Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı) hazırlamıştır. Kamunun finansman ihtiyacı için mali kaynakları çeşitlendirme yatırım ve hizmetlerde tasarrufa yönelme gibi genel düzeyde geçerliliği kabul edilen gerekçelere dayandırılmıştır. Taslak, ihale mevzuatına ilişkin görüş ayrılıkları nedeniyle taslak beklemeye alındı (Güzelsarı, 2009:70).

Kamu özel ortaklığı modelinin yasal çerçevesini hazırlama ve kamu hizmetlerine özel sektör katılımını artırma çabaları, neoliberalizmin, "kullanan öder" ilkesine dayanan kamu hizmeti anlayışıyla birlikte anlaşılabilir.

DPT tarafından 2008 yılından hazırlanan Kamu Özel Ortaklığı için yasa taslağının gerekçeleri:

Kamu özel ortaklık modellerinin uygulanması sonucunda kamunun dış borçlarının artmayacağı argümanı teorik bir argüman olarak kalmaktadır. Elektrik dağıtımı veya havaalanı terminali gibi hizmetlerde kamu tarafından hizmet alımına yönelik bir yükümlülüğün bulunmadığı söylenebilirse de, bu alanlardaki sözleşmelerde de kamu adına hizmetin halk tarafından asgari belli bir oranda satın alınacağına garanti edilmesi (örneğin havaalanı terminali işletmeciliğinde belli sayıda yolcu garantisi verilmesi) nedeniyle yine kamu yükümlülüğü yaratıldığı bilinmektedir (Çal, 2008:156). Bu nedenle modelde yatırımın mali risklerinin özel sektör tarafından üstlenileceği iddiasının geçersiz olduğu söylenebilir.

Devlet Hava Meydanları İşletmesi Genel Müdürlüğü, tüm yatırımları kendi öz kaynakları ile gerçekleştirebilecek bir ekonomik güce sahip olduğu halde sektöre yaptığı yatırımların yüzde 56'sını kamu kaynağı kullanmaksızın kamu özel ortaklığı modelleri ile bütçe dışı kaynaklarla finanse etmiştir (Ö.İ.K.R. , 2014:33). Bu nedenle kamu özel ortaklığı uygulamalarının gerekçelerinden biri olan kamuya kaynak yaratma savı temelsiz kalmakta ve aslında yukarıdaki örneklerde de görüleceği üzere gibi kamu garantileri yoluyla özel kesime kesin olarak gelir elde edeceği bir alan açılmaktadır.

Kamu özel ortaklığı modelinin temel gerekçelerinden biri, özel sektörün kamudan yapılması planlanan yatırımları daha hızlı gerçekleştireceğidir. Selex-İçtaş konsorsiyumunun gerçekleştireceği SMART yatırımı, bu gerekçenin geçerliliğini tartışmaya açan örnektir; SMART yatırımının 2 yıl içerisinde

bitirilmesi planlanırken 3 yıl gecikme ile başlayabilmiştir (Erdoğdu, 2015; ayrıca kbz. *Avrupa Sayıştay Raporu, 2018*).

Kamu hizmetlerinin görölmesinde klasik ihale yöntemine göre tasarruf sağlanacağı yönündeki gerekçe ve sav, İzmit Su Yatırımları örneğinde geçerliliğini kaybetmektedir: Devlet Su İşleri Genel Müdürlüğü tarafından klâsik ihale yöntemi ile başlanılan, konu ile ilgili uzmanlar tarafından bu yöntem ile tamamlanmasının uygun olacağı belirtilen ve mevzuata göre yap işlet devret modeli kapsamına alınması mümkün olmayan İzmit Su Yatırımının yap işlet devret modeli kapsamına alınması nedeniyle kamu büyük bir yük altına sokulmuş ve bu durum çeşitli denetim birimleri tarafından düzenlenen raporlarla tespit edilmiştir (www.sayistay.gov.tr, 2015). İzmit Su Yatırımı örneğinde kamu özel ortaklığı modellerinden biri olan yap-işlet-devret'in klasik ihale yöntemine göre tasarruf sağlamadığı tersine kamuyu büyük bir borç altına soktuğu söylenebilir.

Kamuya tasarruf yaptıracağı yönündeki savın, için İstanbul Yeni Havalimanı² örneğinde geçerliliğinin tartışmalı olduğu görülecektir.

“Sayıştay raporunda, projenin başarısızlığı halinde uğranılacak zararın yükünün de Hazine'ye bindirildiğı hatırlatıldı. İhaleden 3 ay önce 3996 sayılı ‘Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapılması Hakkındaki Kanun’a önemli bir madde eklendi. Buna göre ihaleyi kazanan şirketlerin

² Cumhuriyet tarihinin en büyük ihalesi olan İstanbul'a 3. Havalimanı yapım ve işletme ihalesi 3 Mayıs 2013'te gerçekleştirildi. 25 yıllık işletme hakkını kapsayan ihale 22 milyar 152 milyon avroluk teklifleriyle Cengiz – Limak-Kolin- Mapa- Kalyon Ortak Girişim grubuna verildi (Milliyet, 03.05.2013). İstanbul'daki mevcut iki havalimanının kapasitesini büyütme seçeneğine rağmen yeni bir havalimanına gerek olmadığına yönelik eleştiriler de bu dönemde kamuoyunda yer almıştır (Birgün, 15.01.2015).

sözleşmesinin feshedilmesi durumunda, işle ilgili kullandığı kredi borcunun devlet tarafından üstlenilmesi öngörüldü. Sayıştay raporunda İstanbul Yeni Havalimanı Uygulama Sözleşmesi'ne de bu hükmün eklendiği belirtildi." (Birgün, 15.01.2015)

Dünya ekonomisinin içinde bulunduğu ekonomik kriz koşullarında böyle bir maddenin kamunun borç yükünü arttırma riskini taşıması, denetim kurumlarının dikkat çektiği hususlardan biridir (Birgün, 15.01.2015, Avrupa Sayıştay Raporu, 2018).

Sayıştay Raporu'nda KÖO'nun avantajları ve riskleri şu sözlerle ifade edilmiştir:

"[G]örevli şirket açısından belirgin bir proje riskinin söz konusu olmadığı, garanti yolcu sayıları sabitlenen 20 yıl işletme süresi içinde ise garanti yolcu ödemelerinin devam etmesinin havalimanının bu performansı ile devam edeceği bu nedenle de proje finansman riskinin DHMİ'nin üzerinde kalma olasılığının yüksek olduğu, garanti yolcu ücretini bütçesinden karşılayan DHMİ'nin, havalimanının görevli şirketçe işletilme süresinin ilk yılları olmasına karşın bölgesel havalimanının canlandırılması ve giden yolcu talebinin artırılmasına yönelik olarak ilgili şirket ile ortak projeler geliştirme gerekliliği, bölgesel havalimanı projelerinin geliştirilmesinde projelerin sosyal boyutunun yanı sıra ekonomik ve karlılık ölçütlerinin de değerlendirilmesi ve bu tip havalimanlarına ilişkin YİD ihalelerinde rekabetçi koşullar yaratılarak yüksek katılım sağlanması, gibi tespitler ve buna bağlı alınması gereken önlemler ortaya çıkmaktadır....

"Bu nedenle ihalelerde oluşacak işletme sürelerinin, YİD projelerinin geleceğini olumsuz etkilemeyecek ve proje riski oluşturmayacak şekilde belirlenmesi açısından önem arz eden 'Uçak ve Yolcu Trafik' tahminlerinde yolcu sayısında yüksek sapmalara meydan vermemek için etüt-fizibilite çalışmalarında kullanılan verilerin hassasiyetle belirlenmesi gerekli görülmektedir. Ayrıca, yolcu

potansiyeli ve talebi yüksek olmayan bölgelerde YİD modeli ile yapılacak havalimanlarının projelendirme, ihale ve işletme sürecinde, riskin proje paydaşları arasında dengeli dağılması ve havalimanının işletilmesi süresinde DHMİ'nin finansman yükünün azaltılması için optimal garanti yolcu sayısının belirlenmesinde, gerek yatırım tutarı ve işletme süresi gerekse bölgesel özellikler, uçak-yolcu trafiği gibi değişkenlerinde dikkate alınması gerekli gerekmektedir." ifadelerine yer verildi" (Hürriyet, "27 Milyon Euro Havaya Uçtu", 12,01,2015).

Kamu özel ortaklığı uygulamalarında ihalelerin verildiği şirketler tartışmaya konu olmuştur. Türkiye'de siyasal iktidarlar açısından, bu model, belli sermaye gruplarının zenginleşmesi için bir araç olarak işlev görme kapasitesine sahiptir. (Uğur ve Miynat, 2014:37; Yaşlı, 2014: 35-36). Buna örnek olarak, kamuoyunda tartışmaya yol açan, 19 Nisan 2014 tarihinde yayınlanan "Hazine Müsteşarlığı Tarafından Gerçekleştirilecek Borç Üstlenimi Hakkında Yönetmelik gösterilebilir; Yönetmeliğin 4. Maddesine göre, 1 milyar liranın üzerinde olan yap-işlet-devret projeleri ile Sağlık ve Eğitim Bakanlığı tarafından yürütülen 500 milyon doların üzerindeki proje borçlarına Hazine garantisi getirilmiştir. KÖO projelerinin tamamlanamaması durumunda, Hazine'nin bu projeleri yürüten şirketlerin borçlarını üstlenecek olması, KÖO'nun hem siyasal açıdan hem de iktisadi açıdan sonuçlarını gösteren kararlardan biridir. Ümit Akçay (2015), "Hazine Müsteşarlığı Tarafından Gerçekleştirilecek Borç Üstlenimi Hakkında Yönetmeliğinde, hangi projenin Hazine tarafından üstlenileceğine Bakanlar Kurulu'nun karar vermesini ve borcu üstlenilecek proje ve firmaların hangileri olduğunun kamuoyuna açıklanmayacak olmasının önemine dikkat çekmektedir. Dolayısıyla, KÖO'nun uygulama biçimleri, siyasal iktidarların, belli sermaye gruplarını koruyacak şekilde uygulanmasının mümkün olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Seçim dönemlerinde KÖO modeller ile yapılan yatırımların iktidar partisinin seçmenlerle kurduğu ilişkide işlevsel bir yere sahip olduğu görülmektedir. Bu da kısa vadeli siyasal çıkarlar için devletin uzun vadeli borçların altına girmesi sorununu tartışmaya açmak anlamına gelmektedir. 2013 yılında kamu özel ortaklığına dair yasaya, dönemin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Faruk Çelik'in karşı çıkmıştır (Radika, *Başbakan'ın Rüyası Gerçek Oldu*, 23.02.2013). Faruk Çelik bu yasa ile devletin hem "kiracı" olacağı, hem de tesisi yapacak firmanın dış borcuna Hazine garantisi vereceğine dikkat çektiği ve yasayı "oluşacak borcu, torunlarımız bile ödeyemez" sözleriyle eleştirdiği basına yansımıştır (Radikal, 2.302.2013).

2018 yılı itibariyle Türkiye'de kamu özel ortaklığı yatırımlarının sektörlere göre dağılımı aşağıdaki tabloda görüldüğü gibidir.

Tablo. Proje Sayılarının Sektörlere Göre Dağılımı

Proje Sayılarının Sektörlere Göre Dağılımı		
SEKTÖR	SAYI	TOPLAM (\$)
Karayolu	42	21.601.035.560,73
Havaalanı	18	18.978.332.307,81
Yat Limanı ve Turizm Tesisi	17	936.593.891,89
Demiryolu	1	277.114.746,16
Kültür ve Turizm Tesisi	1	143.181.246,65
Gümrük Tesisi	19	526.248.405,20
Endüstriyel Tesis	2	1.456.185.498,69
Sağlık Tesisi	20	11.524.946.739,10
Enerji	94	11.932.200.514,46
Limn	23	144.510.109,69
Madencilik	8	0
Katı Atık	1	30.404.977,15

Kaynak: <https://koi.sbb.gov.tr/>

Türkiye’de 1986’dan beri uygulanan kamu özel ortaklık modelleri özellikle 2002’den sonra hukuki altyapının tamamlanmasıyla ivme kazanmıştır. 2018 sonu itibariyle otoyol, köprü, tünel, havalimanı ve sağlık gibi alanlarda 242 yatırım bulunmaktadır. Bu modeller son yıllarda yap-işlet-devret modeli ile yapılan Yavuz Sultan Selim Köprüsü, Osmangazi Köprüsü ve yap-kirala-devret modeli ile yapılan Şehir Hastaneleri, Sağlık Kampüsleri (20 yatırım) ile gündemdedir. Bugünlerde çok tartışılan İstanbul Kanalının yap-işlet-devret modeli ile yapılacağı belirtilmektedir. Türkiye yatırım maliyeti bakımından Çanakkale Köprüsü (3,1 milyar Avro) ve Ankara-Niğde Otoyolu (1,2 milyar Avro) ile Avrupa’da ilk sıradadır. Orta Vadeli Program’da (2019-2021) kamu özel ortaklık uygulamalarının devam edeceği belirtilmektedir. Türkiye benzeri ülkelerde (Brezilya, Arjantin ve Güney Afrika) de bu modeller uygulanmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI (ŞEHİR HASTANELERİ)

Kamu hizmetlerinde etkinlik ve verimlilik baskısı sonucunda uygulanan yöntemlerden biri de sağlık hizmetlerinde kamu özel ortaklığı uygulamalarıdır. Sağlık hizmetinde KOÖ modeli, 2013 yılında çıkarılan bir yönetmeliğe dayanarak hayata geçirilmiştir.

Öncelikle, sağlık hizmetleri ile ilgili 1961 Anayasasının yaklaşımına değinilecektir. Ardından 1980 sonrası liberal ekonomi politikalarının benimsenmesinin doğrudan 1982 Anayasasına yansımaları sağlık hizmetleri bağlamında belirtilecektir. Neoliberal dönemde devlet anlayışının geçirdiği değişime-dönüşüme bağlı olarak Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki yasal mevzuat hakkında bilgi verilecektir. Yasal mevzuata hâkim olan dilin işletmecilik anlayışı olduğu vurgulanacaktır. Kamu-özel ortaklığı ile yapılan hastaneler de işletmecilik anlayışı doğrultusunda meşrulaştırılmaktadır. Son olarak da şehir hastaneleri ile ilgili bilgi verilecektir.

I. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI

1961 Anayasasının 49. maddesi sağlık hizmetini bir temel hak olarak tanımlamıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrası yaygınlık kazanan sosyal devlet uygulamaları anayasalara yansımaları, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin sunumu devlet tarafından yerine getirilmiştir. Altay bu yaklaşımı “halk sağlığının devlet tarafından korunması” olarak değerlendirmektedir (Altay, 2007:43).

1980’li yıllar hem dünyada hem de Türkiye’de sağlık hizmetlerinin piyasaya açılması açısından kritik bir dönemi teşkil etmesine rağmen bu

yaklaşımın nüvelerini daha öncesinde de görebilmekteyiz. 1980’li yıllarla birlikte devlet sağlık hizmetlerinde düzenleyici bir konuma gelmeye başlamış ve son yıllara damgasını vuran sağlık hizmetlerindeki değişim-dönüşüm sürecinin yasal altyapısı ortaya çıkmaya başlamıştır (Ulutaş, 2011:166).

1980 sonrası liberal ekonomi politikalarının yaygınlık kazanması 1982 Anayasasına da yansımıştır. Sağlık hizmetleri 1961 Anayasasında olduğu gibi temel sosyal ve ekonomik bir hak olmaktan çok, devlete biçilen yeni role uygun olarak, devletçe planlanan ve denetlenen bir hizmete dönüşmüştür. Bu anlayışın uygulamadaki yansıması ise sağlık hizmetlerinin üretim, sunum ve tüketiminin piyasaya açılmasıdır (Altay, 2007:43).

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu sağlık hizmetlerinin niteliği ve örgütlenmesi açısından ilk ciddi kırılma noktası olarak değerlendirilebilir (Karasu, 2011: 172). Bu kanun, kamu ve özel sağlık kurumlarını aynı yaklaşımla ele almış, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için kamusal ve özel sağlık kurumları arasında iş birliği öngörmüştür (Ulutaş,2011:168-169). Sağlık hizmetinde 1988’de Numune Hastanesi ile başlayan dış kaynaktan yararlanma (temizlik ihalesi), 1999 Anayasa değişikliği sonrası yaygınlaşmaya başlamıştır (Karasu, 2011:173).

1990 yılında Price Waterhouse tarafından hazırlanan “Sağlık Hizmeti Master Plan Etüdü Mevcut Durum Raporu”, bundan sonraki dönüşümler için bir başlangıç olmuştur (Atalay, 2015:63).

1990’lı yılların başlarında sağlık kurumlarını özelleştirme amacı ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu doğrultuda Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında (1990-1994) sağlık hizmetlerinin “rasyonalizasyonuna” yer verilmiştir. Bu kalkınma planının Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu Özel İhtisas Komisyonu Raporu incelendiğinde, rasyonalizasyon ve piyasalaştırma yönündeki

amaçlar görülmektedir. “İnsanların doktor ve sağlık kuruluşu seçme hakkı” ve “sağlık hizmetlerinde kaliteli ve verimlilik esasına uygun işletme esaslarının uygulanabilmesi” gibi ilkeler ilk söz konusu raporda ilk defa gündeme gelmiştir. Sağlık kurumlarının işletme mantığı ile yönetilmesi gerektiği de raporda yer almıştır. Rapora göre koruyucu sağlık hizmetleri sunumu kamuya yerine getirilmelidir. Tedavi ve rehabilite edici hizmetler ise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı koordinasyonunda, kurumların hizmetini satan işletmeler halinde örgütlenmesiyle topluma sunulmalıdır. Bakanlık bu hizmetlerin plan ve denetim hizmetini üstlenmeli, ancak hastaneler işletmecilik açısından, hizmet karşılığı kendilerine ödenen bağımsız birimler haline getirilmelidir. İşletme mantığı, sağlık kuruluşlarında uygulanmalı, sağlık hizmeti finansmanı yurttaşlardan dolaylı olarak sağlanmalıdır. Aile Hekimliğine geçilmesi talepleri de yer almaktadır (Ulutaş,2011:170-171).

1990 yılında Dünya Bankası projelerini yerine getirmek amacıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kurulmuştur. Sağlık hizmeti için kullanılan Dünya Bankası kredileri, sağlıkta özelleştirmeyi desteklemekte; böylece koruyucu sağlık hizmetlerini kamunun, tedavi hizmetlerini ise özel sektörün üstlenmesini öngörmektedir (Yenimahalleli- Yaşar, 2008:161). Koordinatörlük içinde Dünya Bankası'na raporlar hazırlamak için çalışan çalışanlar, sonradan Kamu Hastane Birlikleri bürokrasisinin yönetimine geçmiştir (Atalay, 2015:63).

5 Nisan 1994 kararları, sağlık hizmetlerini de olumsuz yönde etkilemiştir. Bu kararlarla kamu sağlık kurumlarına devlet katkısı sadece çalışan giderlerini karşılamaya indirilmiş, sağlık ocakları hizmet karşılığında katkı payı almaya başlamıştır (Ulutaş, 173-174).

Yasanın 5. maddesinde sağlık kuruluşlarının Bakanlar Kurulu kararıyla kamu tuzel kişiliğini haiz sağlık işletmesine d3n3řt3r3lebileceği h3km3ne yer vermesi sağlık hizmetlerinde piyasalaşma y3n3nde 3nemli bir gelişmedir (Atalay, 2015:64).

1995 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla sağlık işletmesine d3n3řt3r3len Ankara'daki "T3rkiye Y3ksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi" bir piyasalaşma 3rneği olarak sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi içindeki yerini almıştır (Atalay, 2015:63). 3359 sayılı yasanın bazı maddelerinin iptali istemiyle Anayasa Mahkemesi'ne dava açılmıştır. Mahkeme, "sağlık kurumlarının işletme durumunda çalışması, bu nedenle 3cret alınması da sosyal hukuk devleti niteliğiyle bağdaşmaz değildir" kararıyla, işletme mantığı esaslı sağlık 3rg3tlenmesinin yolundaki engelleri kaldırmıştır (Atalay, 2015:63-64).

Bu kanunun uygulanmasına y3nelik 11.01.1995 tarih ve 22168 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Y3netimi ile alışma Usul ve Esasları Hakkında Y3netmelik"te yer verilen ilkeler işletme temelli y3netim d3ř3ncesinin bir 3rneği olarak alınabilir:

- a) Katılımcılık ve işletmecilik esaslarına g3re sevk ve idare,
- b) Desantralizasyon ve oto-kontrol,
- c) Hizmette rekabet,
- d) Modern tıbbi bilgi, metod ve teknolojinin takibi,
- e) İşletme gelirleri ile giderlerinin karşılanması (Atalay, 2015:64).

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu kapsamında Kamu 3zel Ortaklığı Modelinin y3ntemlerinden olan yap işlet devret modeli 2005 yılındaki değişlikle uygulanmaya başlamıştır (Yılmaz, "T3rkiye'de Kamu 3zel Ortaklığı Modelleri":

5). 2006'dan sonra "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde gerçekleştirilen sağlıkta reform düzenlemeleriyle klinik hizmetleri de hizmet ihaleleri ile dışarıdan temin edilmeye başlanmıştır (Akdağ, 2010: 5).

II. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI'NA YOL AÇAN SEBEPLER

Kamu özel ortaklığı tercihi, temelinde iki temel amaçla ortaya çıkmaktadır: kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde bütçe kısıtlamalarını aşmada özel finansman desteğinin sağlanması ve özel sektörün işletme kapasitesinden ve tekniklerinden yararlanma (OECD, 2012: 22; Council of Europe, 2004: 3). Bu temel amaçların yanında farklı kaynaklarda model ile ilgili özellikle de ideolojik engelin aşılmasına yönelik olarak iddialar da (risk paylaşımı, kamu hizmetlerinin maliyetlerini düşürme, verimlilik, çalışanların harcamalarının azaltılması, işlem maliyetlerinin azaltılması) yer almaktadır. İnceleme konumuz sağlık alanı ile ilgili olarak ayrıca dağınık sağlık örgütlenmesinin tek bir çatı altında toplanacak olması, kısa vadede faaliyete geçecek hastaneler, geniş yeşil alanlar içinde değişime, yeniliğe açık ileri teknoloji ile donatılmış 'beş yıldızlı otel konforunda' hastane işletmeciliği gibi "çekici" savlar da yer almaktadır (Karasu, 2011:168).

Kamu yönetiminde kamu özel ortaklığını bir "truva atı" olarak değerlendiren yaklaşımlar da bulunmaktadır. Neoliberal politikaların birçoğu gibi, kamu özel ortaklığı da siyasal sonuçlarına vurgu yapılmaksızın, çoğunlukla teknik bir araç olarak gerekçelendirilmektedir. Neoliberal politikaların felsefi ve teorik temelini meydana getiren Yeni Kamu İşletmeciliği yaklaşımı ve yönetim teorileri, kamu özel ortaklığının düşünsel zeminini meydana getirmektedir. Yönetim alanında 1980'lerden itibaren neoliberal örgüt kuramlarında örgütlenmeye ilişkin birçok kavram, tanımlama ortaya çıkmıştır. "Post-fordist bürokrasi", "esnek örgütlenme", "hiyerarşik model yerine heterarşik model" bunlardan birkaçıdır. Bu

kavramların tümü, kamu özel ortaklığı modellerinin gerçekleştirilmesinde kullanılmaktadır (Karasu, 2011:169-170).

III. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ ORTAYA ÇIKIŞI “MEVZUAT”

Türkiye’de kamu özel ortaklığı uygulamalarına ait ilk yasal gelişme sağlık alanında 2005 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na eklenen bir maddedir. Türkiye’de KÖO projeleri, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek Madde 7 ile ve bu maddeye dayalı “Sağlık Tesislerinin Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” ile düzenlenmektedir. Buna göre kamu özel ortaklığı uygulaması “bir ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzelkişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılması”dır. Kamu özel ortaklığı yapım ve kiralama ile sınırlı değildir (Karasu, 2011:185). Yasa maddesindeki düzenlemeye göre, sağlık tesislerinin yapımına Yüksek Planlama Kurulu, yenilenmesine Sağlık Bakanlığı karar verir. İhaleyi alan şirkete bedelsiz Hazine arazisi devredilir. Yapım işleri kira, yenilemeler ise hizmet ve alanların ihaleyi alan şirkete bırakılması karşılığında yapılır. Kira ödemeleri döner sermayeden karşılanır. Sözleşme süresi 49 yıla kadar çıkabilir. Bu kapsamda yapılacak ihaleler Kamu İhale ve Devlet İhale yasasına tabi değildir, damga vergisi ve harç alınmaz (Özgür ERBAŞ, 2016). Söz konusu maddede kamu hizmetinin özel sektöre gördürülmesinin ismine yer verilmemiştir (Boz, 2013:279). Bu nedenle kamu hizmetlerinin piyasa ile ilişkiye girmesinde yeni bir finans modeli ortaya çıkmıştır (Atalay, 2015:70).

Kamu özel ortaklığı uygulamasına ilişkin tanımlanan işler şunlardır: 1) Kira bedeli karşılığında hastane inşaatı; 2) Hastanenin ve eklentilerinin bakımı,

onarımı ve yenilenmesi; 3) Tıbbi destek hizmetlerinin sunumu; 4) Tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerin sunumu; 5) Tıbbi hizmetler dışındaki alanların işletilmesi; 6) Hastanelerin tıbbi ekipmanları ile gerekli eşyaların temin edilmesi (Karasu, 2011:185).

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek 7. maddenin özelliklerinden biri, AB direktiflerinin tersine kamu özel ortaklığı uygulamalarını kamu alımlarına ilişkin düzenlemelerden muaf tutmasıdır: “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.” 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 Karşılığında Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” (KÖO Yönetmeliği) için de söz konusudur (Karasu, 2011:86). Yönetmelik, “tıbbi hizmet” ve “tıbbi destek hizmet” tanımına yer vermemiştir. Bununla birlikte her iki yöntemle gerçekleştirilebilecek hastaneler sayılmıştır. Yönetmeliğin 4. Maddesinin (i) bendine göre KÖO ile yapılabilecek veya yenilenebilecek tesisler şunlardır: Entegre sağlık kampüsü, eğitim araştırma hastanesi, devlet hastanesi, özel dal hastanesi, gün hastanesi, sağlık ocağı, klinik hotel, 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 dahil olmak üzere 112 acil servis komuta kontrol merkezi ile destek birimleri dahil ilgili tesisin her türlü bölümleri ve bunlarla sınırlı olmamak

kaydıyla, Bakanlığın yapmak ve yaptırmakla yükümlü olduğu ek binalar dahil sağlıkla ilgili diğer tüm tesisler.

Bunun dışında morg ve ölü yıkama hizmetleri dahil pek çok hizmet (çalışan servisi, otopark, hasta danışmanlığı, bilgi işlem, yemek, temizlik, bakım, onarım) işletilmek üzere özel sektöre bırakılacaktır. Yönetmelik Sağlık Bakanlığının daha inşaat aşamasında kira ödemesinin önünü açarken kira ödemelerine ilişkin üç aşamalı garanti getirmektedir. Kiralar yapılacak hastanenin döner sermaye işletmesinden, bu yeterli olmazsa Döner Sermaye Merkez Saymanlığına aktarılacak paylardan ve Sağlık Bakanlığı bütçesinden ödenebilecektir.

Yasada bir netlik olmamasına rağmen bu kapsamda yapılacak sözleşmelerin özel hukuk hükümlerine tabi olacağı ve anlaşmazlık halinde tahkime gidilebileceği belirtilmiştir. Öte yandan Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı tarafından yapılan tüm ihalelerde Yönetmelikte düzenleme olmamasına karşın görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri de özel sektöre bırakılmaktadır. Yasada izin verilmemiş olmasına karşın, Yönetmelik'e göre özel sektör, aldıkları hizmetleri taşeron şirketlere verebilmektedir (Erbaş, 2016).

2000'lerin başlarında kamu alımları ile ilgili AB direktifleri sonucu kamu özel ortaklığı düzenlemesi gündeme gelmiştir. DPT 2006'da "Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör İş birliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Taslağı"nı kamuoyu ile paylaşmıştır (Karasu, 2011:184-185). 1980'den sonra kamu özel ortaklığı modellerinin uygulanmasının önündeki siyasi, hukuki ve yönetsel engelleri kaldırarak hukuki çerçeveyi güçlendirme, mevzuatı uluslararası standartlarla uyumlu hale getirme ve böylelikle hem merkezi hem de yerel yönetimlerin sorumluluk alanına giren kamu

hizmetlerinin sunumuna özel sektörü dahil etmenin mekanizmalarını yaratma amacı doğrultusunda biçimlenen ve bu taslak, kamu özel ortaklık modellerinin önemli bir gündem oluşturmasına yol açmıştır (Güzelsarı, 2009:64).

Kamunun finansman ihtiyacına yönelik finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi, kamunun daha ekonomik yatırım ve kamu hizmeti sunma modellerine yönelmesi, özel sektörden hizmet satın almada riskin dengeli bir biçimde dağıtılması genel kabul gören gerekçelerle hazırlanan yasa tasarısının 2008 yılında yasalaşması amaçlanmış ancak AB ile ihale mevzuatına ilişkin görüş ayrılıkları nedeniyle tasarı yasalaşamamıştır (Güzelsarı,2009:70).

Devlet Planlama Teşkilatı'nın hazırladığı taslakta kamu özel ortaklıkları, "kamu özel iş birliği" adı verilerek şu şekilde tanımlanmıştır: kamu eliyle yürütülmekte olan "yatırım ve hizmetlerin maliyet, risk ve getirilerinin, idareler ve özel sektör arasında kanunda öngörülen modeller çerçevesinde paylaşılması yoluyla gerçekleştirilmesi" (md.3). Sözleşme türüne göre farklılık gösteren modeller, kamu özel ortaklıklarını gerçekleştirmek için "bir yatırımın tasarımı, finansmanı, yapımı ve işletilmesi ile mevcut bir yatırımın yenilenmesi, kiralanması, geliştirilmesi, bakım-onarımının yapılması ve işletilmesine özel sektör katılımının sağlandığı yöntemlerin bulunması düşüncesi üzerine oluşturulmuştur (md.3) (Çelik, 2008:29). Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan taslak ile, kamu hukukuna tabi olan ve idari yargının kapsamında yer alan imtiyaz sözleşmeleri Borçlar hukukunun konusu ve olan ve adli yargı / tahkim denetimine açık olan özel hukuk sözleşmesi haline dönüşmesi amaçlanmıştır.

Sağlık hizmetinde kamu özel ortaklıkları, "6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması", Yenilenmesi ve Hizmet

Alınması Hakkında Kanun” ile düzenlenmektedir. Sağlık hizmetlerindeki kamu özel ortaklığı uygulamalarında Sağlık Bakanlığı yetkilendirilmiştir. Kamu özel ortaklığı, Sağlık Bakanlığı ile sözleşmedeki özel şirket(ler) arasında kurulan bir sözleşme ilişkisidir. Kamu özel ortaklığı modeline geçişin ilk sonucu Sağlık Bakanlığı'nın iç örgütlenmesinde yarattığı değişikliktir. Bakanlıkta, 2007 yılında 5683 sayılı Yasa ile Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı, İnşaat ve Onarım Daire Başkanlığı adıyla ihale süreci ve sözleşme yönetimi ile ilgili iki ana hizmet birimi kurulmuştur. Bakanlıktaki bu yapılanma, kamu özel ortaklığı modelinin sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kullanımını sağlamanın Sağlık Bakanlığı'nın asli işlevlerinden biri haline getirilmesidir. Bu değişiklikler, yönetsel yapılanmanın sözleşme ilişkisine uyumlandırılması olarak değerlendirilebilir (Karasu, 2011:197-198).

Sağlık hizmetlerine ilişkin kamu özel ortaklığı yatırımlarının inşasına ve yürütülmesine ilişkin görevleri yerine getirmek üzere Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü içerisinde de ayrı bir müdürlük olarak Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur (Gürkan, 2014:145-146). Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın adı, yeni bir özelleştirme modelini devreye sokmak için kurulduğunu göstermektedir. Ancak bütün bu süreç boyunca yasal düzenlemeler, anayasa ve diğer yasalarla çelişkiler oluşturmuştur. İktidar ve sermayenin kamu özel ortaklığı modelinin önündeki engelleri kaldırmak için gösterdikleri acele, hukuki zeminde ciddi sorunlar ortaya çıkarmıştır (Atalay, 2015:71).

Kamu özel ortaklığı sözleşmelerini yürütmekle görevli olan Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın görev ve sorumlulukları şunlardır: (Gürkan, 2014:146)

- Yapılmasına gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla, belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılmasına;
- Bu amaçla Maliye Bakanlığınca Hazine'ye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk kişileri lehine bedelsiz olarak kırk dokuz (49) yıla kadar üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesine;
- Kira bedeli ve kiralama süresinin tespitine;
- Sağlık tesislerindeki tıbbi hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesine;
- İhale yöntemlerine, isteklilerde aranacak niteliklerin belirlenmesine, sözleşmelerin kapsamı ve diğer hususlara dair usul ve esasları belirlemek ve yerine getirmektir.

Atalay (2015:71), KÖO modelinin bu uygulama biçimini, Bakanlığın sağlık tesisleri yaptırmak yerine, özel sektöre yaptırıp, onun kiracısı olmayı seçmesi olarak değerlendirmektedir.

6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile kamu özel ortaklığı modelinin hem ismi hem de usul ve esasları belirlenmiştir (Boz, 2013:279). Sağlık hizmetine ilişkin olarak yapılacak kamu özel ortaklığı sözleşmesinin özel hukuk sözleşmesi olarak kabul edilmektedir (Boz, 2013:294). Kanunda ilgili yönetmeliğin Sağlık Bakanlığınca hazırlanarak Bakanlar Kurulu kararıyla yürürlüğe gireceği hüküm altına alınmış olup söz konusu yönetmelik 2014 tarihinde yayımlanmıştır (Kamu Özel İşbirliği 2018 Raporu, 2019:19).

6527 sayılı kanunun 23. maddesi ile 6428 sayılı "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet

Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun” 4’üncü maddesinin dokuzuncu fıkrası aşığıdaki şekilde değiştirilmiştir. Böylece, kamu özel ortaklığı yatırımlarına ilişkin YPK tarafından verilen ilk yetkilendirme kararları sonrasında ön yapılabilirlik etütlerindeki değişimler sonucunda “yetki yenilemesi”nin gerçekleştirilmesi ile imzalanmış olan uygulama sözleşmelerinde sonradan ortaya çıkan sebepler ve şartlar karşısında “sözleşme değişiklikleri”nin yapılmasına imkanı sağlamıştır (Kamu Özel İşbirliği 2018 Raporu, 2019:19).

Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı, 2018 yılı itibariyle 140 milyar ABD Doları tutarında bir ekonomik büyüklüğe denk gelmektedir (Kamu Özel İşbirliği 2018 Raporu, 2019: 22). Etkinliği ve verimliliği ile ilgili tartışmalar bulunsa da 2019-2021 Orta Vadeli Program kapsamında, KÖO uygulamalarına devam edileceği anlaşılmaktadır. 2019-2021 Orta Vadeli Program, KÖO uygulamalarına ilişkin belli önlemlerin altını çizmektedir. Buna göre, KÖO projelerinin mali olarak izleme ve değerlendirme sisteminin güçlendirilmesi; KÖO ile ilgili kamu kurumlarının kapasite geliştirmesine ağırlık verilmesi; KÖO ile ilgili çerçeve mevzuat hazırlanması hedeflenmiştir (Kamu Özel İşbirliği 2018 Raporu, 2019: 23).

IV. ENTEGRE SAĞLIK KAMPÜSLERİ / ŞEHİR HASTANELERİ

Entegre sağlık kampüsü, birçok parçadan oluşan yapının, yönetim süreçleri açısından birbiriyle ilişkilendirilerek bütünleştirilmesi anlamına gelmektedir (Karasu, 2011:199). 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 kullanılmaktadır (Karasu, 2011:200).

2012 yılında hayata geçen Kamu Hastane Birlikleri (KHB), tıbbi hizmetler ve diğer hizmetler olarak ayrıma gidilmiştir. Bu ayırım kampüs hastaneler için öngörülen yönetsel organizasyonla benzerdir (Atalay, 2015:74).

Entegre sağlık kampüsleri, Sağlık Bakanlığı'nın kamu özel ortaklığı modeli ile 22 ilde 29 şehir hastanesi ile hayata geçirmeye çalıştığı hastane tipidir. Entegre sağlık kampüsleri, KÖO modeline uygun olarak tesisin finansmanı, fiziksel donatı, onarım ve yenileme işlemleri özel sektörün, sağlık hizmeti sunma ve yatırıma ödeme garantisi ise kamu tarafından üstlenilmektedir (Atalay, 2015:72).

Sağlık hizmetinde, Kamu Özel Ortaklığı modeli, 2011 yılında, 1584 yataklı Kayseri entegre sağlık tesisi ihalesi ile başlamıştır. İkinci ihale 3566 yataklı Ankara Etlik entegre sağlık tesisi ve yine 3660 Ankara Bilkent entegre sağlık tesisi, 400 yataklı Manisa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 950 yataklı Elazığ entegre sağlık tesisi ihaleleri tamamlandı. Ayrıca Ankara Numune ve Keçiören eğitim ve araştırma hastaneleri için de yenileme ihaleleri yapıldı.

Tablo. Entegre Sağlık Kampüsleri /Şehir Hastaneleri Projeleri (2019)

Tamamlanan Projeler	İmzalanan Projeler	Sözleşme Aşamasındaki Projeler	İhale Hazırlık Süreci Devam Eden Projeler	Yüksek Planlama Kurulu'ndan Onay Bekleyen Projeler	Fizibilite Çalışması Devam Eden Projeler
Mersin Şehir Hastanesi (1250 Yataklı)	Ankara Etlik Şehir Hastanesi (3566 yataklı)	Samsun Şehir Hastanesi (900 Yataklı)	İzmir Yenişehir (Tepecik) Şehir Hastanesi (1200 Yataklı)	İstanbul Sancaktepe Şehir Hastanesi (4200 Yataklı)	Trabzon Şehir Hastanesi (1100 Yataklı)
Isparta Şehir Hastanesi (755 Yataklı)	Kayseri Şehir Hastanesi (1584 Yataklı)	Denizli Şehir Hastanesi (1000 Yataklı)	Aydın Fiziksel Terapi ve Rehabilitasyon Hastanesi (150 Yataklı)	Ordu Şehir Hastanesi /900 Yataklı)	

Yozgat Şehir Hastanesi (475 Yataklı)	İstanbul İkitelli (Başakşehir) Şehir Hastanesi (2682 Yataklı)		Antalya Şehir Hastanesi (1000 Yataklı)		
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (3660 Yataklı)	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kampüsü:		Diyarbakır Şehir Hastanesi (750 Yataklı)		
	Adana Şehir Hastanesi (1550 Yataklı)		Aydın Şehir Hastanesi (800 Yataklı)		
	Elazığ Şehir Hastanesi (1010 yataklı)				
	Gaziantep Şehir Hastanesi (1875 Yataklı)				
	Manisa Şehir Hastanesi (560 yataklı)				
	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi (2060 yataklı)				
	Kocaeli Şehir Hastanesi (1180 yataklı)				
	Konya Şehir Hastanesi (1250 yataklı)				
	FTR, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri				

(YGAPH) yataklı)	(2400				
-Bursa Hastanesi yataklı)	Şehir (1355				
Eskişehir Hastanesi Yataklı)	Şehir (1081				
Tekirdağ Hastanesi yataklı)	Şehir (480				
Şanlıurfa Hastanesi yataklı)	Şehir (1700				
Kütahya Hastanesi yataklı)	Şehir (600				

Kaynak: www.saglikyatirimlari.gov.tr

Sağlık hizmetinde KÖO, 2013 yılından itibaren Yap-Kirala-Devret yaklaşımı ile hastaneler inşa edilmiştir. Yukarıdaki tablo, bu yöntemin uygulandığı şehir hastane projelerini göstermektedir.

Kamu Özel Ortaklığı modeli ile yapılan yatırımlara bir bütün olarak incelendiğinde, 1985-2015 yılları arasında en büyük yatırımın, 18 havalimanı projesi olduğu görülebilir. Bunu, sırasıyla karayolları ve sağlık hizmetleri projeleri takip etmektedir (kalkınma Bakanlığı, 2015).

Büyük yatırım miktarlarına karşın, KÖO ile ilgili önemli tartışma konularından biri, kiralama bedellerinin kamuoyuyla paylaşılmamasıdır. Kamuda açıklık ilkesinin KÖO modelinde işleyememektedir.

KÖO modeli ile inşa edilen hastanelerde yıllık kira bedelinin miktarı kamuoyunda tartışmalara yol açmıştır; kira miktarlarının yüksekliğinin yanısıra bazı şehir hastanelerinin yıllık kira bedelinin kamuoyuna açıklanmaması, kamu yönetiminde yatırımların etkinliği ve kamu harcamaları açısından tartışılmıştır. Örneğin Kayseri Şehir Hastanesi için 137,73 Milyon TL, Etilik Şehir Hastanesi için 319 Milyon, Bilkent Şehir Hastanesi için de 289 Milyon TL yıllık kira bedeli belirlenmiş; Manisa ve Elazığ için belirlenen kira bedelleri ise açıklanmamıştır. (Erbaş, 2016). Kayseri, Ankara Etilik ve Bilkent için belirlenen yıllık kiralardan toplamı olan 745 Milyon 730 Bin TL., yani üç ihalenin toplam yıllık kira bedeli, Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye Merkez Saymanlığının bütçesinin 20'de birine denk gelmektedir (Erbaş, 2016). Erbaş'ın (2016) hesaplamalarını örnek olarak vermek gerekirse, sadece bu üç ihaleyle yirmibeş yılda oluşacak kamu borcu 18 Milyar 643 Milyon 250 Bin TL'dir. Ki Sağlık Bakanlığının 2011 yılı bütçesini aşan bir miktara karşılık gelmektedir.

Sağlık kampüslerinin mali boyutu bir kenara bırakılacak olursa, sağlık hizmeti açısından ne ifade etmektedir? Bu soruya verilen yanıt şu şekildedir: Farklı alanlarda uzmanlaşmış hastaneler tek bir kampüste toplanacak, uzman doktorlar kampüsteki bütün branş hastanelerinde çalıştırılarak ülkede yetişmiş doktor kıtlığı aşılabilecektir. Benzer şekilde görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinde kullanılan tıbbi cihazların bir merkezde ortak kullanımıyla da bu cihazlardan kampüsteki her hastaneye almak gereği ortadan kalkacaktır (Sözer, 2013:238). Ayrıca, bu kampüslerde ileri teknolojinin kullanılması sayesinde sağlık hizmeti daha nitelikli bir biçimde sunulabilecektir.

Bu iyimser tahminlere karşılık, şehir hastaneleri alanyazınında tartışılan konulardan biri, hastanelerin fiziki büyüklüğüdür. Örneğin, hastalar bir noktadan diğerine yürüyen bantlar ve merdivenler ile ulaşırken, binalar arasındaki ulaşımı ise golf araçları ile yapılmaktadır. Doktorların sağlık kampüsü içerisinde hızlı ulaşımı için ise “ginger” (kullanıcısının nereye gideceğini vücut hareketlerinden anlayan, 20 km hızla giden akülü araç) verilmesi planlanmıştır. Tesislerin çatısında heliport alanları yer alacak ve helikopterle getirilen hastalar çatıdan doğrudan ameliyathaneye veya yoğun bakım odalarına alınabilecektir. Kamuoyunda şehir hastaneleri ile ilgili olumlu bir algıya yol açması beklentisi ile dile getirilen bu uygulamalar (Atalay, 2015:72). proje aşamasında bütünsel olarak ele alınıp tartışılmamıştır.

Şehir hastaneleri ile ilgili olarak en çok dile getirilen özelliklerden biri hastanelerin konforu olmuştur: “Kamu özel ortaklığı modeli ile yapılacak olan hastaneler ‘beş yıldızlı otel’ konforunda olacaktır”. “Hasta yatak odaları, içerisinde lavabo, duş ve tuvalet barındıran bir veya iki yataklı olacak şekilde planlanmıştır.” “Sunulan hizmetlerin arasında klinik otel, konukevi, anne evi, yürüyen bantlı koridorlar ve helikopter pistleri de bulunacak, hastalar sedye yerine elektrikle çalışan arabalarla taşınacak”. “Kurulacak sağlık tesisleri içinde PTT şubeleri, banka ATM’leri, yaşlı bakımevi, farklı dinlere mensup vatandaşlara ibadet alanları ve yeraltı otoparkları sağlanacak”. “Çatılar yeşil bitki örtülü olup, buralardan toplanan yağmur suları ile tesislerdeki atık sular değerlendirilecek”. “Duş, lavabo, küvet suları arıtılıp tekrar kullanıma kazandırılacak”. “Özel bir sistemle çatılardan toplanan yağmur suları da değerlendirilecek”. “Kullanılan enerji güneş ve rüzgardan elde edilecek”. “Binalara deprem izolatörleri de yerleştirilecek”. “Şehir hastanelerinde tıbbi hizmetlerin sorumluluğu kamuda olacak”. “Doktor, hemşire ve sağlık çalışanlarının istihdam rejimi değişmeyecektir” (Zaman Gazetesi,

2013). Daha yüksek standartta hizmet bekleyen hastalar için, Sosyal Güvenlik Kurumu yasasının 73. maddesiyle “kurumca belirlenmiş standartların üstündeki talepleri karşılayan otelcilik hizmetlerinin” hizmeti alanlarca karşılanması hükmü getirilmiştir (Atalay, 2015:76-77).

Şehir hastanelerinin, sağlık hizmeti dışında vereceği hizmetler şunlardır. Oteller, otoparklar, lokantalar, giyim mağazaları, kuaförler, marketler vb. Bu bileşenler “sağlık hizmeti üretilen fabrika” ve “sağlık alışveriş merkezi” benzetmesi kullanılarak Tabipler Birliği tarafından eleştirilmiştir (Atalay, 2015:72).

Şehir hastanelerinin, basında yer alan özellikleri şu şekildedir:

- Şehir hastanelerinin ihalelerini kazanan ve inşa eden şirket 25 yıl bu hastaneleri işletmekle yükümlü olacak; Devlet ise hastanede hizmet vermek için bu şirkete 25 yıl boyunca kira ödeyecek; Devlet, şirketlere tıpkı otoyol ve köprü ihalelerindeki araç sayısı gibi doluluk oranı taahhüt etmektedir; bu taahhütler genelde yüzde 70 olarak belirlenmiştir ve doluluk oranı bu ortalamanın altında kalındığında fark işletmeciye ödenecektir; şirketlere sadece kira bedeli ödenmeyecek, hastanelerdeki görüntüleme, laboratuvar, bilgi işlem, güvenlik, temizlik, yemekhane, otopark gibi bütün hizmetlerin karşılığı ödenecektir; şirketler ayrıca hastanelerin çevresine kurdukları ticari alanları işletecek, bu gelirleri ise KDV, Damga Vergisi ve harçlardan muaf olacak; hastane yönetimleri kendi kira bedellerini ödeyemezlerse Hazine garantisi bulunmaktadır; tüm kira, taahhüt işlemleri dışında şehir hastaneleri kamu hastanesi gibi hizmet verecektir (Hürriyet Gazetesi, “Bu Hastaneler Sınıf Atlıyor”, 3 Şubat 2017).

V. ELEŞTİRİLER

Sağlık hizmetinde yaygınlaşan ve özel sektöre kamu kaynaklarının aktarılmasını sağlayan kamu özel ortaklığı modellerinde İngiltere esin kaynağı olmuştur.

Ancak kamu özel ortaklığına esin kaynağı olan ülkede, aynı zamanda kamu özel ortaklığı için, yolsuzluk, muhasebe hileleri, kamu maliyesine oluşturduğu risk gibi konuların araştırılması maksadıyla bir Araştırma Komisyonu kurulmuştur (www.guardian.co.uk, 2011).

2011 yılında, Quenn Alexandra hastanesinin, kira ödemesini aksatması ve içinde bulunduğu ekonomik zorluklar nedeniyle 700 çalışanını işten çıkarmıştır (House of Commons, 2011: 22). Benzer bir durum Peterborough ve Stamford Hastaneleri Birliği'ne bağlı kamu özel ortaklığı hastanesinde de yaşanmış içinde doktor ve hemşirelerin bulunduğu 300 çalışanını işten çıkarmıştır. (Erbaş, 2016).

İngiltere ve diğer ülke örneklerinde ortak olarak görülen noktalar şöyle öne çıkmaktadır:

- Hastaneler kamu özel ortaklıklarına geri ödemelerinde zorluk yaşıyorlar.

- Kamuya bu girişimler uzun dönemde ekonomik olarak zararlı oluyor.

- Zora giren hastaneler az para getiren hastalıklardan kaçınıyorlar. Böylece insan sağlığı açısından tehlikeli bir hizmet sunumu ortaya çıkıyor.

- Çalışan sayısı azaltılıyor ve çalışan daha esnek çalışır hale getiriliyor (Atalay, 2015:68).

Türkiye'de kamu özel ortaklığı 25 yıllığına hazine arazilerine farklı poliklinikte ve yatak sayısında hastaneler inşa edilmesi; sınırları belirsiz olan "destek sağlık hizmetlerinin" de özel sektör tarafından sunulduğu; bu hizmetler için hasta garantisinin verildiği; uluslararası yargının söz sahibi olduğu; vergi

muafiyetlerinin sınırsız uygulandığı; sağlık hizmeti için de 25 yıllık süre için özel sektöre “yükü” bir kira verilmesi şeklindedir (Atalay, 2015:73).

Kamu özel ortaklığı modeli ile yapılacak hastaneler için ilk ihale Kayseri Şehir Hastanesi için 2011 yılının Nisan ayında yapılmıştır. İşin ilginç ilk ihale yapılırken kamu özel ortaklığı ile yirmi senedir hastane yapan İngiltere’de bir rapor hazırlanmıştı. Rapor, modelin hileli muhasebeleştirme nedeniyle kamu kaynaklarının israfına olanak sağladığını, denetimin sağlanamadığını, ihale alan şirketlerin kamuyu fazla sıkıştırdığını dile getirmektedir (Erbaş,2016).

TTB Merkez Konseyi, 2011’de ihalesi tamamlanan ve 2014 Mart’ında inşaatı tamamlanarak Sağlık Bakanlığı’na teslim edilmesi gereken Kayseri Şehir Hastanesi’nin bugüne kadar tamamlanmamış olmasının nedeninin, hastane arazisinin bataklık olmasından kaynaklandığını açıkladı. Kayseri Şehir Hastanesi için belirlenen arazinin gölete yakınlığına dikkat edilmeden, zemin etütleri yapılmadan tahsis işlemi yapıldığını hatırlatan TTB Merkez Konseyi, arazi üzerinde kişilerin mirasçılık iddialarını ve bu kişiler tarafından davalar açıldığını belirtmiştir (www.ttb.org.tr, 2016).

Kamu özel ortaklığı ile yapılan Kayseri Şehir Hastanesi kamunun uzun vadede uğradığı zararı net bir şekilde gözler önüne sermektedir. Örneğin Kayseri Şehir Hastanesi ihalesinde (1583 yatak) sabit yatırım tutarı 427 milyon TL olan yatırım için 25 yılda 3 milyar 443 milyon TL ödenmesi öngörülmektedir. Kayseri’de yaklaşık üç buçuk yıllık kirası ile sabit yatırım tutarı karşılanabilen şehir hastanesi için neden 25 yıl boyunca böylesine çok fazla kira ödenecektir? (<http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/kayseri-5072.html>). erişim tarihi: 13.05.2016

Kamu özel ortaklığı ile yapılan şehir hastanelerini savunanların önemli argümanlarından biri kamunun inşaat yapım sürecini kısa zamanda yerine getiremediğidir. Kayseri Şehir Hastanesi ihalesi 11 Nisan 2011 tarihinde yapılmasına karşın, üç yılda bitmesi gereken inşaat zamanında bitirilememiştir (<http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/kayseri-5072.html>).

Türk Tabipler Birliği'nin yürüttüğü çalışmalar üzerinden yaptığı açıklamalardan bugüne kadar yapılan ihale bedellerinde yer alan kira miktarlarına bakıldığında kamu bütçesinden ödenecek üç yıllık kiralarla bu hastanelerin bazılarının maliyetinin karşılanabileceği, 25 yılda ödenecek kira toplamı ile de aynı çapta beş altı hastanenin yapılabileceği anlaşılmaktadır (Atalay, 2015:73). On projede kamunun ödeyeceği yıllık bina kiraları toplamı 1 milyar 471 milyon 658 bin 738 lira hesaplanmıştır. Diğer yandan Sağlık Bakanlığı'nın yatırım planlaması için hazırladığı ön fizibilite raporlarına göre ihalesi yapılan sekiz şehir hastanesi için öngörülen sabit yatırım tutarı toplamı 3 milyar 880 milyon 513 bin 591 liradır. Bu sekiz ihalede belirlenen 25 yıllık kira toplamı da 30 milyar 381 milyon 468 bin 450 liradır. Buradan çıkacak sonuç sadece bu sekiz ihalede belirlenebilen toplam kamu zararı, 26 milyar 500 milyon 954 bin 859 TL olduğudur (http://www.dha.com.tr/kamuozel-isbirliginde-iflas-tehlikesi_1161718.html).

Ankara Şehir Hastanesi için şirketlere hastanenin yüzde 70 doluluk oranı garantisi verilmiştir. Bir başka ifadeyle bu doluluk oranı gerçekleştirmediği takdirde, aradaki fark devlet tarafından ödenerek kapatılacaktır (Atalay, 2015:74). Şirketlere verilen "müşteri" garantisi, şirketler tekel kamusal hizmet alanında kar garantili iş yapma imkanı sunmaktadır. Sağlık Bakanı Recep Akdağ, 2017 yılı bütçe sunumunda, Türkiye'de 2016 yılı itibarıyla "toplam 11 milyon 788 bin m2 kapalı alanı olan ve 41.091 yatak kapasitesine sahip 29 şehir hastanesi"

yatırımının bulunduğunu ve bu yatırımların 10 milyar Amerikan doları olduğunu açıklamıştır.

Bu verilerin yorumlanmasında, bazı konulara dikkat çekilmektedir. Örneğin şehir hastanelerinde yatak başına düşen kapalı alan 287 m² olarak hesaplanmaktadır. Hayatın doğal akışına aykırı bu durum, bir hizmet sunum maliyetlerini yükseltme yolu olarak değerlendirilebilir mi? Avrupa ülkelerinde yatak başına düşen kapalı alanın 150-200 m² olarak hesaplanmaktadır. Şehir hastanelerinde yatak başına düşen kapalı alanın, benzer modern hastane yatırımlarında tercih edilen kapalı alan miktarından çok farklı ve yüksek olması, tartışılması gereken bir konudur. Alan büyüklüğü, aynı zamanda yüksek enerji harcamaları ve yüksek temizlik bakım ve onarım harcamalarını beraberinde getirir. Mali boyutu bir yana, hasta ve hastane personeli açısından alan büyüklüğünün çözümlenerek sağlık hizmeti açısından belli bir standardın geliştirilmesi önemlidir.

Şehir hastaneleriyle ilgili tartışma konularında biri yatak kapasitesidir. Türkiye’de şehir hastanelerinde bu sayı ortalama 1.417 yatak olarak hesaplanmıştır. Hastane başına düşen yatak sayısı ile ilgili değerlendirmelerde takip edilen tespitlerden biri şudur: Yatak sayısı 100 yataktan düşük olan ve yatak sayısı 600 yataktan yüksek olan hastanelerin verimlilik sorunuyla karşılaştığıdır. Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışma, 126-250 yatak sayısının daha verimli olarak nitelendirilebileceğini göstermektedir. Danimarka’da yürütülmüş bir çalışma, kamu hastaneleri için verimliliğe esas teşkil edecek yatak sayısının 275 olduğu gösterilmiştir. Türkiye’de şehir hastanelerinde yüksek yatak sayısının verimlilik açısından tartışılması gerekir.

Cumhurbaşkanlığı tarafından hazırlana Kamu – Özel İşbirliği 2018 Raporu (Cumhurbaşkanlığı, 2019) şehir hastanelerinin yatak başına maliyetleri şu şekilde ortaya koymaktadır:

Türkiye’de yatak başına maliyet 238.418 ABD Doları ile 581.512 ABD Doları arasında değişmektedir. Örneğin Bursa Entegre Sağlık Kampüsünde yatak başına maliyet 294.824 ABD Doları iken Tekirdağ Devlet Hastane’sinde yatak başına maliyet 524.580 ABD Doları’dır. Bu maliyetleri klasik hastane ihalelerindeki yatak başına düşen maliyetle kıyaslayan Kayıhan Pala (2019), KÖO yöntemi ile yapılan hastanelerin yatak başına 2,4 ile 5,8 oranında daha pahalı olduğunu ortaya koymuştur (Yalova Devlet Hastanesi İhalesinin sonucunda yatak başına maliyet yaklaşık olarak 100 bin ABD Doları’dır). Örneğin Şanlıurfa Şehir Hastanesinde yatak başına maliyet 238.418 ABD Doları olarak hesaplanırken, İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi’nde yatak başına maliyet 581.512 ABD Doları olarak gerçekleşmektedir (Pala, 2019, Tablo 1). Pala, kamu-özel ortaklığı ile yapılan hastanelerde kira ve hizmet bedeli için Sağlık Bakanlığı’nın 6,15 Milyar TL ayırdığını ve bu kaynak ile 26 yataklı bir devlet hastanesinin yapılmasının mümkün olduğunu ortaya koymaktadır. Pala’nın hesaplamaları, KÖO modelinin, maliyet açısından devlete yüklediği ve yükleyebileceği olası önemli konulara dikkat çekmektedir.

Ara Değerlendirme

Devlet yatırımlarını belli bir plan dahilinde yaparsa kamu özel ortaklığı modellerini kullanmasına gerek yoktur. Çünkü bu modeller kamu zararına yol açmakta ve bu zarar yurttaşların ödediği vergilerden oluşan kamu bütçesinden karşılanmaktadır. Örneğin, 29 şehir hastanesi yap-kirala-devret modeli ile ihale edileceğine, yılda 2 veya 3 hastane kamu kaynaklarıyla (klasik ihale yöntemiyle)

yapılabilir ve böylece kamu zararının ortaya çıkmasını önleyebilir. Kamu kaynaklarıyla yapılacak hastanelerin kent merkezinde 200-600 yataklı olması gerektiğini düşünmekteyiz. Ancak, siyasal iktidar yüksek maliyeti bilindiği halde kamu özel ortaklığı modeli ile şehir hastanelerinin yapılmasını tercih etmektedir.

Sağlık kamu hizmetinde kamu özel ortaklığı modeline başvurulmasında farklı bir sorun da ortaya çıkabilmektedir. Örneğin sağlık sistemi içerisinde hastane ihtiyacına karar veren Sağlık Bakanlığı'nın, hizmetin gereklerine göre değil de ihtiyaç belirleme ve değerlendirme sistemi göz ardı edilerek karar vermesi durumunda gelecekte ekonomik sorunlarla karşılaşılıp hastanelerin kapatılmasına neden olabilecektir. "Kamu özel ortaklığı devletin yeniden örgütlenmesinde özel sektöre kamu hizmetlerinin açılarak yeni karlılık alanları yaratılması sürecinin bir parçasıdır" (Boz, 2013:3003).

Kamu özel ortaklığı modelinde çekirdek hizmetler olarak değerlendirilen sağlık hizmetleri özel sektöre bırakılmıyor gibi görünmektedir. Bunun nedeni özel sektöre kar güvenceli yan hizmetlerin bırakılmasıdır. Kent merkezlerindeki kamu hastanelerinin kapanması nedeniyle yurttaşlar bu hastanelere hizmet almak için başvurmak zorunda kalacak, böylece özel sektör karını garanti edecektir. Sağlık hizmetleri için gereken mal, hizmetler ve kiralardan gelecek gelirlerde özel sektör için özendirici görünmektedir (Atalay, 2015:69).

Kamu ile özel sektör arasında imzalanacak olan sözleşmelerin çokluğu da bir başka sorun alanıdır. Çok sayıda, uzun süreli ve karmaşık nitelikli bu sözleşmeleri yönetmek ayrı bir birimi ve özel uzman kadrosunu gerektirmektedir. İhaleleri hazırlamak, gerçekleştirmek, sözleşmeleri hazırlamak, uygulanmasını denetlemek ayrı bir maliyet kalemi oluşturacaktır (Sözer, 2013:240). Gerçekten son yıllarda kamunun danışmanlık şirketlerine ödediği para miktarı artış

göstermekte ve bu artış kamu harcamalarını artırdığı için bütçeye ek bir maliyet unsuru olarak yansımaktadır.

Şehir Hastanesi'nde aynı anda çok sayıda özel şirketin bulunması bu modelin bir özelliğidir. Şirketler (örneğin otelcilik hizmeti sunan ile otopark işletmecisi, sağlık hizmeti sunan ile tıbbi görüntüleme hizmeti sunan işletmeci) arasında doğabilecek uyumsuzlukların çözümü de kamuyu zorlayacak önemli bir husustur (Sözer, 2013:240).

Sözleşme ile sağlanacak hizmetlerin kapsamı bakımından kanunda herhangi bir sınır bulunmamaktadır. İlgili düzenlemede araştırma, geliştirme, danışmanlık hizmetleri örnekleri verilmekte ancak başka hizmetlerin de sözleşme ile sağlanması kabul edilmektedir. Bu konuda ileri teknoloji veya yüksek mali kaynak gerektirme kriteri olmasına rağmen değinilen ölçütler anlaşılabilir olup, olmadıkları halde varlıkları kolaylıkla ileri sürülebilir (Sözer, 2013:240). Örneğin şehir hastanelerinde özel şirketler ölümü yıkma hizmeti verebilmektedir (Toker, 2016). Ayrıca şirketler hastanenin etrafında yapacakları taksi durağından kreşe kadar tüm ticari alanları da işleterek gelir elde ediyor (Erbaş, 2016). Her hastanenin bünyesinde görüntüleme merkezi, laboratuvar, ameliyathanenin işletmesi, hastaların yemek ihtiyacı, restoranlar ve otoparklar gibi ihtiyaçlar vardır. Şehir hastanelerinde, bu ihtiyaçlar özel sektöre bırakılmıştır. Yurttan ciddi bir muayene ücreti alınmayacak ama görüntüleme merkezi, ameliyathanenin işletmesi, laboratuvar, hastaların yemek ihtiyacı, restoranlar ve otoparkların ücretleri yurttan alınacak. Bugünlerde vale hizmetinden bile bahsediliyor (Mengüç, 2017).

Sözleşmelerde yer alan finansman kapsamı aşağıdaki bileşenleri içermektedir:

- 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 yapımı ve işletilmesi (Atalay, 2015:73).

Sözleşme kapsamına bu kadar çok bileşen girmesinin sonucu özel sektöre kamu hizmet alanı üzerinden kar güvenceli üretim alanları sağlanmasıdır.

Kanunda kamu özel ortaklığı ile yapılan şehir hastaneleri için özel sektöre kar garantisi sağlanacağına ilişkin bir hüküm bulunmamaktadır. Ancak, sözleşmelere bu yolda hükümler konulacağı kuşkusuz bulunmaktadır. Çünkü, Sağlık Bakanlığı bu yönde bazı açıklamalar yapmıştır. Böyle bir durumda hukuka aykırı bir şekilde zararı kamu üstlenmiş olacaktır. Yani, kar özelleştirilirken risk kamusallaşacaktır (Sözer, 2013:241). Örneğin hastane 1000 yataklı olursa 700 kişi hastalanarak bu hastanede yatacak. Eğer 700 kişi hastalanmazsa fark kamu bütçesinden karşılanacaktır (Toker, 2016).

Tang' göre (2010), kamunun garantör olarak belirginleşmesi, özel sektörün kamu yararını gözetmek yerine sözleşmeden aşırı yarar sağlayacağı bir durum ortaya çıkabilecektir (Tunç, Özaraç, 2015:3).

Sağlık hizmetinde kamu özel ortaklığı anlaşmaları incelendiğinde, sağlık hizmetinin kamu tarafından yürütülen kısmının, anlaşmanın yapıldığı şirketler

dışındakilere kapatıldığını görürüz. Bu nedenle tekelleşme ve yandaş sermaye yaratma girişimleri de gündemdedir (Atalay, 2015:69).

6428 sayılı kanun ile 2023'e kadar 3996, 3359 ve 6428 sayılı kanunlar çerçevesinde gerçekleştirilmesi planlanan kamu özel ortaklığı yatırımları, özel sektörün yatırım kapsamında inşaata yönelik olarak yaptığı mal ve hizmet teslimleri ile anılan sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na kiralanmasının katma değer vergisinden muaf olacağı belirtilmiştir (Dünyada ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler 2015, 2016:18).

Kamu özel ortaklığında sözleşme dönemi bittiğinde tesislerin kamuya devri gerekecektir. Eskimiş binaları ve karmaşık yönetim ilişkilerini üstlenmek kamu için cazip sayılmayıp sözleşmelerin yenilenmesi gündeme gelecektir. Böylelikle kamu özel ortaklığını benimseyen iktidarlar şimdiden gelecek iktidarların karar yetkilerini ellerinden almaktadır (Sözer, 2013:241).

Şehir hastaneleri ile eleştirilen konulardan biri de sağlık hizmet sektöründe taşeronlaşma sorununu derinleştirme tehdididir. Çok sayıda özel şirket tarafından çalıştırılan bu sistemde taşeronlaşmanın yaygınlaşması ve çalışma ilişkilerinin karmaşıklaşarak çalışanlar aleyhine döneceği uyarısında bulunmaktadır (Sözer, 2013: 242). Çünkü, Sağlık Bakanlığı'na ait taşınmazlarda çok sayıda şirket, çok sayıda taşeron ile aynı mekânda biraradadır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ile kamu çalışanlarının çoğu sözleşmeli personel olmuş durumdadır (Sözer, 2013:241-242).

Şehir hastaneleri ile ilgili başka eleştiriler de bulunmaktadır. Özel hastanelerle rekabet, yıkılacak hastanelerin arazilerinin nasıl değerlendirileceği gibi konularda eleştiriler yükselmektedir. Bu hastanelerin yapımı için kent içinde yıkılacak yerlerde ne yapılacağına ihaleyi alan şirket karar verecektir (Sözer,

244). Ankara'da Sağlık Bakanlığı, ihaleyi alan şirketlere Ankara Numune Hastanesi, Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hastanesi, Gazi Mustafa Kemal Hastanesi, Yüksek İhtisas Hastanesi alanlarının da verilmesini önermiştir (Atalay, 2015:74).

Eleştiri başlıklarından biri de ulaşım konusudur. Kent tanımının içinde yurttaşların acil bir sağlık sorunu olduğunda en yakın hastaneye en fazla 20 dakika içinde ulaşabilmesi kriteri yer almaktadır. Yap-kirala-devret modeli ile yapılacak şehir hastaneleri ve sağlık kampüsleri, kentlerin birçok bölgesini sağlık açısından kent tanımının dışına taşımaktadır (Atalay, 2015:80).

Bir başka konu rant tartışmasıdır. Mevcut kamu hastanelerinin bulunduğu yerler şehir merkezlerinde, arsa değeri yüksek olarak bilinen arazilerdir. Şehir Hastanelerinin açılması ile birlikte kamu hastaneleri kapatılmakta ve bu arsalar, otel başta olmak üzere, başka amaçlarla devredilmektedir (Mengüç, 2017).

Şehir hastanelerinde, Bilkent örneğinde görüldüğü gibi, trafik tıkanıklığı sorunu ciddi bir sorun olarak tartışılmaya başlanmıştır. Şengül (2017), gelecekte gerçekleştirilecek diğer gelişmelerin yanı sıra Mahall Complex, Via Green, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın Ek Hizmet Binası vb. gibi gelişmelerin tamamının Ankara'nın trafiği açısından olumsuz bir yük bindireceğini belirtmektedir (Şengül, 2017).

Şehir hastanelerine ilişkin ihaleler, uluslararası sermaye çekmek için yurt dışında da duyurulmaktadır. Ancak kamu özel ortaklığı modeline uluslararası yatırımcıların dahil edilmesi, Latin Amerika ülkelerinde bazı olumsuzluklara yol açmıştır. Bu ülkelerde uluslararası yatırımcıların katılımıyla gerçekleştirilen su ve elektrik yatırımlarında, siyasal iktidarlar ekonomik kriz dönemlerinde fiyat indirimi yapmakta zorluklar yaşamaktadır (Sözer, 2013:244).

Yasal düzenlemeye de kavuşan “tamamlayıcı sağlık sigortası” sadece özel hastaneler için değil, şehir hastaneleri içinde düşünülmüştür. Genelge, “tamamlayıcı sağlık sigortasını” gerekçelendirirken, SGK tarafından kapsama alınmayan sağlık hizmetlerinden, kısmen karşılanan, yani cepten ilave ücret ödemesi yapılan hizmetlerden söz etmektedir. Aynı Genelge “bireylerin daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti talep ettiği durumlarda” diyerek, GSS ile ulaşılabilecek hizmetin nitelikli olamayacağına da göstermektedir (Atalay, 2015:77).

Şehir hastanelerinin hepsinin açılması ile yatak sayısının 43 bin civarına yükselmesi beklentisi bulunmaktadır. Ancak, kapatılacak yatak sayıları, bu toplam içerisinde dikkate alınmamaktadır. Yüksek Planlama Kurulu, yapılacak şehir hastanelerine “ancak mevcut hastanelerin yatak sayısından, yapılacak hastanenin yatak sayısı kadar indirim yapılması” veya “mevcut hastanelerin kapatılması” yoluyla onaylamaktadır. Sözer, bu yatırımlarla asıl olarak köklü/tarihi kamu hastanelerinin kapatıldığına altını çizmektedir (Sözer, 2013:246).

Kamu özel ortaklığı modeli üzerinden yapılan anlaşmalar, geleceği öngörmek bakımından önemli görünmektedir. Ancak sözleşmeler ve şartnameler ticari sır olarak değerlendirildiği için erişime açık değildir (Atalay, 2015:74).

Sağlık Bakanlığı ve özel olarak ihaleleri yapan Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı da yönetmeliğin 5. maddesinde geçen “şeffaflık”, “kamuoyunun bilgilendirilmesi” ilkelerine karşın ihalelerdeki yıllık kiralar ve sözleşme içerikleri kamuoyuna açıklanmamaktadır. Türk Tabipleri Birliği’nin Sağlık Bakanlığı’na 4982 Sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanunu çerçevesinde yaptığı başvurular “ticari sır” bahanesiyle cevaplanmamıştır. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün bir yanıtını, bu konudaki anlayışı ortaya koymaktadır: “Henüz düşünce aşamasında

olan ve kamuoyunu ilgilendirmeyen yapım işleri hakkında bilgi verilmesine gerek olmadığı, hastanelerin yapılacağı taşınmazların kime ait olduğu bilgisinin ise özel hayatın gizliliği ve ticari sır kapsamında değerlendirilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir” (Erbaş, 2016).

Kamu özel ortaklığı modeli şehir hastaneleri ile sınırlı kalmayacaktır. Bakanlık bürokrasisi hem şehir hastanelerinin hem de aile sağlığı merkezlerinin kamu özel ortaklığı modeli ile yapılabileceğini ifade etmektedir. Böylelikle sağlık hizmetlerinin sunumu piyasa ilişkileri içinde gerçekleştirilecektir (Atalay, 2015:75).



SONUÇ

İkinci Dünya Savaşı'nın bitimiyle başlayan sosyal devlet anlayışı kamu hizmetlerine de yansımıştır. Bu anlayışın doğal bir sonucu olarak özellikle sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi hizmetler kamu tarafından, her kesime eşit ve tamamen ücretsiz bir şekilde sağlanmaya çalışılmıştır.

Kapitalizmin merkez ve çevre ülkelerinde sosyal devletin uygulanmasına dönük hukuki düzenlemeler kabaca 1945-1980 arasını kapsayan dönemde mevzuata yansımıştır. Türkiye'de, 1961 Anayasası ile sosyal devlet anlayışının benimsendiğini görmekteyiz. 1961 Anayasası'nın sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık hakkı başlıklı 49. maddesi şu şekildedir: Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Sağlık hizmetlerinin tüm sorumluluğunu devletin üstlenmesi sadece Anayasa düzeyinde değil, aynı zamanda 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve 1963-1967 yılları arasını kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda gözlemlenmektedir.

1970'li yıllarda kapitalizmin başka bir siyasi ekonomik organizasyona (neoliberalizm, yeni sağ) geçeceğine dair ön işaretler oluşmaya başlamıştır. 1974-1975 yılında verimlilik ve kar oranlarının düşmesiyle başlayan kapitalizmin uzun yapısal krizinden çıkış yolu olarak şimdiye kadar kamu tarafından sağlanan kamusal hizmetlere sermayenin katılımı yaklaşımının düşünsel temelleri ortaya çıkmaya başlamıştır. 11 Eylül 1973 tarihinde Şili'de sosyalist başkan Salvador Allende'nin devrilmesi ve 12 Eylül 1980 tarihinde Türkiye'de sınıfsal muhalefeti yok etmek amacıyla askeri darbe planlanıp bu siyasi ekonomik organizasyona geçiş için uygun zemin hazırlanmıştır.

Türkiye için 24 Ocak 1980 kararları ekonominin ilerleyen yıllarda liberalleşeceğini gösteren metindir. Türkiye bu kararlar ile diğer ülkelere nazaran erken bir dönemde liberal ekonomi politikalarına yöneleceğinin işaretini vermiştir. Askeri dönemin bitimiyle 1983 yılında Anavatan Partisi'nin (ANAP) iktidara gelmesi ile bu süreç hızlanmıştır. Özal iktidarının ilk icraatlarından biri 1984 tarihli 3096 sayılı "Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun" idi. Bu kanun ile devlet elektrik enerjisi sağlama hizmetinde tekel konumundan çıkmış ve bu hizmet özel sektör tarafından da sunulmaya başlanmıştır. Darbe'nin hemen sonrasında başlayan serbestleştirme süreci pek çok alanda uygulanmıştır. 1985 yılında Özelleştirme Ana Planı hazırlanmış ve 1986 yılında da karma ekonomi modelinden serbest piyasa ekonomisine geçişi öngören Kamu İktisadi Teşebbüslerinin Özelleştirilmesi Hakkında Kanun yürürlüğe girmiştir.

Neoliberal, özel sektörcü mantıkla hazırlanan diğer bir kanun ise, 1994 tarihli 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun'dur. Son yıllarda hayata geçirilen mega projelerin hukuki düzenlemesi olan bu yasa 1994 yılında Sosyal demokrat Halkçı Parti (SHP) ile Doğru Yol Partisi'nin (DYP) iktidar ortağı olduğu yılda gerçekleşmiştir. Kamusal hizmetlere özel sektör katılımının yolunu açan böyle bir düzenlemeye SHP'nin ortak olmasının sorgulanması gereken bir husus olduğu açıktır.

2001 tarihli 4628 sayılı Enerji Piyasası Düzenleme Kurumunun Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun ile özel sektör artık devletten ruhsat alarak elektrik enerjisi üretip satmaya başlamıştır. Bu düzenlemenin hayata geçtiği 2001 yılında Demokratik Sol Parti'nin (DSP) iktidar ortağı olduğunu göz önünde bulundurduğumuzda kamucu-halkçı bir ekonomi politikası sergilemesi gereken

sosyal demokrat partilerin liberal ekonomi politikalarına teslim olduğunu göstermektedir.

Adalet ve Kalkınma Partisi'nin (AKP) 2002'de iktidara gelmesi ile özel sektörün kamusal hizmetlere katılım süreci ivme kazanmıştır. Yapılan hukuki düzenlemeler neticesinde son on yılda yap-işlet-devret modelli projeler gündeme gelmeye başlamış ve özellikle son 2-3 yıldır kamuoyunda bu projeler döviz üzerinden verilen gelir garantileri nedeniyle tartışılmaktadır. Zafer Havalimanı, Osmangazi Köprüsü, Yavuz Sultan Selim Köprüsü gibi projelerde yolcu ve araç geçiş garantilerinin tutturulamadığı ortaya çıkmakta ve aradaki fark devlet bütçesinden şirketlere ödenerek kamunun zarar etmesine yol açılmaktadır. Görüldüğü gibi gerçek durum retorikten oldukça farklılık arz etmektedir. Bankalardan alınan borçlara hazinenin kefil olması ve verilen garantiler nedeniyle özel sektöre kar güvenceli iş yapma olanağı sağlanmakta ve adeta özel sektör devlet tarafından maaşa bağlanmaktadır. Kapitalist mantığa aykırı bir şekilde riskin ortadan kalktığını görmekteyiz. Ancak, gündemde olması gereken diğer hususlar da bulunmaktadır. Örneğin havalimanı, köprü ve otoyol projelerinde çalışan işçilerin çalışma koşullarından kaynaklı sorunlar olmakta ve ücretlerini zamanında alamadıklarına dair haberler basına yansımaktadır. Bu sorunun en bariz örneği İstanbul Havalimanı'nın inşaat sürecinde insanlık dışı çalışma koşullarından kaynaklı sorunları protesto eden işçilerdir. İstanbul'da yap-işlet-devret modeli ile hayata geçirilen İstanbul Havalimanı, Kuzey Marmara Otoyolu ve Osmangazi Köprüsü'nün çevre ve ekoloji kırımına yol açtığı çevre örgütleri tarafından dile getirilmektedir. Bu nedenle sorunun tek bir yönüne odaklanılmayıp, çevresel hassasiyetlerin artması gerekmektedir. Bu model ile yapılan projelerin az-çok kapitalizmin merkez ve çevre ülkelerinde de hayata geçirildiğini belirtmemiz gerekmektedir.

Kamu özel ortaklığı üst başlığı ile kavramsallaştırabileceğimiz yap-işlet-devret veya yap-kirala-devret adlı yatırımların uygulamaya girmesi ile özellikle sağlık gibi belirli temel hizmetlere erişim daha da pahalı hale gelmektedir. Bunun neticesinde sağlık hizmetlerinden yararlanmada cepten yapılan ödemeler artmaktadır. Bu bağlamda kamu hastanelerine gittiğimiz zaman her adımda muayene, tetkik, tıbbi malzeme, ilaç, reçete adı altında 14 kalemden katkı-katılım payı ve ilave ücret alındığını söylememiz gerekmektedir. Böylelikle sosyal bir devletin asli görevleri arasında yer alan sağlık hizmetinin kamu tarafından tüm yurttaşlara eşit ve ücretsiz bir şekilde yerine getirilme sorumluluğu ortadan kalkmakta ve paran kadar sağlık anlayışı yaygınlaşmaktadır.

Tezin sorunsal bağlamında şehir hastanelerinin incelenmesini çok boyutlu bir şekilde yapmak zorundayız. Çünkü şehir hastanelerinin sadece özel sektöre ödenen kira ödemeleri nedeniyle kamuyu zarar uğratan bir model olmadığı yapılan araştırmalar neticesinde ortaya çıkmaktadır. Bu konuda şehir hastanelerinin yapım sürecinden başlayarak bu hastanelerin yarattığı tahribatı araştırmaları ile ortaya koyan Türk Tabipleri Birliği'ni (TTB) anmak yerinde olacaktır.

Siyasetçilerin “beş yıldızlı otel konforunda” hizmet vereceği ve “milletin cebinden beş kuruş çıkmıyor” ifadeleriyle meşrulaştırdıkları şehir hastanelerini kamucu bir yaklaşımla değerlendirmeye geçebiliriz. Öncelikle söylememiz gereken şehir hastanelerinin bedelsiz olarak şirketlere tahsis edilen Hazine arazileri üzerine inşa edildiğidir. Devlet (Sağlık Bakanlığı) en az 25 yıl boyunca müteahhit şirketlere kira ödeyerek bütçeden milyarlar aktarmaktadır. 2018 merkezi yönetim bütçesinden şehir hastaneleri için kira bedeli ve değişken hizmet bedelleri olmak üzere 2.6 milyar TL ayrılmıştır. Kamu bütçesi tarafından yapılan ödemeler her yıl döviz kuruna ve enflasyona göre güncellenmektedir. Bu meblağ

diğer şehir hastanelerinin açılmasıyla birlikte kuşkusuz artacaktır. Devletin şehir hastanelerinin sabit yatırım tutarını şirketlere ödeyeceği yıllık kira bedeli ile 3-4 yıl gibi bir sürede karşılayabileceği (örneğin Kayseri Şehir Hastanesi'nin sabit yatırım tutarı yaklaşık üç buçuk yıllık kira ile karşılanabiliyor) TTB'nin yaptığı çalışmalar ile ortaya konmuştur.

Şehir hastanelerinin yapımını üstlenen şirketlere sağlanan avantajlar da bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi otuz altı aylık süreyi geçmemek ve sözleşmede belirlenecek inşaat yapım süresi ile sınırlı olmak kaydıyla, Sağlık Bakanlığı ile özel şirket arasında yapılacak her türlü iş ve işlemler ile düzenlenecek kağıtlar, Damga Vergisi Kanunu'na göre alınan damga vergisi ile Harçlar Kanunu uyarınca alınan harçlardan muafdir. Ayrıca yapılacak iş ve işlemler, Devlet İhale Kanunu ile Kamu İhale Kanunu'na tabi değildir.

Şehir hastanelerindeki ticari alan gelirleri ihaleyi alan şirketlere bırakılmakta, tıbbi destek hizmetleri ve destek hizmetleri ihaleyi alan şirketler tarafından sunulmaktadır. Sözleşme süresi boyunca şirketlere kira ve bakım/onarım için kullanım bedeli, tıbbi destek hizmetleri ve destek hizmetleri için hizmet bedeli adı altında ödeme yapılacaktır. Böylelikle çekirdek hizmet dışındaki hizmetlerin sorumluluğu şirketlere devredilmekte ve yüzde 70 gibi yüksek bir oranda 'müşteri garantisi' (yatak garantisi) verildiği görülmektedir. İnsanların hastalanması üzerine kurgulanmış hastane modeli ile karşı karşıya olduğumuzu belirtmemiz gerekmektedir.

Diğer bir sorun, içinden geçtiğimiz küresel ekonomik kriz ortamında ihaleyi alan şirketin/şirketlerin herhangi bir iflas durumunda kamunun üstleneceği zararın büyüklüğüdür. İngiltere'de sağlık alanında ihaleleri alan şirketlerden en büyüğü

2018 yılında (Carillion) iflas etmiştir. Bu iflasın sonucunda hükümet ek finansman sağlamak zorunda kalmıştır.

Şehir hastanelerinin kentlerde yol açmakta olduğu dönüşüme ve insanların sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşadığı/yaşayacağı sorunlara değinmek faydalı olacaktır. Örneğin, Ankara'da Bilkent ve Etlik Şehir Hastanesi'nin hizmete girmesiyle kent merkezinde bulunan insanların kolayca erişebildiği 13 köklü kamu hastanesi kapatılmakta ve 20-30 kilometre uzaklıktaki şehir hastanelerine gitmek zorunda kalmaktadırlar. Böylece kent merkezinde bulunan özel hastanelere en azından belli bir ücret/maaş seviyesinde olanlar rağbet etmeye başlayacaktır. Alt gelir grupları ise, mecburen şehir hastanelerine gitmek için daha uzun zaman gerektiren ve maliyet yaratan bir yolculuk yapmak zorunda kalacaktır. Kent merkezinde kapatılacak olan bu hastanelerin tıbbi cihazlarının, taşınmazlarının ve arazilerinin ne olacağı gündemde yer alan hususlardan biridir. Bu konuda bildiğimiz tek husus: TTB'nin açtığı dava sonucunda Danıştay, ilk sözleşmede yer alan hastanelerin arazilerinin yapımı gerçekleştiren şirketlere devredilmesine ilişkin kararı bozduğudur.

Şehir hastanelerinin hizmete vermeye başlaması ile sağlık çalışanları ve hizmet sunumunda yarattığı olumsuz sonuçlar da bulunmaktadır. Bu sorunlar TTB Başkanı Sinan Adıyaman'ın Sağlık Bakanı'na gönderdiği raporda ortaya çıkmaktadır. Bunlar başlıklar altında: enfeksiyon riski, radyolojik veri kaybı, yönetimde iki başlılık, mesafe hizmeti engelliyor, sağlık çalışanı sayısı aynı, merdiven yok, tasarım sorunu, 112 yoğunluğu, hekimlerin iletişimi ve yemek, araç sorunudur.

Kamu özel ortaklığı ile yapılan yatırımlarda (yap-işlet-devret, yap-kirala-devret) kamu kaynaklarının, bütçenin, hazinenin ve müştereklerin yağmalandığı, talan edildiği görülmektedir.



KAYNAKÇA

- Akkoyunlu, Pınar, Kamu Mali ve Hizmeti Tanımı, İ.Ü. İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları 40. Seri /Yıl 2001.
- Alagöz, Mehmet ve Turgut Yokuş, “Kamu Özel İşbirliği Yatırımları ve Dış Borç Ödeme Projeksiyonu, *SBF Dergisi*, Cilt 73, No. 3 (867 – 889).
- Altay, Asuman, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi” , *Sayıştay Dergisi*, 2007, S. 64, s. 33-58.
- Arslan, Kahan Onur, Kamu Malı Niteliğinin Tespiti ve Kamu Mallarından Yararlanmanın Esasları”, *TBB Dergisi*, 2017 (131), 57-86.
- Avrupa Sayıştay Raporu, “*Public Private Partnerships in the EU: Widespread shortcomings and limited benefits*”, European Court of Auditors, Special Report, No. 09, 2018. <https://op.europa.eu/webpub/eca/special-reports/ppp-9-2018/en/> (erişim tarihi: 18.01.2020)
- Bantekas ve Lumina (Eds), *Sovereign Debt and Human Rights*, Oxford: Oxford UP, 2019.
- Bayramoğlu, Sonay, *Yönetişim Zihniyeti Türkiye’de Üst Kurullar ve Siyasal İktidarın Dönüşümü*, 1. baskı, Ankara, İletişim Yayınları, 2005.
- Benjamin, Joel ve Tim Jones, “BK’nin KÖO Felaketi Özel finansmandan dünyanın geri kalanı için dersler”,
http://www.ttb.org.tr/images/stories/haberler/file/koo_felaketi_son.pdf.
- Boz, Selman Sacit, “Kamu Özel İş birliği (PPP) Modeli”, *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2013, C. 4, S. 2, s. 277-332.

Cumhurbaşkanlığı, *Kamu özel İşbirliği 2018 Raporu, Sektörler ve Kamu Yatırımları Genel Müdürlüğü, 2019.* <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/05/Kamu-Ozel-Isbirligi-Raporu-2018.pdf>

Çelik, F. Eda, "Hizmet Sunumuna Katılım ve Kamu-Özel Ortaklıkları", *DOSYA-08: Yerel Yönetimlere Katılım*, Bülten 64 (Aralık 2008), Mimarlar Odası Ankara Şubesi Yayını, s. 28-38.

Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler 2015, T.C. Kalkınma Bakanlığı, Ocak 2016

Erbaş, Özgür, Pörsümüş Patlak Projeler: Şehir Hastaneleri, <http://bianet.org/bianet/saglik/153781-porsumus-patlak-projeler-sehir-hastaneleri>). erişim tarihi: 18.06.2016.

Gözübüyük, A. Şeref, *İdare Hukuku Cilt 1 -Genel Esaslar-* , 13. baskı, Ankara, Turhan Kitabevi, 2019

Gürkan, Mehmet Fatih, *Kamu Özel Ortaklığı*, 1. baskı, Ankara, Adalet Yayınevi, 2014.

Güzelsarı, Selime, “Yeni Kurumsallaşma Biçimi Olarak Kamu-Özel Ortaklıkları” , 18. *Yüzyıldan 21. Yüzyıla Kamu Yönetiminde Reform*, TODAİE, 2009.

Güzelsarı, Selime, *Kamu Özel Ortaklıkları Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme, (Kamu Yönetimi: Yapı İşleyiş Reform)*, Ankara, 2009.

Harvey, David, *Neoliberalizmin Kısa Tarihi*, 1. baskı, İstanbul, Sel Yayıncılık, 2015.

<http://www.hurriyet.com.tr/kalkinma-bakanligi-ozel-sektorle-birlikte-yapilan-projelerde-sikinti-olabilir-40061893> (erişim tarihi: 29.04.2016)

Kalkınma Bakanlığı, *Onuncu Kalkınma Planı, 2014-2018, Kamu Özel İş birliği, Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, 2023.

Karahanoğulları, Onur, "Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tip (Kamu-Özel Ortaklığı)", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 2011, C. 66, S. 3, s. 177-215.

Karahanoğulları, Onur, *Kamu Hizmeti (Kavram ve Hukuksal Rejim)*, İnternet Paylaşımı, 2004.

Karahanoğulları, Yiğit, "Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Mali Değerlendirmesi" , *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 2012, C. 67, S. 2, s. 95-125.

Karasu, Koray "Kamu - Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi," B. Övgün (Ed.) *Kamu Yönetimi: Yapı- İşleyiş - Reform* (Ankara: KAYAUM Yayınları, 2009), s. 79-91.

Karasu, Koray, "Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 2011, C. 66, S. 3, s. 217-262.

Keskin, Bayram, *Kamu Hizmetinin Görülmesine İlişkin Sözleşmeler ve Bu Sözleşmelerden Doğan Uyuşmazlıkların Tahkim Yoluyla Çözümü* (Doktora Tezi), Ankara, 2006.

Küçük, Aziz (2017) *Kapitalist Devlette Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesindeki Dönüşüm: Türkiye Üzerine Bir Analiz*, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Leys, Colin, *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*, "Piyasa ile Politika Arasında Sağlık Hizmetlerinin Konumu" , 1. baskı, İstanbul, İletişim Yayınları, 2015.

Sağlık Alanında Kamu İle Özel Şirketler Neden Ortak Oluyor? Özgür Erbaş,
<http://www.muhaletet.org/yazi-saglik-alaninda-kamu-ile-ozel-sirketler-neden-ortak-oluyor-31-1117.aspx> erişim tarihi: 16.05.2016

Sarısu, Ayhan, *Kamu & Özel İşbirlikleri (Public & Private Partnerships - PPP)*, 1. baskı, Ankara, Yaklaşım Yayınları, 2009.

Sözer, Ali Nazım, “Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastaneleri” *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2013, C. 15, Özel S. , s. 215-253.

Tekin, Perihan Şenel (2017) Küresel Kamu özel Ortaklığı uygulamaları ve Türkiye Sağlık Sektörü, açısından Bir Değerlendirme, *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi* 16 (2) (s. 5.20).

Tunç, Gökhan, Öz Saraç, Emrah, “Türkiye’deki Kamu Özel İşbirliği Modelinin İyileştirilmesine Ait Öneriler” , 3. Türkiye Deprem Mühendisliği Ve Sismoloji Konferansı, 14-16 Ekim 2015 - DEÜ – İzmir.

Uğur, Alparslan, Miynat, Mustafa, “Kamu Özel Sektör Ortaklıklarının Ekonomi Politikası”, *Yönetim ve Ekonomi*, 2014, C. 21, S. 2, s. 19-40.

Uz, Abdullah, “Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (PPP)” (Kavramsal ve Hukuksal Çerçeve) *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2007, C. 11, S. 1-2, s. 1165-1182.

Ünlütürk Ulutaş, *Çağla, Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, 1. baskı, İstanbul, Nota Bene Yayınları, 2011.

www.radikal.com.tr/ekonomi/basbakanin-ruyasi-gercek-oldu-1122585/ erişim tarihi: 12.05.2016

Yaşı, Fatih, AKP, CEMAAT, Sünni-Ulus Yeni Türkiye Üzerine Tezler, 1. baskı,
İstanbul, Yordam Kitap, 2014.

Mevzuat:

1961 Anayasası

1982 Anayasası

233 sayılı “Kamu İktisadi Teşebbüsleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’

2826 sayılı Devlet İhale Kanunu

4734 sayılı Kamu İhale Kanunu

4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Kanunu

4283 sayılı Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi
ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun

4628 sayılı Elektrik Piyasası Kanunu

Tablo 6: KÖİ Modellerine İlişkin Mevzuat

Model	Mevzuat
Yap-İşlet-Devret (YİD)	3996 Sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun
	3996 Sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanunun Uygulama Usul ve Esaslarına İlişkin Karar
	3096 Sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun
	3465 Sayılı Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun
	Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanunun Uygulama Yönetmeliği
Yap-Kirala-Devret (YKD)	6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun
	Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği
	652 Sayılı Özel Barınma Hizmeti Veren Kurumlar ve Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 23. Maddesi
	Eğitim Öğretim Tesislerinin Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Eğitim Öğretim Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik
	351 Sayılı Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanununun 20. Maddesi
Yap-İşlet (Yİ)	4283 Sayılı Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun
	Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Yönetmelik

Özelleştirme ve İşletme Hakkı Devri (İHD)	4046 Sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun
	5335 Sayılı Kanununun 33. Maddesi (Havaalanlarının İşletme Hakkının Devri)
	4458 Sayılı Gümrük Kanununun 218/A Maddesi (Gümrük Kapılarının İşletme Hakkının Devri)
İmtiyaz	Menafii Umumiyye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun
	Menafii Umumiyye Müteallik İmtiyazat Hakkındaki 10 Haziran 1326 Tarihli Kanuna Bazı Maddeler Tezyiline ve Bu Kanunun Bazı Maddelerinin İlgasına Dair Kanun
	4483 Sayılı İzmir Tramvay ve Elektrik Türk Anonim Şirketi İmtiyazıyla Tesisatının Satın Alınmasına Dair Mukavelenin Tasdiki ve Bu Müessesenin İşletilmesi Hakkında Kanun
	4501 Sayılı Kamu Hizmetleri ile İlgili İmtiyaz Şartlaşma ve Sözleşmelerinden Doğan Uyuşmazlıklarda Tahkim Yoluna Başvurulması Halinde Uyulması Gereken İlkeler Dair Kanun
	406 Sayılı Telgraf ve Telefon Kanunu

Kaynak: Cumhurbaşkanlığı Kamu Özel İşbirliği Raporu 2018.

ÖZET

Kapitalizmin merkez ve çevre ülkelerinde 1980'li yıllarda uygulamaya konulan neoliberalizm ve neoliberal politikalar devletin sosyal niteliğinin azalmasına paralel olarak kamu hizmetlerinin sunum ve finansmanında önemli bir değişim yaratmıştır. 1945-1980 yılları arası ile karakterize edilen kapitalizmin sosyal devlet döneminden farklı olarak özel sektör özelleştirmeler ile kamu hizmetlerinin sunum ve finansmanında rol almaya başlamış ve özel sektörün kamu hizmetlerine katılımını öngören modeller ortaya çıkmıştır. Türkiye'de 1990'lı yıllar ile birlikte bu modeller kamu yönetimi reformları adı altında gündeme gelmeye başlamıştır. Türkiye'de 2018 sonu itibariyle otoyol, köprü, tünel, havalimanı ve sağlık gibi alanlarda 242 yatırım bulunmaktadır. Bu yatırımlar sağlık hizmetlerinde Şehir Hastaneleri ve Sağlık Kampüsleri ile gündemdedir. Bu tezde, bu yatırımların büyüklüğü göz önüne alındığında şirketlere/şirketler topluluğuna verilen hazine garantilerinin ve finansman garantilerinin devlet bütçesine verdiği zarar kamucu bir yaklaşım ile ele alınmıştır.

SUMMARY

Neoliberalism and neoliberal policies introduced in the central and peripheral countries of capitalism in the 1980s have created a significant change in the provision and financing of public services in parallel with the decrease in the social quality of the state. Capitalism, characterized by the years 1945-1980, as different from social state period; With the privatizations, the private sector has started play role in the provision and financing of public services and models that envisage the participation of the private sector in public services have emerged. With the 1990s in Turkey, this models began to come up agenda under the name of public management reforms. As of the end of 2018 in Turkey, there are 242 investments in areas such as highway, bridge, tunnel, airport and health. The investments in the area of health services are on the agenda with City Hospitals and Health Campuses. In this thesis, the financial damage of treasury guarantees and financial guarantees granted to the companies / companies groups to government budget considering the magnitude of these investments is addressed with public interest approach.