

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE FİNANSMAN
DÖNÜŞÜMÜ KAPSAMINDA ŞEHİR
HASTANELERİ**

Tuba ÖZALP
2501190850

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Özgün AKDURAN EROL

İSTANBUL – 2024

ÖZ

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE FİNANSMAN DÖNÜŞÜMÜ KAPSAMINDA ŞEHİR HASTANELERİ

TUBA ÖZALP

1980’li yılların başından bu yana birçok kapitalist ülkede kamu hizmetlerinin gördürülme usullerinde özel sektör lehine önemli değişim ve dönüşümler meydana gelmiştir. Devletin sunduğu temel kamusal hizmetler “kamu-özel iş birliği” finansman yöntemiyle özel sektör eliyle görülmeye başlamıştır. Neoliberal ekonomi politikalarının uygulanmaya başlandığı bu yıllarda yaygınlık kazanan kamu-özel iş birliği modeli, sağlık hizmeti gibi piyasa ilişkilerinden bağışık kılınmış bir kamusal hizmette de yapısal değişikliklere neden olmuştur.

Gelişmiş kapitalist ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de 1990’lardan beri sağlık hizmetinin gördürülme biçiminde yapısal dönüşümler gerçekleşmiştir. Bu dönüşümlerin en kapsamlısı neoliberal sağlık reformlarının uygulanmaya çalışıldığı 2003 yılında Sağlık Bakanlığı’nın kamuoyuna duyurduğu “Sağlıkta Dönüşüm Programı’dır”. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 1987 yılında yürürlüğe giren 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na 2005 yılında Ek Madde 7’nin eklenmesi ile sağlık tesislerinin yapımında ve işletilmesinde kamu-özel iş birliği modeli uygulamaya geçirilmiştir. Sağlık tesislerinin kamu-özel iş birliği modeli ile inşası sermayenin sağlık sektöründeki faaliyet sahasını genişletmiş, kamu hastanelerinin örgütsel ve yönetsel yapısında değişiklikler yaratmıştır.

Kamu-özel iş birliği finansman modeli ile inşa edilen bütünleşmiş sağlık tesisleri “Şehir Hastaneleri” olarak adlandırılmaktadır. 2007 yılında şehir hastanelerinin yapımı için ihalelere çıkılmış, 2017 yılında da ilk şehir hastanesi hizmete açılmıştır. Kamu-özel iş birliği finansman modeli ile yapılan şehir hastanesi projelerinde Hazine arazisi bedelsiz olarak özel sektör temsilcisine tahsis edilmekte, yapı, özel sektörün kurduğu şirketler birliği tarafından inşa edilmektedir. Genellikle 25 yıllık işletme dönemi boyunca devlet, özel sektöre kira ödeyen konumda bulunmaktadır. 2023 yılı itibariyle açılışı yapılmış 24; yapım aşamasında olan 10 şehir hastanesi mevcuttur.

Bu tezin amacı sağlık hizmetinin sunumunda başvurulan ve kamu hizmeti grdrlme usullerinden biri olarak sunulan kamu-özel iş birliği finansman modelinin şehir hastaneleri projeleri bağlamında bütünlüklü bir değerlendirmesini yapmaktır. şehir hastanelerinin yapımında başvurulan bu finansman modelinin devlet bütçesi üzerinde ağır yükler oluşturduğu ve sağlık hizmetini özelleştirip piyasalaştırdığı tezin temel savını oluşturmaktadır. Tezde bu sav, Sayıştay Başkanlığı'nın Sağlık Bakanlığı'na ait 2018-2022 yılları arasındaki Düzenlilik Denetim Raporları ve Sağlık Bakanlığı'nın 2017-2024 bütçesi mali tabloları üzerinden tartışılmıştır. Son olarak söz konusu raporlar, mali tablolar ve kamuoyundaki tartışmalar bağlamında şehir hastaneleri incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kamu Hizmeti, Kamu-zel İş Birliği, Sağlığın Piyasalaştırılması, Sağlıkta Dönüşüm Programı, şehir Hastaneleri

ABSTRACT
CITY HOSPITALS WITHIN THE SCOPE OF FINANCIAL
TRANSFORMATION IN THE HEALTH SECTOR

TUBA ÖZALP

Since the beginning of the 1980s, significant changes and transformations have occurred in favor of the private sector in the way public services are provided in many capitalist countries. The basic public services provided by the state began to be seen by the private sector with the financing method of “Public-Private Partnership”. The public-private cooperation model, which became widespread in these years when neoliberal economic policies began to be implemented, also caused structural changes in a public service, such as health care, that was immune from market relations.

As in developed capitalist countries, structural transformations have taken place in the way health care is provided in Turkey since the 1990s. The most comprehensive of these transformations is the "Health Transformation Programme", which was announced to the public by the Ministry of Health in 2003, when neo-liberal health reforms were tried to be implemented. With the addition of Additional Article 7 in 2005 to the Health Services Basic Law No. 3359 enacted in 1987 with the Health Transformation Program, the public-private cooperation model was put into practice in the construction and operation of health facilities. The construction of health facilities with the public-private partnership model has expanded the scope of the capital's activity in the health sector and has created changes in the organizational and managerial structure of public hospitals.

Integrated healthcare facilities built with a public-private partnership financing model are called "City Hospitals". In 2007, tenders were made for the construction of city hospitals, and the first city hospital was put into service in 2017. In the city hospital projects made with the public-private partnership financing model, the Treasury land is allocated to the private sector representative free of charge, and the structure is constructed by the association of companies established by the private sector. Generally, during the 25-year operating period, the state is in

the position of paying rent to the private sector. As of 2023, there are 21 city hospitals whose construction has been completed. There are 12 city hospitals under construction.

The aim of this thesis is to make a holistic evaluation of whether the public-private partnership financing model used in the provision of health services is a rational method of providing public services in the context of city hospital projects. The main thesis of the thesis is that this financing model used in the construction of city hospitals creates heavy burdens on the state budget and privatizes and marketizes the health service. In the thesis, this argument is discussed through the Regularity Audit Reports of the Court of Accounts of the Ministry of Health between 2018-2022 and the 2017-2024 budget financial statements of the Ministry of Health. Finally, city hospitals were examined in the context of these reports, financial statements and public discussions.

Keywords: Public Service, Public-Private Partnership's, Marketization of Health, Health Transformation Programme, City Hospitals

ÖNSÖZ

Bu çalışma, sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasına sebep olan neoliberal politikalar ile sağlık hizmetinin gördürölme usullerinde yaşanan yapısal dönüşümler kapsamında kamu-özel iş birliğı ile inşa edilen şehir hastanelerine odaklanmaktadır. 2005 yılından bu yana sağlık hizmetinin kamu-özel iş birliğı finansman modeli özel sektöre gördürölmesinin yasal hazırlıkları yapılmış, 2017 yılından bu yana 18 ilde 24 şehir hastanesi hizmete açılmıştır. Bu gelişmeler ışığında çalışmada sağlık hizmetinin kamu-özel iş birliğı ile sunumu; ihale süreçleri, devlet bütçesi üzerindeki etkisi ve sağlık hizmetinin sunum standartları açısından bir değerlendirmesi yapılmıştır.

Yüksek Lisans döneminde kendisinden aldığım “Düzenleme ve Düzenleyici Kurumlar” dersi ile merakımı uyandıran ve tüm bilgisi ve emeğı ile tez sürecimi destekleyen tez danışmanım çok değerli Dr. Öğr. Üyesi Özgün AKDURAN EROL’a şükranlarımı sunuyorum.

Tez çalışma sürecimde desteklerini hep yanımda hissettiğim aileme ve arkadaşlarıma da ayrıca teşekkür ederim.

TUBA ÖZALP

İSTANBUL, 2024

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	ii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	x
GRAFİKLER LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU HİZMETİ VE KAMU HİZMETİ OLARAK SAĞLIK

1.1. Kamu Hizmeti Kavramının Tanımı ve Tarihsel Gelişimi	6
1.2. Kamu Hizmeti Alanının Genişlemesi ve Devletin Yeniden Yapılandırılması.....	12
1.3. Kamusal Bir Hizmet Olarak Sağlık Hizmeti	14
1.3.1. Kamu Ekonomisi Bağlamında Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri.....	16

İKİNCİ BÖLÜM

KAMU HİZMETİ GÖRDÜRÜLME USULLERİ VE KAMU-ÖZEL İŞ BİRLİKLERİ

2. 1. Kamu Hizmetinin Gördürülme Usulleri.....	20
2. 1. 1. Kamu Hizmetinin Özel Hukuk Kişisi Tarafından Gördürülmesi Usulleri	21
2. 1. 2. Kamu Hizmetinin Görülmesinde Yeni Usuller	26
2. 2. KÖİ Nedir?	32
2. 3. KÖİ Bir Özelleştirme Midir?.....	36

2. 4.	KÖİ'lerin Tarihsel Gelişimi	39
2. 5.	KÖİ Modelinin Kurucu Unsurları	43
2. 6.	KÖİ Modelini Olumlayan Görüşler	44
2. 7.	KÖİ Modeline İlişkin Olumsuz Görüşler (Eleştiriler)	46
2. 8.	Dünyada KÖİ'ler	51
2. 8. 1.	Gelişmekte Olan Ülkelerde KÖİ	52
2. 8. 2.	Avrupa Birliği ve Orta Asya'da KÖİ	56
2. 8. 3.	Latin Amerika ve Karayiplerde KÖİ	58
2. 8. 4.	Pasifik ve Doğu Asya'da KÖİ	59
2. 8. 5.	İngiltere'de KÖİ	60
2. 9.	Türkiye'de KÖİ	61
2. 9. 1.	Türkiye'de KÖİ'lerin Hukuki Çerçevesi	63
2. 9. 2.	Türkiye'de KÖİ Uygulamalarının Mevcut Görünümü	68

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU-ÖZEL İŞBİRLİĞİNİN UYGULANMASI

3.1.	Sağlığın Piyasalaştırılması	73
3.2.	Türkiye'de Sağlık Sektöründe KÖİ Modeli	78
3.3.	Şehir Hastaneleri	81
3.3.1.	Şehir Hastanelerinin Avantajları ve Dezavantajları	84
3.3.2.	Türkiye'de Şehir Hastanelerinin Mevcut Görünümü	85
3.3.3.	KÖİ Finansman Modeli İle İnşa Edilen Şehir Hastanelerine Yönelik Eleştirel Değerlendirmeler	91
3.3.3.1.	Kira Bedeli ve Hazine Yüğü	91
3.3.3.2.	İhale Süreci: Şeffaflık, Denetim, Katılım, Süre	93

3.3.3.3. Sözleşmelerin Etkinliği.....	96
3.3.3.4. Kapatılan Hastaneler, Yatak Sayısı ve Sağlık Emekçileri.....	97
3.3.3.5. Yer Seçimi ve Ulaşım Süresi.....	100
3.3.3.6. İki Başlı Yönetim.....	102
3.4. Sayıştay Başkanlığı’nın Sağlık Bakanlığı Düzenlilik Denetim Raporları’nın Şehir Hastaneleri Bağlamında İncelenmesi.....	102
3.5. Şehir Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı Bütçesi Üzerinde Yarattığı Finansal Yük	110
SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	114
KAYNAKÇA.....	118

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Kamu-Özel İş Birliğine İlişkin Mevzuat.....	63
Tablo 2.2. Mevcut Yasal Mevzuatın Kapsadığı Sektörler	68
Tablo 2.3. Türkiye’de KÖİ Projelerinin Yatırım Tutarlarının Sektörel Dağılımı	69
Tablo 3.1. Yapımı Tamamlanmış Şehir Hastaneleri/Entegre Sağlık Kampüsleri (2023).....	83
Tablo 3.2. Yapımı Devam Eden Şehir Hastaneleri/Entegre Sağlık Kampüsleri (2023)	84
Tablo 3.3. Şehir Hastanelerine Ödenen Kira Bedelleri-2017	88
Tablo 3.4. Şehir Hastanelerine Ulaşım Süreleri (2020)	94
Tablo 3.5. Önceki Yıl/Yıllar Sayıştay Denetim Raporuna İlişkin İzleme Tablosu.	101
Tablo 3.6. Sağlık Bakanlığı Bütçesi (2017-2024).....	103
Tablo 3.7. Sağlık Bakanlığı Analitik Bütçe Sınıflandırması, 2017-2023.....	103

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 2.1. Küresel Altyapı Yatırımlarının Sektörel Bazda Dağılımı (2007-2040) .	52
Grafik 2.2. Gelişmekte Olan Ülkelerde KÖİ Projeleri Dağılımı (1984-2020 İlk Yarı)	53
Grafik 2.3. Gelişmekte Olan Ülkelerde KÖİ Projeleri Tutarlarının Sektörel Bazda Dağılımı (1984-2020).....	54
Grafik 2.4. Bölgelere Göre Kamu-Özel İş Birliği Projelerinin Yüzdesel Dağılımı (1990-2018).....	54
Grafik 2.5. Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerde Özel Katılımlı Altyapı Projelerinde Yatırım Taahhütlerinin Bölgesel Payı, 2016-2021	55
Grafik 2.6. Bölgeye ve Ülkeye Göre Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerin Özel Katılımlı Altyapı Projelerinde Yatırım Taahhütleri, 2021	56
Grafik 2.7. 2014-2018 Yılları Arasında Avrupa Bazında Proje Tutarları (Milyar Avro)	57
Grafik 2.8. İngiltere’de Kamu-Özel İş Birliği Projelerinin Proje Sayısı Bakımından Sektörel Dağılımı (1993-2017)	59
Grafik 2.9. Türkiye’de KÖİ Proje Sayılarının Sektörel Bazda Dağılımı.....	68
Grafik 2.10. Türkiye’de KÖİ Projelerinin Yatırım Tutarlarının Yıllara Göre Dağılımı	70
Grafik 2.11. Türkiye’de Altyapı Yatırımlarının KÖİ Modellerine Göre Dağılımı (%)	71

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1: Kamu Hizmetlerinin İşletilme Usulleri (Gözler & Kaplan, 2021).....	17
Şekil 2.1: Türkiye’de Uygulanan Kamu-Özel İş Birliği Modelleri.....	67
Şekil 3.1: Kamu-Özel İş Birliği Süreçleri.....	81



KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AEP	: Acil Eylem Planı
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
BMA	: British Medical Association
ÇED	: Çevresel Etki Değerlendirmesi
ÇSED	: Çevresel ve Sosyal Etki Değerlendirmesi
DB	: Dünya Bankası
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EPEC	: European PPP Expertise Centre
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
GYMY	: Genel Yönetim Muhasebe Yönetmeliği
IMF	: International Monetary Fund
İETT	: İstanbul Elektrik Tramvay ve Tünel İşletmeleri
İHD	: İşletme Hakkı Devri
İPKB	: İstanbul Proje Koordinasyon Birimi
İSMEP	: İstanbul Sismik Riskin Azaltılması ve Acil Durum Hazırlık Projesi
KDV	: Katma Değer Vergisi

KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KİK	: Kamu İhale Kurumu
KİT	: Kamu İktisadi Teşebbüsü
KÖİ	: Kamu-Özel İş Birliği
KÖSO	: Kamu Özel Sektör Ortaklığı
M.Ö.	: Milattan Önce
MYMY	: Merkezi Yönetim Muhasebe Yönetmeliği
NHS	: Ulusal Sağlık Hizmetleri
ÖFG	: Özel Finans Girişimi
ÖİB	: Özelleştirme İdaresi Başkanlığı
P1	: Zorunlu Hizmetler
P2	: İsteğe Bağlı Hizmetler
PFI	: Private Finance Initiative
PPP's	: Public Private Partnerships
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNDP	: United Nations Development Programme
WB	: World Bank
WHO	: World Health Organization
Yİ	: Yap-İşlet
YİD	: Yap-İşlet-Devret
YKD	: Yap-Kirala-Devret

GİRİŞ

Sosyal devlet anlayışının ve Keynesyen iktisadın 1970’lerde başlayan yapısal krizi, sermayenin uluslararasılaşmasının ve daha önce devletin üstlendiği temel hizmetlerin (sağlık hizmeti, sosyal güvenlik hizmeti gibi) piyasalaşmasının önünü açtı. Bu kriz, her ülkenin kendi toplumsal ve tarihsel özellikleri ile birlikte farklı düzeylerde gerçekleşmiş olsa da; tüm ülkelerde izlenen özellikle altyapı, enerji, telekomünikasyon, eğitim ve sağlık gibi temel hak ve hizmetlerin sermaye için yeni birikim ve pazar alanları oluşturma stratejileri, temel kamu hizmetlerinin piyasada alınıp satılabilen metalara dönüşmesine hizmet etti.

20. yüzyılın sonlarına yaklaşıldığında bu düşüncenin genel kabulü ile özellikle gelişmiş kapitalist ülkelerde zorlu sınıf mücadeleleri sonucu kazanılmış eğitim ve sağlık hakkı gibi temel kamusal hakların ve hizmetlerin daha etkin ve kârlı hale gelebilmesi adına özel sektöre kaydırılmasının yolu açıldı. Ayrıca yaşanan küreselleşme süreci hem sermaye hem de hammadde ve malların kolayca ulaşılabilir olmasını ve şirketler arasındaki rekabetin uluslararası bir boyuta taşınmasını sağladı. Böylece şirketlerin daha etkin ve verimli çalışması yönünde baskılar arttı. Bu süreçte sermayeye kamusal hizmet alanındaki etkinliğini genişletme fırsatı tanıyacak “Kamu-Özel İş Birliği (KÖİ)” (Public Private Partnerships-PPPs)¹ olarak tanımlanan yeni uygulamalara başvuruldu. Temel kamusal hak ve hizmetlerin sunumunda kamu-özel iş birliği uygulaması, devletin rolünün piyasayı düzenlemeye indirgenmeye çalışıldığı bu yıllarda, sermayenin kamusal alandaki rolünü arttıran bir model olarak sıkça kullanılan bir yöntem oldu (Leys, 2009).

21. yüzyılın başında kapitalizmin içinde bulunduğu krizin de etkisiyle devletlerin sahip olduğu hiyerarşik, bürokratik ve hantal görünüm sorgulanmaya başladı ve kamu hizmetlerinin gerekleri kapitalizmin kendini yeniden üretmesini sağlayacak biçimde yeniden tanımlandı. Kamuya ait varlıkların özelleştirilmesi, kamu harcamalarının azaltılması ve kamuya özel sektör uygulamalarının dâhil edilmesi “Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımı’nın” çıktılarını oluşturdu. Devletin yeniden yapılanma sürecinin önemli bir çıktısı olan KÖİ modeli, gittikçe derinleşen

¹ 1980’lerden sonra özellikle kapitalist ülkelerde kamu hizmetlerine farklı biçimlerde ve düzeylerde

kamunun yeniden tarifi ve yönetimin örgütlenme mantığının dönüşmesi anlamında yeni kamu yönetimi yaklaşımı ile neoliberal kalkınma söyleminin odağına yerleşti (Güzelsarı, 2012, s. 30). Kamu yönetiminde yaşanan köklü değişiklik, devletin ekonomi alanındaki rolünün de değişmesini sağlayarak kamusal mal ve hizmetlerin bizzat kamunun kendisi tarafından gördürülmesi zorunluluğunu ortadan kaldırdı. Kamusal hizmetlere olan bakışın kökten değiştiği bu dönemde, Almanya eski başbakanı Gerhard Schröder, değişen bu anlayışı şöyle ifade etmekteydi:

“Modern bir devlet gelecekte öngörülen hizmetlerin hepsini kendisi yerine getirmek zorunda değildir. Fakat devlet, bu görevlerin yerine getirilmesini garantiye almak zorundadır”. (Şahin & Uysal, 2012)

Artık kamusal hak ve hizmetlerin bazıları ya özel sektöre devredildi ya da özel sektörle iş birliğine gidilerek –kamu-özel iş birliği gibi- alternatif yöntemlerle gördürülmeye başlandı.

Kamusal hizmetlerin sunumunda kamunun ve özel sektörün ortak katılımıyla mal ve hizmet sağlama yöntemlerinin hepsini kapsayan bir “üst kavram” olarak nitelendirilen KÖİ modeli, rekabetçi piyasanın içinde barındırdığı “disiplini”, sözleşmeler yoluyla kamusal olarak tanımlanan mal ve hizmet üretimine entegre etme çabalarına denk düşer. Devlet tarafından gerçekleştirilen mal ve hizmet sunumuna özel sektörün katılması anlamında KÖİ modeli, sermayeye hem ekonomik avantajlar sağlamakta hem de proje konusu olan mal ve hizmetin tasarımından yönetimine kadar olan tüm süreçlere dâhil olmasına olanak tanımaktadır (Çelik E. Y., 2008, s. 38).

Dünya genelinde nüfusun, şehirleşme oranının ve doğal yıpranmanın giderek artması gibi nedenlerle hastane, yol, köprü, havalimanı gibi temel altyapı hizmetlerine duyulan ihtiyaç gittikçe artmaktadır (Emek, 2017). Tüm ülkeler altyapı şebekelerini yenileme veya genişletme ihtiyacı duymaktadır. Richard Abadie, PricewaterhouseCoopers için yaptığı bir çalışmada, dünya genelinde altyapı yatırımlarına yapılan harcamaların 2025 yılına kadar yıllık 9 trilyonu aşacağını belirtmektedir (Abadie, 2014). McKinsey Danışmanlık Şirketi ise 2013-2030 yılları arasında dünyanın ihtiyaç duyduğu altyapı yatırımlarının finansmanını sağlamak için

57 trilyon ABD doları harcanacağını öngörmektedir (Emek, 2010). Proje finansmanı için bu denli yüksek ödemelerin gerektirdiği altyapı yatırımlarının finansmanını sağlamakta zorlanan hükümetler, yukarıda ifade edilen tüm dönüşümlerin etkisiyle özel sektörle iş birliğine yönelmektedir. Özel sektörün kaynaklarına duyulan ihtiyaç ve maliyet tasarrufu gerekçeleriyle devlet ile özel sektör arasında hizmet ve kamu yatırımı sunmak amacıyla kamu-özel iş birliği sözleşmeleri imzalanmaya başlamıştır. Burada devlet, kendi işlevini sürdürebilmek adına sermayeye ihtiyaç duyarken, “sermaye”ye de yeni bir değerlendirme alanı açılmaktadır (Öztürk & Ergüneş, 2011, s. 9). Dünya genelinde, sadece 1998-2008 yılları arasında KÖİ sözleşmeleri yoluyla altyapı yatırımları için özel sektörden sağlanan proje finansmanı 5 kat artmıştır (Abadie, 2008)².

Geleneksel düzen içinde kamu hizmeti olarak tanımlanan faaliyetlerin gerçekleştirilmesi ve gerekli altyapının kurulması devlete ait kaynaklarla ve devlet eliyle gerçekleştirilmektedir. Kavramın geçirdiği dönüşüm çerçevesinde artık devletin değil özel sektörün bu altyapı hizmetlerini kurup işletmesi yönünde bir eğilim söz konusudur (Çal, 2018). Gerek hükümetlerin gerekse Avrupa Birliği (AB) ve uluslararası finans kuruluşlarının, hizmetlerin sunumu için ihtiyaç duyulan finansman kaynaklarını çeşitlendirmek, devlet bütçesi açıklarını ve kamu borçlarını azaltmak, işlem maliyetlerini düşürmek, projelerin uygulanmasında mevcut olan riskleri özel sektörle paylaşmak gibi stratejik gerekçelerle KÖİ modeline başvurduğu bilinmektedir. Başlangıçta büyük ölçekli sermaye yatırımlarının finansmanını sağlamak amacıyla sıkça başvurulmuş KÖİ modelinin, daha sonraları kamu kesimine finansman sağlamanın yanında özel sektörün sahip olduğu yönetsel, yaratıcı ve ticari yeteneklerinin kamusal mal ve hizmetlerin sunumuna dâhil edilmesi gerekçeleriyle daha küçük ölçekte yatırım projelerinde de başvurulmuş bir araç olduğu görülmüştür. Tüm bu gelişmeler ekseninde KÖİ gibi uygulamalarla sunulmaya çalışılan kamu hizmetinin tanımı ve niteliği de daha fazla tartışılır olmuştur.

1990’lı yıllarda refah devleti tartışmalarında artan sağlık harcamalarının azaltılmasına ve sağlık hizmetinin sunumunda piyasanın egemen olmasına

² Söz konusu çalışmada geçen ilgili tablo için bakabilirsiniz:
<https://www.pwc.com/ng/en/pdf/surviving-the-credit-crunch.pdf>

odaklanılmıştır. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin özel sektör aracılığıyla güçlendirilmesi ve finansmanı konularında raporlar yayınlayan Dünya Bankası, devletin sağlık hizmetlerinin en pahalı kısmı olan hastanecilik alanından çekilmesini önermiştir. Türkiye’de de özellikle 2000-2010 yılları arasında neoliberallerin önerdiği gibi temel bir kamusal mal olarak görülen sağlık hizmetleri, entegre sağlık kampüsleri veya günümüz adıyla şehir hastaneleri yaptırmak suretiyle söz konusu değişim ve gelişmelerin etkisinde, kamu-özel iş birliği projelerinin konusu olmaya başlamıştır (Ergun & Ergun, 2010).

İngiltere’nin öncülük ettiği sağlık sektöründe finansman dönüşümü kapsamında şehir hastanelerinin yapım süreci, Türkiye’de de 2003 yılına gelindiğinde Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında uygulanmaya başlamıştır. Şehir hastanelerinin söz konusu finansman modeli ile inşasının kamu bütçesi üzerinde yük oluşturmayacağı, sağlık hizmetinin verimli ve etkin bir şekilde sunulacağı temel argümanı ile şehir hastaneleri için ihalelere çıkmıştır.

Bu çalışmanın yanıt aradığı temel soru bir kamusal mal ve hizmet olarak tanımlanan sağlık hizmetinin KÖİ modeli ile finanse edilerek özel sektör tarafından sunulmasının, devlet bütçesi üzerinde finansal bir yük oluşturup oluşturmadığı dolayısıyla KÖİ modelinin bu bağlamda rasyonel olup olmadığıdır.

Kamuyu birçok yönden etkileyen ve kamu hizmetinin gördürülme usullerinden biri olan KÖİ modelinin, daha ayrıntılı incelenmesi ve dünya çapında gittikçe ilgi gören bu üst kavramın farklı tanımları ile anlamlarının ortaya konulmasından önce çalışmanın birinci bölümünde ‘kamu hizmeti’ kavramının semantik³ bir analizi yapılarak, kamu hizmeti ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Bu doğrultuda, çalışmanın birinci bölümünde kamu hizmetinin tanımı ve tarihsel gelişimine değinildikten sonra kamu hizmeti alanının genişlemesi ve devletin yeniden yapılandırılması incelenmiştir. Buna ek olarak, kamusal bir hizmet bağlamında sağlık hizmeti incelenmiş; sağlık hizmetinin sunumunda devletin neden görev alması gerektiği, sağlık hizmetine içkin olan temel özellikleri ekseninde irdelenmiştir.

³ Bir kelimenin sözlükte yer alan temel anlamının yanı sıra zaman içinde kazandığı anlamlar ve anlam kaymalarını da içine alan analiz biçimini ifade etmektedir.

Çalışmanın ikinci bölümünde, kamu hizmetinin özellikle özel hukuk kişisine gördürölme usulleri ve sağık hizmetinin sunumunda kullanılan ve yeni bir usul olan KÖİ finansman modelinin ne olduğı üzerinde durulmuştur. Ardından KÖİ finansman modelinin tarihsel gelişimi ile dünyada ve Türkiye’de KÖİ modelinin mevcut görünümüne yer verilmiştir. Çalışmanın ana sorusuna ise üçüncü bölümde yanıt aranmıştır. Sağığın piyasalaştırılması, sağık hizmetlerinin piyasalaşmasına hizmet eden ve KÖİ finansman modeli ile inşa edilen şehir hastanesi modeli üzerinden tartışılmıştır. Kamusal bir hak ve hizmet olan sağığın, özel sektörün etkin rol aldığı bir hastane modeli ile işletilmesinin rasyonelliğı ise çalışmanın son kısmında çeşitli şehir hastanelerine ilişkin kamuoyunda tartışmalı bulunan hususlar ve Sayıştay Başkanlığı’nın Sağık Bakanlığı’na ilişkin raporları (2018-2022) ve son olarak da Sağık Bakanlığı bütçe kalemleri üzerinden irdelenmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU HİZMETİ VE KAMU HİZMETİ OLARAK SAĞLIK

1.1. Kamu Hizmeti Kavramının Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Kapitalizmin ve küreselleşmenin de etkisiyle birlikte daha önce tam kamusal mal ve hizmet olarak kabul edilen sağlık hizmeti, 1980'lerden sonra artık piyasada alınıp satılabilen, faydası bölünebilen, yarı kamusal bir mal ve hizmet olarak görülmeye başlamıştır. Devletin tam ve tek yetkili olduğu sağlık hizmeti alanında özel sektör de hizmet sunucusu olmaya başlamıştır. Bir hizmetin kamu hizmeti olması neyi ifade etmektedir? Bu soruya yanıt verildiğinde sağlık hizmetinin sunumunun özel sektöre açılmasının sonuçları daha iyi kavranacaktır. Bu nedenle çalışmanın bu kısmında kamu hizmeti kavramının anlamının ortaya konulması amaçlanmıştır.

Karahanoğulları (2004) kamu hizmetini, “devlet tarafından, piyasanın işleyiş ilkelerinden/kurallarından belli oranda bağımsız kılınarak üstlenilmiş olan, toplumsal ihtiyaçları karşılayacak mal ve hizmet üretimi” olarak tanımlar. Bu bağlamda kamu hizmeti, devletin varlığına meşruiyet kazandırarak onun tüm faaliyetlerini kapsar ve kamu otoritesinin varoluş nedenini oluşturur.

Modern devletin ortaya çıkışıyla beraber günlük yaşamın hemen her alanında hissedilen kamu hizmeti kavramı, siyaset bilimi, maliye, ekonomi gibi disiplinlerle kesişmektedir. Kamu hizmeti, kimin tarafından ve ne şekilde gördürüleceği, yapısal düzenlemelerinin nasıl olacağı hususları bakımından çeşitli siyasal sistem tartışmalarında ve bürokratik uygulamalarda yer alan önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kavram, 20. yüzyılda idare hukuku ve kamu maliyesi gibi disiplinlere de dâhil olmuş ve bu alanlarda kullanılmıştır. Bu sebeple çeşitli disiplinlerde inceleme alanı bulan ve hem hukuki hem de iktisadi boyutu bulunan kamu hizmeti kavramı ile ilgili herkesçe kabul edilen net bir tanımlama yapmak mümkün görülmemektedir.

Kamu yönetimi ve siyaset bilimi yazınında kamu hizmeti kavramı, “devletin işlevleri/görevleri” söz konusu olduğunda kullanılırken; kamu maliyesi alan

yazınında ise “kamu kesimi, kamu malı” tartışılırken kamu hizmeti kavramına başvurulmaktadır. Ayrıca kavramın özellikle idare hukukunda merkezi bir konumu olduğu bilinmektedir. Nitekim idarenin faaliyet alanlarını saptamak ve idari yargının görev alanını belirlemek gibi idare ile ilgili birçok konuda kamu hizmeti kavramı, kilit rol oynamaktadır. Kamu hizmetinin kurucusu olarak görülen Bordeaux Ekolü ’ne göre devlet, kamu hizmetleri teşkilatının bütünüdür ve idare hukukunun kendisi de kamu hizmeti kavramından hareketle inşa edilmiştir (Akıllı, 2013).

Tarihsel gelişim süreci incelendiğinde kamu hizmeti kavramının modern anlamda 19. yüzyılda ortaya çıktığı genel kabul görmekle birlikte kavrama içkin olan toplumun öncelikli ihtiyaçlarının karşılanması konusu ile birlikte ele alındığında, kavramın varlığı kavramsallaşmasından çok daha eskilere götürülebilir. Kamu hizmeti kavramının M.Ö. 5. yüzyıldan bu yana toplumsal ihtiyaçların karşılanması anlamında “ortak yarar” biçiminde kullanıldığı görülür. Platon’da toplumun ortak yararının ne olacağı arayışının bir parçası olan kavram, Aristo’da özel alan- kamusal alan (siyasal alan) ayrımının özünü oluşturmaktadır. Daha sonraları kamusal alan- özel alan ayrışmasının yanında bir de özel hukuk ve kamu hukuku ayrımı yapmak suretiyle Roma İmparatorluğu da kavramın gelişmesine katkıda bulunmuştur. İmtiyaz ve ihale gibi kavramların kökeninin de Roma’ya dayandırıldığı bilinmektedir. Roma’daki kamusal alan, özel alanı da içine alarak herkesin ortak yararının sağlanmaya çalışıldığı bir alandır. Kamu hizmetinin temelini oluşturan kamu yararı, Ortaçağ’daki dini temelli -ortak yarar- düşüncesi ile de benzeşmektedir. Ortak yarar kavramı, Bizans İmparatoru Jüstyen’in tahtta bulunduğu dönemde gelişen Hristiyanlığın da etkisiyle ruhban sınıfının çıkarlarını temsil eden bir biçime bürünerek gelişmiştir. Feodaliteden kapitalizme geçişin bir tezahürü olan 18. yüzyıl mutlakiyetçi modern devletlerin kuruluşunda ise kavram, kamu yararı/ortak yarar biçiminde yeniden gündeme gelmiştir (Karahanoğulları O. , 2004).

Modern anlamda kamu hizmeti kavramının köken olarak Fransız hukukundan geldiği bilinmektedir. Fransız Devrimi’nden önce hukuki metinlerde kamu hizmeti kavramına rastlanmamaktadır. Fransızca “service public” kavramının dilimizdeki karşılığı kamu hizmetidir. Fransız İhtilali’nin bir çıktısı olan 1789 İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi’nin 12. maddesi “*insan ve yurttaş haklarının güvenliği bir kamu*

gücünü gerektirir, bu nedenle bu güç herkesin yararı için kurulmuştur, yoksa bu gücün emanet edildiği kişilerin özel çıkarları için değil.” diyerek kamu hizmetinin herkesin yararına olduğunu belirtmiş ve kavramı yeniden gündeme getirmiştir (Karahanoğulları O. , 2004).

Tarihsel süreç içerisinde çeşitli biçimlerde karşımıza çıkan kamu hizmeti kavramı, 18. yüzyıldan itibaren yaygınlaşmaya başlamış ve 19. yüzyılda mevzuata girmiştir. Fransız Uyuşmazlık Mahkemesi tarafından 1873’te alınan Blanco Kararı’nda⁴ ilk defa kamu hizmeti ölçütü kullanılmış, bu da kamu hizmetinin idari yargıda benimsenmesinin önünü açmıştır (Karahanoğulları O. , 2004, s. 45). Blanco kararı, kamu hizmetinin idare hukuku açısından bir nevi başlangıcı olmuştur. Kavramın günümüzdeki anlamına kavuşması ise 20. yüzyılın sonlarında Bordeaux Hukuk Fakültesi çalışmacılarından Roger Bonnard, Gaston Jeze ve Leon Duguit, öncülüğünde kurulan ve devletin işlevlerinde meydana gelen gelişme ve değişimlerin kamu hukukunda meydana getirdiği dönüşümlerin açıklanması ile ilgili çalışmalar yürüten Bordeaux Kamu Hizmetleri Ekolü’nün çalışmalarıyla gerçekleşmiştir. Ekolün en önemli temsilcilerinden olan Leon Duguit, devleti ve idare hukukunu kamu hizmeti kavramı ile bütünleştirmiş ve devleti, yöneticiler tarafından örgütlenip denetlenen *“kamu hizmetleri birliği”* şeklinde tanımlamıştır (Akt., Yılmaz D., 2008).

Çeşitli disiplinlerle kesişen kamu hizmeti kavramının tanımına ilişkin bir konsensusa varılamasa da kavram çok boyutlu bir kavrayışla ele alınarak çeşitli ölçütlerden faydalanmak suretiyle kendisine ihtiva edilen belirsizlik zaman içinde giderilmeye çalışılmıştır. Bu kapsamda Sıddık Sami Onar, kamu hizmeti kavramını, yayınlamış olduğu İdare Hukukunun Umumi Esasları adlı eserinde geniş anlamıyla *“devlet veya diğer kamu tüzel kişileri tarafından veya bunların gözetim ve denetimleri altında genel ve kolektif gereksinimleri karşılamak ve tatmin etmek, kamu yararını sağlamak için kamuya sunulmuş devamlı ve muntazam faaliyetler”*

⁴ Blanco Kararına konu olan olay şöyledir: idare tarafından emanet usulüyle yürütülen bir bütün işletmesinde işçilerin kullandığı vagon bir çocuğu ağır şekilde yaralamıştır. Zararın tazmini için özel hukukta geçerli olan istihdam edenin sorumluluğuna dayanılarak idare aleyhine adli yargıda dava açılmış; dava, adli yargı yerlerinin görev alanına girmediği gerekçesiyle uyuşmazlık mahkemesine taşınmıştır. Uyuşmazlık Mahkemesi dava sonucunda bir kamu hizmetinin görülmesi esnasında istihdam edilen kamu görevlisinin üçüncü şahıslara verdiği zararın sorumluluğunun idare olduğunu ve davanın idari yargının görev alanına girmesi gerektiğine karar vermiştir (Durkal, 2019).

biçiminde; dar anlamda ise “*kamu idare veya müesseselerinin kamu hukukuna özgü yöntemler dairesinde ve bu hukuktan doğan yetkilere dayanarak gösterdiği faaliyetler ve yaptığı hizmetler*” olarak tanımlamakta ancak kavramın yine de açık olmadığına altını çizmektedir (Onar, 1966).

Gözübüyük’e göre ise bir hizmete kamu hizmeti diyebilmenin iki şartı vardır. İlki bu hizmetin direkt olarak kamuya yöneltilmesi ve kamu için yararlı olmasıdır. İkinci şart ise kamu hizmetinin kamu kuruluşları eliyle veya onların denetimleri altında özel hukuk kişilerince gerçekleştirilmesidir (Gözübüyük, 2003). Kemal Gözler (2005) de Gözübüyük ile benzer şekilde kamu hizmeti kavramını şöyle tanımlamaktadır; “*Kamu hizmeti, bir kamu tüzel kişisi veya onun denetimi altında bir özel kişi tarafından yürütülen kamu yararı amacına yönelik faaliyetlerdir. Diğer bir ifadeyle kamu hizmeti, kamu tüzel kişisi tarafından sağlanan veya üstlenilen kamu yararı amacına yönelik bir faaliyettir.*” Gözler’e göre bir faaliyetin kamusal bir hizmet olarak tanımlanabilmesi için maddi ve organik iki koşulu sağlaması gerekir. Kamu hizmetinde maddi koşul, kamu hizmetinin niteliğine ve sahip olduğu işlevlere ilişkin; organik koşul ise hizmetin kimin tarafından yürütüleceği ile ilgilidir. Kamu hizmetinin maddi şartı faaliyetin kamu yararına (*intérêt général*) yani toplumsal ihtiyaçların karşılanmasına yönelik olmasıdır.

Kamu hizmetinin niteliğini/işlevini konu alan maddi şart Anayasa Mahkemesi’nin 26 Mart 1997⁵ tarihli şu kararında özellikle belirtilmiştir:

“Görevsel bakımdan bir girişim ve etkinliğin kamu hizmeti sayılması veya sayılmaması, değişik koşullar dikkate alınarak yasa koyucunun görüşleri doğrultusundaki belirlemelerine göre şekillenen değişken ve göreceli bir konudur. Kamu hizmetinin yönetsel ögesi, genelde kamusal yönetim biçimi ise de, idarenin özel hukuk hükümlerine göre yürüttüğü kimi etkinliklerin de bu nitelikte olduğu görülmektedir. Fakat bir hizmetin amacı kamu yararı ise kamu hukuku esaslarına bağlı kalacağı açıktır. Bu nedenle idarenin, toplumun yararına olarak genel ve ortak gereksinimlerini karşılamak için giriştiği etkinlikler hangi yol ve usulle yapılırsa yapılsın kamu hizmeti sayılacağından ‘kamu hizmeti’ kavramının en önemli ögesi yönetim biçimi değil, hizmetin amacı ve bunun sorumluluğunu üstlenen organın niteliğidir. Böyle olunca, kamu hizmetleri, devletin ve diğer kamu tüzel kişilerinin toplumun genel ortak gereksinimlerini karşılamak amacıyla yürüttüğü veya buyruğu ve sorumluluğu altında başkalarına yaptırdığı etkinlikler olarak tanımlanabilir.”

⁵ <https://normkararlarbilgibankasi.anayasa.gov.tr/ND/1997/40>

Ancak literatürde bir hizmetin yalnızca maddi şartı sağladığı için kamu hizmeti sayılması kabul gören bir anlayış değildir. Maddi şartın yanında organik şartı da sağlaması bir hizmetin kamu hizmeti sayılması için gerekli görülmektedir (Gözler & Kaplan, 2021, s. 269).

Kamu hizmetinin organik şartı ise faaliyetlerin idare tarafından üstlenilip doğrudan onun tarafından veya idarenin verdiği yetkiyle ve elbette onun denetiminde bir özel hukuk kişisi eliyle yürütülmesidir. Dolayısıyla kamu tüzel kişinin özel faydasına olan bir faaliyet, kamusal hizmet olarak sayılamayacağı gibi bir kamu tüzel kişinin yürütmediği faaliyet kamunun faydasına olsa dahi kamusal hizmet olarak nitelendirilemez. Benzer şekilde bir özel hukuk kişisi, kamu tüzel kişisinden yetki almadan kamu yararına yönelik bir faaliyet yürütse bile bu faaliyet kamu hizmeti oluşturmaz (Gözler & Kaplan, 2021).

Anayasa Mahkemesi'nin 12 Nisan 1990 sayılı kararında kamu hizmetinin mutlaka idarenin denetimi ve gözetimi altında gerçekleştirilmesi şöyle ifade edilmiştir (Kır, 2010):

“Kamu hizmetleri, aslında bir bütündür. Bunun yerine getirilmesi de ilke olarak Devlete aittir. Ancak toplum hayatının gittikçe genişlemesiyle çoğalan kamu hizmetlerinin mutlaka klasik idare kuruluşları tarafından görülmesi koşulu artık aranmamakta, bunların dışında özel kişilerce de gerçekleştirilebileceği kabul edilmektedir. Başka bir deyişle, kamusal hizmet ünitelerinin nitelik ve özellikleriyle uyusabildiği ölçüde, kamu ve özel hukuk kurallarından oluşan karma nitelikte yapılandırılmaları mümkündür. Bu sebeptir ki, kamu hizmetleri ne suretle yürütülürse yürütülsün kamu kurum ve kuruluşlarının gözetim ve denetimleriyle hizmeti yönlendirme yetkileri var olduğu sürece, hizmet kamusal niteliğini korumuş olur.”⁶

Organik şarta göre bir kamu hizmeti özel hukuk kişisi tarafından görülse de maddi şart olan kamu yararının sağlanmasındaki sorumluluk idarededir.

Ancak Gözler'in ifade ettiği organik şartı zorunlu olarak görmeyen görüşler de mevcuttur. Bu görüşten hareket eden Özay (2011) ise kamu hizmetlerinin şu üç unsurdan oluştuğunu savunur:

1. Herkesçe ortak ve henüz karşılanmamış bir ihtiyacın varlığı.

⁶ <https://normkararlarbilgibankasi.anayasa.gov.tr/Dosyalar/Kararlar/KararPDF/1990-6-nrm.pdf>

2. Bu gereksinimin bir kez giderilince tükenmemesi ve süreklilik arz etmesi.
3. Giderilmediğinde, daha doğru bir ifadeyle tatmin edilmediğinde huzursuzluğun başgösterip kamu düzenini bozabileceği öngörüsü.

Özay'ın yaklaşım biçiminde bir faaliyetin kamusal usullerle görülüp görülmemesi tek başına bir belirleyici faktör olarak görülmemektedir. Bu görüşe göre kamu iktisadi teşebbüslerin (KİT) özel hukuk hükümlerine bağlı olarak yerine getirdiği birtakım hizmetler de kamu hizmeti olarak kabul görmektedir.

Tesadüf eden bir diğer görüşe göre ise bir kamu hizmetinin en önemli belirleyici özelliği üstün bir yetki ile donatılmış olmasıdır. Ancak bu tanımda da üstün yetkinin sınırlarının muğlaklığı kamu hizmeti kavramını net bir açıklığa kavuşturmaktan uzaklaştırmaktadır.

Anayasa Mahkemesi, aldığı bir kararda kamu hizmeti kavramının net bir tanımı olmadığı hususunda görüş birliği olduğunu ve kavramın çeşitli açılardan tanımlanmaya çalışıldığını ifade etmiştir. Anayasa Mahkemesinin bir kararında⁷ kamu hizmeti “ *Devlet ya da diğer kamu tüzel kişiler tarafından ya da bunların gözetim ve denetimleri altında, genel ve ortak gereksinimleri karşılamak, kamu yararı ya da çıkarını sağlamak için yapılan ve topluma sunulmuş bulunan sürekli ve düzenli etkinliklerdir.*” şeklinde tanımlamıştır (Kesgin, 2013). Çetrefilli ve bulanık olan bu kavramın tanımı üzerine ortak bir anlaşmaya varılamadığı ve daha uzun süre farklı açılardan ele alınıp tartışılacağı açıktır. Nitekim yukarıda belirtilen tanımların hiçbirisi tek başına kamu hizmetini açıklamaya yeterli değildir.

Toplumun kamu hizmetlerine olan ihtiyacı ve talebi; kentleşme, nüfus artışı, sanayileşme, çevre sorunları, sosyal, kültürel ve siyasal değişimler ile teknoloji ve haberleşme imkanlarının çeşitlilik kazanması gibi nedenlerle sürekli artmaktadır. Toplumun ihtiyacı olan kamu hizmetlerinin karşılanmaması veya aksatılması kamusal yaşamın bozulmasına sebep olacaktır (Altın, 2013). Toplumda yaşanan tüm bu değişimler kamu hizmeti kavramının içeriğini de yakından etkilemekte ve değiştirmektedir. Bu açıdan kavramın çeşitli açılardan incelenmesi sahip olduğu bileşenlerin neler olduğunu daha net görmemizi sağlayacaktır. Nitekim kavramın

⁷ Anayasa Mahkemesi 22.2.2012 tarih ve E.2011/53 K.2012/27 sayılı kararı

hukuki ve ekonomik içeriğinin yanında ideolojik ve siyasi bir boyutunun da olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

“Kamunun iktisadi boyuttaki faaliyetlerinin anlatılması ve tahlil edilmesi” bağlamında kamu maliyesi alanı, kamu hizmetini iktisadi bir kavram olarak incelemektedir (Kesgin, 2013). Kamu maliyesi açısından kamu hizmeti kavramı “piyasa başarısızlığı” kavramına içkindir. Piyasa mekanizmasının sosyal yararı sağlayamadığı durumlar, piyasa başarısızlığı olarak nitelendirilmektedir. Piyasa başarısızlığın çeşitli sebepleri vardır; bunlardan biri de kamusal malların varlığıdır. Kamusal mallar herhangi bir bedel ödenmeksizin yararlanılan, satılması mümkün olmayan ve özel kesim tarafından ya hiç ya da yeterli miktarda üretimi yapılmayan mal ve hizmetlerdir (Orak, 2007). Buna göre, piyasa ekonomisinin etkinliği sağlayamadığı bu gibi durumlarda devlet kamu hizmeti, kamu malı üreterek veya üretim ve sunumlarını denetleyerek ekonomiye müdahale etmekte ve piyasayı düzenlemeye çalışmaktadır.

Buraya kadar, tezin kavramsal çerçevesini oluşturmak adına kamu hizmeti kavramının ortaya çıkışı ve farklı disiplinlerdeki kullanım ve tanım biçimleri ele alınmış; sağlık hizmetinin, kamu hizmetine içkin olan özellikleri taşıdığı görülmüştür. İzleyen alt kısımda ise 20nci yüzyılda kapitalist krizler ve devletin yeniden yapılandırılması tartışmaları ekseninde kamu hizmeti ve kamusal bir hizmet olarak sağlık hizmeti ayrıntılı bir biçimde ele alınacaktır.

1.2. Kamu Hizmeti Alanının Genişlemesi ve Devletin Yeniden Yapılandırılması

1929 Ekonomik Buhranı’ndan sonra tüm dünyada uzun yıllar sürecektir bir ekonomik kriz baş göstermiştir. Yaşanan ekonomik krizin reçetesi ise devletin ekonomiye daha fazla müdahale etmesi olarak yazılacaktır. Devletin piyasaya yoğun müdahalesini içeren bu politikalara, 1945’ten sonra Keynesyen anlayış bağlamında daha da ağırlık verilmiştir. Keynesyen ekonomi anlayışı, klasik iktisatçıların savunduğu devlet harcamalarının fiyat ve üretim üzerinde etki yaratmayacağı düşüncesinin aksine, ekonomiye yapılan müdahaleler ve arttırılan kamu harcamaları ile fiyat ve üretim üzerinde pozitif etki yaratacağını savunur (Eğilmez & Mumcu,

2011). Devletin iktisadi sorumluluklar yüklendiği yeni görünümünde İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra başlayan refah devleti-sosyal devlet anlayışı ile birlikte kamusal kesimin genişlemesine, 1960'lı yıllardan itibaren de kamudan beklentilerin artmasına neden olmuştur (Dalbay, 2019). Söz konusu yıllarda devletin yani kamunun eğitim ve sağlık başta olmak üzere enerji, altyapı, çevre, tarım, ulaştırma, madencilik, bankacılık gibi hizmet alanlarında doğrudan politika belirleyip düzenleyici ve uygulayıcı olduğu görülmüştür. Kamunun üstlendiği bu faaliyetler çok geçmeden kamunun piyasadaki payını giderek arttırmış, harcamalar bütçeye ağır bir yük oluşturmuştur. Kamu kesiminin yaptığı harcamaların bütçe finansmanından karşılanamaz hale gelmesi nedeniyle kamu borçları giderek artmıştır. Kamunun üstlendiği hizmetlerin büyüklüğü bir süre sonra bütçe açıklarını arttırmış ve kamu kesiminin pahalı ve verimsiz olduğu yönündeki eleştirileri doğurmuştur (Altın, 2016).

1970'lere gelindiğinde yaşanan ekonomik krizler nedeniyle refah devleti uygulamaları sorgulanmaya, devletin ekonomik ve sosyal alandaki rolü ve etkinliği tartışılmaya başlamıştır. Büyüyen kamu hizmeti alanı neoliberal iktisatçılar tarafından sınırlandırılmak istenecek; devletin ekonomideki rolü uygulayıcı olmaktan düzenleyici olmaya evrilecektir. Sosyal devlet, 1980'li yıllar itibariyle yerini neoliberal küreselleşmeye bırakacaktır. Nitekim 1980'ler ve 1990'lardan itibaren refah devleti uygulamalarının sonuçlarına tepki olarak yeni bir kamu yönetimi anlayışı da hakim olacaktır (Altın, 2013). Devletin kamu gücünün zayıflatıldığı ve sermaye lehine bir tasfiyeye girişildiği bu anlayışta, kamusal mal ve hizmetlerin sunumunda piyasa aktörleri aktifleştirilecek; talep yönlü Keynesyen iktisadın yerine arz yönlü yeni liberal politikalar hayata geçirilecektir (Güler, 2003). Neoliberalizmin kendisi bu yıllarda yaşanan kapitalizmin krizine, sermayenin verdiği yanıtı oluşturacaktır.

Yeni kamu yönetiminin yeniden yapılanma sürecinde devletin küçültülmesi anlayışı, piyasadaki katı kuralları kaldırmak, serbestleşme, özelleştirme gibi uygulamalar ve piyasa temelli söylemlerle sağlanmaya çalışılacak, bu durum kamu hizmetleri ve devletin rolünde derin bir dönüşümü başlatacaktır. Bu dönemde neoliberallerin giriştiği şey, devletin piyasadan elini çekmesi yani kamunun yararına

olan ekonomik, sosyal ve kültürel etkinliklerden uzaklaşmasını sağlamaktır. Neoliberal anlayışın amacı devleti ve sahip olduğu olanakları sermayenin taleplerine tabi kılmaktır (Önal, 1997). Ulus devlete biçilen yeni rol, sürecin işlemlerine hizmet edecek yönetsel mekanizmaları oluşturmak olacaktır (Harvey, 1999). Yaşanan tüm bu süreci, kapitalist dünyanın kronikleşen krizlerinden çıkış yolu olarak sunulan ve kapitalizmin kendisini yeniden inşa edecek mekanizmalar üretmesi bağlamında okumak gerekmektedir.

Böyle bir iklimde sağlık hizmetinin de hala bir kamu hizmeti olarak sunulup sunulmayacağı tartışmaları gündeme gelmiştir. Bir sonraki bölümde bir kamu hizmeti olarak sağlık hizmeti ve özellikleri ele alınacaktır.

1.3. Kamusal Bir Hizmet Olarak Sağlık Hizmeti

Sağlık hizmetinin bir kamu hizmeti olarak irdelenmesinden önce kamusal nitelik kazanmasının tarihsel sebeplerini ortaya koymak yerinde olacaktır. Sağlık hizmetinin öncelikle kapitalist üretim ilişkilerinin egemen olduğu toplumlarda kamusal nitelik kazandığını belirtmek gerekir. Kapitalist üretim ilişkileri içinde kapitalistler, sağlıklı bir emek gücü arzusu içinde olmuşlardır. Bunu sağlamanın yegâne yolu, toplumun tüm kesimlerine sağlık hizmeti sunmaktır. Ayrıca sağlık hizmeti, kapitalist üretim biçimlerinin sağlıklı emek gücüyle yeniden üretiminin bir aracı görünümündedir (Belek, 1995).

Sağlık hizmetleri koruyucu hizmetler, tedavi edici hizmetler ve pek sonraları ilave edilmiş rehabilite edici hizmetler olarak üçe ayrılmaktadır (Erkal, 2021). Sağlık hizmetinin tedavi edici hizmetleri dışındaki ve genel olarak toplumsal sağlık sorunlarına odaklanan unsurları (çevre sağlığı hizmetleri, aşı hizmeti vs.) ise kapitalist üretim sürecinin ihtiyaç duyduğu işçi ve emekçilerin emek gücünün yıkımına neden olabilecek riskleri yok etme işlevi görür. Sağlık hizmetleri, kapitalist ekonomik düzende, üretimin kesintisiz olmaya başladığı ve bu nedenle üretimin aksamasının hiçbir suretle kabul edilemeyeceği, sistemin sürekli iş başında olacak sağlıklı işçilere ihtiyaç duyduğu bir tarihsel aşamada sistem açısından vazgeçilmez olmuştur. Sağlık hizmeti ilk olarak kapitalist ekonomik sistem ile standartlaştırılıp toplumsal düzeyde örgütlenmiştir. Kapitalist sistem, toplumsal düzeyde belli

standartları olan asgari bir sağlık hizmetini üretmek ve bunu garantilemek durumunda kalmıştır (Belek, 1995). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin kamusal olarak nitelendirilmesi yaklaşık yüz elli yıllık bir geçmişe sahiptir.

Sağlık, sosyal devletin genişlemeye başladığı 20. yüzyılın ikinci yarısında yaşam hakkından ayrılmaz bir “hak” olarak sözleşmelerle de kabul edilmeye başlamıştır. Bu açıdan düşünüldüğünde sağlık hizmetlerinin, gittikçe devletin görev üstlendiğı bir alana dönüşmesi anlaşılır olmaktadır⁸. Çünkü sağlık hizmetlerinin sunumu topluma sosyal fayda sağlamakta; hastanın tedavi edilmemesi ise topluma sosyal maliyet olarak geri dönmektedir. Bu dönemde sağlığın bir hak ve yaşam hakkından ayrılmaz bir parça olarak tanımlanması, sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkilerinden nispeten bağışık kılınması gerekliliğini doğurmuştur. Sağlık hizmetlerinin devlet eliyle yürütülmesi, sağlıklı bir emek gücünün temini ile ekonomide istikrarı ve üretkenliği arttırmakla da ilişkili olarak 1980’li yıllara kadar sosyal devletin asli görevlerinden biri olarak sürmüştür. Devletin sağlık hizmetleri alanında artan sorumluluğına karşılık özel kesimin payı gittikçe azalmış, bu yıllarda neredeyse tüm devletlerde sağlık hizmetleri kamu malı olarak görölmeye başlamıştır. Ayrıca sağlığın bireysel kapitalistlere bırakılmadan devlet tarafından genel bir toplumsal hak veyahut yükümlölük çerçevesinde gerçekleştirilmesi esasen “emek gücünün yeniden üretim maliyetinin sosyalize edilmesi, yani bu bedelin topluma ödetilmesi” anlamına gelmektedir (Güzelsarı, 2012, s. 33).

Kamu malının ne olduğuna ilişkin ilk tanımlamaları ise Paul A. Samuelson (1954) yapmıştır. Samuelson 1954 yılında yayınladığı “Kamu Harcamalarının Saf Teorisi” adlı yazısında malları ortak tüketim malları ve özel mallar olarak ikiye ayırmıştır. Kamusal mal teorisinin temeli sayılan bu yazıda Samuelson, malları şu şekilde ifade etmektedir:

“Bireyler (1,2,...i,...s) arasında, özel mallar (X1,...Xn), $X_j = \sum X_{ij}$ ilişkisine göre paylaşılır, ortak tüketim mallarından (Xn+1,...Xn+m) ise, her bireyin tüketiminin, diğerlerinin tüketimini azaltmaması anlamında müşterek yararlanır, öyle ki her

⁸ Ünlütürk (2011), sağlık hizmetlerinin devlet tarafından ve piyasanın işleyiş koşullarından nispeten bağışık kılınarak gördürölmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

birey ve her ortak tüketim malı için $X_{n+j} = X_i$ $n+j$ eşitliği eş zamanlı olarak sağlanır.” (Samuelson 1954’ten akt., Atabey, 2012)

Başka bir deyişle Samuelson, kamusal malları tüm bireyler tarafından eşit ve birlikte tüketilen, faydaları bölünemez ve tüketimden dışlanılamaz mallar olarak tanımlamaktadır. Ona göre bu mallar ya bedava sunulur ya da hiç arz edilmezler. Tüketimden ve dolayısıyla faydasından dışlanamamaya ve tüketiminde rekabetin olmayışına vurgu yapan Samuelson’a ek olarak Musgrave, kamusal mallar için “sosyal ihtiyaçları gideren mal ve hizmetler” tanımlamasını kullanmaktadır. Bu bağlamda düşünüldüğünde sağlık kamusal mal olarak tanımlanmaktadır. Kamusal malların tanımı, günümüze doğru yaklaştıkça devletlerin artan fonksiyonları ile ilişkili olarak yarı kamusal mallar ve özel malları da içine alarak yeniden tarif edilmiştir (Mutlu & Işık, 2012). Ancak, 1980’li yıllarda devletin faaliyetleri ve işlevlerinde meydana gelen değişim ve dönüşümün etkisi ile sağlık, “kapitalist tıp modeli” olarak sermaye birikimi ve kâr sağlama aracı biçiminde yeniden tarif edilecektir (Sönmez, 2011).

1.3.1. Kamu Ekonomisi Bağlamında Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “*yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı olarak değil; bir bütün olarak bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*”⁹ şeklinde tanımlamaktadır (Demir, 2011). Bu bağlamda geniş bir perspektiften ele alınan sağlık, 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra bir “hak” olarak ilk kez yine Dünya Sağlık Örgütü Anayasası’nda vurgulanmıştır. Buna göre “*Mümkün olan en yüksek sağlık standartlarına sahip olmak, ırkı, dini, politik inancı, ekonomik ve sosyal durumu gözetilmeksizin, her insanın temel haklarından biridir*” (Zengin, 2010). Sağlığın herkese sunulması gereken kamusal bir hak olarak tanımlanması bizleri bu hizmetlerin sunucusu kim olmalıdır sorusuna götürmektedir. Bu açıdan sağlığın temel özelliklerinin irdelenmesi gerekmektedir.

Sağlığın kamusalılığı: Sağlık hizmetleri ilk etapta tam kamusal mal olarak ifade edilirken 1980’lerden sonra devletin asli görevlerinde yaşanan değişim ve dönüşümün de etkisiyle “yarı kamusal mallar” şeklinde yeniden tanımlanmıştır. Yarı

⁹ <https://www.who.int/health-topics/>

kamusal malların temel özelliği bölünebilir ve pazarlanabilir olmasıdır. Yarı kamusal malların tüketimi, hem kişiye özel fayda hem de topluma sosyal fayda sağlamaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin tümü yarı kamusal mallar olarak tanımlanmamaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri dışındaki önleyici sağlık hizmetleri, özellikleri itibariyle tam kamusal mallar olarak kabul edilmektedir. Önleyici veya koruyucu sağlık hizmetleri toplumun tümüne sunulur ve hiç kimse bu hizmetten dışlanamaz. Bu hizmetler fiyatlandırılmaz ve pazarlanamazlar. Dolayısıyla bu tür sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu kesimi tam yetkilidir (Mutlu & Işık, 2012).

Sağlığın küresel kamusal mal olma özelliği: Uluslararası literatürde sağlık hizmetleri “küresel kamusal mallar” olarak da ifade edilmektedir. Küresel kamusal mallar, fayda ya da zararları ülke sınırlarını aşan, çok geniş kitlelerin etkilendiği, finansmanında ve sunumunda ulus devletin tek başına yetersiz olduğu mallardır (Mutlu & Işık, 2012). Küresel kamusal mallar olgusu 1990’lı yıllardan bu yana küreselleşmenin yarattığı terimlerden biri olarak ortaya çıkmıştır. İlk olarak 1999 yılında United Nations Development Programme (UNDP) küresel kamusal mallar kavramını tanımlamıştır. UNDP, küresel kamusal mallar kavramını dışlanamama ve bireyler arasında rekabetin olmaması özellikleri üzerinden ele almıştır. Küresel kamusal mallar faydaları ve zararları bugünkü ve gelecek tüm toplumlara yayılan mallardır. Tüketiminde ülkeler arasında rekabet yoktur ve hiçbir kimse bu malları kullanmaktan dışlanamaz (Yılmaz & Yaraşır, 2011).

Sağlık hizmetlerinin bünyesinde ulus/ulus ötesi dışsallıklar barındırması:

Tanım gereği dışsallık *“bir ekonomik birimin üretim ve/veya tüketim faaliyeti sonucunda, başka birimlerin fayda ve/veya maliyet fonksiyonlarının olumlu veya olumsuz olarak etkilenmesi”*dir (Mutlu & Işık, 2012). Özellikle bulaşıcı hastalıklar, hastalığın yayılma etkisi nedeniyle negatif; tedavi edilmesi yoluyla da pozitif dışsallık sağlamaktadır. Veba, cüzzam, AIDS, tüberküloz, malarya, COVID-19 gibi ortaya çıktıkları bölgenin sınırlarını aşarak küreselleşen salgın hastalıklarla mücadele, sağlığın küresel kamusal mal olarak nitelendirilmesini gerektirmiştir. Rosen ve Gayer (2008)’in bir ekonomik birimin başka bir ekonomik birimin faaliyetleri nedeniyle olumlu veya olumsuz etkilenmesi olarak tanımladığı dışsallıkların varlığı, ulus devletlerin özellikle aşılama, anne-çocuk sağlığını koruma,

bulaşıcı hastalıklarda karantina yöntemine başvurma gibi koruyucu sağlık hizmetlerini sunmasını gerekli kılmıştır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde ulus ötesi dışsallıkların varlığı ve pozitif dışsallık yaratacak faaliyetlerin teşviki, sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet müdahalesini gerekli kılan temel unsurlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Santerre & Neun, 2012).

Sağlık piyasasında satın alma gücünde eşitsizliklerin olması: Sağlık hakkı, yaşam hakkından ayrılamayan temel bir insan hakkıdır. Dolayısıyla bu hakkın herkesçe ulaşılabilir olması gerekmektedir. Toplumda herkesin farklı satın alma gücüne sahip olduğu göz önüne alınınca sağlık hizmetinden faydalanma derecelerinin de farklılaşabileceği kabul edilmektedir. Toplumun bir kesimi sağlık hizmetlerini kolayca temin edebilecekken diğer bir kesimi ise bu hizmetlerden yararlanamayacaktır. Sağlığın negatif dışsallık oluşturma özelliği nedeniyle sağlık hizmetine ulaşamayan kesimin diğer kesimlerinin de sağlıklarını tehdit edeceği gerçeği, sağlık hizmetlerinin toplumun tüm düzeylerine devlet tarafından sunulmasını gerekli kılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda piyasa aksaklıklarının mevcudiyeti:
Tam rekabet piyasaları:

- Çok sayıda üretici ve alıcının olduğu,
- Üreticilerin hiç birinin fiyatı belirleyecek düzeyde arz etmediği; aynı zamanda tüketicilerin de hiçbirinin fiyatı kontrol edecek düzeyde büyük miktarda tüketmediği,
- Üretimi yapılan ürünlerin birebir aynı olduğu,
- Piyasaya hem girişte ve hem de piyasadan çıkışta serbestliğin olduğu,
- Üretici ve tüketicinin, fiyatlar ve piyasa koşulları hakkında tam bilgiye sahip olduğu piyasalardır. (Ferrer, 2013)

Alıcılar ve satıcılar arasında rekabetin tam olarak sağlandığı tam rekabet piyasalarının varsayımlarının tümünü birden sağlamak oldukça zordur. Genellikle piyasanın rekabetçi yapısında ve piyasa etkinliğinde bozulmalar yaşanır ve bu durum piyasa aksaklıkları olarak nitelendirilir (Akal & Olgun, 2021). Sağlık hizmetlerinde

de söz konusu piyasa aksaklıkları mevcuttur. Sağlık hizmeti tam rekabet piyasasından farklı olarak şu özellikleri barındırır:

- Büyükşehirler dışında sınırlı sayıda hastane vardır.
- Sunulan mal heterojendir yani malın piyasası hakkında tüketicinin (hastanın) bilgisi eksik ve yetersizdir. Dolayısıyla sağlık piyasasında tam bilgilenemeyen bireyler, düşük fiyatı iyi bir tüketim olarak mı yoksa kalitesiz bir malın göstergesi olarak mı değerlendireceklerinden emin olamazlar (Stiglitz & Rosengard, 2015)
- Bireyler arasında gelir eşitsizliği bulunmaktadır.

Neden sağlık hizmeti devlet tarafından sunulmalıdır? Bu sorunun cevabı sağlık hizmetinin niteliklerinde gizlidir. Gerçekten de niteliği gereği eksik rekabet koşullarına sahip olan sağlık hizmetlerinin üretiminde, diğer piyasalara kıyasla sınırlı sayıda sağlık kuruluşu vardır. Ayrıca sağlık hizmetinin sunumunda üreticiler ve tüketiciler arasında bir “*asimetrik bilgilenme*” söz konusudur. Hasta (tüketici) aleyhine olan bu piyasada hastanın kendisine verilecek tedavinin süresini, içeriğini tartışması, arz edici ile pazarlık yapması ve arz edeni denetleyebilmesi mümkün değildir. Söz konusu eksik piyasa şartlarında sağlanan sağlık hizmetinin az maliyetli ve en verimli şekilde gerçekleşmesi devletin sağlık hizmetini sunmasını gerekli kılmaktadır (Çelikay & Gümüş, 2010).

Sonuç itibarıyla yarı kamusal mal olarak ifade edilen sağlık mal ve hizmetlerinin satın alma gücündeki dengesizlikler, küresel kamusal bir mal olma özelliği ve sağlık hizmetinin sunumunda piyasa aksaklıkları ile dışsallıklarının varlığı gibi özellikleri nedeniyle devlete, sahip olduğu mali araçlarla sağlık piyasasını düzenlemesi ve denetlemesi için etkin bir rol biçmektedir.

Çalışmanın buraya kadarki kısmında kamu hizmeti kavramı ve bir kamu hizmeti olarak sağlık hizmeti ele alınmıştır. İzleyen bölümde ise genel olarak kamu hizmetlerinin gördürülme usulleri, özelde ise çalışmamızın ana konusu olan şehir hastanelerinde kullanılan KÖİ modeli irdelenecektir.

İKİNCİ BÖLÜM

KAMU HİZMETİ GÖRDÜRÜLME USULLERİ VE KAMU-ÖZEL İŞ BİRLİKLERİ

2. 1. Kamu Hizmetinin Gördürülme Usulleri

Kamu hizmetinin klasik tanımı zaman içinde değişime uğramış ancak bu değişimin çok büyük bir bölümü neoliberal anlayışın arzuladığı biçimde kamusal bir hizmetinin kamu tüzel kişisi tarafından veya onun denetim ve gözetimi altında özel hukuk kişisi tarafından yürütülmesine karşılık gelen organik şartta yaşanmıştır (Göküş, 2010). Devletin yeniden inşası sürecinde kamusal mal ve hizmetlerin sunumu ve finansmanında piyasa lehine değişimlerin olduğu görülmüştür. Günümüzde bir kamu hizmetinin yalnızca ve kesin olarak idare tarafından görülmesi anlayışı, yukarıda ifade edilen yeniden yapılandırılma sürecine paralel bir şekilde epeyce aşınmış görülmektedir. Artık kamu hizmetlerinin sunumunda özel kişiler de yer almakta ve hizmetin görülmesinde kamu tüzel kişisi gibi yürütücü olabilmektedir. Bir kamu hizmeti, yalnızca idarenin kendisi tarafından yürütülmesi usulü olan “emanet usulü” dışında “müşterek emanet usulü”, “iltizam usulü”, “ruhsat usulü”, “imtiyaz usulü”, “yap-işlet-devret usulü” ve bir üst kavram olarak da “kamu-özel iş birliği usulleri” ile gördürülmektedir. Özellikle sağlık hizmetinin finansman ve sunumunda 1980’li yıllardan itibaren devletin geçirdiği değişim ve dönüşümün ışığında özel hukuk kişilerinin yer almaya başladığı göz önüne alındığında söz konusu usullere değinmek gerekmektedir.

Gözler ve Kaplan (2021) Türk İdare Hukuku doktrininde kamu hizmetlerinin gördürülmesi usullerinin herhangi bir tasnife tabi tutulmadan sıralandığını ifade eder ve bir kamu hizmetinin işletilmesi usullerini temel olarak bir kamu hizmetinin kamu tüzel kişisi tarafından görülmesi usulleri ve özel kişi tarafından işletilmesi usulleri olarak iki ana başlığa ayırır. Gözler ve Kaplan’ın kamu hizmetinin gördürülme usulleri tasnifi şöyledir:



Şekil 1.1 : Kamu Hizmetlerinin İşletilme Usulleri (Gözler & Kaplan, 2021).

İzleyen başlıkta kamu hizmetinin yalnızca özel kişiler tarafından gördürülmesi usullerine değinilecektir. Nitekim tek yanlı görevlendirme usullerinden olan ruhsat usulü, sağlık hizmetinin sunumunda kullanılan bir yöntemdir. Türkiye’deki özel hastaneler, ilgili kamu tüzel kişisinden aldıkları yetkiyle ruhsat usulü ile işletilmektedir.

2. 1. 1. Kamu Hizmetinin Özel Hukuk Kişisi Tarafından Gördürülmesi Usulleri

Yukarıda belirtildiği üzere günümüzde kamusal hizmetlerin yalnızca kamu idaresi tarafından görülmesi zorunluluğu bulunmamaktadır. İdarenin gözetimi ve denetimi ile bir özel hukuk kişisi de kamu hizmetini yürütebilmektedir (Kır, 2010). 1980’lerde tüm dünyaya yayılan neoliberal yeniden yapılanmanın Türkiye’ye etkilerinden biri de sağlık hizmetinin piyasalaşma sürecinin altyapısını hazırlayacak değişikliklerin yapılmasıdır. Devlet, 1961 Anayasasında sağlık hizmetinin sunumundan tek sorumlu iken; 1982 Anayasasında söz konusu hizmetin sunumunun düzenleyicisi ve denetleyicisi konumuna çekilmiştir. Nitekim sağlık hizmetinin de yalnızca devlet tarafından değil, devletin denetim ve gözetimi altında özel hukuk kişilerince gördürülebileceği hususu 1982 Anayasasının 56. maddesinde düzenlenmiştir. Söz konusu madde “*Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini*

önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir... ”

¹⁰ demek suretiyle özel hukuk kişilerini bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetinin de sunucusu yapabilmektedir. Bu bağlamda tezin bu kısmında kamu hizmetinin özel hukuk kişisi tarafından gördürülmesinde kullanılan farklı usullerinin neler olduğu kısaca ele alınacaktır.

Kamu hizmetinin özel hukuk kişisi tarafından görülmesi usullerinden ilki, bir hizmetin kanunla veyahut tek taraflı bir idari işlemle görevlendirilmiş özel hukuk kişileri tarafından gördürülmesini ifade eden “tek taraflı görevlendirme usulü”dür. Tek taraflı görevlendirme usulü üç biçimde verilmektedir. Birincisi bir özel hukuk tüzel kişisini kurmak suretiyle görevlendirmedir. Bu yöntemde ilk önce idare tarafından özel hukuk tüzel kişisi kurulur ardından idarenin kurduğu özel hukuk tüzel kişisine aynı anda veya daha sonra belirli bir kamu hizmetini gördürme görevi verilir. Örneğin ülkemizde bulunan Tarım Satış ve Kredi Kooperatifleri Birlikleri bu usulle kurulmuştur (Gözübüyük & Tan, 2011).

Tek taraflı görevlendirme usulünün ikinci biçimi ise sağlık hizmetinin sunumunda da kullanılan ve mevcut olan bir özel hukuk tüzel kişisinin bir kamu hizmetinin sunumu için “ruhsat” veya “lisans” vermek suretiyle görevlendirilmesidir. Bu usulde özel hukuk tüzel kişisinin talebi olsa bile bu bir sözleşme değildir, yalnızca idarenin insiyatifi ile gerçekleşmektedir.

Sağlık hizmetinin sunumunda kullanılan ruhsat usulü “*sağlık alanında herhangi bir uygulamada bulunan bir sağlık çalışanına (örn. Tabip, diş tabibi vb.) ilgili alanda mesleğini icra etmek için bireysel olarak ya da sağlık hizmeti sağlayan bir kurum ya da kuruluşa söz konusu sağlık hizmetinin verilmesi için yapılan işlemler hakkında kurumsal olarak, genellikle asgari yasal standartların tespiti için yapılan bir denetimi takiben idari bir yetkili merci tarafından izin ya da belgelendirme*

¹⁰ <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2709&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>

verilmesine ilişkin gerçekleştirilen süreç” şeklinde gerçekleşmektedir (Ulusoy, 2004, s. 37). Ruhsat usulünde kamu hizmetini sunan özel hukuk kişisi, tekel ayrıcalığına sahip değildir. Ruhsat verilerek yetkilendirilen özel hukuk kişisi aynı alanda hizmet veren diğer özel hukuk kişileri ve idare ile birlikte faaliyet gösterebilmektedir. Ruhsat usulü, söz konusu özellikleri nedeniyle sağlık hizmetinin özel hukuk kişilerine gördürülmesinin en yaygın ve tipik örneğini oluşturmaktadır (Yaşar, 2016, s. 181).

Son olarak tek taraflı görevlendirmenin üçüncü usulü ise “kamuya yararlı dernek sayma usulü”dür. Bu usule göre mevcut tüm kamuya yararlı dernekler idarenin tek taraflı işlemi ile bir kamu hizmetini yürütmekle görevlendirilmiştir. Cumhurbaşkanının bir derneği kamuya yararlı dernek sayma kararı ile birlikte görevlendirme işlemi gerçekleşmektedir (Gözler & Kaplan, 2021). Kamuya yararlı dernek sayma usulü sağlık hizmetinin sunumunda kullanılan bir yöntem değildir.

İdarenin özel hukuk tüzel kişisine kamu hizmetini gördürme yöntemlerinden bir diğeri ise “sözleşmeyle görevlendirme”dir. Bu usulde özel hukuk tüzel kişisi ve kamu tüzel kişisi arasında kurulan bir sözleşme (idari) ile kamusal hizmetler gördürülmektedir (Demirel, 2019). Sözleşmeyle görevlendirme usullerinin sağlık hizmetinin sunumunda başvuru birincil yöntem olmadığını belirtmek gerekmektedir.

Kamusal bir hizmetin sözleşmeyle özel hukuk kişisine gördürülmesinin en yaygın biçimi “imtiyaz usulü”dür. İmtiyaz usulünde ise özel hukuk kişisi, idare ile yaptığı sözleşme gereğince üstlendiği hizmetin kurulmasını ve/veya daha önce kurulmuş bulunan hizmetin belirli bir süre işletilmesini üstlenir. İmtiyazlı, bunun karşılığında kamu hizmetinden yararlananlardan belirli bir ücret alır; imtiyaz sözleşmelerinde kâr, zarar ve ortaya çıkan masraflar imtiyaz sahibine aittir. İmtiyaz usulünün diğer usullerden ayrılan en önemli unsuru, tüm riskin özel hukuk kişisi tarafından üstlenmiş olmasıdır. Kamu hizmeti zararlarla sonuçlanırsa, bu zararı imtiyazlı karşılamaktadır. İmtiyaz sözleşmeleri 30-40 yıllık ve üzeri uzun süreli sözleşmelerdir; bu sözleşmelerin amacı, kamu hizmetinin düzenli ve istikrarlı bir şekilde görülmesidir. Sözleşmede belirtilen sürenin sona ermesiyle imtiyaz

sözleşmesi olağan bir şekilde sona erer ve imtiyazlı özel hukuk kişisi tarafından inşa edilen bütün yapılar herhangi bir bedel olmaksızın idareye geçer. Aydın (1987), sözleşme süresi sona ermeden ortaya çıkabilecek sona erme durumlarının da olduğunu belirtir. Buna göre taraflar, uzlaşma ile imtiyaz sözleşmesini sona erdirebilecekleri gibi, imtiyazı alan özel hukuk kişinin yürütülen kamu hizmetini tehlikeye düşürmesi durumunda da idare tek yanlı iradesiyle sözleşmeyi sona erdirebilmektedir.

İmtiyaz sözleşmeleri ile KÖİ sözleşmeleri çoğu zaman birbiri ile karıştırılmaktadır. Ancak belirtilmelidir ki çalışmanın ilerleyen bölümlerinde ayrıntılı bir biçimde yer verilecek olan KÖİ sözleşmeleri, daha kapsayıcı bir üst kavram olarak kullanılmaktadır. Yani her imtiyaz sözleşmesi bir KÖİ sözleşmesi sayılabilir ancak her KÖİ sözleşmesi imtiyaz sözleşmesi değildir. Sağlık hizmetinin imtiyaz usulü ile özel hukuk kişisine gördürülüp gördürülemeyeceği hususu ise uzun yıllar tartışılmıştır. Danıştay İdari İşler Kurulu, 1990 yılında verdiği bir kararda sağlık hakkının devletin varlığının sebebi olan bir hak olduğunu ve asıl olan bu hakkın devlet eliyle yürütülmesi olduğunu ve teşhis ve tedavi sistemlerini oluşturma ve işletmenin imtiyaz yoluyla yürütülemeyeceğini ifade etmiştir. Danıştay'ın bu kararı, imtiyaz usulünün konusu olabilecek hizmetlerin fiyatlanabilir nitelikte olan ticari kamu hizmetleri olması gerektiği yönündeki anlayışa dayanmaktadır. Ancak bu anlayış zaman içinde değişmiş ve imtiyazın konusu olacak hizmetler çeşitlenmiştir. Nitekim 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanunun 15. maddesi¹¹ ile kamusal bir hizmet olan sağlık hizmetinin imtiyaz yoluyla yürütülmesinin yasal dayanağını oluşturulmuştur (Çakır, 2015, s. 324).

Kamusal bir hizmetin özel hukuk tüzel kişisi ile idarenin yaptığı bir sözleşme ile önceden belirlenen bir bedel karşılığında kendi kâr ve zararına görülmesi usulüne ise “iltizam usulü” denilmektedir. Günümüzde kullanılmayan bu usulde, imtiyazı alan özel hukuk kişisine “mültezim” denilmektedir. Mültezim, hizmetten

¹¹<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4046.pdf> : “... Genel ve katma bütçeli idarelerle bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşların sadece tekel niteliğindeki mal ve hizmet üretim faaliyetleri ile kamu iktisadi kuruluşlarının temel kuruluş amaçlarına uygun mal ve hizmet üretim faaliyetleri imtiyaz addolunur. Bunların dışındakiler imtiyaz sayılmaz. Bu madde gereğince imtiyaz sayılan faaliyetlerle ilgili olarak yapılacak anlaşma ve sözleşmeler imtiyaz şartlaşma ve sözleşmeleri niteliğinde olup, diğer kanunların bu hususları düzenleyen özel hükümleri saklıdır...”

yararlananlardan da bir ücret alır. Osmanlı Devleti döneminde iltizam usulü, vergi toplamak amacıyla kullanılmaktaydı.

Kamusal bir hizmetin özel kesime gördürülme usullerinden bir diğeri olan “müşterek emanet usulü”nde ise, belli bir gelir karşılığında özel hukuk kişisi, kârı ve zararı kamuya ait olacak biçimde bir kamu hizmetini idarenin nam ve hesabına yürütür. Aslında bu usulde yapılan sözleşme gereği idare tarafından kurulmuş kamusal bir hizmet, idare ve özel hukuk kişisi tarafından birlikte icra edilmektedir. İdare, hizmetin gerektirdiği sermayeyi müşterek emanetçiye sağlamaktadır. Özel hukuk kişisi ise kamu hizmetinin gördürülmesinde sahip olduğu emek gücü, bilgi ve becerilerle destek vermektedir. Müşterek emanet usulü, imtiyaz usulü ile benzeşmekle beraber; sermaye, hasar ve zararın idareye yüklenmesi bakımından ayrılmaktadırlar. Eğer özel hukuk kişisi idarece kurulan bir kamu hizmetini yürütüyorsa hasar ve zararı da idare yüklenmişse buna müşterek emanet usulü; ancak eğer kamu hizmetini özel hukuk kişisi kurup hasar ve zararı da kendisi karşılıyorsa buna imtiyaz usulü denilmektedir. Müşterek emanet usulünün tek örneği ise deniz fenerlerin kurulması ve işletilmesidir; dolayısıyla sağlık hizmetinin sunumunda kullanılan bir usul değildir.

Son olarak “vekalet usulü” ise, kamusal bir hizmetin kamu ve özel hukuk kişisi arasında yapılan bir sözleşme ile özel hukuk kişisi tarafından belirli bir gelir karşılığında ancak idare adına, kâr ve zararı idareye ait olacak şekilde görülmesidir. Vekalet usulü ile müşterek emanet usulü benzetmekle beraber vekalet usulünde, idarenin vekaleti verdiği özel hukuk kişisinin yani vekilin ücretlendirilmesi onu müşterek emanet usulünden ayırmaktadır (Gözler & Kaplan, 2021).

Kamu hizmetinin özel hukuk kişisine bir sözleşme ile gördürülme usulleri yukarıda sayılmıştır. Ancak belirtmek gerekir ki idarenin statü ilişkisi açısından hizmetin sunulmasına daha fazla imkan tanıyan ruhsat usulü dışında imtiyaz, iltizam, müşterek emanet ve vekalet usulleri, sağlık hizmetinin gördürülmesinde kullanılmamaktadır. Bir sonraki kısımda KÖİ’nin de içinde yer aldığı ve son yıllarda sayıları gittikçe artan yeni usullere değinilecektir. Nitekim bu usuller kamu

hizmetinin hem sunumunda hem de finansmanında klasik usullerden farklılaşmaktadır.

2. 1. 2. Kamu Hizmetinin Görülmesinde Yeni Usuller

1970'lerin sonlarına doğru yaşanan ihracat fiyatlarının düşme trendine girmesi ve petrol gibi önemli ithalat maddelerinin fiyatlarının yükselmesi devlet eliyle yürütülen kalkınma çabasına olan inancı zayıflatmıştır. 1980'li yıllarda küreselleşme ve devletin geçirdiği dönüşüm¹² nedeniyle kamu hizmetlerinde sunum ve finansmanda da çeşitli değişiklikleri beraberinde getirmiş ve çoğunlukla emanet usulü ile yürütülen kamu hizmetleri, tüm merkez ve çevre ülkelerde özel kesime gördürülmeye başlamıştır. Böylece devletin alanı sınırlanırken, özel sektörün alanı yeni uygulamalarla genişleyecektir¹³.

Devletler bu dönemde içinde oldukları borç krizinden dolayı uluslararası kredi kuruluşlarına gittikçe daha bağımlı hale geldiler ve bu da kamu hizmetlerinin özel kesime gördürülmesinin teorik zeminini oluşturdu. Hem merkezde hem de yerelde “özelleştirme” uygulamalarıyla bazı alanlar tamamıyla özel sektöre bırakılırken bazı alanlarda da özel sektörden hizmeti satın almak kaydıyla kamu hizmetleri gördürülmeye çalışıldı. Özelleştirme uygulamalarının yanında özelleştirmenin arka bahçesi olarak ifade edilebilecek yap-işlet, yap-işlet-devret, yap-kirala, işletme hakkı devri gibi çeşitli uygulamalarla kamusal hizmetler, özel hukuk kişilerine gördürülmeye başladı. Böylece idarenin doğrudan yürüttüğü kamu hizmetlerinin de piyasaya benzeme eğilimi artmaya başladı (Kılıçaslan, 2016).

Özelleştirme uygulamalarına giden süreç incelenecek olduğunda; İkinci Dünya Savaşı'ndan 1975'lere kadar dünya ekonomisinin ulusal sınırlara bölünmüş bir yapıda olduğu ve bu durumun çoğu zaman çokuluslu şirketlerin çıkarlarına ket vurmakta olduğu olgusuyla karşılaşılır. Kapitalist dünya ekonomisinin içinde bulunduğu bu duruma yazılan reçetenin ise İngiltere'de 1979 yılında Thatcher

¹² Bu dönemde devletin ekonomik büyümeyi ve özgürlüğü sınırladığını ve bunun de bazı sorunları beraberinde getirdiği sıklıkla ifade edilmeye başladı. Devletin yasal sınırlarının sınırlandırılması ve hacminin küçültülmesi ile ekonomik etkinliğin arttırılacağı varsayılmaktaydı (Özer, 2014).

¹³ Kirmanoğlu (2007) bu süreçte devletin geçirdiği dönüşümü devletin işlevlerinde bir azalma olarak değil bir değişim eğilimi olarak ifade eder.

Hükümeti ile başlayan ve Amerika’da 1981 yılında başa geçen Ronald Reagan ile devam eden neoliberal ekonomi politikaları olduğu görülür. Neoliberal düşünce, sermayenin üzerindeki vergilerin azaltılmasını, devletin piyasaya müdahalesinin engellenmesini ve kamu hizmetlerinin ve girişimlerinin ticarileştirilip “*özelleştirmeler yoluyla*” tasfiye edilmesini önermektedir. Son tahlilde bütün krizlerinde olduğu biçimiyle kapitalizm, kendinin yeniden üretim araçlarını inşa etmiştir.

Bu bağlamda tüm dünyada ve Türkiye’de özelleştirmelerin sayısının gün geçtikçe arttığı; özelleştirme uygulamalarının 1980’lere gelindiğinde küresel boyutlara ulaştığı görülmüştür. Kazgan’a göre bunun iki temel ekonomik sebebi vardır. Bunlardan ilki gelişmekte olan çevre ülkelerin içinde oldukları ekonomik darboğaz gerekçesiyle swap uygulaması yoluyla kamu işletmelerindeki hisselerini alacaklılara borç anapara olarak devretmeleridir. İkincisi ise devletin ekonomiye müdahalesinin ve destek vermesinin en aza indirgenmeye çalışılması suretiyle dünyada var olan rekabet koşullarının eşitlenmesi isteğidir (Kazgan, 2021). Bunların yanı sıra savunucuları tarafından yukarıda belirtilen ekonomik sebeplerle birlikte özelleştirmenin, sermayenin ve mülkiyetin tabana yayılması, gelirden adaleti sağlamak ve yeni iş alanları oluşturmak gibi sosyal sebeplerinin de olduğu belirtilmektedir (Boz, 2013).

Özelleştirmeyi dar ve geniş anlamda tanımlayan yaklaşımlara rastlanmaktadır. Dar anlamdaki tanımıyla özelleştirme, kamuya ait iktisadi teşebbüslerin kısmen ya da tamamen özel hukuk kişilerine devredilmesidir¹⁴. Geniş anlamda ise işletme hakkının devri, kullanım hakkının verilmesi, yap-işlet-devret, yap-işlet gibi usuller yoluyla özel hukuk kişisine kamu hizmetlerinin gördürülmesi, mevcut kamu tekellerinin kaldırılması, hizmetin yararlanıcılar tarafından fiyat veya harç biçiminde finanse edilip piyasa mekanizmasının işlerliğinin arttırılması ve devletin ekonomiye yaptığı baskıların azaltılmasıdır. Özelleştirmeyi geniş anlamda ele alan yaklaşımda devlete yeni bir rol biçilmekte, doğrudan müdahaleci ve üretici durumda olan devlete denetleme ve gözlemlleme misyonu yüklenmektedir.

¹⁴ Dar anlamda özelleştirme kamu iktisadi teşebbüsün en az %51’lik kısmının özel sektöre devridir.

Liberalizmin öngördüğü “gece bekçisi devlet” anlayışı geniş anlamda özelleştirme kavramıyla da bütünleşmektedir.

Ülkemizde özelleştirme uygulamasına başvurulmasının temel sebepleri, 1994 tarihli¹⁵ ve 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanununun 1. maddesi (f) fıkrasında “...ekonomide verimlilik artışı, kamu giderlerinde azalma sağlamak ve Hazineye ait taşınmazları değerlendirmek suretiyle kamuya gelir elde etmek” olarak sayılmıştır. Özelleştirme İdaresi Başkanlığı (ÖİB) ise, özelleştirmenin temel amacının “devletin ekonomideki sınai ve ticari aktivitesinin en aza indirilmesi, rekabete dayalı piyasa ekonomisinin oluşturulması, devlet bütçesi üzerindeki kamu iktisadi teşebbüsleri (KİT) finansman yükünün azaltılması, sermaye piyasasının geliştirilmesi ve atıl tasarrufların ekonomiye kazandırılması, bu yolla elde edilecek kaynakların altyapı yatırımlarına kanalize edilmesi” olduğunu belirtmiştir¹⁶. Özelleştirme uygulamasının kapsamının düzenlendiği 4046 sayılı kanunun 15. maddesinin ilgili kısmı ise şöyledir: “... a) Genel ve katma bütçeli idarelerle bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşların mal ve hizmet üretim birimleri ve varlıklarının (baraj, gölet, otoyol, yataklı tedavi kurumları, limanlar ve benzeri diğer mal ve hizmet üretim birimleri...”¹⁷Söz konusu kanun maddesinde yataklı tedavi kurumları sayılmasına rağmen sağlık hizmetinin özelleştirme yoluyla özel hukuk kişisine gördürülmesine dair bir örnek bulunmamaktadır. Sağlık hizmetinde özelleştirmenin kullanılması, şehir hastanelerinin KÖİ modeli inşa edilmesi sürecinin sonucunda kapatılan hastanelerin durumu ile ilgili karşımıza çıkmaktadır¹⁸.

“Yap-işlet-devret usulü” ise; idarenin faaliyet alanındaki ve yüksek maliyet gerektiren kamusal bir hizmetin, sermayesi ve tüm riskleri özel hukuk kişisine ait olacak şekilde kurulmasına yönelik bir finansman biçimidir. Kâr sağlamak amacıyla belirli bir süre işletildikten sonra özel hukuk kişisi tarafından inşa edilen kuruluş,

¹⁵ <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4046&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>

¹⁶ <https://www.oib.gov.tr/turkiyede-ozellestirme>

¹⁷ <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4046.pdf>

¹⁸ Şehir hastanelerinin hasta kabulüne başlamasıyla kapatılan hastanelerle ilgili iki seçenekten söz edilmektedir. İlki kapatılan hastanelerin sağlık hizmetine ilişkin tahsisinin kaldırılıp başka bir kamu kurumuna tahsis veya mülkiyetinin devri yoluyla özelleştirilmesi; ikincisi hastanelerin sağlık hizmeti üretim birimlerinin hukuki durumları ve hizmetin yararlanıcısı olanların alışkanlıklarıyla birlikte mülkiyetin devri dışındaki usullerle özelleştirilmesi ve sağlık hizmeti alanında faaliyet göstermesine devam etmesidir (Çakır, 2015, s. 329).

herhangi bir şart ve bedel olmaksızın idareye devir ve teslim edilir (Emek, 2002). Bu usulde özel hukuk kişisi, hizmeti işletirken hizmetin gerçek sahibi gibi davranmaktadır. Sidney M. Levy' e (1996) göre kamu hizmetlerinin (özellikle altyapı hizmetlerinin) yap-işlet-devret usulüyle özel sektöre gördürülmesinin temel felsefesi, 1700'li yıllara kadar götürülebilmektedir. 1782 yılında Paris'te su dağıtımının Perier Kardeşler tarafından gördürülmesi (Walker & Smith, 1999), 19. yüzyılda Süveyş Kanalı'nın 99 yıllığına işletme hakkının Fransa, İngiltere ve Avusturya'nın oluşturduğu konsorsiyumla Mısır'dan alınması, yap-işlet-devret yönteminin ilk örnekleridir. 19. yüzyılın sonlarından 1970'li yılların sonuna kadar geçen süreçte kamu hizmetlerinin devletin denetimi ve gözetimi altında yürütülmesi gerektiği düşüncesi hâkim olmuş ve kamu hizmetlerinin bu usulle yürütülmesine uzun bir ara verilmiştir. 1980'li yıllara gelindiğinde tekrardan gündeme gelen yap-işlet-devret usulü, gelişmiş ülkelerde devletin piyasaya müdahalesini azaltmak ve ekonominin etkinliğini arttırmak; gelişmekte olan ülkelerde ise devletin yürüttüğü kamu hizmetlerine finansman ve teknoloji desteği bulabilmek adına yeniden uygulanmaya başlamıştır. Karabulut' a göre (2005) bu dönemde kamu hizmetlerinin gördürülme usulünde yaşanan bu değişimin temel nedenleri şunlardır:

- Artan nüfus ve ekonomik gelişmelere bağlı olarak altyapı gereksinimin artması
- Özellikle çevre ülkelerde yaşanan ekonomik kriz ve aşırı borçlanmadan kaynaklı ödeme güçlüğü
- Büyük inşaat şirketlerinin kârlı proje bulma isteği
- Uluslararası kredi kuruluşları tarafından özendirilen özelleştirme uygulamaları

Genellikle güçlü bir sermaye ve ileri bir teknoloji gerektiren köprüler, havaalanları, santraller, otoyollar, enerji üretim ve dağıtım sahaları gibi yatırımlarının finansmanında başvuru olan yap-işlet-devret usulü, kendi içinde çeşitli riskler barındırmaktadır. Özel hukuk kişinin borcunu zamanında ödememesi, teknolojik yetersizliklerin varlığı, üretilen mal veya hizmetin satışında yaşanan sorunlar, hizmet görülürken artan finansal maliyetler ve yasal değişiklikler yap-işlet-devret finansman modelinin risklerini oluşturmaktadır. Tüm bu risklere ek olarak

idarenin yürütmesi ve kontrolünde olması gereken altyapı yatırımlarının bu usulle gördürülmesinin kamu yararı ilkesinin ihlaline yol açacağı, kritik yatırım alanlarında özel hukuk kişilerinin varlığının tekellilik sorununa yol açabileceği ve bunun da hizmetin fiyatı ve kalitesi bakımından yararlanıcılar aleyhine sonuçlar doğurabileceği ifade edilmektedir (Erdoğan, 2010). Günümüzde sağlık hizmetinin sunumunda yap-işlet-devret usulünün uygulanmasına ilişkin bir örnek bulunmamaktadır.

Kamu yatırımlarının finansman yöntemlerinden bir diğeri, 1997 tarihli¹⁹ ve 4283 sayılı Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanunda düzenlenmiş olan “yap-işlet usulü” dür. Bu usul ülkemizde yalnızca elektrik enerjisi santrallerinin kurulması, işletilmesi ve satışını konu almakta ve sağlık hizmetinin sunumunda kullanılmamaktadır (Uzun, 2021).

Kamu hizmetlerinin yeni usullerle özel kesime gördürülmesinin bir diğeri çıktısı “işletme hakkının devri” yöntemidir. Bu yöntem de özelleştirmenin bir biçimi olarak kabul edilmektedir. 1994 tarihli ve 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanununun 18. maddesinde düzenlenen işletme hakkının devri usulü, bir kuruluşun bütünü veya aktifinde bulunan mal ve hizmetlerin mülkiyet hakkı kuruluşta kalmak suretiyle, bir bedel karşılığında belli koşullarda ve sürede işletilme hakkının verilmesi şeklinde tanımlanmıştır (Uzun, 2021). Bu usule başvurulmasının temel motivasyonu, kamunun ihtiyaç duyduğu finansmanı sağlamak, mali kaynak kaybının önüne geçmek, yeni yatırım ve teknolojilere sahip olmaktır. İşletme hakkının devrinde bir mülkiyet hakkı devrinden söz edilemez; bu usulde işletmenin sahibi olan idare, hem işletmenin mülkiyet hakkını elinden çıkarmamakta hem de devir işleminden bir gelir elde etmektedir. Bu süreçte işletmeye ait bakım onarım işlemleri de işletme hakkını alan özel hukuk kişisi tarafından karşılanmaktadır.

Kamu hizmetlerinin özelde ise sağlık hizmetinin sunumunda en yeni ve popüler finansman modeli ise “*kamu-özel iş birliği usulü*” dür. 21. yüzyıla yaklaşırken kapitalist dünyada özel hukuk kişilerinin kamu hizmetlerinin sunumuna farklı biçimde ve düzeyde katılmasını öngören tüm mekanizmalar ve iş birlikleri,

¹⁹ <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4283.pdf>

“*Public Private Partnerships-PPPs*” biçiminde literatürde yer alan ve bir üst kavram olarak tanımlanan “kamu-özel iş birliği” uygulaması adı altında toplanmıştır (Boz, 2013). KÖİ’ler, devletlerin temel kamu hizmetlerini piyasalaştıran özelleştirme uygulamalarının yeni bir biçime ve kılıfa bürünmüş hali olarak, son on yılda sıkça başvurulmuş bir finansman modeli olarak hayatımıza girmiştir. Kamu hizmetlerinin sunumunda kamunun ve özel sektörün birlikte katılımını öngören bu yeni kavram, hem devletler hem de ulusal ve uluslararası finans kuruluşları tarafından özellikle kamu kesiminin ihtiyaç duyduğu finansman ihtiyacının karşılanması için finans kaynaklarının sayısının artırılması, işlem ve hizmet maliyetlerinin azaltılması, yatırıma ait risklerin kamu ve özel kesim arasında bölüştürülmesi ve bütçe dengesinin sağlanması gibi birçok sebeple savunulmuş ve teşvik edilmiştir.

Kamu hizmetlerinin sunumunda başvurulmuş bu yeni usulde, esasen kamu ve özel sektör arasında imzalanan ve genellikle 49 yıllık uzun süreli bir idari sözleşme gereğince, kamunun ihtiyaç duyduğu ve büyük finansman gerektiren tesislerin özel hukuk kişisi tarafından tasarımı, inşası, işletilmesi, bakımı ve onarımının yapılması söz konusudur. 1990’lı yıllarda yürütülen kamu yönetimi tartışmalarının ana konularından biri olan KÖİ, kapitalist dünyada desteklenmesine ve özellikle de gelişmekte olan üçüncü dünya ülkelerinde büyük ilgi görmekle beraber, kavramın tam olarak ne anlama geldiği ve neyi kapsadığı, içeriğinin ne olduğu veya hangi saiklerle yaygınlık kazandığı sorusuna verilen cevaplarda bir fikir birliğine ulaşmak mümkün görünmemektedir. Kimisi KÖİ’yi özelleştirmenin yeni bir biçimi olarak tanımlarken kimisi kamu hizmetinin geleneksel yöntemlerle gördürülmesi usullerinin yerini alan yönetişimin yeni bir biçimi olarak tanımlamaktadır (Dağlı, 2020, s. 15). Bu çalışmanın temel savunularından biri, KÖİ finansman modelinin, özelleştirmenin kamuoyu baskısından korunmanın ve sermayenin yeni değerlendirme alanlarında tabiri caizse rahatça at koşturmasının bir biçimi olduğudur. Bu bağlamda çalışmanın izleyen bölümünde, temel bir insan hakkı olarak kabul edilen sağlık hizmetlerinin sunumunda bile başvurulmuş KÖİ usulünün tarihsel gelişimine, kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde yarattığı etkiye, dünyada KÖİ’nin örneklerine ve Türkiye’deki serüvenine kamusal bir hak olarak sağlık hizmeti perspektifinden ayrıntılı bir biçimde yer verilecektir.

2. 2. KÖİ Nedir?

1980’li yıllardan bu yana neoliberal yapısal reformların çıktıkları olarak değerlendirilen ve tüm dünyada gittikçe ilgi gören KÖİ kavramının anlamının ve tanımının ortaya konulması, birçok tartışmaya konu olan bu modelin özelleştirmenin gelişmiş bir hali mi yoksa özelleştirmeden bütünüyle ayrı yeni bir finansman modeli mi olduğunun tartışılması çalışmanın bütünü için gereklidir. Ancak çalışma kapsamında yapılan literatür taraması göstermiştir ki alan yazınında KÖİ’nin tanımına ve anlamına ilişkin bir ortaklaşma söz konusu değildir. Bunun nedeni KÖİ’nin ülkelere, sektörler ve yapılan projelere göre farklılaşmasıdır. Ayrıca modelin iş birliği mi yoksa ortaklık mı olduğu konusunda bir kavram karmaşası mevcuttur. Yaşanan bu karmaşayı Linder (1999) “*dil oyunu*” olarak nitelendirmekte, bu bilinçli sözcük tercihlerinin döneme damgasını vuran ve belirli kesimler tarafından tepki gören özelleştirme ve ihale uygulamalarına yapışan kötü izlenimlerin silinmesi amacıyla yaşandığını belirtmektedir.

Arthur Schopenhauer’in 1851 yılındaki gözlemlerine dayanılarak geliştirilen “Kirpi İkilemi (Porcupine Dilemma)” Gilles Paquet ve Ruth Hubbard tarafından KÖİ’nin temel felsefesi ile ilişkilendirilmiştir. Kirpi ikilemine göre soğuk bir kış gününde çok sayıda kirpi donmamak için birbirine sokulurlar ancak yaklaştıkça dikenleri birbirlerine batmaya başlar. Bu nedenle kirpiler birbirlerinden uzaklaşmaya başlarlar ancak soğuk etmeni onları tekrar bir araya getirir. Kirpiler tarafından bu duruma getirilen makul çözüm ise birbirlerine güvenilir ve katlanabilir bir mesafede kalarak yakınlaşmak olur. KÖİ’ler de kamu ile özel sektörün güvenilir bir mesafede bulundukları iş birliklerini ifade etmektedir. Amaç en fazla sıcaklık ve en az iğne batırma oranını yakalamaktır (Hubbard & Paquet, 2007).

KÖİ, yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı kapsamında Anglo-Sakson ülkelerde geliştirilmiş ve uluslararası finans kuruluşları eli ile yayılmıştır (Marty, Trosa & Voisin, 2006). İşbirliği ve özellikle de “kamu-özel iş birliği” kavramları, 2000’lerin başından günümüze dek kamu yönetiminde reform tartışmalarının önemli söylemlerinden biri olmuştur. Kavramı, uluslararası düzeyde kamu yönetimine ilişkin dergilerde, düzenlenen çeşitli konferanslarda, Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi uluslararası finans kuruluşlarına ait çalışma

raporlarında ve resmi politika belgelerinde görmek mümkündür. KÖİ sözleşmeleri ile neoliberal politikalar gereğince özel sektörün büyümesi teşvik edilmiştir. Bu modelde özel sektörün hem yerli hem de uluslararası sermaye birikiminin genişletilmesi²⁰ öngörülmüştür. KÖİ, bir kamu finansmanı, bir sözleşme, bir hazine garanti türü ya da özel bir yatırım biçimi olarak düşünülebilir.

KÖİ'nin hem tanımı ve hem de içeriği hakkında bir uzlaşma söz konusu değildir. Bu nedenle KÖİ'yi inceleyen alan yazınında en sık rastlanan tanımlara yer vermekte fayda vardır.

Dünya Bankası KÖİ'yi, bir kamu varlığını inşa etmek veya işletmek için devletin ve özel sektörün arasında kurulan, risklerin önemli bir kısmını özel sektörün taşıdığı ve performansa dayalı bir ücretlendirmenin söz konusu olduğu uzun vadeli sözleşmeler olarak ifade etmektedir (The World Bank, 2019).

KÖİ'leri kamunun özeline ortak amaçlar için bir araya gelmiş kurumsal bir düzenleme aracı olarak gören Nijkamp ve arkadaşları, KÖİ modelini kamu ve özel sektör arasında var olan iş birliğinin kurumsallaşmış bir hali olarak tanımlamaktadırlar (Nijkamp, Burch & Vindigni, 2002).

Amerika Birleşik Devletleri Genel Muhasebe Ofisi KÖİ'yi, kamu hizmetini sunan yeni bir sistem veya bir tesisi kısmen veya tamamen inşa etmek, yenilemek, işletmek, bakım ve onarımı sağlamak için kamu ile özel sektörün arasında kurulan sözleşme esaslı bir anlaşma olarak tanımlamaktadır (Şahin & Uysal, 2008). KÖİ'de kamu hizmetleri, idarenin adına özel sektörün sahip olduğu şirketler tarafından finanse edilir, idarenin belirttiği biçimde ve kalitede, bir bedel ve belirli bir süre karşılığında işletilir. KÖİ'de yatırım finansmanının özel sektöre ait şirket tarafından sağlanması ve altyapı gibi temel hizmetlerin dış kaynak kullanma (outsourcing) yoluyla sunulması temel unsurdur. Outsourcing, iş birliği sözleşmelerinin öncüsü kabul edilir.

²⁰ En az 10 yıllık bir sözleşme ile imzalanan kamu-özel iş birliği modelinde taahhüt edilen garantiler döviz cinsinden verilmektedir.

KÖİ, esas olarak yatırım finansmanının kamu bütçesinden karşılandığı ve kamu hizmetinin kamu personeli eliyle yürütüldüğü geleneksel kamu hizmetinin yerine getirilen; yüksek maliyetli yatırım projelerini kapsayan ve uzun dönem sözleşmelerle kamunun yatırımlar hakkındaki karar verme yetkisini de etkileyen bir modeldir (Karahanoğulları Y. , 2012). Diğer bir tanıma göre KÖİ modeli, kamunun bir özel şirket ile uzun süreli (genellikle 49 yıllık) sözleşme ilişkisi kurması suretiyle kamu hizmeti verilecek olan tesisin özel şirket tarafından inşa edilmesi ve kamuya kiraya verilmesi, kamunun hem özel şirkete kira ödemesi hem de tesiste verilecek olan “çekirdek hizmetler” dışındaki hizmetleri özel şirkete devretmesidir (Çelik T. , 2019).

Sarıs (2009) KÖİ kavramını, “*kamu alt yapısı, kamu hizmetleri ve ilgili hizmetlerin sağlanması için devlet ve özel sektör arasındaki iş birliği anlaşmalarını içermektedir. Bu iş birlikleri, ortaklar arasındaki yatırım, risk, sorumluluk ve kazancın paylaşılması ile karakterize edilmektedir. Bu çeşit ortaklıkların kurulma sebepleri değişik olmakla birlikte genellikle kamu alt yapı ve hizmetlerinin tasarlanması, finanse edilmesi, inşa edilmesi, işletilmesi ve bakımını amaçlamaktadır.*” olarak tanımlamaktadır.

KÖİ’ye ilişkin literatürde yer alan diğer tanımlar şunlardır:

- *Havalimanları, kamu binaları, ve su sistemleri gibi büyük ve sermaye-yoğun ve uzun vadeli kamu altyapı yatırımlarını yapmak veya kentsel gelişim projelerini üstlenmek için çoğunlukla en az bir kamu kuruluşu ve özel şirketlerden oluşan bir konsorsiyum arasında gerçekleşen karmaşık ilişkiler bütünü,*
- *Bir kamu kurumu ve özel sektör kuruluşunun, kâr amaçlı ya da kâr amaçlı olmayan, geleneksel olarak kamu tarafından yerine getirilen bir faaliyeti birlikte/ortaklaşa üstlenmelerine ilişkin bir düzenleme,*
- *Özel sektörle bir hizmetin tasarlanması, yapımı, kiralması, ortaklık kurulması ve finansmanının sağlanması, işletilmesi gibi unsurların bileşiminden oluşan ve özel hukuk hükümlerine tabi sözleşmeler üzerinden uygulanan iş birliği modeli,*
- *Yetki ve sorumlulukların, maliyet ve risklerin, gelir ve kazançların paylaşıldığı, karşılıklı kazanma taahhütlerinin geçerli olduğu ve taraflar arasındaki sınırlar belirsizleştiği modeller (Güzelsarı, 2009).*

Ülkelerin makroekonomik hedefleri doğrultusunda sıklıkla başvurulmuş KÖİ’de özel sektörün esas işlevi, sahip olduğu işletmecilik becerilerini kullanmak, altyapı yatırımları için finansman sağlamaktır. Özellikle büyük finansman gerektiren altyapı hizmetlerinin sağlanmasında başvurulmuş bu modelde özel sektör, tesisin bütün

mühendislik işlerini, tesisin rehabilitasyonunu, finansmanını, bakımını ve işletilmesini üstlenir. Kamu kesimi ise özel sektörün ihtiyaç duyduğu finansman için garantörlük yapma (mali güvence verme), planlama, denetleme, yatırımların koordine edilmesi ve politika belirleme gibi işlevlere sahiptir. KÖİ'nin başarılı olması, ortaklar arasında paylaşılan görev, yükümlülük, maliyet ve risklerin dengeli bir şekilde tahsis edilmesi ile mümkündür. KÖİ'de amaç hizmet kalitesinin iyileştirilmesi, proje maliyetlerinin düşürülmesidir. KÖİ'lerle kamu hizmetlerinin etkin ve hızlı bir şekilde sunulacağı ve de devlet bütçeleri üzerindeki yatırım harcaması baskısının hafifletileceği öngörülmektedir.

KÖİ kavramını sahip olduğu özellikler üzerinden tanımlamak da mümkündür. Buna göre;

- KÖİ'de en az iki taraf vardır. Taraflardan birinin kamu olması zorunludur. İş birliği sıkı bir ihale temeline dayalıdır. İhale yoluyla veya pazarlık usulü ile özel sektörden teklif istenir.
- Özel sektör projeyi tasarlayan, inşa eden, finanse eden, işleten ve yöneten sözleşme süresi sonunda da ürettiği hizmeti veya tesisi devlete sunan taraftır. Özel sektör bunun karşılığında kamudan düzenli ödeme ve nihai kullanıcılardan ücret alır. Kamu ise özel sektörden istediği kamu hizmetinin kalitesini ve miktarını²¹ belirler.
- Kamu ve özel sektör arasındaki iş birliği süreli ve süreklidir. KÖİ sözleşmelerinin ömrü genellikle projenin ekonomik ömrü ile sınırlıdır. Çoğunlukla 10-50 yıl uzunluğunda olan bu sözleşmeler ekonomideki en uzun sözleşmelerdir.
- KÖİ'de projeler maliyetli ve zorlu olduğundan kamu kesimi projeyi üstlenmek istemeyen özel sektör temsilcilerine projeyi cazip kılacak birtakım imtiyaz ve teşvikler, garantiler²² verebilmektedir. Verilen bu imtiyaz ve teşviklere sadece projenin üstlenilmesi aşamasında değil projenin kalite

²¹ Kamunun hizmet sunumunda istediği etkinlik ve verimliliği sağlama güdüsü kamu-özel iş birliğinde hizmetin kalitesi ve miktarına tekabül eder.

²² Özel kesime verilen bu garantiler; kamunun özel kesime düşük faizde borç vermesi, özel sektörün dışardan aldığı borçlarına karşılık garantör olunması, sermaye desteği sağlama, ticari fiyat ve kullanıcı fiyat arasında sübvansiyon sağlama, döviz kurundaki dalgalanmalara karşı garantiler verme, bazı vergi ve harçlardan muaflik, performans garantileri verme şeklinde olabilmektedir (Uğur & Miynat, 2014)

standartlarının arttırılmasında da başvurulabilir. Tüm bunların tersine projenin belirtilen kalite standardının altına düşülmesi halinde kamu kesimi, özel sektör temsilcisine ceza kesebilme yetkisine sahiptir.

- KÖİ projeleri büyük çaplı projeler olduğundan taraflar projeye maddi veya maddi olmayan bir biçimde katkı sağlamaya çalışırlar. Projenin yapım aşaması için gerekli olan finansman, genellikle kamu kesimi tarafından sağlanamaz. Tek bir özel sektör ortağı için de büyük bir maliyet gerektirdiğinden, projeler çoğunlukla birden fazla özel sektör ortağının bir araya gelmesiyle oluşan konsorsiyumlar tarafından yürütülür. Konsorsiyumlarda sadece mali kaynak sağlayan ortakların yanında yapım işlerinde uzmanlaşmış ortaklar da yer alabilmektedir.
- KÖİ projelerinde bütün riskler özel sektör temsilcisine yüklenmez. İnşaat ve finansman aşamalarına ait risklerin yanında ekonomik ve sosyal riskler de oluşabilmektedir. Dolayısıyla projede risklerin dağılımının dengeli ve makul bir şekilde yapılması esastır. Ancak faaliyetlerin verimli bir biçimde sürdürülebilmesi için özel sektöre kamu kesimi tarafından yeterli oranda risk transfer edilir.
- KÖİ projeleri, şartları titizlikle hazırlanmış bir sözleşme ile kurulur. Şartların açık ve belirgin olması temel unsurdur (Tiryaki, 2022).

KÖİ kavramının tanımlanması hususunda ortak bir yaklaşımın sergilenmemiş olması, kavramsal çerçevenin oluşamaması ve özelleştirme, yap-işlet-devret ve imtiyaz gibi kavramlarla karıştırılması sonucunu doğurmaktadır. Bazı çevrelerde bu kavram karmaşasının KÖİ'nin klasik tedarik yöntemleri ile özelleştirme arasında var olan boşluğu dolduran bir model olarak ortaya çıktığı biçiminde yorumlanmaktadır (Grimsey & Lewis, 2005). Bazı çevreler ise KÖİ kavramının özelleştirme karşılığı yapanlara karşı oluşturulmuş basit bir kelime oyunu olduğuna vurgu yapmışlardır (Hodge & Greve, 2007). İzleyen alt başlıkta KÖİ'nin özelleştirmenin bir biçimi olarak nitelendirilip nitelendirilmeyeceği hususu ele alınacaktır.

2. 3. KÖİ Bir Özelleştirme Midir?

Özelleştirme, genellikle kamu kesimine ait bir tesisin mülkiyetinin, özel sektöre devredilmesidir. Buna mütakabil KÖİ uygulaması ise büyük finansman

gerektiren altyapı yatırımlarının özel sektöre finanse edilip işletilmesi ve sözleşmede belirtilen süre sonunda kamuya devredilmesini konu alır. Her iki kavram da kamusal mal ve hizmetlerin yürütülmesinde özel hukuk kişilerine başvuran ve kamu yönetimi stratejilerinin geliştirilmesi işlevi gören uygulamalardır. Pek çok yazar KÖİ'nin kamu hizmetlerinin özel kesime gördürülme biçimlerinden farklı bir mahiyette olmadığını; kavramın özelleştirmenin “arka kapısı” olduğunu ve özelleştirme yerine kullanılarak piyasa ekonomisini canlandırma işlevi görmek üzere ortaya atılan bir terim olduğunu belirtmektedir (Harris, 2007). Böylece KÖİ kavramıyla özelleştirme ile ilgili mevcut siyasi tartışmaların bertaraf edildiği ifade edilmektedir. Bazı çevrelerce KÖİ, devletlerin siyasi bir tercih olarak kullandıkları özelleştirme modelinin yeni bir aşaması biçiminde algılanmaktadır (Dağlı, 2020). Onlara göre KÖİ, devletlerin iktisadi ve siyasi durumlarına göre belirlediği özelleştirme yöntemlerinden biridir²³.

KÖİ uygulamasının bir özelleştirme yöntemi olarak nitelendirilip nitelendirilemeyeceği hususunu özelleştirme kavramının ele alınış biçimine göre yorumlanmasını savunan görüşe göre özelleştirme uygulaması, ülkelerin sosyo-ekonomik ve politik farklılıkları ile birlikte dar ve geniş anlamda değerlendirilmelidir. Buna göre bazı ülkelerde bir kamu hizmetinin özel kesime gördürülme usullerinin tamamı özelleştirme olarak nitelendirilmekte; bazılarında sadece devletin aktiflerinde yer alan varlıklarını özel hukuk kişisine devretmesi, özelleştirme olarak ifade edilmektedir. Ayrıca özelleştirmeyi geniş ve dar anlamda ele almak KÖİ kavramı ile karşılaştırılmasında temel hususları ortaya koyması anlamında önemli görülmektedir. Buna göre geniş anlamda özelleştirmede devlet, kamu hizmetini üretme tercihini sözleşme yoluyla özel kesime bırakır ancak kamu hizmetinin niteliği devam eder. Kamu hizmetinin sunma yöntemlerinden biri olarak KÖİ, bu anlamda özelleştirme kapsamında değerlendirilebilir. Ancak dar anlamda özelleştirmede kamuya ait bir tesisin bir kısmının veya tamamının özel hukuk kişisine devri ve devre konu hizmetin kamusal mahiyetinin sona ermesi söz konusudur. KÖİ’de hizmetlerin kamusal olma niteliği devam etmekte ve devlet söz

²³ Ülkemizde de bazı kurumlar kamu-özel iş birliği uygulamasını özelleştirmenin bir türü olarak ifade etmiştir. Örneğin Özelleştirme İdaresi Başkanlığı kamu-özel iş birliğini “*gelecekte yapılacak yatırımların bugünden özelleştirilmesi*” biçiminde ifade etmektedir. (Dağlı, 2020).

konusu hizmet alanından tam olarak çekilmemektedir. Kamu hizmetinin sunumuna ilişkin kişilerin sözleşme süresi bitiminde değişebilmesi ve sonuç olarak bir mülkiyet devrinin söz konusu olmaması nedeniyle KÖİ, özelleştirmeden ayrılmakta ve bir özelleştirme yöntemi olarak kabul edilmemektedir.

KÖİ ve özelleştirme kavramı ile ilgili bir diğer karşılaştırma kamusal mal ve hizmetlerin sunulmasında sorumluluğun kimde olduğu ile ilgilidir. Dar anlamda özelleştirmede kamusal mal ve hizmetlerin niteliği ortadan kalktığı için hizmetin yürütülmesindeki sorumluluk özel kesime aittir (Dağlı, 2020). Özelleştirmede hizmetin etkin ve verimli yürütülememesi durumunda devletin yetkisi çok sınırlıdır. Vatandaşların böyle bir durumda -pek rastlanmasa da- devletin sorumluluğuna ilişkin hukuki yollara başvurabileceği belirtilmektedir. Ancak KÖİ’de kamu hizmeti özel kesime gördürülse de hizmetin asıl sahibi kamudur ve hizmetin denetimi ve gözetimine ilişkin sorumluluk devlete aittir. İlgili KÖİ projelerinde devletin hizmetin yürütülmesi açısından sorumluluğu devam etmektedir. Bu açıdan KÖİ, özelleştirme sayılmamaktadır.

KÖİ projelerinde sunulacak kamusal hizmetin niteliğini ve niceliğini belirleme yetkisi kamudadır. Projede hizmetten yararlanacaklardan alınacak bedelin belirlenmesinde de idarenin yetkili olduğu ifade edilmektedir. KÖİ projelerinde kamunun belirlediği çerçevede bir ücret uygulamasına gidilmekte ve özel kesim de bu bedele dayanarak kârını maksimize etmeye uğraşmaktadır. Ancak özelleştirmede, özel hukuk kişinin kârını maksimize etmesi için geniş bir hareket alanı mevcuttur. Özelleştirmeye konu hizmetin niteliği, gereklilikleri ve yararlanıcılardan alınacak bedeli belirlemede özel hukuk kişisi sorumludur²⁴.

Sonuç olarak içeriksel olarak bazı hususlarda ayrışmalar da KÖİ’ler, 1980’li yıllarda sıklıkla başvuru alan özelleştirme uygulamalarına yöneltilen toplumsal tepkilerin yumuşatılması gereksiniminin bir çıktısı olarak değerlendirilmelidir. Bu yıllarda iş birliği, katılım, yönetim, karşılıklı kazanma gibi olumlu çağrışımlarla özelleştirme uygulamalarının önemli bir alternatifi haline gelen KÖİ, özellikle

²⁴ Özelleştirmede yararlanıcılardan alınacak ücretin idare tarafından belirlendiği istisnai durumların da olduğunu belirtmek gerekir. Özellikle bu durum özelleştirme sonrasında tekel halini alan mal ve hizmetler için uygulanmaktadır (OECD, 2015).

özelleştirme terimini kullanmak istemeyen Avrupa Birliği ülkeleri için deyim yerindeyse biçilmiş kaftan olarak görülmüştür. KÖİ, ideolojik olarak tepki gören ve karşı çıkılan özelleştirme modelinin daha uysal bir tarifi olmasının yanında, toplumsal ve ideolojik karşı çıkışların bertaraf edilmesi bakımından oldukça kullanışlı bir modeldir. Özelleştirme uygulamasına başvuru alanlarda güvencesiz istihdam biçimlerinin oluştuğu, işsizliğin, yoksulluğun ve sendikasızlığın arttığı ve dolayısıyla özelleştirme uygulamalarının meşruiyet zemininin sarsıldığı bu yıllarda, KÖİ projelerinin popülerlik kazanması tesadüf olarak nitelendirilemez (Güzelsarı, 2009). Son tahlilde bu çalışma, Pala'nın (2018) da ifade ettiği biçimiyle KÖİ'leri özelleştirmenin “truva atı” olarak kabul etmektedir. Nitekim çalışmanın bundan sonraki bölümlerinde dünyada ve Türkiye’de KÖİ modelinin gelişimi incelendiğinde, 2000’li yıllara doğru giderken söz konusu modelin gittikçe popülerlik kazandığı ve özellikle sağlık hizmetinin sunumunda ve finansmanında uygulanması suretiyle sermayenin ve devletin kendini yeniden var etmesinin bir aracı olduğu görülmektedir.

2. 4. KÖİ’lerin Tarihsel Gelişimi

Geçmiş yüzyıllarda çeşitli ülkelerin farklı isimlendirmelerle KÖİ benzeri uygulamalara başvurduğu görülmektedir. KÖİ uygulamasının ilk örnekleri, Avrupa’da 17. yüzyılda özellikle de İngiltere ve Fransa’da karşımıza çıkmaktadır. İngiltere’de 1660’larda özel sektöre bırakılan yol yapım projelerinde; Fransa’da 1861 yılında inşa edilen “Canal du Midi” projesinde KÖİ modeline “özel finansman” kullanmak suretiyle başvurulduğu görülmektedir (Cartlidge, 2006). 19. yüzyılda Avrupa ve Amerika’da demiryolu ve kanal projelerinde KÖİ uygulamasına imtiyaz anlaşmaları yoluyla sıklıkla başvurulmuştur. Bu dönemde çoğu toplu taşıma, enerji ve kanalizasyon sistemi bu modelle hayata geçirilmiştir. 1858 yılında Fransızlar tarafından finanse edilen Süveyş Kanalı da kamusal hizmetlerin özel kesim eliyle yürütülmesi usullerinden biri olan yap-işlet-devret usulü ile inşa edilmiştir.

20. yüzyılda yaşanan savaşlar ve ekonomik krizler ülkelerin devletçi politikalara yönelme eğilimlerini arttırmış; bu dönemlerde büyük finansman gerektiren kamu yatırımları, büyük çoğunlukla devlet tarafından gerçekleştirilmiştir. Özellikle 1971’de Amerika’nın Bretton-Woods Sistemini feshederek dalgalı kur

sistemine geçtiğini duyurmasıyla başlayan petrol krizinin tetiklediği ekonomik buhran ortamı, devletin kamu yatırımlarını bizzat üstlenmesini savunan devletçi Keynesyen ekonomi modelinden özelleşme ve deregülasyonu savunan neoliberal restorasyon programına geçişi sağlamış ve kamu hizmetlerinin özel kesime gördürülme biçimlerinin sayısı artış göstermiştir.

1980'lere gelindiğinde Birleşik Krallık'ta Margaret Thatcher'in Amerika Birleşik Devleti'nde ise Ronald Reagon'ın başa geçmesiyle neoliberal ekonomik yaklaşım, dünyada uygulama alanı buldu. Bu dönemde Thatcher ve Reagon tarafından başlatılan Washington Konsensusü, tüm devletlere kamunun sahip olduğu borçları hafifletmek için özelleştirme uygulamalarına başvurmayı salık veriyordu. Nitekim uluslararası finans kuruluşlarının da görüşü neoliberal politikaların yaygınlaşması yönündeydi ve özelleştirme uygulamaları bu kuruluşlar tarafından ağır borç yükü altında ezilen devletlere reçete olarak sunulmaktaydı. 1970'lerin ortalarından bu yana kamu hizmetlerinin görülmesinde tercihler, kapitalizmin içinde bulunduğu aşırı birikim krizinden çıkış reçetesine paralel olarak farklılaşmış ve kamu harcamalarının azaltılması gerektiği tezinden hareketle neoliberal siyasal politikaların özelleşme ve düzenleme dışı bırakma uygulama araçlarıyla devletin işlevsel ve örgütsel sınırları yeniden düzenlenmiştir. Böylece kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde yeni bir döneme geçilmiştir. Bu değişim, çoğu ülkede kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi şeklinde karşılık bularak KÖİ başlığı altındaki uygulamaları da gündeme getirmiştir.

Bugünkü anlamıyla KÖİ uygulamasının ilk örnekleri, öncelikle İngiltere'de karşımıza çıkmaktadır. KÖİ modelinin fikir kaynağı Thatcher olsa da ondan hemen sonra 1992 yılında başkan olan John Major ve hükümeti tarafından başlatılan özel sektörün kamusal alana girmesinin önündeki yasal engellerin kaldırılması çalışmalarından sonra çeşitli projeler “*Özel Finansman Girişimi (PFI- Private Finance Initiative)*” adıyla KÖİ ile yürütülmüştür. Aynı yıllarda Amerika'da “*Ortak Girişim (Joint Venture)*” ve Blair Hükümeti döneminde kullanılan “*En İyi Değer (Best Value)*” modeli ile kamu hizmetleri özel kesime gördürülmüştür. PFI ve Best Value modelleri ile merkezi ve yerel düzeyde KÖİ'lerin daha sıkı uygulanması amaçlanmıştır. İngiltere'de 1997 yılında İşçi Partisi'nin iktidar olmasıyla birlikte PFI

modeli ile yürütülen projelerin sayısı artmış, parti özel sektör eliyle yürütülen projelerin etkinliğini arttırmayı amaç edinmiştir. Bu doğrultuda PFI'leri hızlandırmak ve projelere rehberlik hizmeti sunmak için “*PFI Hazine Çalışma Grubu*” kurulmuştur. KÖİ'e ilişkin ilk yasa ise yine İngiltere'de 1997 yılında kabul edilmiştir. 1998 yılından sonra ise PFI'ler bazı değişikliklerin ardından yerini Public-Private Partnerships'e bırakmıştır (Boz, 2013). 1995'e kadar her yıl ortalama bir tane KÖİ projesi hayata geçirilirken 1999-2007 yılları arasında İngiltere'de gerçekleştirilen proje sayısında artış yaşanmış ve 2008 ekonomik krizi ve Basel III'ün sermaye yeterliliği ilgili düzenlemeleri neticesinde, uzun vadeli borçların daha fazla maliyetli olduğunun anlaşılmasına kadar geçen sürede 45 KÖİ projesi hayata geçirilmiştir. Bu süreçten sonra İngiltere'de KÖİ projelerinin sayısı ve yatırım büyüklüğü gittikçe gerileme göstermiştir. KÖİ projelerinin sayısının gün geçtikçe arttığı 2000'li yıllarda, modelin temel ilkesi olan proje risklerinin en iyi yönetecek tarafça üstlenilmesi ve öngörülen paranın karşılığını sağlayıp sağlamadığı hususları sorgulanmaya başlanmış ve birtakım değişikliklere gidilmiştir (Emek, 2017).

İngiltere dışında gerçekleştirilen özel sektör yatırımlarının 1996'lı yıllara gelindiğinde 20 milyar dolarlık hacme sahip olduğu görülmektedir. Özellikle Karayipler'de ve Latin Amerika ülkelerinde binden fazla altyapı projesinin özel kesime devredildiği görülmüştür. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1989 yılında ilk KÖİ eyalet mevzuatı Kaliforniya'da yürürlüğe girmiş ve gittikçe yaygınlaşmıştır. 2000'li yıllara gelinirken özellikle elektrik üretimi ve iletimi projeleri için özel sektör yatırımları söz konusu bölgede giderek artmıştır.

KÖİ modeli çeşitli çevrelerde “kazan-kazan” biçiminde ifade edilmekle birlikte özel şirket veya şirketler topluluğu borçlanıp finansman sağlayınca, devlet borçlanıp harcamıyormuş gibi gözükmekte²⁵; kamu hizmetlerinin sunulmasında karşılaşılan bütçe kısıtlamalarını aşmak için özel sektörden finansman sağlanması ve özeline sahip olduğu işletme teknikleri ve kapasitesinden yararlanılması, sermaye harcamalarının arttırılması, kamu borçlarının azaltılması, maliyetlerin düşürülmesi ve alternatif yönetim stratejilerinin geliştirilmesi gibi gerekçelere dayandırılmaktadır.

²⁵ Hükümetler tarafından kamu-özel iş birliği modeli bilanço dışı bir finansman modeli olarak görülmüştür.

Buna göre özel sektörün uzmanlığı, zamanı ve finansal riski iyi yönetebilme becerisinden ileri gelirken kamu kesiminin uzmanlığı makro ölçekli planlar yapabilme yeteneğinden kaynaklanır. KÖİ modelinin bu iki beceriyi birleştirerek toplam proje maliyetini azaltacağı öngörüldüğünden bu yeni modele, bir tedarik yöntemi ve alternatif bir yöntem olarak ülkemizde 2000’li yıllardan beri sıklıkla başvurulmaktadır.

Bu model genellikle “*kamunun cebinden beş kuruş çıkmadan büyük ölçekli kamu yatırımlarının yapılması*” şeklinde sihirli bir model olarak sunulmaktadır (Karahanoğulları Y. , 2012, s. 98). Yeni bir finansman biçimi olarak KÖİ modeli, ulaşım, enerji, telekomünikasyon, sağlık tesisi gibi ekonomik altyapı yatırımları için daha uygun görülmüştür. Evren (2016) bunu üç nedenle açıklamaktadır. Ona göre ilk neden, enerji santrali, liman, yol gibi projelerin yüksek geri dönüş sağlaması nedeniyle özel sektöre çekici gelmesidir. İkinci neden, KÖİ modelinde özel sektör tesisi inşa edip aynı zamanda işleteceği için hizmetin en iyi biçimde sunulmasına yönelik bir tasarım gerçekleştirileceğidir. Son olarak da bu modelde hizmet doğrudan doğruya kullanıcılara sunulduğundan bunun karşılığında ücret alınmasının mümkün olmasıdır.

2000’li yılların başından günümüze dek öncelikle enerji sektörü başta olmak üzere, otoyol, tünel, demiryolları, içme suyu, liman, hastaneler ve katı atık tesisleri gibi büyük sermaye yatırımı gerektiren projelerin yürütülmesinin bir yolu olarak başvurulmuş KÖİ’ler, günümüze yaklaştıkça merkezi yönetimin ve yerel yönetimlerin sorumluluk alanında olan eğitim, sağlık, tarım, güvenlik, imalat, madencilik, haberleşme, altyapı, bilgi teknolojileri, gibi temel hizmetleri de bünyesine alarak genişlemektedir. Güzelsarı’ya göre 1980’lerde başlayan neoliberal yeniden yapılanma sürecinde, refah devletinin kurumlarına ve uygulamalarına karşı yürütülen tasfiye süreci, bugün KÖİ modeli marifetiyle devletin ve kamusal mal ve hizmetlerin içeriden piyasalaştırılması biçimini almaktadır (Güzelsarı, 2009).

2. 5. KÖİ Modelinin Kurucu Unsurları

Tüm dünyada gittikçe yaygınlaşan ve ülkeden ülkeye uygulama pratikleri değişen KÖİ'lerin birtakım temel kurucu unsurları vardır. Bunlar: özel finansmanla kurulması, özel amaçlı şirketler veya şirketler topluluğunun varlığı, ikincil piyasa, karmaşıklık ve piyasalaştırma, ticari gizlilik, menkul kıymetleştirme, dış kaynak kullanımı/taşeronu verme, sınırlı gözetimdir (Sarısu, 2009). Söz konusu unsurlar özellikle şehir hastanesi projelerinde ihale ve sözleşme aşamalarında proje yüklenicisi şirketlerin değerlendirilmesi açısından önemlidir.

- **Özel Finansman:** KÖİ projeleri birden fazla özkaynak yatırımcısını bir araya getiren ve finansmanın büyük bir kısmının borç veren tarafından karşılandığı projelerdir.
- **Özel Amaçlı Şirketler ve Çoklu Bir Yapı:** KÖİ finansman modelinde bir kamu hizmeti veya yatırımı, özel kesim tarafından finanse edilip işletilen ve sadece bu amaçla kurulmuş “proje şirketi” eliyle sağlanmaktadır. KÖİ projelerinde özel sektör kesimi çok sayıda firmanın bir araya gelerek oluşturduğu bir konsorsiyumdur. Şirketler birliği anlamına gelen konsorsiyum genellikle, bir yapımcı şirket (müteahhit firma), banka/lar, yatırımcı şirketler, tesisi işletip bakımını yapacak bir tesis yönetim firmasından oluşur. Konsorsiyum, iş birliği projesine teklif sunmaktadır. Eğer sözleşmede belirtilmişse yükleniciler de bu birliğe dahil olabilmektedir. Projeyi yürütecek olan şirket, projenin finansmanı için bankalarla, tesisin inşası için yapımcı şirketle ve tesisin işletilmesi süresince yönetimi üstlenecek yönetici şirketle üç tür alt sözleşme ilişkisi kurmaktadır.
- **İkincil Piyasa Oluşturma:** KÖİ projelerinde tesis faaliyete geçtikten sonra proje şirketinin ortaklarının sahip oldukları özkaynakları diğer yatırımcılara satabilmesi mümkündür. Böyle bir durumda proje şirketinin diğer ortaklardan onay alma veya kazanımlarını kamu ile paylaşma zorunluluğu bulunmamaktadır. KÖİ'ler bir ticari varlık ve teminat altına alınmış bir borç niteliği taşıdığından satın alınabilir veya alt yüklenicilere satılabilir.
- **Karmaşıklık ve Piyasalaştırma:** KÖİ'ler yasal, örgütsel ve finansal açıdan bir dizi karışıklığın olduğu projelerdir. KÖİ sözleşmeleri, titizlik ve

uzmanlaşma isteyen birtakım teknik bilgi ve yönetsel kapasite gerektiren sözleşmelerdir. Projenin hayata geçirebilmesi için yatırımcı şirket birden fazla teknik, hukuki ve mali danışman atamakta böylece yeni bir piyasanın oluşmasına hizmet etmektedir.

- **Ticari Gizlilik:** KÖİ projelerinde hem ihale hem de faaliyet süreçlerinde ticari gizlilik kuralı geçerlidir. Bu kural özel sektör ve kamu kesimi tarafından kullanılmaktadır.
- **Menkul Kıymetleştirme:** KÖİ projelerinde bankalar, yatırımları diğer finans kuruluşlarına devrederek yatırımdan doğacak riskleri paylaşabilmektedir.
- **Dış Kaynak Kullanımı:** KÖİ projelerinde tesisin çekirdek hizmetler dışında kalan bakım onarım, taşıma, yardımcı teknik hizmetler gibi birtakım hizmetler alt sözleşme yoluyla taşeronlara aktarılmaktadır.
- **Sınırlı Denetim:** Bu projelerde katı performans göstergeleri üzerinden bir denetim söz konusu değildir.

2. 6. KÖİ Modelini Olumlayan Görüşler

Literatürde devletlerin KÖİ modelini uygulama gerekçelerini de oluşturan ve KÖİ'yi olumlayan görüşler mevcuttur. Bu görüşlerin şehir hastanelerinin KÖİ modeli ile finansasında ne derece sağlandığı çalışmanın üçüncü kısmında irdelenecektir. Söz konusu görüşleri şu şekilde sıralamak mümkündür: (Evren, 2016)

- KÖİ modelinde ihtiyaç duyulan finansmanı sağlamak özel hukuk kişinin görevidir. Bu modelde finansman özel kesim tarafından sağlanacağı için idarenin yatırım masrafları azalacak böylece diğer kamu hizmetlerini finanse edebilecektir.
- KÖİ projelerinde özel hukuk kişisi finansmanın yanında sahip olduğu deneyimi, bilgi birikimini, yaratıcılığını ve de teknolojik ekipmanı da sağlamaktadır.
- Özel hukuk kişisi kamusal mal ve hizmetleri sunarken siyasetten bağışık kılındığı için baskıya tabi olmamaktadır; bu nedenle KÖİ projelerinde kaynakların kötü dağılımı, verimsizlik ve yozlaşma gibi olumsuzluklar yaşanmamaktadır.

- KÖİ projelerinin sayısı arttıkça devletin kamusal mal ve hizmet sunumu azalacağından gelir ve vergi ihtiyacı da azalacaktır.
- KÖİ modeli genellikle yol, köprü, telekomünikasyon, havaalanı gibi ücretlendirilebilir hizmet alanlarında kullanılmaktadır. Yararlanıcılardan hizmet karşılığında belirli bir ücretin alınması, özel sektör temsilcilerini cezbeder. Bu modelin uygulandığı projelerde yararlananlardan daha önce belirlenmiş tarifelere göre belli bir ücretin alınması halinde, hizmetten yararlananlar ile yararlanmayanlar arasında bir eşitlik sağlanır.
- KÖİ modelinde hesap verebilirlik artmaktadır.
- KÖİ projelerinde özel kesim birden çok işletmeden oluştuğu için istihdam ve iş gücü koşulları iyileşir, rekabet artar.
- İhtiyaç duyulanan çok üzerinde ya da ihtiyaç olmayan bir kamusal mal ve hizmetin üretilmesi anlamına gelen ve “*beyaz filler*” olarak ifade edilen kamu yatırımları önlenmiş olur. Beyaz filler ifadesi özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde kamu hizmetlerinin sunum biçimlerinin etkin olmaması durumunu vurgulamada kullanılır.
- KÖİ projeleri, özel kesimin sahip olduğu sermayenin kamu hizmetlerine aktarılmasına imkan tanır.
- KÖİ projelerinin en önemli özelliklerinden biri de kamu kesimi ile özel kesim arasında uygun bir risk paylaşımının yapılmasıdır. KÖİ modeli sayesinde bazı riskler özel kesime aktarılır. Genel olarak bu projelerde tesisin tasarımı, yapımı ve işletilmesine ilişkin riskler özel kesime devredilir. Talep riski ve diğer riskler sözleşmeden sözleşmeye farklılık gösterse de genellikle kamu kesimi üzerinde kalır. Kalıntı riski genellikle kamu kesimi tarafından üstlenilir.
- KÖİ projeleri, yoksulluğu azaltmada devletlere yardımcı olmaktadır.
- KÖİ modeli ile yapılan projelerde idare, vergi mükellefleri ve hizmetten yararlananlar “paranın karşılığını (value for money)” alır.
- Bazı KÖİ projelerinde idarenin projeyi üstlenen şirketler topluluğuna ödeme yapması için istenilen bina veya tesisin zamanında tamamlanması, kamusal mal ve hizmetlerin belirlenen kalite ve miktarda üretilmesi istenmektedir. Bu

durum özel kesimin gelir elde edebilmesi için hızlı hareket etmesini ve hizmetlerin istenilen kalitede sunulmasını sağlamaktadır.

2. 7. KÖİ Modeline İlişkin Olumsuz Görüşler (Eleştiriler)

2000’li yıllardan beri önemli bir yatırım finansman modeli olarak kullanılan KÖİ’ye yönelik, yöntemin öncüsü olan İngiltere’de, AB’de ve diğer gelişmiş ülkelerde giderek artan eleştiriler gündeme gelmiştir. KÖİ mevzuatında yapılan düzenlemelere rağmen bu modelle yürütülen projelerde paranın karşılığının sağlanmadığı, kamunun üstlendiği külfeti azaltmak bir yana özellikle sağlık piyasasında özel şirketlerin çok fazla kâr elde ettiği gibi sebeplerle model sorgulanmaya başlamıştır. Ayrıca KÖİ’lerin temel olarak piyasa aksaklığı, ahlaki tehlike ve ters seçim sorunlarına yol açtıkları belirtilmiştir. Ters seçim ve ahlaki tehlike, neoklasik iktisadın temellerinden biri olan “bireylerin birbiriyle bağıntılı ve tam bilgiye sahip olarak birbirlerinden bağımsız rasyonel karar verdikleri” savı ile ilişkilidir. Her iki sorun da taraflar arasında bilgi eşitsizliğinin olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır. Ters seçimde bilgi eşitsizliği durumunun taraflar arasında imzalanacak olan sözleşme öncesinde olduğu ifade edilirken; ahlaki sorunun ise sözleşmeden sonra ortaya çıktığı belirtilir. KÖİ projelerinin çok büyük maliyetlerde devasa projeler olması ve genellikle ihalenin aynı şirketler grubuna verilmesi durumu ters seçim ile ifade edilmektedir.

KÖİ sözleşmelerinin proje yüklenicileri tarafından zamanında ve istenilen kalitede teslim edilememesi, ihale süreçlerinde bazı politik ve ideolojik saiklerle projeyi en uygun fiyatı verene değil, hükümetlerce yakın görülen şirketler topluluğuna verilebilmesi ve yüksek mali risklerin ve bedellerin ortaya çıkabileceği hususu ahlaki tehlike olarak belirtilmektedir (Öncü, 2018).

Hangi vadede olursa olsun bir ülkede en düşük faize borçlanan, merkezi hükümettir. Geriye kalan tüm borçlanıcıların ödeyecekleri faizler daha yüksek olacaktır. KÖİ modeliyle fonlanan neredeyse tüm projeler, kamusal mal veya hizmet/kamu malı benzeri mal veya hizmet projeleridir. Dolayısıyla bu tür malların ilk kuruluş maliyetleri yani sabit maliyetleri yüksektir; bu yüzden projeyi yüklenen şirketlerin, yüksek bir kaldıraçla yani sahip oldukları sermayenin çok üzerinde borç

olarak fonlanmaları gerekir. Ayrıca kamusal mal veya hizmetlerin marjinal maliyetleri-birim ek maliyetleri- ya sıfırdır ya da sıfıra çok yakındır. Dolayısıyla bu mal veya hizmetleri üretenler ya tekel haline gelirler ya da çok az rakibe sahip olurlar. Rekabet ortamı gerçekleşmez ve bu da piyasa aksaklığına yol açar. Piyasa aksaklığı, ters seçim ve ahlaki tehlike sorunlarının ortaya çıkması ile birlikte KÖİ finansman modelinin kamu hizmetlerinin sunumunda pahalı ve verimsiz bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır (Öncü, 2018). Öyle ki KÖİ finansman modelini başından beri destekleyen Uluslararası Para Fonu'nun iki iktisatçısı Jin ve Rial, 2016 yılında yazdıkları “Regulating Local Government Financing Vehicles and Public-Private Partnerships In China” adlı makalelerinde şöyle demektedirler:

Hem gelişen hem de gelişmiş ülkelerde KÖÖ'lardan kaynaklı büyük mali bedeller ve mali riskler ortaya çıkmaktadır. Hem geleneksel tedarik yöntemi hem de KÖÖ'lar, yapım ve talep riskleri gibi ortak proje risklerinden müzdaripeler. Ancak, daha önce sözünü ettiğimiz hükümet tarafgirliği ve KÖÖ'ların olası manipölasyonu bu ortak proje risklerine bir katman daha ekliyor. Kifayetsiz bütçe tahminleri ve/veya istatistiki hesaplamalar, hükümetlerin KÖÖ'ların borç ve açığı üzerindeki etkilerini ihmal etmelerine sebep olabiliyor. Sonuçta hükümetler, orta ve uzun vadede genelde beklenenden daha yüksek mali bedellere ve risklere²⁶ maruz kalıyorlar (Jin & Rial, 2016).

Akerlof ve Romer (1993) bu durumu “maliyeti topluma ödeterek kâr amacıyla iflas” şeklinde ifade ettiği “talan” olarak tanımlamaktadırlar. Talan, eksik muhasebe kayıtlarının, esnek düzenlemelerin, talanı caydırıcı yaptırımların yetersizliğinin ve hükümetlerin verdiği hem borç hem de gelir garantilerinin olması durumunda gerçekleşir. Onlara göre:

“Bu sapkın güdüler yalnızca bu garantilerin verildiği şirketlerde görülmez ve talan simbiyotik olarak diğer sektörlerde de yayılır ve bir ekonomik yeraltı dünyası ortaya çıkar. Hükümet garantilerinin verildiği sektördeki talancılar başka sektörlerdeki doğrudan bağlantılı olmadıkları şirketlerle bu şirketlerin sözlerini tutmayacaklarını bilseler de sözleşmeler imzalarlar ve gelecekte ne olacağına bakmaksızın onlardan bugün emdikleri gelirleri ceplerine indirirler. Bu durum ise, ekonomik değeri en çoklama normal ekonomisinin yerine şimdi emilecek değeri en çoklama altüst ekonomisi geçer ki bu da şirketin şimdiki ekonomik net değerini eksiye iter. Şirket sahipleri, şimdi elde edebileceklerini en çoklama yoluyla şirketten emebileceklerinin

²⁶ Dünya Bankası tarafından kamu-özel iş birliğine ilişkin riskler şu şekilde kategorize edilmiştir: inşaat ve tamamlama riski, işletme riski, talep riski, mücbir sebep riski, hukuk değişikliği riski, politik ve düzenleyici risk, çevresel risk, sosyal risk, kamulaştırma ve ulusallaştırma riski, vade ve beniden finansman riski, döviz kuru riski, faiz oranı riski. Devamı için bakınız: <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/financing/risk-allocation-mitigation#top>. (Gökkaya, 2021)

en çoğunu emmeye karar verdiklerinde, yaptıklarının şirketin gelecekteki net değerinde büyük düşüişlere neden olacağını bilseler bile şimdi emebileceklerinin en çoğunu emmelerini sağlayan bütün eylemler onlar için daha cazip olur.”

KÖİ projelerinde oluşan tekellik durumu bu durumun bir sonucudur (Öncü, 2018)

Orta ve Doğu Avrupa’da KÖİ modelinin yarattığı tehlikeleri ele alan CEE Bankwatch Network’un 2008²⁷ tarihli raporunda KÖİ ile ilgili tartışılan sorunlar şu şekilde özetlenmektedir:

“Bütçede yer almadan gerçekleştirildikleri için kamu borç stoğunda görülmeyen bu projelere uzun yıllar boyunca yapılacak ödemelerin ülke bütçelerinde ciddi bir yük oluşturacağı, bunun seçilecek hükümetler için bağlayıcı olmasının demokrasiyle uyumlu olmadığı, geleceğin hem ekonomik hem de politik anlamda ipotek altına alınmış olacağı uyarıları yapılmaktadır. Bu projelerin bedelini kendi dönemlerinde ödemeyen hükümetlerin, siyasi avantaj sağlamak, ölçek ekonomisine ulaşmak ve özel sektörün ilgisini çekmek için gerektiğinden daha büyük ölçekli projeler tasarladığı, bu modeli destekleyen bilimsel araştırmaların yetersizliği, kamuoyunun bu projelerin gerçek maliyetleri hakkında şeffaf bilgi alınmasının engellendiği dile getirilen sakıncalar arasındadır. Kamu-özel ortaklığı ile gerçekleştirilen bazı ihale ve inşaa süreçlerinin yolsuzlukla anıldığı, iş çevrelerinin bu projelerden yararlanmak veya kendi yatırımlarını garanti altına almak amacıyla politikaya müdahil olma çabaları da dikkat çeken noktalar arasındadır (Büyükcen & Yelken, 2015, s. 10).”

KÖİ finansman modeline ilişkin alanyazında yer alan diğer olumsuz görüşler ise şunlardır (Keçeligil, 2018, s. 164):

- KÖİ uygulamalarında finansmanı özel sektör sağlamaktadır. Ancak finansmanı özel kesimin sağlıyor olması maliyetleri azaltacağı ve devletin diğer kamu hizmetlerine daha fazla finansman ayıracağı anlamına gelmemektedir. Devletler özel kesime göre daha ucuz borçlanmaktadır. Devletin aldığı kredinin faizi, özel kesimin aldığı kredinin faizinden daha düşük olmaktadır ve özel sektör söz konusu olduğunda amaç kârın maksimizasyonudur. Ayrıca KÖİ modelinin kendisi, kamu kesimine daha fazla mali yükümlülük getirebilmektedir. Nitekim bu durum sözleşme maddelerinin yeterince açık olmadığı, gelir tahminlerinin yanlış yapıldığı, kamunun özel sektöre olması gerekenden fazla garanti verdiği projelerde gündeme gelmektedir. Projelerin yürütülmesinde yaşanabilecek kriz anlarında da kamu kesimine mali yükümlülük yüklenmektedir. Maliyetler ve ödemeler,

²⁷ https://bankwatch.org/wp-content/uploads/2011/06/never_mind_the_balance_sheet.pdf

kur sisteminde yaşanan değişiklikler nedeniyle aşırı artış gösterebilir çünkü tüm projeler uluslararası para sistemi üzerinden gerçekleşmektedir. Bu durumlarda sözleşmenin feshi gündeme gelmekte, tazminat ödenmesi gerekebilmektedir. Ayrıca avukatlık ve danışmanlık hizmetlerinin alınması da başka bir maliyet artışıdır.

- KÖİ modelinde özel sektörün yaratıcılık ve bilgi birikiminden yararlanılarak hizmetlerin daha etkin ve verimli sunulacağı ifade edilmektedir ancak bu konuya ilişkin doyurucu bir araştırma, anket veya inceleme bulunmamaktadır. Ayrıca hizmetlerin daha etkin ve verimli sunulmasının ötesinde kamunun bütçe kısıtlarından sıyrılmak amacıyla KÖİ modeline başvurduğu bilinmektedir.
- Yukarıda KÖİ modeli ile yürütölen projelerde özel sektörün siyasi baskılardan bağışık olduğu ve böylece yozlaşma, kaynakların kötüye kullanımı ve verimsizliğin olmayacağı belirtilmiş olsa da bu olumsuzlukların özel sektör için de gerçekleşebilme ihtimali olduğunu belirtmek gerekmektedir.
- KÖİ modeline başvurulmasıyla kamunun finansman sağlama yükümlölüğü ortadan kalkacak ve böylece vergiler azalacaktır ancak idarenin özel kesime sözleşme süresi boyunca ödeyeceği yüksek miktarda bir kira bedeli söz konusudur.
- KÖİ projeleri yüksek maliyetli projeler olduğundan yeni veya küçük işletmelerin bu projelere dahil olması güçtür. İhale yöntemiyle kurulan KÖİ projeleri genellikle belli başlı büyük şirketlere verilmektedir.
- KÖİ modelinde hesap verilebilirliğin daha fazla olduğu ifade edilmiş olsa da taraflardan birinin özel sektör olması nedeniyle sözleşmelerin içeriğinin şeffaf bir şekilde kamuoyuna sunulmasında “ticari sır” gerekçesine sığınlabilmektedir.
- KÖİ projelerinin ihtiyacın üstünde kamusal mal ve hizmet üretimi anlamındaki beyaz fillere engel olacağı belirtilmektedir. Ancak projeye başlamadan gerekli çevresel ve ekonomik etki değerlendirme analizleri yapılmadığında KÖİ’lerin de aynı sonucu doğurması muhtemeldir.

- Proje risklerinin etkin dağılımını öngören KÖİ projelerinde, dengenin idare aleyhinde bozulduğu özellikle ticari risk olarak ifade edilen müşteri garantisi, borç ödeme taahhüdü altına girilmesi, alım garantisi gibi risklerin kamunun üzerinde olduğu görülmektedir. Ayrıca inşaat maliyetlerinin proje devam ederken yükselmesi, işin zamanında bitirilememesi ve bunlar dışında öngörülemeyen maliyetlerin ortaya çıkması muhtemeldir.
- KÖİ projeleriyle ülkelerin yoksulluğunun azalacağı yönündeki görüş izaha muhtaçtır. Nitekim kamu kesimi tarafından özel kesime verilen bazı garantiler nedeniyle istenilen satış miktarına ulaşamaması durumundan idare özel kesime ödeme yapmakta; ödenen bedeller vergilere yansıtılmaktadır.
- KÖİ projelerinde subjektif değerlendirmelere açık olan ve net bir tanıımı olmayan bir kavram olan paranın karşılığının verildiği ifade edilmiştir. Paranın karşılığından kasıt proje süresi boyunca hizmetlerin makul fiyata ancak en yüksek kalitede sunulmasıdır. Ancak projenin yürütücüsü olan özel sektör, kamuya göre daha yüksek faiz oranlarıyla borçlanmaktadır ve asıl amacı kâr elde etmektir. Bu nedenle paranın karşılığının tam olarak alınması mümkün görünmemektedir.
- KÖİ projelerinde idare tesisin tam ve zamanında işletmeye açılması durumunda ödeme yapmaktadır. Ancak sözleşmelere eklenen ek hükümlerle kısmî kabul yolu da açılabilir.
- KÖİ'lerin yönetim ve sözleşme ilişkisi açısından eşitler arası bir ilişki geliştirdiği belirtilmektedir. Ticari nitelikteki kamu hizmetlerinde özel hukuk kişisi ile hizmetten yararlananlar arasında abonman sözleşmesi imzalanır. Abonman sözleşmesi, çeşitli içtihatlar gereği özel hukuk sözleşmesi sayılmakta ve tarafların eşitler arası olduğu kabul edilmektedir. Ancak abonman sözleşmeleri katımlı sözleşmelerdir ve yararlanıcılar sözleşmenin hükümleri üzerinde herhangi bir müdahalede bulunamazlar bu nedenle abonman sözleşmelerinin eşitler arası bir ilişki kurduğu savı sarsılmaktadır. Ayrıca projeleri yürüten şirketlerin o alanda çoğunlukla tekel olmaları ve hizmetten yararlananların alternatiflerinin olmaması eşitler arası bir ilişki kurulduğu düşüncesini zayıflatmaktadır. Ayrıca KÖİ ile paydaşlar arasında

yönetişimin sağlanacağı yönündeki görüşler de pratikteki örnekler göz önüne alındığında gerçekçi kabul edilmemektedir. Örneğin ülkemizde KÖİ modeliyle yapılan şehir hastanelerinde önemli bir paydaş olarak görülen Türk Tabipleri Birliği (TTB) sürecin dışında bırakılmıştır.

- KÖİ ile yürütülen projeler, uzun süreli sözleşmelerle kurulur ve bu durum kamunun bütçe esnekliğini azaltmaktadır.

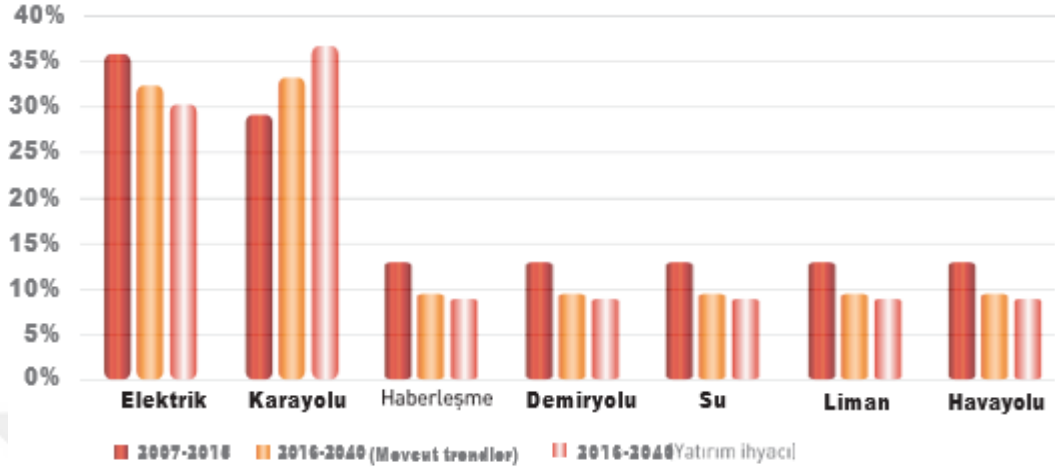
Çalışmanın bu bölümünde KÖİ modelinin savunucuları tarafından vurgulanan olumlu yönlerine ve uygulama aşamasında KÖİ modeline ilişkin karşılaşılan sorunlara yer verilmiştir. Maddeler halinde sıralanan KÖİ'nin olumlu ve olumsuz yönlerinin ne derece gerçekleştiği şehir hastaneleri bağlamında üçüncü bölümde incelenecektir. İzleyen alt başlıklarda ise dünyada ve Türkiye'de KÖİ uygulamalarının niceliksel verilerine yer verilecektir.

2. 8. Dünyada KÖİ'ler

1980'li yıllardan beri gittikçe popülerlik kazanan KÖİ modeli, dünya çapında çeşitli sektörlerde uygulanmaktadır. Devletlerin gittikçe artan ve büyük finansman gerektiren altyapı ihtiyaçlarını KÖİ modeliyle inşa etmek ve işletmek eğilimleri artmaktadır. 2040 yılına kadar dünya nüfusunda yaklaşık %25, kent nüfusunda ise göçler nedeniyle %46'lık bir artışın beklendiği ve bunun da demografik ve ekonomik değişimlerle birlikte altyapıda da büyük talebe neden olacağı ifade edilmektedir. 2016'dan 2040'a kadar 24 yıllık süreçte küresel altyapıya duyulan ihtiyacın hacminin 94 trilyon ABD doları, Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerini gerçekleştirmek için ise elektrik, kanalizasyon ve içme suyuna erişim alanlarında gerekli altyapı ihtiyacının 2030 yılı itibarıyla 3,5 trilyon ABD dolarını bulacağı öngörülmektedir (T. C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019). Bu altyapı ihtiyacının giderilmesi için pek çok devletin KÖİ modelini tercih edeceği ifade edilmektedir.

Yatırım ihtiyaçlarının sektörel dağılımlarına baktığımızda enerji, liman, havaalanı gibi yüksek finansman gerektiren sektörler göze çarpmaktadır.

Grafik 2.1. Küresel Altyapı Yatırımlarının Sektörel Bazda Dağılımı (2007-2040)



Kaynak: (T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019)

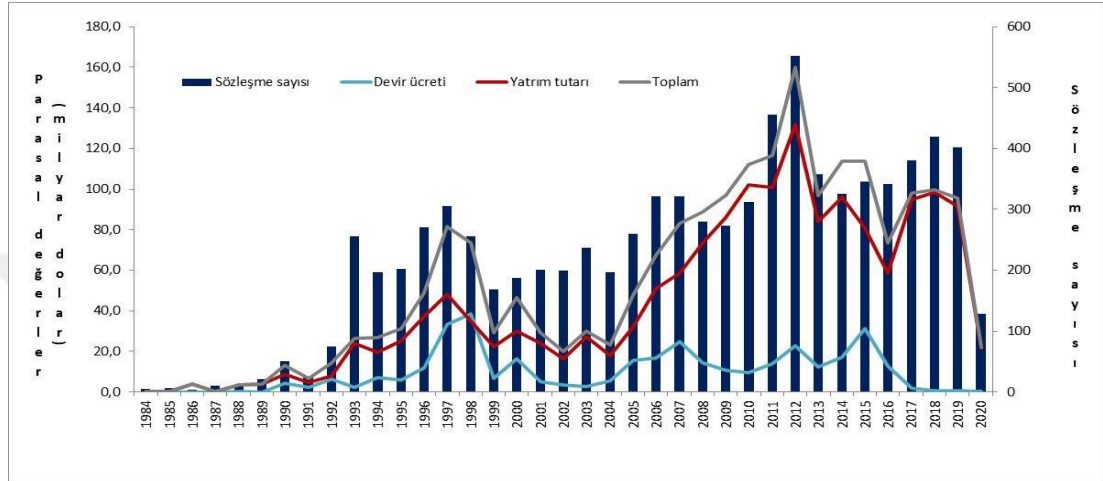
Nitekim 1984-2020 yılları arasında dünyada gerçekleştirilen KÖİ projelerinin sektörel dağılımlarında da en fazla yatırımın enerji ve ulaşım sektörlerinde olduğu görülmektedir. Örneğin 2017 yılında enerji sektörüne sadece 203 projeye yaklaşık 52 milyar dolar yatırım yapılmıştır. Ulaşım ise küresel yatırımların %39'unu oluşturmaktadır. 2017 yılında özel kesimin katıldığı altyapı projelerinin %95'ini enerji ve ulaşım sektörleri oluşturmuştur (The World Bank, 2017). Çalışmanın bu kısmında tüm dünyada artan KÖİ projelerine yatırım yapma eğilimi ve bölgeler ve ülkeler bazında yatırımların boyutları incelenecektir.

2. 8. 1. Gelişmekte Olan Ülkelerde KÖİ

Dünya Bankası'na ait (2021) altyapıda özel sektör katılımına ait alt ve üst gelir seviyesinden 139 ülkedeki altyapı projelerini içeren veritabanı (Private Participation in Infrastructure Database) verilerine göre 1984-2020 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerde 6.400 KÖİ projesi ile yaklaşık 1,6 trilyon ABD doları yatırım gerçekleştirilmiştir (grafik 2.2.). Dünya Bankası verilerine göre gelişmekte olan ülkelerde KÖİ projeleri, sözleşme sayısı ve buna bağlı yatırım tutarı 2012 yılına kadar artış eğilimi gösterirken 2012'den sonra azalmaya başlamıştır. 2020 yılına ilişkin veriler incelendiğinde tüm dünyada etkisini gösteren COVID-19'un da etkisiyle hem sözleşme sayısı hem de yatırım miktarı açısından KÖİ projelerinin 1990'lı yıllardaki seviyelere düştüğü gözlemlenmiştir. 2001-2010 döneminde 2.599

sözleşme ile 598 milyar ABD doları; 2011-2020 yılları arasında ise 3.707 KÖİ sözleşmesi ile 988 milyar ABD doları büyüklüğünde yatırım yapılmıştır (The World Bank, 2021).

Grafik 2.2. Gelişmekte Olan Ülkelerde KÖİ Projeleri Dağılımı (1984-2020)



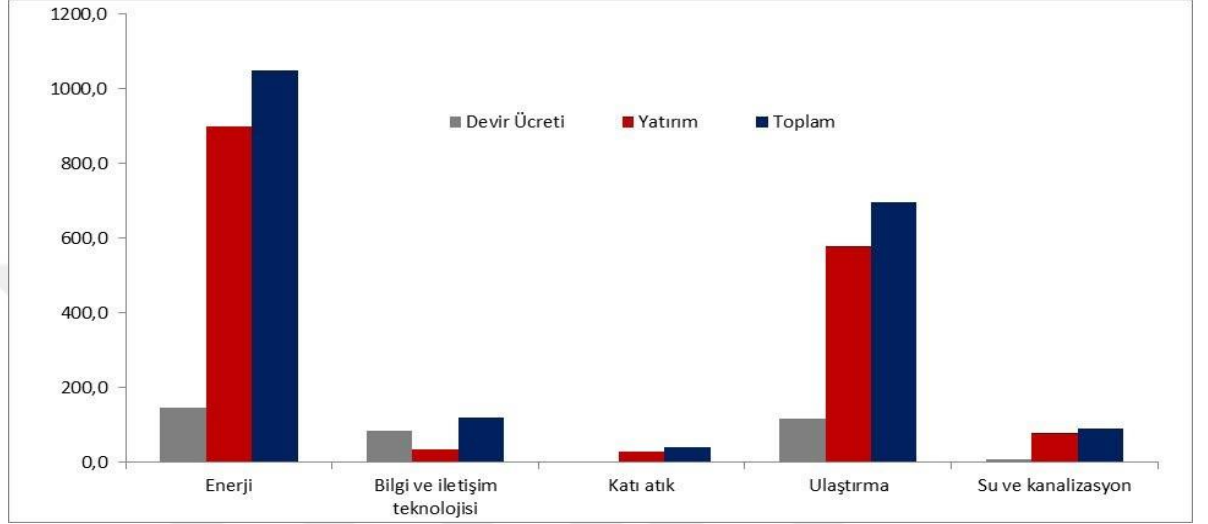
Kaynak: Dünya Bankası veri tabanı (<https://ppi.worldbank.org/en/ppidata>)

Dünya Bankası verileri 1980’li yıllarda gelişmekte olan ülkelere 104 KÖİ sözleşmesi ile yaklaşık 25 milyar ABD doları tutarında yatırım yapıldığını göstermektedir. 1990’lı yıllara gelindiğinde altyapı yatırımlarında kamu kaynaklarının yetersiz olması nedeniyle hükümetler, KÖİ modeline daha sık başvurmuş ve gerekli yasal altyapıyı da oluşturmaya başlamışlardır. Nitekim 1990’lı yıllarda 1.939 adet KÖİ sözleşmesi ile yaklaşık 254 milyar ABD doları tutarında yatırım yapılmıştır. 1997’de yaşanan Asya Krizinden 2004 yılına gelene kadar, kamusal yatırımların finansmanında KÖİ modelinin kullanımında bir gerileme söz konusudur. Ancak gelişmekte olan ülkelere gerçekleştirilmiş olan yapısal reformlar ve büyüme politikalarının etkisi ve küresel ekonominin gelişme hızı, KÖİ projelerinin hem sayısına hem de yatırım miktarına katkı sağlamıştır. 2007 yılında başlayan finans krizinden sonra sözleşme sayısı ve yatırım miktarında bir gerileme yaşanmış olsa da 2010 yılı itibarıyla tekrardan artış eğilimine geçmiştir (The World Bank, 2021).

Bunlara ek olarak KÖİ’lerin sektörel dağılımına bakıldığında, gelişmekte olan ülkelere KÖİ ile yürütülen projelerde en yüksek yatırım, enerji ve ulaştırma sektöründe gerçekleştirilmiştir (Grafik 2.3.). Bu iki sektörün tüm sektörlerde

imzalanan sözleşmeler içindeki payı %87,5'tir; diğer sektörlerin sözleşme bedelleri ise düşüktür.

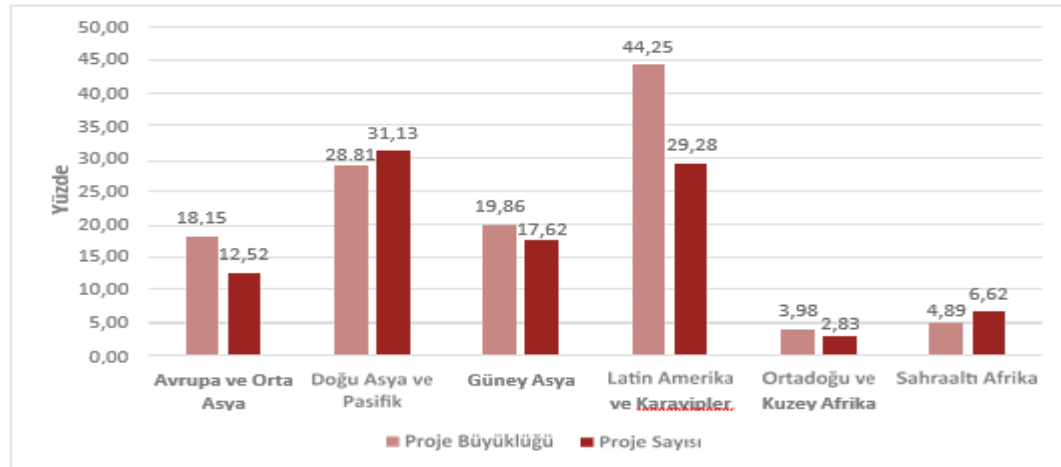
Grafik 2.3. Gelişmekte Olan Ülkelerde KÖİ Projeleri Tutarlarının Sektörel Bazda Dağılımı (1984-2020)



Kaynak: (The World Bank, 2021)

Gelişmekte olan ülkelerde 1990-2018 yılları arasında bölgeler bazında gerçekleştirilen proje sayısı ve yatırım büyüklükleri incelendiğinde, en çok proje ile yatırım yapan bölgelerin 566 milyar ABD doları yatırım ile Latin Amerika ve Karayipler olduğu; bu bölgeyi 373 milyar ABD doları yatırım ile Doğu Asya ve Pasifik'in takip ettiği görülmektedir (Grafik 2.4.).

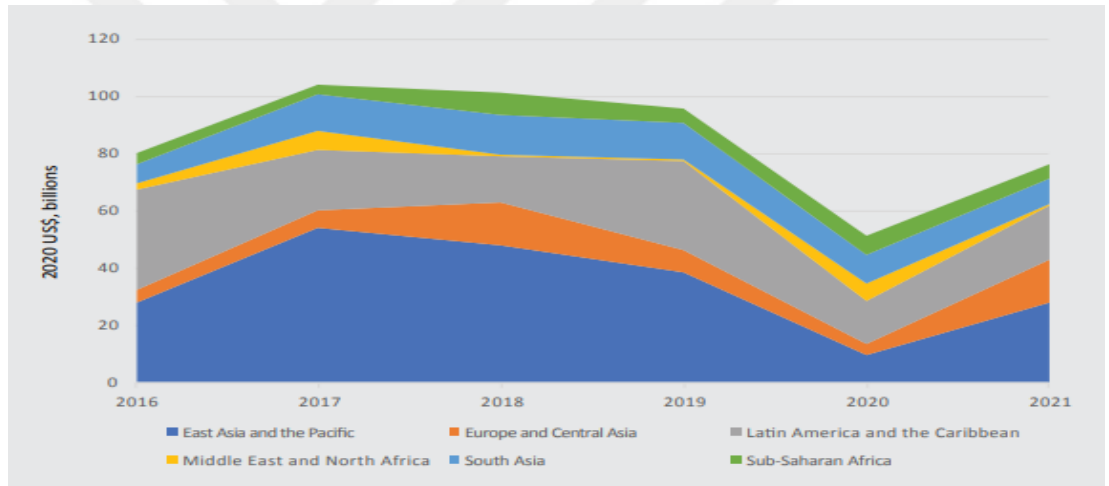
Grafik 2.4. Bölgelere Göre Kamu-Özel İş Birliği Projelerinin Yüzdesel Dağılımı (1990-2018)



Kaynak: (The World Bank, 2021)

Dünya Bankası'nın 2021 Kamu-Özel İş Birliği Raporu'nda, ülkelerin COVID-19 salgınının tetiklediği durgunluktan düzensiz ve eşitsiz bir biçimde çıkış yaşadığı; 2020 yılı ile karşılaştırıldığında KÖİ projeleri kapsamında üç bölgede daha güçlü bir toparlanma yaşandığı ifade edilmektedir. Latin Amerika ve Karayipler, Doğu Asya ve Pasifik, Orta Asya ve Avrupa, toparlanmanın en hızlı yaşandığı bölgeler olmuştur. 2020 yılı ile karşılaştırıldığında özel katılımlı kamu yatırımlarının Orta Doğu, Kuzey Afrika ve Güney Asya ülkelerinde ise azaldığı tespit edilmiştir. Sahra Altı Afrika'da ise KÖİ yatırımlarının önceki beş yıl ile ortalama aynı seviyede kaldığı ifade edilmiştir (The World Bank, 2021).

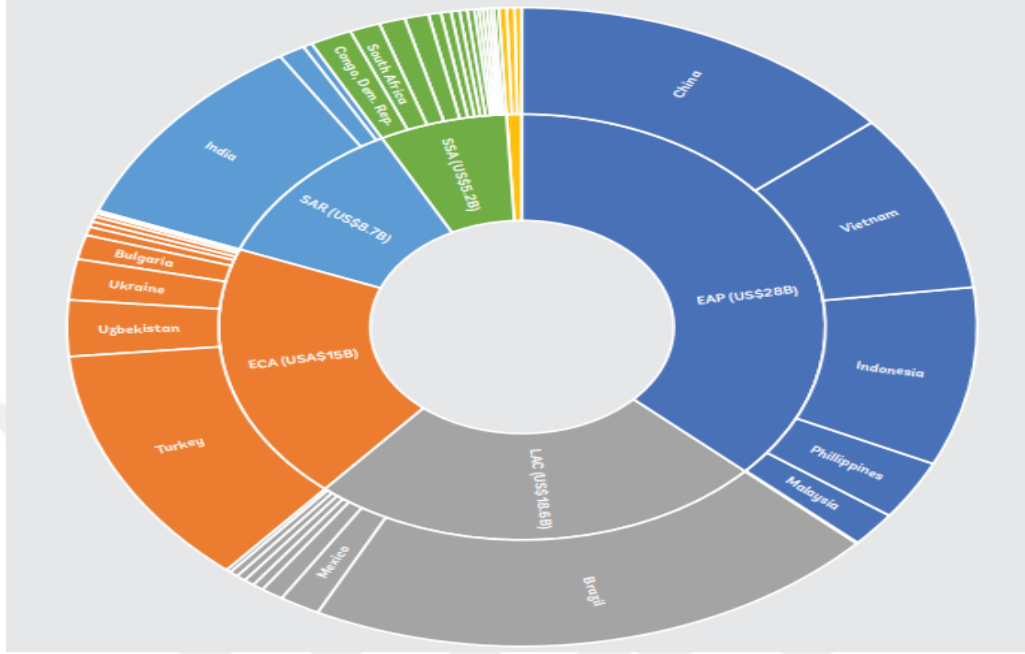
Grafik 2.5. Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerde Özel Katılımlı Altyapı Projelerinde Yatırım Taahhütlerinin Bölgesel Payı, 2016-2021



Kaynak: (The World Bank, 2021)

Rapor aynı zamanda 2021 yılı itibariyle küresel KÖİ yatırımının %66'sının 50,3 milyar ABD doları ile Brezilya, Çin, Türkiye, Hindistan ve Vietnam'da gerçekleştiğini belirtmektedir.

Grafik 2.6. Bölgeye ve Ülkeye Göre Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerin Özel Katılımlı Altyapı Projelerinde Yatırım Taahhütleri, 2021



Kaynak: (The World Bank, 2021)

KÖİ projelerinin yatırım taahhütlerinde Türkiye'nin payının bu denli yüksek olmasının nedeni, özellikle sağlık ve ulaşım sektöründe bu modeli kullanması ile ilişkilidir.

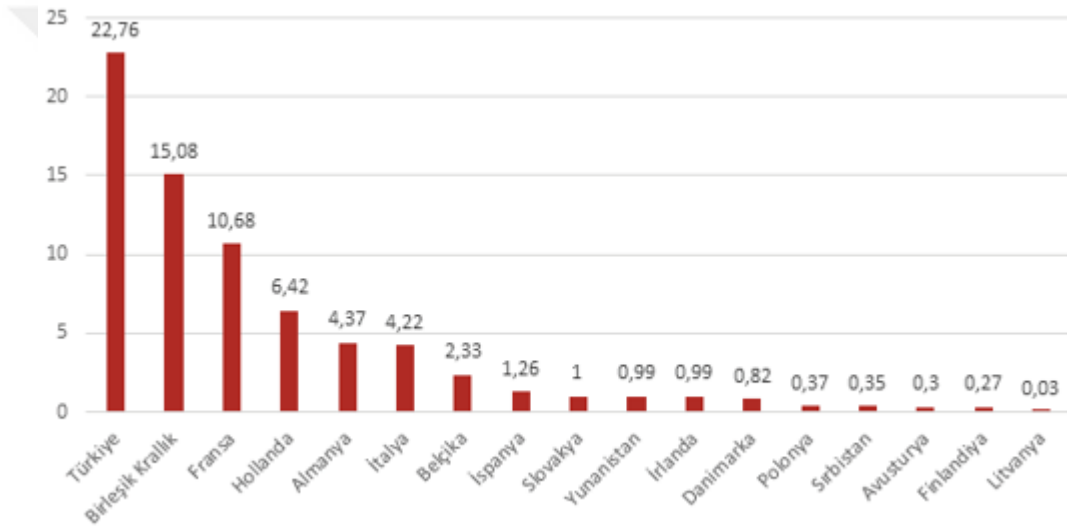
2. 8. 2. Avrupa Birliği ve Orta Asya'da KÖİ

Avrupa ve Orta Asya'da da KÖİ modeline limanlar, karayolları ve posta hizmetlerine özel finansman geliştirmek için başvurulduğu bilinmektedir. Kimi ülkede imtiyaz kimi ülkede ise özel finans katılım yöntemiyle yürütülen KÖİ modeli günümüzde de bu bölgelerde giderek artarak kullanılmaya devam etmektedir (Emek, 2010). AB, KÖİ modelini daha düşük proje maliyetleri, yatırımların hızlı gerçekleşmesi, hizmet kalitesinin artırılması, kaynakların etkin ve verimli kullanılması gibi bir dizi gerekçe ile savunmaktadır. AB'nin ve IMF'nin devlet borçlarına getirdiği kısıtlamalar nedeniyle KÖİ modelinin yaygınlaşmasında önemli bir etkisi vardır. Nitekim 1996 yılında AB tarafından imzalanan Maastricht Anlaşması, üye devletlere aşırı borçlanmadan kaçınmalarını ve ticari faaliyetlerinin kapsamı dışında olan eğitim ve sağlık gibi kamusal hizmetlerde de KÖİ'ye yönelmelerini öğütüyordu. Böylece Avrupa'da devlet borçlarını en aza

indirebilmenin bir yolu olarak da sıklıkla KÖİ projelerine başvurulduğu anlaşılmaktadır (Emek, 2010).

Avrupa’da 2018 yılında 2017 yılına göre yaşanan düşüşe rağmen 39 finansal kapanış yapan KÖİ projesinin toplam yatırım değeri 14.6 milyar Avro’yu bulmuştur. 2014 ve 2018 yılları arasında yatırım değeri açısından en büyük KÖİ projelerine imza atan ülkenin ise 22,76 milyar Avro ile Türkiye²⁸ olduğu görülmektedir (Grafik 2.7.).

Grafik 2.7. 2014-2018 Yılları Arasında Avrupa Bazında Proje Tutarları (Milyar Avro)



Kaynak: (T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019)

Türkiye’den sonra Avrupa’da en büyük KÖİ pazarına sahip ülke ise Birleşik Krallık olmuştur. Nitekim Avrupa Birliği’nde KÖİ pazarının %90 gibi büyük bir kısmı İngiltere, Fransa, İspanya, Portekiz ve Almanya’da gerçekleşmiştir (T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019).

Ayrıca Avrupa’da gerçekleştirilmiş olan KÖİ projeleri, sektörel bazda incelendiğinde en çok yatırım yapılan sektörlerin sırasıyla ulaşım, sağlık ve eğitim olduğu görülmektedir (T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019). Sağlık sektöründe yaşanan artışın Türkiye’de gittikçe sayısı artan entegre sağlık kampüsü (şehir hastaneleri) projelerinden kaynaklandığı da ifade edilmelidir.

²⁸ Avrupa Birliği KÖİ Uzmanlık Merkezi’nin (EPEC) 2015 yılı raporuna göre KÖİ projelerine 9,2 milyar Euro’luk yatırımla en çok yatırım yapan ülke Türkiye olmuştur (EPEC, 2015).

Dünya Bankası'nın 2021 yılı Kamu-Özel İş Birliği Raporu'nda Avrupa ve Orta Asya'da 2021 yılında, 2020 yılına kıyasla 3,7 milyar ABD doları gibi keskin bir artış yaşandığı bunun da özellikle Türkiye ve Özbekistan'daki özel katılımlı kamu yatırımlarındaki artışlardan kaynaklandığı ifade edilmektedir (The World Bank, 2021). Bununla birlikte bölgedeki KÖİ görünümünün Türkiye'deki siyasal ve ekonomik belirsizlik ve Ukrayna çevresinde yaşanan jeopolitik gerilimlerin artması nedeniyle azalacağı da dipnot olarak eklenmektedir. Aynı raporda 2021 yılında Türkiye'de sadece 3 proje ile 9,4 milyar ABD doları yatırım yapıldığı ve bunun da gayri safi yurtiçi hasılanın (GSYİH) 1,3'ünü temsil ettiği belirtilmiştir. Bu, son beş yılın en yüksek KÖİ yatırım taahhüt seviyesidir ki bu toparlanma çoğunlukla Antalya'daki 8,0 milyar ABD doları tutarındaki havaalanı²⁹ imtiyaz projesi ile ilişkilendirilmektedir³⁰ (The World Bank, 2021).

Özbekistan da 2021 yılı itibariyle 2,2 milyar dolar yatırım ile ulusal GSYİH'nın %3,6'sına tekabül eden ve tamamı enerji sektöründen oluşan beş KÖİ projesi almıştır. Rapor, Özbekistan'ın iddialı bir KÖİ politikası uyguladığını, muhtemelen bir KÖİ yasası ve kilit projeler için KÖİ'leri aktif olarak teşvik edecek bir KÖİ ajansı kurulacağını da eklemektedir (The World Bank, 2021).

Bölgede 2021 yılı itibariyle en çok KÖİ yatırımı yapan diğer ülkeler ise şöyledir: 1.571 milyon ABD doları ile Ukrayna, 936 milyon ABD doları ile Bulgaristan, 327 ABD doları ile Kazakistan, 210 milyon ABD doları ile Rusya ve 200 milyon ABD doları ile Azerbaycan bulunmaktadır (The World Bank, 2021).

2. 8. 3. Latin Amerika ve Karayiplerde KÖİ

2021 yılı itibariyle dünyada en büyük KÖİ yatırım taahhüdü alan ikinci bölge Latin Amerika ve Karayipler olmuştur. Bölge, KÖİ kavramına içerik olarak yabancı olmamakla birlikte, uzun yıllardan beri çeşitli şekillerde KÖİ modelini kullanmakta, önemli kamu hizmetlerini uzun süredir bu yöntemle yürütmektedir. Bu bölgede özel

²⁹ 2019 ve 2020 yıllarında havaalanı sektörüne yapılan yatırımların COVID-19 nedeniyle önemli ölçüde düştüğü ancak 2021 yılının ikinci yarısı itibariyle COVID-19 ile ilgili seyahat kısıtlamalarının kalkması ile birlikte bu sektöre yapılan yatırımın kademeli olarak artacağı da ifade edilmiştir.

³⁰ 2018 yılında finansal kapanışa ulaşan ve toplam değeri 500 milyon Avro üzerinde olan sekiz büyük kamu-özel iş birliği projesi içerisinde Türkiye'ye ait 3,1 milyar Avro ile Çanakkale Köprüsü, 1,2 milyar Avro ile Ankara-Niğde Otoyolu ve 711 milyon Avro ile Bilkent Laboratuvarı projeleri yer almaktadır.

sektör, altyapı yatırımlarının yürütülmesinde diğer birçok bölgeye göre daha çok rol almış, günümüzde almaya da devam etmektedir (The World Bank, 2021)

KÖİ yatırımları bu bölgenin GSYİH'nın 0,46'sını temsil etmektedir. Bu bölgede KÖİ yatırımları 2020 yılına kıyasla %22 artmış olup, toplam 13,9 milyar dolarlık yatırım taahhüdü imzalanmıştır. Brezilya, bölgede en çok KÖİ'e başvuran ülke konumundadır. Ülke 2021 yılında, söz konusu bölgede yer alan KÖİ yatırımların %84'ünü gerçekleştirmiştir. Meksika ise en çok özel katılımlı kamu yatırımları gerçekleştiren ikinci ülkedir. 2021 yılında Meksika, GSYİH'nın 0,1'ini oluşturan 1,1 milyar dolar ile yatırım taahhüdü imzalamıştır. Meksika'da gerçekleşen özel katılımlı yatırımların sektörel dağılımları incelendiğinde sırasıyla ulaşım ve yenilebilir enerji sektörlerinde başvurulduğu görülmektedir (The World Bank, 2021).

2. 8. 4. Pasifik ve Doğu Asya'da KÖİ

Bu bölgeler de altyapı projelerini finanse edip inşa etmek ve işletmek için KÖİ modeline başvurmaktadır. Nitekim Çin, yürüttüğü 73 proje ile 2017 yılında 17,5 milyar dolar ile en yüksek yatırım büyüklüğüne sahip ülke olmuştur (The World Bank, 2017). 2021 yılı itibarıyla bölge, 89 proje ile toplam 28,1 milyar dolar yatırım hacmine ulaşmıştır. 2020 yılı ile karşılaştırıldığında iki katı gibi büyük bir artışın yaşandığı gözlemlense de proje sayısının aynı kaldığı ifade edilmektedir (The World Bank, 2021). 2021 yılında önceki yıllarda olduğu gibi Çin bölgede en büyük kamu-özel iş birliği yatırımlarının durağı görünümündedir. Çin'de gerçekleştirilen 60 KÖİ projesi ile 10,6 milyar dolar yatırımın 2020 yılı seviyelerine göre %69 yükseldiği ancak hala son beş yıllık ortalaması olan 20 milyar doların altında olduğu ifade edilmiştir. Bu durum ülkede devam eden COVID-19 delta varyantının iyileşmeyi ve hareketliliği engelleyen kısıtlamaları ile ilişkilendirilmektedir. 2021 yılı içinde Çin'in ulusal bankaları KÖİ projeleri için kısa vadeli likidite enjeksiyonları sağladı ve zorunlu karşılıkları düşürdü. Bu süreçte Çin hükümeti toparlanmayı ve büyümeyi teşvik etmek için altyapı yatırımlarına yöneldi. KÖİ yatırımlarının %60'ı ulaşım sektörüne kanalize edildi. Çin'de en yüksek ikinci KÖİ yatırım seviyesini kaydeden sektör ise ağırlıklı olarak sıfırdan arıtma tesisi yatırımlarının kaydedildiği içme suyu ve kanalizasyon sektörü oldu (The World Bank, 2021).

2. 8. 5. İngiltere’de KÖİ

Türkiye’de KÖİ modelinin uygulanmasının detaylarına geçmeden önce sağlık sektöründe KÖİ finansman modelinin diğer ülkelere transferinde başat rol oynayan İngiltere’nin ayrı bir başlık altında incelenmesi ve yıllar itibariyle gerçekleştirdiği yatırımlara daha yakından bakılması gerekmektedir.

İngiltere’de 1980’li yıllardan bu yana özel sektörün kamusal alana girmesinin önündeki engellerin çeşitli düzenlemelerle kaldırılmasının ardından özel sektör ile yapılan iş birliği ile Özel Finans Girişimi (ÖFG) başlığı altında devletin temel kamusal faaliyetlerine özel sektör dahil edilmiştir. KÖİ modelinin ilk uygulama örneklerinden biri olan ÖFG’nin, politika transferi kapsamında tüm dünyada giderek yaygınlaştığı ifade edilmektedir (Uysal, 2020). Gerçekten de farklı sosyoekonomik gelişmişlik seviyesine sahip ülkelerin KÖİ modeli ile tanışması bu döneme denk gelmektedir. Ayrıca İngiltere, söz konusu yıllardan bu yana yürüttüğü proje sayısı ve yatırım tutarı bakımından Avrupa KÖİ pazarının en önemli aktörlerinden birini temsil etmektedir (Grafik 2.8.) (T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019, s. 13)

Avrupa’da 1990 ile 2018 yılları arasındaki süreçte finansal kapanışı yapılan ve toplam 383,2 milyar Avro yatırım büyüklüğü olan 1.841 proje içinde İngiltere, 160,4 milyar Avro yatırım büyüklüğüne sahip 1.040 proje ile ilk sırada yer almaktadır. 1993-2017 yılları arasında İngiltere’de -iptal edilen ve sözleşme süresi sona eren projeler hariç- 715 KÖİ projesi uygulanmış olup; 73,6 milyar dolar yatırım büyüklüğüne sahip bu projeler içinde yatırımın en çok yapıldığı sektör ise 218 proje ile sağlık sektörü olmuştur (T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019).

Grafik 2.8. İngiltere’de Kamu-Özel İş Birliği Projelerinin Proje Sayısı Bakımından Sektörel Dağılımı (1993-2017)



Kaynak: (T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019)

İngiltere’de söz konusu yıllarda uygulanan KÖİ projelerinde sağlık sektörünün payı yüksek olsa da ve İngiltere’nin 2000’li yılların başından beri sağlık sektöründe finansman yöntemini değiştirmeye uğraştığını belirtmek gerekir. 2011 yılında İngiliz Parlamentosunda sağlık sisteminde KÖİ modeline ilişkin gelen şikayetler üzerine bir Araştırma Komitesi kurulması kararlaştırılmış; Komite araştırma sonuçlarını Temmuz 2011’de yayınlamıştır. Buna göre özel finans girişimi yani KÖİ yöntemiyle kurulan bazı hastanelerde kira ödemelerinin yapılamıyor olması nedeniyle yüzlerce sağlık çalışanının işten çıkarıldığı, hastanelerin faaliyete geçtikten sonra ciddi bir mali darboğaza girdikleri ve devletten mali yardım bekledikleri ifade edilmiştir (Erbaş, 2021).

2. 9. Türkiye’de KÖİ

Türkiye’de KÖİ modeli ile altyapı yatırımlarının yürütülmesinin ilk örneklerine Osmanlı Devleti’nde 19. yüzyılın sonlarında rastlanmaktadır. Bu dönemde demiryolu, elektrik, liman gibi kamu hizmetleri imtiyaz sözleşmeleri yoluyla özel kesime gördürülmüştür. İstanbul Şirket-i Hayriye Deniz Hatları İşletmesi, Terkos Suyu Projesi, Beyoğlu Tüneli gibi projeler yabancı yatırımcılara çeşitli imtiyazlar vermek suretiyle gerçekleştirilmiştir. Osmanlı Devleti, 20. yüzyılda Duyun-u Umumiye İdaresi’ne bırakılan kamusal kaynaklar nedeniyle altyapı ihtiyaçlarının özel kesim tarafından sunulması adına 1910 yılında 516 sayılı Menafi-i Umumiyeye Mütteallik İmtiyazat Hakkındaki Kanunu’nu çıkarmıştır (Sarıs, 2009). Ancak tüm dünyayı etkileyen küresel savaşlar ve 1929 ekonomik buhranı nedeniyle

uzun bir dönem imtiyaz sözleşmeleriyle kamusal hizmetler gördürülememiştir. Kamu hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak artış gösterdiği 1960 ve sonrasında devletin kamusal yatırımlara ayrılan kaynakların yetersizliği, kaynakların etkin bir biçimde kullanılması isteği ve klasik kamu yönetimi anlayışıyla hizmetlerin istenilen düzeyde ve kalitede gerçekleştirilmediğine ilişkin eleştiriler nedeniyle tekrardan kamusal mal ve hizmetlerin sunumuna özel kesim dahil edilmek istenmiştir. Söz konusu kamusal mal ve hizmetlerin yeniden özel sektöre devri ile ilgili en önemli açılımlar ise 1980’li yıllara denk gelmektedir.

Gerçekten de, Türkiye’de KÖİ’nin tarihçesi Osmanlı İmparatorluğu’nun son döneminde başvurulmuş imtiyaz sözleşmelerine kadar uzansa da özellikle 1980 sonrasında sermaye yetersizliği/yurtiçinde yer alan tasarrufların yetersizliği nedeniyle atıl kalan, değerlendirilemeyen alanların ve ekonomik kaynakların kullanımını sağlamak amacıyla yap-işlet-devret, işletme hakkı devri gibi modellere sıklıkla başvurulmaya başlanmıştır. Devletin çeşitli nedenlerle yatırım yapmadığı/yapamadığı ve özellikle döviz ihtiyacı duyulan alanlarda özel kesimin yatırım yapmasına izin verilerek böylece devlet borçlanmalarının azalacağı ve ileri teknoloji transferlerinin sağlanabileceği ifade edilmiştir (Cangöz vd., 2021).

Bu dönemde özel kesimin kamusal alana girişinin önündeki siyasi, hukuki ve idari engeller gerçekleştirilen ve çalışmanın ilerleyen kısımlarında ayrıntılı bir şekilde verilen çeşitli yasal ve kurumsal düzenlemelerle kaldırılmaya çalışılmıştır. Böylelikle kamu hizmetlerinin gördürülmesinde başvurulacak olan KÖİ modellerinin uygulanması için gereken hukuki çerçeve güçlendirilmiş olup, alana ilişkin mevzuat uluslararası standartlara uygun hale getirilmeye çalışılmıştır(Cangöz vd., 2021).

Türkiye’de KÖİ’lere ilişkin yasal düzenlemeler yapma girişimini bu dönemde gündeme gelen neoliberal ekonomik yaklaşım bağlamında ele almak gerekmektedir. Nitekim özellikle İngiltere’de ateşi yakılan neoliberalizmin etkileri, Türkiye’de de paralel olarak hissedilmekteydi. Bu yıllarda Türkiye’de liberalleşme adımları atarak özelleştirme uygulamalarına yöneldi. 1980’li yılların ikinci yarısından itibaren gerçekleştirilen bir dizi yasal düzenleme ile kamu hizmetleri imtiyaz yönteminden farklı yöntemlerle özel kesime gördürülmeye başlandı. Kamu hizmetlerinin

sunumunda KÖİ'nin ilk uygulamaları yap-işlet-devret³¹ modeliyle özelleştirme politikaları ekseninde gündeme geldi (Güzelsarı, 2009, s. 54).

2. 9. 1. Türkiye’de KÖİ’lerin Hukuki Çerçevesi

1980’lerin ilk yarısında siyasi atmosferde dönemin başbakanı Turgut Özal’ın da etkisiyle esen liberalleşme rüzgarları, Türkiye’yi KÖİ alanında dikkat çekici bir konuma getirmiştir. Türkiye, dünyada bu modelin uygulanması ile ilgili ilk örnekleri sunmamış olsa da yap-işlet-devret (YİD) modeli dolayısıyla da KÖİ modelini ilk kez kanunlaştıran ülke olmuştur. Özellikle elektrik sektöründe yatırımların hızlanması ve özel kesimin dahil olmasını kolaylaştırmak için 1984’te yürürlüğe giren *3096 sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, Dağıtımı Ve Ticareti İle Görevlendirilmesi Hakkında Kanun* KÖİ’ e ait mevzuatın oluşmasının ilk örneği olmuştur. 1994 yılında ise sadece elektrik veya otoyol yapımında değil daha geniş kamusal alanda YİD modelinin uygulanması adına *3996 Sayılı Bazı Yatırım Ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkındaki Kanun* çıkarılmıştır. Söz konusu kanunun amacı “*kamu iktisadi teşebbüsleri dâhil olmak üzere kamu kurum ve kuruluşlarınca ifa edilen, ileri teknoloji veya yüksek maddi kaynak gerektiren bazı yatırım ve hizmetlerin, yap-işlet-devret modeli çerçevesinde yaptırılmasını sağlamak*” olarak tanımlanmıştır. Bu kanunun yürürlüğe girmesiyle kanunda belirtilen yatırım ve hizmetleri yerine getirmekle görevlendirilmiş Kamu İktisadi Teşebbüsleri dahil tüm kamu kurum ve kuruluşları, yap-işlet-devret modelini kullanabileceklerdir³². Kamusal alanda altyapı yatırımlarına özel sektörün katılımının yasal zeminin oluşturulmasına ilişkin düzenlemeler sektörel bazda ortaya çıkan ihtiyaçlara binaen zaman içinde farklı düzenleme ve değişikliklerle yasal bir temele bağlandığından söz konusu düzenlemelerin dağınık bir yapıda olduğu ve uygulamada belirli bir standardizasyonun oluşmadığı gözlenmiştir.

Tablo 2. 1.’de Türkiye’de altyapı yatırımlarının finansmanı için uygulanan KÖİ modellerine ilişkin yasal düzenlemeler özet bir biçimde sunulmaktadır.

³¹ Bu dönemde çoğunlukla büyük ölçekli altyapı yatırımlarının sunulmasında ileri teknoloji ve yüksek finansman ihtiyacını gidermek üzere YİD modeli ile projeler gerçekleştirilmiştir.

³² İlk etapta Kanun kapsamında sayılan yatırımların listesi sınırlı tutulmuş ancak ilerleyen zamanlarda kapsam genişletilmiştir. 2018 yılında kanun kapsamına “Kanal İstanbul ve benzeri su yolu projeleri” ibaresi de eklenmiştir (Cangöz, Emek & Uyduranoglu Karaca, 2021).

Tablo 2.1. Kamu-Özel İş Birliğine İlişkin Mevzuat

Model	Mevzuat
Yap- İşlet- Devret (YİD)	1984 Yılı, 3096 Sayılı Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti İle Görevlendirilmesi Hakkında Kanun
	1988 Yılı, 3465 Sayılı Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun
	1988 Yılı, Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanunun Uygulama Yönetmeliği
	1994 Yılı 3996 Sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkındaki Kanun
	1994 Yılı, 3996 Sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkındaki Kanunun Uygulama Usul Esaslara İlişkin Karar
Yap-Kirala-Devret (YKD)	1961 Yılı, 351 Sayılı Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kanununun 20. Maddesi
	2011 Yılı, 652 Sayılı Milli Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 23. Maddesi
	2012 Yılı, Eğitim Öğretim Tesislerinin Kiralama Karşılığında Yaptırılması Tesislerdeki Eğitim Öğretim Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik
	2013 Yılı, 6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun
	2014 Yılı, Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği
Yap-İşlet (Yİ)	1997 Yılı, 4283 Sayılı Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun
	1997 Yılı, Yap-İşlet Modeli ile Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ile Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Yönetmelik
Özelleştirme ve İşletme Hakkı Devri (İHD)	1994 Yılı, 4046 Sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun
	1999 Yılı, 4458 Sayılı Gümrük Kanunun 218/A Maddesi (Gümrük Kapılarının İşletme Hakkının Devri)
	2005 Yılı, 5335 Sayılı Kanunun 33. Maddesi (Havaalanları İşletme Hakkının Devri)
İmtiyaz	1910 Yılı, Menafii Umumiyye Mütteallik İmtiyazat Hakkında Kanun
	1924 Yılı, 406 Sayılı Telgraf ve Telefon Kanunu
	1926 Yılı, Menafii Umumiyye Mütteallik İmtiyazat Hakkında 10 Haziran 1926 Tarihli Kanuna Bazı Maddeler Tezyiline ve Bu Kanunun Bazı Maddelerinin İlgasına Dair Kanun
	1943 Yılı, 4483 Sayılı İzmir Tramvay ve Elektrik Türk Anonim Şirketi İmtiyazıyla Tesisatının Satın Alınmasına Dair Mukavelelerin Tasdiki ve Bu Müessesenin İşletilmesi Hakkında Kanun
	2000 Yılı, 4501 Sayılı Kamu Hizmetleri ile İlgili İmtiyaz Şartlaşma ve Sözleşmelerinden Doğan Uyuşmazlıklarda Tahkim Yoluna Başvurulması Halinde Uyulması Gereken İlkeler Dair Kanun

Kaynak: (T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019, s. 26)

Tabloda izlendiği üzere, yap-işlet-devret, yap-kirala-devret, yap-işlet, özelleştirme ve işletme hakkının devrine ilişkin düzenlemeler özellikle Türkiye'nin piyasa ekonomisine geçtiği 1980'li yıllardan sonra ağırlık kazanmıştır. Özellikle KÖİ modelini de kapsayan yap-kirala-devret usulüne ilişkin yasal düzenlemelerin 2011 yılı ve sonrasında arttığı gözlenmektedir. 3096 sayılı kanun ile ilk nesil KÖİ uygulamaları enerji alanında başlamıştır. 2012 yılı ise sağlık hizmetinin finansmanına özel sektörün dahilini sağlaması nedeniyle bir dönüm noktasını ifade etmektedir. Nitekim sağlık yatırımlarında KÖİ modelinin uygulanabilmesi için 3996 sayılı kanunda çokça değişiklik yapılmış son kerte 6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanunun yürürlüğe girmesi ile birlikte şehir hastaneleri için ihalelere çıkmıştır³³ (Cangöz vd., 2021).

1994 yılında çıkarılan 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanunu yap-işlet-devret sözleşmelerinin imtiyaz teşkil etmeyen özel hukuk sözleşmeleri olduğu yönünde bir hüküm içermekteydi. Ne var ki bu hüküm Anayasa Mahkemesince Anayasaya aykırı bulunarak 1995 yılında iptal edilmiştir. Mahkemece YİD sözleşmeleri, imtiyaz sözleşmeleri olarak kabul edildi. Ancak imtiyaz sözleşmesi olarak nitelendirilen bu modelde ihtilaflı hususların çözümü için uluslararası tahkim yolunun açık olmaması 1995-1999 yılları arasında çeşitli projelerin askıda kalmasına yol açmış; bu sorun 1999 yılında gerçekleştirilen Anayasa değişikliği ile giderilmiştir. Bu değişikliklerde kamu hizmeti kavramı da yeniden tanımlanmış, ihtilafların çözümü için idari yargıya değil uluslararası tahkim kurumlarına başvuru yolu açılmış ve böylece kamu hizmetlerinin özel kesime gördürülmesi olanaklı hale getirilmiştir³⁴. Ayrıca 4046 sayılı söz konusu yasa ile Anayasada ilk kez “özelleştirme” ifadesi kullanılmak suretiyle özelleştirme yapabilmenin yasal zemini oluşturulmaya çalışılmıştır (Güzelsarı, 2009).

³³ Türkiye’de KÖİ mevzuatında yapılan değişiklikler incelendiğinde söz konusu değişikliklerin uluslararası uygulamalarından farklı olarak uluslararası mevzuata paralel ve kapsamlı bir mevzuat oluşturmaktan ziyade özellikle ihalesi yapılmış projelerde tarafların ek taleplerini karşılamaya yönelik olduğu ifade edilmektedir (Cangöz, Emek, & Uyduranoğlu Karaca, 2021)

³⁴ YİD modelinde Anayasa değişikliği öncesinde karşılaşılan uluslararası tahkim yolunun açık olmaması ve imtiyazlarda özel hukuk hükümlerinin uygulanmaması sorunları aşmak ve beklemede kalmış yatırımları hayata geçirebilmek adına yap-işlet modeli ortaya çıkmıştır (Güzelsarı, 2009).

Türkiye’de KÖİ modeli 2005 yılından bu yana yap-kirala-devret yöntemi ile de kullanılmaktadır. Bu yöntem eğitim ve sağlık sektörü –özellikle de şehir hastaneleri projeleri- yatırımlarında sıklıkla başvurulmaktadır. Sağlık sektöründe yap-kirala-devret modelinin yasal dayanağı ise 1987 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na 2005 yılında eklenilen “Ek Madde 7” hükmüdür. Bu maddenin uygulama esas ve usulleri 2006/10655 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı eki yönetmelikle düzenlenmiştir. Ancak Danıştay, Ek Madde 7’e dayanarak çıkarılan şehir hastaneleri ihalelerine, yasa ile yapılması gereken düzenlemelerin yönetmelik ile yapılmasının Anayasa’ya aykırı olduğuna dair iddiaları dikkate alarak bu ihalelerin yürütülmesinin durdurulması kararı almış; Ek Madde 7 ile getirilen düzenlemenin iptali için Anayasa Mahkemesi’ne başvuruda bulunmuştur³⁵. Sağlık sektöründe var olan hukuki belirsizliğin ortadan kaldırılması için 2013 yılında 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 çıkarılmıştır ve yap-kirala-devret finansman modeli daha ayrıntılı bir biçimde düzenlenmiştir. (Cangöz vd., 2021)

KÖİ’ye ilişkin 1980’lerden bu yana tek tek sektörler için geliştirilen yasal dayanaklar genellikle Anayasa Mahkemesi ve Danıştay tarafından iptal edilmiş ve bu modeller iptal kararları nedeniyle pek uygulanamamıştır. Bu nedenle Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), KÖİ mevzuatını tek bir yasal çatı altında toplama girişiminde bulunarak 2005 yılından itibaren uygulanan KÖİ projelerine dair tecrübeleri, sorunları, çözüm önerileri ile ilgili bir toplantı dizisi gerçekleştirerek bütün sektörleri ve kamusal mal ve hizmet sunumu alanına özel kesimin dahil edilmesine olanak tanıyan tüm modelleri kapsayacak *Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı* başlıklı bir KÖİ çerçeve kanun taslağı hazırlamıştır. 2008 yılında KÖİ modelinin uluslararası arenada kabul görecektir çeşitli sebepleri ile birlikte ilgili kurumların görüşüne sunulan yasa taslağı, Avrupa Birliği’ne giriş sürecinde yer alan ihale mevzuatı ile görüş ayrılıkları barındırması nedeniyle beklemeye alınmıştır.

³⁵ Danıştay 6 Temmuz 2012, E. No: 2011/3392

KÖİ'ye ilişkin mevzuatın sistematik bir yapıda bulunmayışı, 10. Kalkınma Planı'nın "Yatırım Politikaları" ve "Politikalar" başlıkları altında da kendisine yer bulmuştur. 10. Kalkınma Planı'nda KÖİ'ye ilişkin yasal bir çerçevenin oluşturulması şu şekilde vurgulanmıştır: "*KÖİ mevzuatında önemli düzenlemeler yapılmış olmasına rağmen, mevzuatın çerçeve bir yasayla bütüncül bir yapıya kavuşturulması ihtiyacı devam etmektedir*"; "*KÖİ uygulamalarına ilişkin geleceğe yönelik yol haritası niteliğinde bir strateji belgesi hazırlanacak ve dağınık yapıdaki KÖİ mevzuatının çerçeve bir kanun altında toplanması sağlanacaktır.*" (T. C. Kalkınma Bakanlığı, 2015, s. 3)

KÖİ modellerinin tümünü kapsayacak çerçeve bir yasanın oluşturulması 2019-2021 yılı Orta Vadeli Program'da da ele alınmıştır. Buna göre "*Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) uygulamalarının, daha etkin ve finansal açıdan verimli olmasına yönelik bir çerçeve oluşturulması ve bu çerçevede uygulamaların bütüncül olmasının sağlanması öngörülmüştür.*" 2019 yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı'nda ise kamu yatırımlarına ilişkin amaçlara ulaşılması için geliştirilen tedbirler arasında "*KÖİ uygulamalarına ilişkin çerçeve mevzuat hazırlıkları*" sayılmıştır (T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019, s. 22).

2018 yılına değin KÖİ mevzuatında birliğin sağlanması bir yana cumhurbaşkanlığı hükümet sistemi ve beraberinde getirdiği Anayasa değişikliği ile birlikte KÖİ'ye ilişkin mevzuatta birtakım değişikliklere gidilmiştir. Örneğin kamu yatırımlarının uygulanmasında uygun finansman modelleri geliştirip KÖİ projelerini analiz etme görevi, Strateji ve Bütçe Başkanlığı'na verilmiştir. 2 Temmuz 2018 tarihli ve 703 sayılı³⁶ Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Yüksek Planlama Kurulu kaldırılarak, Kurul'a verilmiş olan "*ülkenin yurtiçi ve yurtdışı ekonomik hayatı ile ilgili konularda yüksek düzeylerde kararlar almak*", "*toplu konut idaresi bütçesini onaylamak*" ve "*yatırım ve ihracatın teşvikine ilişkin esasları tespit etmek*" görevleri cumhurbaşkanına devredilmiştir. Ayrıca YİD ve sağlıkta KÖİ

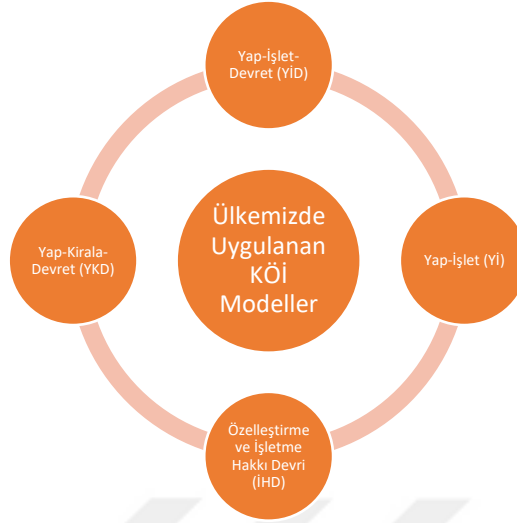
³⁶ <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/07/20180709M3.htm>

mevzuatı kapsamında Yüksek Planlama Kurulu'nun yetkileri cumhurbaşkanına verilmiştir. Buna göre 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun 2. maddesinin birinci fıkrası “... *Yapım işlerine ilişkin ön fizibilite raporu ve proje ile ilgili diğer belgeler Sağlık Bakanlığının imzasıyla Cumhurbaşkanının onayına sunulur. Yapım işlerinin ihalesi Cumhurbaşkanından yetkilendirme kararı alındıktan sonra gerçekleştirilir.*” şeklinde değiştirilmiştir. 703 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'ye “*sözleşmesi imzalanmış sağlık projelerinde bir defaya mahsus olmak üzere yapılacak iş değişikliklerine cumhurbaşkanı veya cumhurbaşkanınca belirlenen kurul veya mercice izin verilebilir*” maddesi de eklenmiştir. Aynı kararname ile Özelleştirme Yüksek Kurulu da kaldırılarak tüm yetkiler cumhurbaşkanına devredilmiştir. Dolayısıyla bu tarihten itibaren kuruluşların özelleştirme kapsamına alınması ve ihalelerde verilen nihai kararı onaylamak gibi stratejik yetkiler de cumhurbaşkanı tarafından kullanılacaktır.

2023 yılı itibariyle Türk Hukukunda KÖİ'yi düzenleyen tek bir çerçeve kanun bulunmamaktadır; bunun yerine zaman içinde gelişen ihtiyaçlar doğrultusunda oluşturulan muhtelif mevzuat bulunmaktadır.

2. 9. 2. Türkiye’de KÖİ Uygulamalarının Mevcut Görünümü

Yap-işlet-devret, yap-işlet, yap-kirala-devret, özelleştirme ve işletme hakkı devri modelleri Türkiye’de uygulanan KÖİ modelleridir.



Şekil 2.1: Türkiye’de Uygulanan Kamu-Özel İş Birliği Modelleri.

Kaynak: (T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019, s. 24)

Mevcut yasal mevzuatın kapsadığı sektörler yıllar içinde çeşitlenmiş ve KÖİ tüm bu sektörlerde sıklıkla başvurulmuş bir model olmuştur.

Tablo 2.2. Mevcut Yasal Mevzuatın Kapsadığı Sektörler

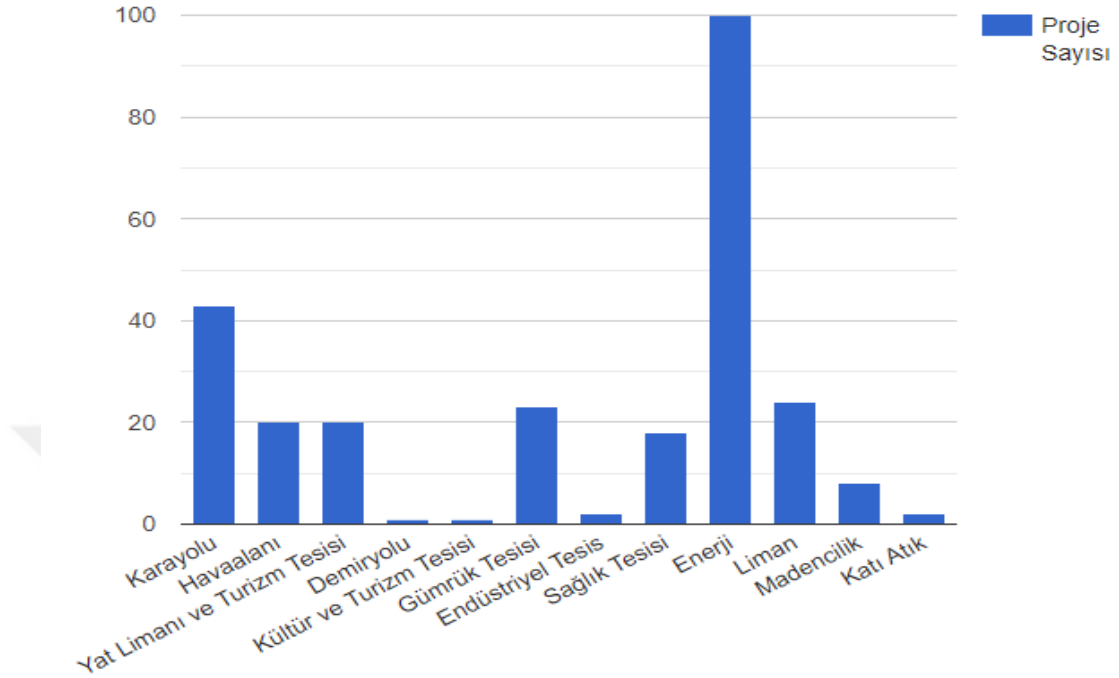
Elektrik (elektrik üretim, iletim, dağıtım ve ticareti; barajlar)
Ulaştırma (otoyol, köprü, tünel, otopark, otoyol işletme tesisleri; demiryolu; sivil kullanımına yönelik deniz ve havalimanları)
İçme suyu, kanalizasyon (içme ve kullanma suyu; arıtma tesisi; kanalizasyon)
Sağlık (şehir hastaneleri)
Turizm (yat limanları)
Genel idare (gümrük kapıları)
Madencilik (maden ve işletmeleri)
Çevre (çevre kirliliğini önleyici yatırımlar)
İmalat (fabrika ve benzeri tesisler)
Haberleşme
Tarım (sulama)

Kaynak: (Güzelsarı, 2009)³⁷

KÖİ modelinin uygulandığı alanlar elektrik ve ulaşım (otoyol, liman, köprü, havaalanı, metro vb.) ile başlayıp sağlık, eğitim, sosyal hizmet, su, atık gibi alanlarda hızla yaygınlaşmıştır (Karasu, 2009). 1986-2022 (Ocak ayı) yılları arasında Türkiye’de enerji, ulaşım (hava, kara, deniz) ve sağlık başta olmak üzere toplam 262 KÖİ projesi hayata geçirilmiştir.

³⁷ Güzelsarı’ya (2009) ait tablo güncelliğini korumaktadır. Yalnızca yap-işlet-devret modeline Kanal İstanbul için su yolu projeleri dahil edilmiştir.

Grafik 2.9. Türkiye’de KÖİ Proje Sayılarının Sektörel Bazda Dağılımı, (1986-2022)



Kaynak: T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı veri tabanı: <https://koi.sbb.gov.tr/>

Ayrıca 2022 Ocak ayı itibariyle KÖİ envanterinde bulunan tüm projelerin toplam yatırım tutarı 80,6 milyar ABD doları, sözleşme büyüklüğü ise 160 milyar ABD doları seviyelerine ulaşmıştır (Tablo 2.3.).

Tablo 2.3. Türkiye’de KÖİ Projelerinin Yatırım Tutarlarının Sektörel Dağılımı, (1986-2022)

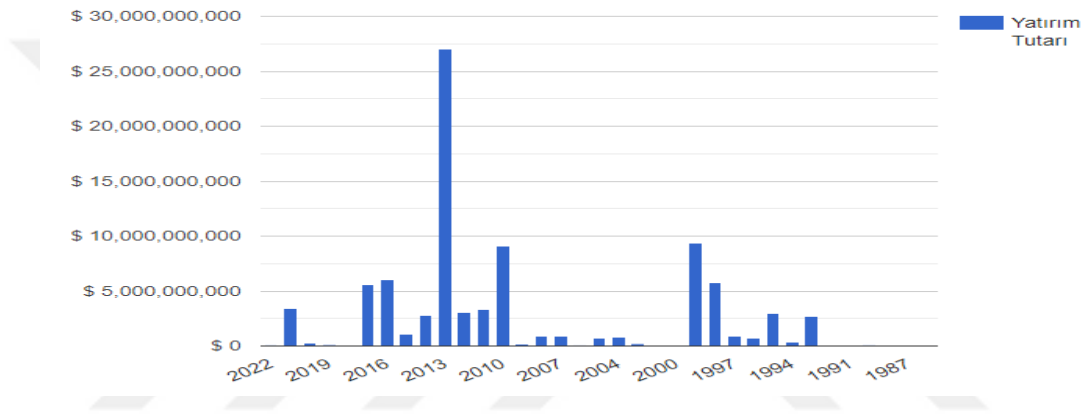
Sektör	Tutar (Milyar ABD doları)
Ulaştırma	105.371
Karayolu	25.883
Havayolu	74.330
Demiryolu	283
Liman	4.875
Enerji	38.121
Sağlık	10.988
Sanayi	1.578
Endüstriyel Tesis	1.485
Katı Atık	93
Turizm	2497
Yat Limanı ve Turizm Tesisi	2.201
Kültür ve Turizm Tesisi	296

Madencilik	261
Gümrük	605
TOPLAM	159.421

Kaynak: T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı veri tabanı: <https://koi.sbb.gov.tr/>

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı veri tabanı incelendiğinde KÖİ finansman modeline ilişkin yatırım tutarlarının yıllara göre dağılımında 2013 yılında büyük bir sıçrama yaşandığı görülmektedir.

Grafik 2.10. Türkiye’de KÖİ Projelerinin Yatırım Tutarlarının Yıllara Göre Dağılımı

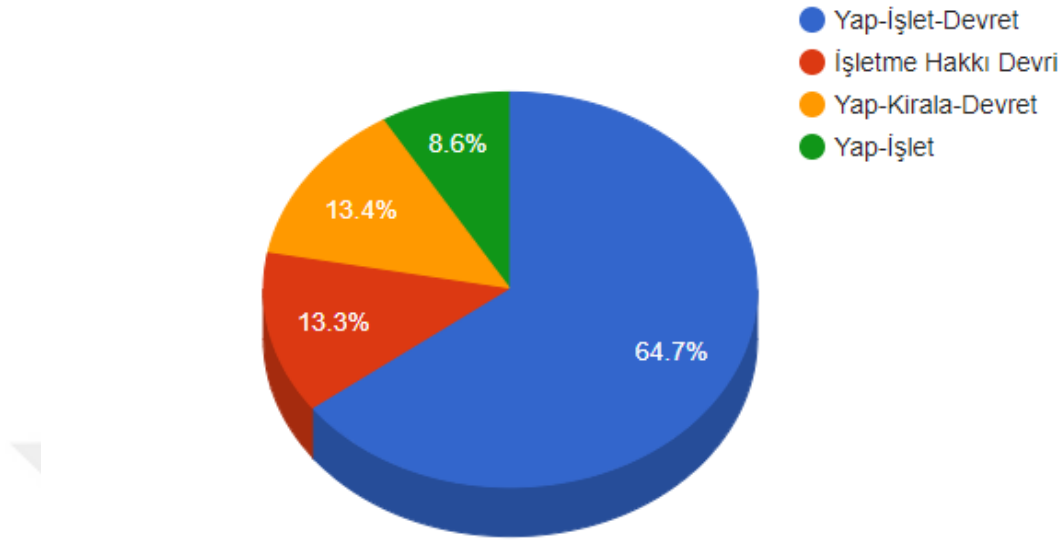


Kaynak: T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı veri tabanı: <https://koi.sbb.gov.tr/>

Bu durumun özellikle sağlık sektöründe KÖİ yatırımlarının uygulanmasına ilişkin yasal düzenlemelerin 2012 ve sonrasında hayata geçirilmesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu yıllarda yine 3996 sayılı Bazı Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanunu’nda yapılan çok sayıda değişiklikte birlikte proje sayısı ve yatırım büyüklüğünün arttığı ifade edilmektedir (Cangöz vd., 2021).

Grafik 2.11.’de yatırım tutarlarının KÖİ modellerine göre dağılımı incelendiğinde ise yap-işlet-devret modelinin toplam yatırımların %64,7’sini oluşturduğu; şehir hastanelerinin yapımında başvuru alan yap-kirala-devret modelinin ise %13,4 oran ile ikinci sırada yer aldığı görülmektedir. Son dönemlerde pek tercih edilmese de genellikle termik santrallerinin inşasında kullanılan yap-işlet modelinin payı ise %8,6’dır (T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2022).

Grafik 2.11. Türkiye’de Altyapı Yatırımlarının KÖİ Modellerine Göre Dağılımı (%)



Kaynak: T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı veri tabanı: <https://koi.sbb.gov.tr/>

Buraya kadar bir kamu hizmetinin özel kesime gördürülme usulleri bağlamında KÖİ modelinin tanımına, tarihsel gelişimine, özelleştirme ile ilişkisine ardından KÖİ’leri olumlayanların ve eleştirenlerin görüşlerine yer verildi. Dünyada ve Türkiye’de KÖİ’lerin ne derece uygulandığı, Türkiye’de başvurulanan KÖİ’lere ilişkin yasal mevzuatın ne olduğu ve son olarak da uygulamaların mevcut görünümün tahlili yapıldı. Çalışmanın bu bölümünde amaç KÖİ modelinin içeriksel bir analizini yapmak ve üçüncü bölümde ayrıntılı bir şekilde ele alınacak olan sağlık sektöründe KÖİ modelinin kullanılmasının temellerini anlamaktır. Çalışmanın ana soruları olan sağlık sektöründe KÖİ’lerin kullanımının sağlık hizmetini piyasalaştırıp piyasalaştırmadığı; ifade edildiği biçimiyle KÖİ’lerin kamu kesiminin elini rahatlatarak rasyonel bir finansman modeli olup olmadığı sorularına izleyen bölümde, Türkiye’de açılışı yapılmış ve hasta kabulüne başlayan şehir hastaneleri üzerinden yanıt aranacaktır. Ayrıca Sayıştay Başkanlığı’nın Sağlık Bakanlığı’na ait denetim raporları ve Sağlık Bakanlığı bütçe verileri incelenecektir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU-ÖZEL İŞ BİRLİĞİNİN UYGULANMASI

3.1. Sağlık Piyasalaştırılması

Kapitalist ekonomik düzen içinde sağlık hizmetinin maddi üretim sürecinde emek gücünün yeniden üretilmesini ve dolayısıyla üretimin devamlılığını sağlama gibi bir işlevi vardır. Sağlık hizmeti, kapitalistlerin ihtiyaç duyduğu sağlıklı emek gücünü sağlamaya çalışır. Sağlık sektörünün tıbbi bakım dışındaki unsurları ise yine emek gücünün yıkımına neden olabilecek risklerin bertaraf edilmesi yoluyla aynı amaca hizmet etmektedir (Öngen, 2007). Nitekim sağlık hizmetinin kendisi ilk kez kapitalist sistemde, üretim sürecinin aksamasının kabul edilemeyeceği, sürekli iş başında olacak işçilere ihtiyaç duyulduğu bir tarihsel aşamada standartlaşmıştır.

Sağlık hizmetinin temel özelliği, bir kamu hizmeti olarak piyasa ilişkilerinden bağışık kılınarak devlet tarafından yürütülüyor olmasıdır. Sağlık hizmetinin kamusal bir nitelik kazanması 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra ülkelerin sosyal devleti çağrıştıran bazı uygulamalara yönelmesiyle başlamaktadır. 1848’de yükselen işçi hareketleri, sağlık hizmetinin ulusal sağlık politikaları çerçevesinde geliştirici önlemler almasında önemli rol oynayarak sağlık hizmetleri finansmanının sistemleştirilmesi, kamu sağlık sigortası fonlarının kurulması gibi birçok düzenlemenin hayata geçirilmesini sağladı. 20. yüzyıla gelindiğinde ise hem kapitalist sisteme rakip bir sosyalist sistemin var olması hem de artan sınıf mücadeleleri ile kapitalist ülkeler, sosyal politikaları daha tutarlı ve sistematik bir şekilde uygulamaya başladılar. Refah devleti olarak adlandırılan bu devlet modeli, yoğun sermaye birikimi ve yoğun emek kullanımına dayanmaktaydı. Dolayısıyla dönemin sermaye birikim mantığına uyum sağlamak, emeğin ekonomik ve sosyal yeniden üretimini olanaklı kılmak adına bazı refah düzenlemelerinin yapılması gerekmektedir. Sağlık sektörü de düzenlemelerin yapıldığı alanların başında geliyordu. Refah devleti veya Keynesci devlet, sağlık sektöründe etkin bir rol üstlendi. 1980’lere gelene kadar sağlık sektörü piyasa ilişkilerinden belirli oranda

bağışık kılınarak tüm ülkelerde maddi üretim sürecinde farklılaşan uygulamalar ile sağlığı bozulmuş emek gücünün iyileştirilmesi amaçlandı (Güzelsarı, 2012, s. 31).

1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde bir insan hakkı olarak tanımlanan sağlık hizmeti, başta Avrupa ülkeleri olmak üzere tüm dünyada kamu malı olarak nitelendirilmeye başlandı. Bu gelişmelere, sağlık sektöründe hizmetlerin gördürülmesinde özel kesimin payının gittikçe azalması eşlik etti (Hermann, 2010). Ancak 1970'lere gelindiğinde kapitalizm bir sermaye krizi ile karşı karşıya kaldı ve bu krizden çıkmanın yolu olarak devletlerin sunduğu bazı temel kamusal hizmetlerin sermayenin yeniden değerlendirme alanına alınması gündeme geldi. Avrupa'da başlayıp ve tüm dünyaya yayılan sağlık hizmetlerinin özel sektöre gördürülme eğilimleri 1970'lerden sonra artış gösterdi. Ve sağlık hizmetinin kapsadığı alanların tümünde köklü ve sistematik bir yeniden yapılanma sürecine girildi (Ünlütürk, 2011). Hermann (2010), sağlık sisteminde öne çıkan eğilimlerin ve bu kapsamda yapılan girişimlerin üç farklı alanda somutluk kazandığını ve bunların da *“sağlık finansmanının yeniden yapılanması, sağlıkta istihdam biçimlerinin yeniden düzenlenmesi ve üretim sürecinin yeniden örgütlenmesi”* olduğunu ifade etmektedir. Kapitalizmin tüm dünyada hissedilen krizinin çıktıkları olarak devletler, sermayenin arzuladığı biçimde kamusal alandan özel kesim lehine çekilmeye başladı ve özelleştirmeler gündeme geldi. Böylece evrensel bir insan hakkı olan erişilebilir sağlık hizmeti eğilimlerinin yerini sağlık piyasaları almaya başladı (Leys, 2009).

1980'li yıllarda ülkeler sağlık hizmetlerinin görülmesinde artan talebi karşılamak ve kamu harcamalarını kıstak amacıyla giderek özel sektör katılımlı finansman modellerine yöneldiler. Bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetinin kurumsal dönüşümünde özelleştirme (özelleştirmelerin en radikal biçimi), özerkleştirme, taşeronlaştırma (kısmi özelleştirme), hastanelerin şirketleştirilmesi (işletme ilkeleri ile işletilmesi) ve KÖİ gibi mekanizmalara başvuruldu. Bu mekanizmaların ortak noktası ise her birine içkin olan sermaye birikimi ve kâr oranlarını arttırma güdüsüydü (Pala, 2018).

Çoğu ülke sağlık sektöründe KÖİ'yi, özel kesimin sermaye, bilgi ve uzmanlığından yararlanmak suretiyle hizmet kalitesini arttıracacağı, hizmetin daha

modern koşullarda gerçekleştirileceği, hizmetin daha hızlı ve etkin sunulacağı gibi gerekçelerle olumlamakta ve büyük sermaye ve teknoloji gerektiren hastaneler ile sağlık entegre kampüslerinin yapımında bu modele başvurmaktadır. Şenel, ülkelerin sağlıkta KÖİ'ye yönelmelerini şu cümlelerle ifade etmektedir;

“Birçok sektörde olduğu gibi neoliberalizmin küreselleşmesi sağlık sektörüne devletin müdahalesini azaltmış ve artık hükümetler sağlık sektöründeki birincil ve asli sorumluluklarını azaltma davranışları sergilemeye başlamışlardır. Bu süreç kamu hastaneciliği alanına da yansımıştır. Bu kapsamda birçok ülkede hastane reformlarında öncelikle kamu hastanelerinin merkezi hükümetin birer bütçe birimi olmaktan çıkıp, kendi gelir ve giderlerinden sorumlu daha otonom, özerk veya özelleştirilmiş hastane özelliğine kavuşturulması amaçlanmaktadır.” (Şenel, 2017).

Devletin kamu hizmetlerinin uygulayıcısı olmaktan, düzenleyicisi olmaya yöneldiği 2000'li yıllara doğru gelirken sağlıkta KÖİ modeli, devletin kamu hastaneleri üzerindeki kontrolünü azaltarak pazara açık hale getirirken, teknolojik kapasitenin arttırılmasına, hastane bilgi sistemlerine ve tıbbi ekipmanlara odaklanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık sektöründe kamu ve özel arasında gerçekleştirilen iş birliğini *“karşılıklı bir şekilde kabul edilen roller ve ilkeleri baz alan, bireylerin sağlığını iyileştirmek ve geliştirmenin ortak amaç edinildiği, birden çok aktörü bir araya getirmek için kullanılan bir araç”* şeklinde tanımlamaktadır (Khalid & Rajae, 2015). Bu iş birliklerinin özel kesimin sağlık hizmeti tesisinin tasarlanmasından, finanse edilmesine; inşa edilmesinden klinik hizmetlerinin sunumuna kadar sağlık hizmeti üretim sürecinin her alanında birleşik veya ortak bir çözüm sunduğu ifade edilmektedir.

Bu süreçte küresel çapta sağlık standartlarının belirlenmesinde ve sağlık politikalarının formüle edilmesinde IMF, WHO ve WB gibi uluslararası kuruluşlar, finansal destek bulma ve özel sektör finansmanı ile sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi hususlarında devlet ile piyasa arasında kurulan iş birliklerini memnuniyetle karşılayarak sağlık sektöründe bu iş birliklerinin daha fazla kurulmasını teşvik etmektedir (Baru & Nundy, 2008). Sağlık sektöründe KÖİ'ler, devletlere özel kesimin kaynaklarını ve becerilerini kullanma olanağı sağlama hususunda olumlanmaktadır. KÖİ'nin sağlık sektöründe uygulanması ile tesisler kiralama garantisiyle inşa edilir, tıbbi hizmetler dışındaki hizmetler ve tesisin işletilmesi özel sektöre bırakılır. Kamu idaresine ait arazi üzerinde bina inşa eden ve devlete

kiralayan özel kesim, azami 49 yıl sonra tesisi kamuya devreder. Böylece sağlıkta KÖİ'nin uygulanması ile hem finansman hem de yönetim süreçleri yeni bir yapılanmaya bürünmüş olur.

Sağlık sektöründe başvuru KÖİ modelleri, kamunun ve özel kesimin yükleneceği risk ve sorumluluk dereceleri ile ilişkili olarak çeşitlenmektedir. Nitekim sağlık sektöründe KÖİ'lere başvuru gerekliliklerinden biri de hizmetin etkin sunumu için risklerin ve ödüllerin paylaşılıyor olmasıdır (Emek, 2017). KÖİ sözleşmeleri, uygun bir biçimde yapılandırılıp uygulandığında hizmetin sunulmasında belirli bir düzeyde iyileşme sağlayabilir. Ancak belirtilmelidir ki KÖİ sözleşmelerinin yapılandırılması ve uygulanması çoğu zaman kolay değildir. Söz konusu sağlık hizmeti gibi kompleks bir sektör ise etkin ve verimli bir seçenek olmaktan uzaklaşması muhtemeldir.

Sağlık hizmetinin KÖİ finansman modeli ile yürütülmesinin ilk örneği, 1997 yılında İngiltere'de karşımıza çıkmaktadır. Blair Hükümeti döneminde KÖİ modelinin önündeki yasal engellerin kaldırılması ile İngiltere neredeyse bütün Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) Hastaneleri'ni KÖİ finansal modeli ile inşa etmiştir. 2009 yılına kadar bu modelle 159 hastane kurulmuştur ki bu sayı dönemde ele alınan hastane programlarının %90'nını oluşturmaktaydı (Price, 2011). İngiltere KÖİ modelini en çok sağlık sektöründe kullanmıştır (EPEC, 2015). Bu kapsamda sağlık sektöründe KÖİ modelinin öncüsü İngiltere kabul edilmektedir. İngiltere'de sağlık sektöründe KÖİ modelinin tercih edilmesi, risklerin özel sektöre transfer ediliyor olması, kamunun daha büyük maliyetlerden kaçınabilmesi, hizmetlerin diğer yöntemlere göre belirlenen süre zarfında ve bütçe sınırı içinde kalınarak sağlanacak olması gereklilikleriyle tercih edilmiştir. Ayrıca politika uygulayıcıları KÖİ modelinde paranın karşılığının (Value for Money) daha iyi sağlandığı ve özel kesimin kamu kesiminden daha etkili ve yenilikçi olduğunu savunmuştur (Uysal, 2020).

Ancak 2000'li yılların başında yapılan paranın karşılığı analizlerinde İngiltere'de hastanelerin KÖİ modeli ile inşa edilip işletilmesinin, devlet bütçesi üzerinde istenilen beklentiyi yaratmadığını, inşaat maliyetinin aynı ya da daha pahalı olduğunu, üç kamu hastanesi için ihtiyaç duyulan kaynakla sadece bir KÖİ hastanesi

yapılabildiğini ortaya koymuştur. İngiliz Parlamentosu Nisan 2011’de KÖİ modeline yönelik, kamu maliyesi açısından ciddi risk oluşturmaları, hatalı muhasebeleştirme, yolsuzluk ve kamu yararına uygulamaları konusunda var olan yoğun şikayetler için bir Araştırma Komitesi kurulmasına karar vermiştir (TTB, 2012). Ayrıca 2013 yılına kadar inşa edilen yedi hastane birliğinin finansmanına ilişkin ciddi sorunlar baş göstermiş, İngiliz Tabipleri Birliği (British Medical Association-BMA) sağlık hizmetinin sunumunda KÖİ uygulamasına başvurulmasının geleceğinin parlak olmadığı ve bu yönetime başvurmadan kaçınmak gerektiğinin altını çizmiştir. Nitekim İngiltere’de sağlık sektöründeki ihalelerin birçoğunu alan Carillion Şirketi 2018 yılında iflasını açıklamıştır (Pala, 2018, s. 137). Carillion Şirketi, İngiliz Hükümeti ile yaklaşık 450 sözleşme imzalayan önemli bir tedarikçi konumundaydı. Bu büyük şirketin iflası, İngiltere’de sağlık sektöründe KÖİ modelinin savunusun da iflası tezahüründedir.

İngiltere’den sonra sağlık sektöründe KÖİ’ye en çok başvuran İtalya, Portekiz, İspanya, Fransa ve İsveç gibi Avrupa ülkelerinde de KÖİ modeli, yüksek maliyetlere sebep olduğu ve vatandaşlarda memnuniyetsizliğe yol açtığı gerekçesiyle 2007 yılından itibaren vazgeçilmeye başlanmıştır. Nitekim İsveç’te sağlık sektöründe KÖİ finansman modeli, hükümet krizine sebep olmuştur. Bu finansman modeli ile yalnızca bir hastane inşa edilen ülkede, hastane maliyetinin ilk belirlenen rakamların çok üstünde olması nedeniyle Maliye Bakanlığı tarafından soruşturma talebinde bulunulmuştur³⁸. Ayrıca Avrupa Sayıştayı 2018 yılında “Kamu-Özel İşbirliğinde Yaygın Eksiklikler ve Sınırlı Faydalar” adlı raporunda KÖİ finansman modeliyle inşa edilen hastanelerin sözleşmelerinde var olan karmaşıklıkların sağlık sisteminde kilitlenmeye yol açabileceğini bunun yanı sıra sağlık gibi hızlı teknolojik gelişmelerin yaşandığı sektörlerde yatırımın uygun olmadığını vurgulamıştır.

Sonuç itibarıyla İngiltere ve diğer Avrupa ülkelerinde sağlık sektöründe KÖİ modeli gittikçe tercih edilen bir model olmaktan çıkarken Türkiye, özellikle 2000’li yılların başında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)” kapsamında sağlıkta

³⁸ Yeni Karolinska Hastanesi olarak bilinen söz konusu hastanenin belirlenen ilk maliyeti 2.1 milyar dolar iken son aşamada hastanenin maliyeti 7.5 milyar dolar olmuştur. Detaylı bilgi için bakınız: <https://siyasalparadigmalar.org/saglik-alaninda-avrupa-birliginin-kamu-ozel-isbirligi-deneyimleri/> (Erişim Tarihi:27.02.2024)

KÖİ modelinin uygulanmasına ilişkin yasal düzenlemeler yapmaya başlamıştır. İzleyen alt bölümde Türkiye’de sağlık sektöründe KÖİ uygulamaları daha ayrıntılı ele alınacaktır.

3.2. Türkiye’de Sağlık Sektöründe KÖİ Modeli

1980’li yıllarda Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası; diğer kamusal hizmetlerde olduğu gibi sağlıkta da yeniden düzenlemede etkili olacak yapısal uyum programlarını vurgulayarak, “Sağlık Hizmetini Finanse Etmek: Reform İçin Gündem” ve “Gelişmekte Olan Ülkelerde Özel Sektör Aracılığıyla Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi” raporlarını yayınlamak suretiyle geliştirmekte olan ülkelerin yol haritasını çizmiştir. Uluslararası kuruluşlar tarafından desteklenen söz konusu yapısal reform programlarında;

- Eşitsizliklerin önleneyeceği iddiasıyla sosyal güvenlik kurumlarının tek bir yapı altında toplanması,
- Kamunun verimsiz olduğu gerekçesiyle mülkiyet, finansman ve hizmet sunumunun özelleştirilmesi,
- Sağlık bakanlıklarının karar verici değil düzenleyici olması,
- Sağlık hizmetlerinin de bir bedeli olduğu ve herkesin gelirine göre bir bedel ödemesi gerektiği gerekçesiyle sağlık hizmetlerinin genel bütçe kalemleri içinde olduğu ülkelerde sağlık primi uygulamasına gidilerek Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasının başlatılması,
- Sağlık hizmetlerinde katkı ve katılım payı uygulamasına geçilmesi önerilmiştir (Hamzaoglu, 2013).

Nitekim bu öneriler sonucunda neredeyse tüm merkez ve çevre ülkelerde devletin piyasadaki rolü düzenlemeye ve denetlemeye evrilmiş, bu paradigma değişikliği sermaye değerlendirme alanlarına sağlık gibi temel kamusal hizmetlerin alınmasıyla sonuçlanmıştır. Serbest piyasa ekonomisine geçiş ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin de değişim ve dönüşümler, devletin rolüne ilişkin paradigma değişiminin bir izdüşümü görünümünde olmuştur. IMF ve WB gibi küresel ölçekte kuruluşların desteklediği/bizzat önerdiği bu yeni yapılanmada idarenin rolü, sağlık hizmeti gibi kompleks, çok girdili bu piyasayı düzenlemeye indirgenmiştir.

Bu kapsamda Türkiye’de de 1980 sonrasında sağlık hizmetinin sunumunda hem hukuksal hem de kurumsal yapıda önemli değişikliklere gidilmiştir. 1982 Anayasası’nın 56. maddesinde düzenlenen sağlık hizmeti, devletin sunmak zorunda olduğu bir kamu hizmeti olmaktan çıkarılmıştır. Devletin sağlık hizmetine ilişkin asli görevi 56. maddede “... Sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir³⁹.” şeklindeki düzenlemeyle düzenleyici ve denetleyici bir role bürünmüştür. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi açısından Genel Sağlık Sigortası’nın oluşturulması ve kamu hastanelerini işletme biçimine getirerek tedavi edici hizmetleri sunması ile ilgili ilk adım ise 1987 tarihli 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun” çıkarılması olmuştur. 1990’lı yıllarda I. ve II. Ulusal Sağlık Kongreleri düzenlenmiş; 1991 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı “Sağlık Projesi Genel Müdürlüğü” kurularak Dünya Bankası rehberliğinde sağlık reformlarına ilişkin taslaklar hazırlanmaya başlamıştır. Sağlık hizmetinin özel sektöre açılmasının ilk örneği ise 1995 yılında “Türkiye İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesinin” Bakanlar Kurulu kararıyla sağlık işletmesine dönüştürülmesi olmuştur (Kayaduvar, 2023). Netice itibariyle uluslararası kuruluşların tavsiye ve telkinleri ile 1990’lı yıllar, tüm dünyada hakim olan kamusal alanın ve kamusal hizmetlerin yeniden dönüşümü anlayışına uygun bir biçimde yaşanmıştır. Hemen ardından 2001-2005 yılları için hazırlanmış Uzun Vadeli Strateji ve 8nci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nın (T. C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2022) “Sağlık” başlığı altında düzenlenen ‘Amaçlar, İlkeler ve Politikalar’ kısmında⁴⁰da uluslararası kuruluşların önerilerine paralel olarak “Hastaneler idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulacak, çağdaş yönetim ve işletmecilik anlayışıyla yönetilecek, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayan işletmeler haline getirilecektir. ...Sağlık hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılacak, herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetinden yararlanma hakkı sağlanacaktır. ... Sağlık Bakanlığının görev ve teşkilat yapısı yeniden düzenlenecektir. ... Hastanelerin rekabet edebilir ve özerk işletmeler haline

³⁹ <https://www.saglik.gov.tr/TR,11472/tcanayasasi-56madde.html>

⁴⁰ <https://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>

dönüştürülmesi ile ilgili mevzuat düzenlemeleri yapılacaktır.” ifadeleriyle sağlıkta kapsamlı bir dönüşümün sinyalleri verilmiştir.

Bu anlayışın Türkiye’de sağlık piyasasına yansımalarının ilk somut adımları ise 2002’de seçimleri kazanan dönemin iktidar partisi Adalet ve Kalkınma Partisi’nin 16 Kasım 2002’de yayınladığı “58. Hükümet Acil Eylem Planı’nın (AEP)” içerisinde “Sağlıklı Toplum” başlığı altında açıklanmıştır⁴¹. Acil Eylem Planı’nda açıklanan sağlık ile ilgili temel hedefler⁴² incelenecek olduğunda sağlığın örgütsel, yönetsel ve finansal dönüşümüne ilişkin şu hususlar dikkat çekmektedir:

- Sağlık Bakanlığının günün koşullarına ve yeni sağlık sistemine göre yeniden yapılandırılması,
- Ölçek ekonomilerinden yararlanabilmek ve hızlı ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak adına devlet hastanesi, kurum hastanesi ve sigorta hastanesi ayrımı kaldırılıp tüm hastanelerin aynı çatı altında toplanması,
- Sağlık hizmetlerinde maliyeti ve hizmet kalitesini arttırmak için sağlık hizmetinin sunumunun ve finansmanının birbirinden ayrılması,
- Sağlıklı bir nesil yetiştirebilmek ve sağlık hizmetlerini tüm vatandaşlar için erişilebilir kılmak için Genel Sağlık Sigortası Sistemi’nin oluşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçerek koruyucu hekimliğinin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasını bölgesel dengesizlikleri de giderecek şekilde özendirerek teşvik tedbirlerin alınması.⁴³

Bu gelişmeler ışığında yaşanan en kapsamlı gelişme ise Acil Eylem Planı’nın da bir çıktısı olan ve Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında kamuoyuna duyurulan Sağlıkta Dönüşüm Programı olmuştur. SDP ile uygulanan sağlık politikalarının temelleri, özellikle sağlık hizmetinin KÖİ modeli ile sunumu ve finansmanı; sağlık personeli mevzuatı, niteliği ve niceliği; sağlık turizminin geliştirilmesi gibi sağlık

⁴¹ Uzun süre Sağlık Bakanlığı yapan Recep Akdağ, 2010 yılında “Dünden Bugüne Sağlık Politikalarımız” başlığı altında son 30 yılın özetini şöyle yapmaktaydı: -1980-2002: Teorik reform çalışmalarının yapıldığı dönem. -2003-...: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. (Bilaloğlu, 2018)

⁴² Acil Eylem Planının ülkenin koşulları için özgün bir belge olduğu savunusu içinde yer alan politikaların WB ve IMF’nin raporlarında belirtilen ve gelişmekte olan ülkelere yol göstermek için uygulanması istenen politikalarla benzerliğinden dolayı geçerliliğini yitirmektedir.

⁴³ <https://vergiyedaircom.files.wordpress.com/2021/03/t.c.-58.-hukümet-acil-eylem-planı-aep.pdf>

endüstrisinde yapısal dönüşümler üzerinden şekillenmiştir. Böylece SDP ile Sağlık Bakanlığı'nın kurumsal yapılanmasında yeniden yapılanmaya gidilmiştir. Program'da Sağlık Bakanlığı'na politika oluşturma ve denetim görevleri verilmiş, bakanlığın diğer fonksiyonlarının yerine getirilmesi için bağlı kuruluşlar teşkil edilmiştir. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile “Kamu Hastane Birlikleri” kurulmuş, devlete ait tüm hastaneler Kamu Hastaneleri Birlikleri'ne bağlanmıştır. Özel hastaneler sağlık ve sosyal güvencesi olan hastalara da açılmış, 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çıkarılmıştır (Seçtim, 2019).

Sermayenin gereksinimleri doğrultusunda kamu hizmetinin yeniden düzenlenmesinin bir tezahürü olan ve sağlık hizmetinin özel sektöre devredilmesinin kapılarını açan SDP, günümüzde sayıları gittikçe artan “Şehir Hastaneleri Projeleri”nin de çıkış noktası olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetinin IMF ve WB gibi neoliberalizmin temel kuruluşlarının ögütlediği gibi özel kesime devrinin yasal temelleri, SDP kapsamında belirlenmiştir. Türk sağlık sisteminin yapısal reformunun en önemli belgesi niteliğinde olan SDP kapsamında gerçekleştirilen en kapsamlı reform, sağlık hizmetinin KÖİ yöntemiyle finansmanı, inşası ve işletilmesini sağlayan şehir hastaneleridir. Şehir hastaneleri SDP'nin ikinci fazı olarak değerlendirilmektedir (Kayaduvar, 2023).

3.3. Şehir Hastaneleri

Sağlık kentleri, entegre sağlık kampüsleri olarak da adlandırılan şehir hastanelerini kamunun yürüttüğü sağlık hizmetinin belirlenmiş bir süre içinde özel sektör tarafından sağlanması amacıyla işletmeye açılan bütünleşmiş hastane modeli olarak tanımlamak mümkündür. Şehir hastanelerini Uçar (2017, Akt., Gökkaya, 2020) şöyle tanımlamaktadır:

“Sağlık hizmetleri sunumunun performansını yükseltmek amacıyla; aynı kampüs içerisinde, ihtiyaç duyulan, başta tıbbi hizmetler olmak üzere bütün sağlık hizmetlerinin entegre bir şekilde sunulduğu, eğitim ve araştırma hizmetlerinin her alanda sunulmaya çalışıldığı, teşhis ve tedavide yeni teknolojilerin ve yaklaşımların uygulanabildiği, bu sayede hasta yatış sürelerinin kısaltılmaya çalışıldığı, nitelikli

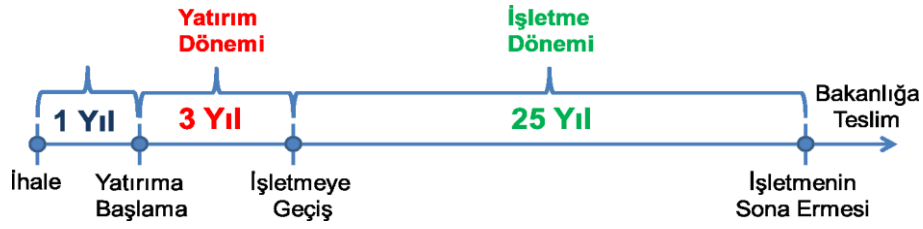
hasta yatak sayısının artırılmasına imkân tanındığı, hastaneler arası hasta naklinin azaltılmaya çalışıldığı, hasta güvenliğinin ve memnuniyetinin artırılmaya çalışıldığı, sağlık turizmi faaliyetlerinin artırılmasına alt yapı sağlandığı, çalışan güvenliğinin önemsendiği, iş gücü ve hizmet kalitesinin artırılmasının hedeflendiği ve bunları yaparken de maliyet etkinliğinin önemsendiği, özel yönetim modellerine sahip dijital ve kompleks niteliğinde akıllı bina yapısındaki hastaneler.”

Sağlıkta KÖİ finansman modelinin ilk örnekleri şehir hastaneleri projeleridir. Tengilimoğlu ve arkadaşları (2021, s. 230) bu bağlamda şehir hastanelerinin “içinde farklı alanlarda uzmanlaşmış ihtisas hastanelerinin, yüksek teknolojiye sahip laboratuvarlar, araştırma merkezleri ve sağlık teknoparklarının, sosyal tesislerin, otel ve medikal otellerin, alışveriş merkezi, idari merkezler, merkezi acil ve yoğun bakım ünitelerinin, merkezi eczane ve depo yapılarının, konaklama imkanları, atık yönetimi, yeterli büyüklükte otopark ve peyzaj alanlarının, teknolojik, fiziksel altyapı koşulları ile bir bütün olarak tasarlanan sağlık kampüsleri ve sağlık hizmetlerinin ikinci basamağı ve sağlık tesislerinin en uzmanlaşmış hali” olduğunu ifade etmektedirler. Dönemin siyasi atmosferinde ifade edildiği biçimi ile ise “şehir hastaneleri, özel hastane gibi hizmet görüp özel hastanedeki bedellerin ödenmediği yapılar” olarak tanımlanmaktadır.

2012 yılında dönemin sağlık bakanı olan Recep Akdağ ise şehir hastanelerine giden süreci şöyle tanımlamıştır:

“Ülkemizdeki sağlık hizmet etkinliğinin artırılması açısından; tedavi çeşitliliğini ülke geneline yaymak, bölgesel gelişimi sağlık alanında tamamlamak, hizmet kalitesini artırmak, maliyet etkin sağlık hizmeti sunmak, toplumun ihtiyaçları açısından; yeterli yatak sayısı ve yatak kalitesinin uygunluğu, uzmanlaşmış ekibin bölgeyi kuşatıcı hizmeti, tedavide yeni teknolojilerin tatbik edilmesi, tedavi hizmetlerinde yeni kavramların (günübirlik cerrahi, gün hastanesi) geliştirilmesi için, hastalar açısından; yatış sürelerinin kısaltılması, hasta transferinin azaltılması, hastane enfeksiyonlarının azaltılması, hasta güvenliğinin artırılması, hasta memnuniyetinin artırılması için, çalışan açısından; çalışan güvenliği ve memnuniyetinin artırılması, iş gücü ve hizmet kalitesinin artırılması, sağlık hizmet performansının geliştirilmesi” amaçlarıyla şehir hastanelerinin kurulması planlanmıştır.”

Aynı dönemde Akdağ 16 ilde entegre şehir hastanelerinin kurulacağını ifade ederek ilk resmi açıklamayı yapmıştır (Akdağ, 2012).



Şekil 3.1: Kamu-Özel İş Birliği Süreçleri

Kaynak: <http://www.kamuozeldernegi.org/saglik.html>

Şehir hastaneleri, Hazine arazilerinin bedelsiz olarak özel sektör temsilcilerine tahsis edilmesi ile özel şirket tarafından inşa edilir. Sağlık Bakanlığı'nın kiracı görünümünde olduğu bu modelde, Sağlık Bakanlığı özel şirkete işletme dönemi boyunca yılda dört kez “kullanım bedeli” ve “hizmet bedeli” karşılığında kira bedeli öder⁴⁴. Kullanım bedeli P1 hizmetler olarak tanımlanır ki bu hizmetler özel kesim ile yapılan sözleşme kapsamında yaptırılan bina, ana tıbbi cihazlar, elektrik, olağanüstü bakım onarım, asansör ve peyzaj gibi hastanelerin kullanımında ortaya çıkan zorunlu hizmetleri kapsamaktadır. Bakanlık bütçesinden finanse edilen kullanım bedeli, ihale sürecinde teklifi kabul edilen tarafından belirlenmekte olup bu hizmetlerin yürütülmesinde ortaya çıkabilecek hata/olumsuzluk ve gecikmelere uygulanacak cezalara göre indirilmektedir.

Sözleşmenin içeriğinde Türk Lirası cinsinden belirlenen kullanım bedeli finansman anlaşmalarında geçerli görülen Yurt İçi Üretici Fiyatları Endeksi'nde ve döviz cinsinde meydana gelebilecek değişimlere göre güncellenmektedir. P2 hizmetler olarak adlandırılan isteğe bağlı hizmetlerin bedeli ise her beş yılda bir yapılan piyasa testiyle güncellenmektedir⁴⁵. İhale şartnamelerinde şehir hastanelerinin binalarının inşaatı için üç yıllık bir süre verilmektedir. Üç yılın sonunda 25 yıllığına şehir hastanesi, ihaleyi alan şirket tarafından işletilecektir (Pala, 2018). İşletme süresinin sona ermesiyle mülk, sözleşmede belirtilmiş olan şartlarda ve herhangi bir bedel ödenmeksizin Sağlık Bakanlığı'na devredilir. Şehir hastaneleri projelerinin gerçekleştirilmesi için ihaleyi kazanan şirketin kurduğu özel amaçlı şirketler tıbbi destek hizmetleri (laboratuvar, görüntüleme, dezenfeksiyon ve

⁴⁴ Kullanım bedeli Sağlık Bakanlığı bütçesinden ödenirken; hizmet bedeli şehir hastanesinin döner sermaye bütçesinden ödenir.

⁴⁵ Hizmet bedeli kapsamında miktarı ölçülebilen hizmetler için her yıl belirlenen bir kullanım bedeli bulunmaktadır. Sözleşmede belirlenen kullanım bedelinin üzerinde bir kullanım gerçekleşirse aşan kısım Sağlık Bakanlığı tarafından özel ortağa ödenir.

sterilizasyon, rehabilitasyon) ile destek hizmetleri (hastane bilgi yönetim sistemi, ortak hizmetler yönetimi, bina ve arazi, yer ve bahçe bakım, güvenlik, işletme, hasta yönlendirme, refakat, yardım masası, resepsiyon, otopark, çamaşırhane, atık yönetimi, yemek hizmetleri, ilaçlama, taşıma) ve bunun yanında bazı şehir hastaneleri için kiralanabilecek ticari alan hizmetleri için geniş bir hizmet yelpazesi tanımlanmıştır. Yiyecek ve içecek hizmetleri (pastane, kafe, fastfood, simitçi, alakart), sağlık ve bakım hizmetleri (lazer epilasyon, medikal masaj, akupunktur, saç ekim, cilt bakım, manikür, zayıflama merkezi, eczane ve aktar), medikal ekipman hizmetleri (protez, ortopedi, dental, onkoloji butik, optik, işitme cihazı) ve diğer hizmetler (terzi, kuaför, kargo, postane, cenaze işlemleri, oto yıkama, araba kiralama, çiçek, oyuncak, kozmetik, kırtasiye, spor salonu, giyim) ticari alan hizmetleri kapsamında özel amaçlı şirket tarafından sunulmaktadır (Tükel, 2021).

3.3.1. Şehir Hastanelerinin Avantajları ve Dezavantajları

Şehir hastanelerinin sunulan sağlık hizmetinin mahiyetinden dolayı ön değerlendirme çalışmalarının yapılması, iç ve dış çevre analizlerinin yanı sıra yaratacağı avantajların ve karşılaşılabilecek tehditlerin analiz edilmesi önem arz etmektedir. Nitekim daha önce Türkiye’de sağlık sektöründe uygulanmayan bir finansman modeliyle inşa edilen şehir hastanelerine yönelik görüşler incelendiğinde, görüşlerin çoğu bu analizlerin gerektiği gibi yapılmıyor/uygulanmıyor olması ile ilgilidir (Cangöz vd, 2021). Bunun yanı sıra şehir hastanelerine yönelik kamu algısının şehir hastaneleri modelinin sahip olduğu güçlü yönler ve zayıf yönler arasında dalgalandığı görülmüştür (Kaya, 2022).

Şehir hastaneleri modeline ilişkin vurgulanan güçlü yönlerin özellikle yeni bir teknoloji ve fiziksel donanım ile inşa edilen şehir hastanelerinin özel sektörün sahip olduğu finansal kaynaklarla sağlanması, proje ve yönetim risklerinin özel sektör ile kamu kesimi arasında paylaşılacak olması, kamudan daha hızlı bir şekilde sağlık tesislerinin yapılmasının öngörülmesi, güçlü bir politik destekle yabancı yatırımcının ülkeye çekileceği, kamunun yatırım yükünü azaltarak kaynakların diğer hizmetlerde kullanılacak olması, mevcut yatak sayılarında artış sağlayacağı, ekonomik büyümeye ve bölgesel kalkınmaya destek sağlayacağı hususları olduğu ifade edilmektedir (İlkar, 2009). Ayrıca şehir hastanelerinin yönetiminin kaliteli hizmet sunumu için

geliştirdiği performans sistemi ve düzenli sağlık verilerinin elde edilecek olması, tüm hizmetlerin tek yerden sunulacağı, şehir hastaneleri modelinin özellikle istihdama olumlu yönde etki edeceği, ülkenin sağlık turizmi için cazibe haline geleceği ifade edilmektedir (Kaya, 2022, s. 134).

Buna karşılık sağlık hizmetinin sunumunda ülkenin pek de alışık olmadığı bu hastane modelinde Sağlık Bakanlığı'nın belirsiz rolü, sağlık hizmeti gibi bir kamu hizmetinin özel hukuka tabi sözleşmeler yoluyla yapılması, sözleşmelerin genellikle 25 yıl gibi uzun süreli olması, şehir hastanelerinin şehir merkezine olan uzaklığı ve yaşanacak ulaşım sıkıntısı, fiziksel büyüklüğün hasta ile doktor arasındaki iletişimi olumsuz etkilediği, sözleşmelerin dağınık yapıda bulunan hukuki bir altyapıya dayanması ve içeriğinin şeffaf ve saydam olmaması (ticari sır), kamu tarafından sözleşme süresi boyunca özel kesime ödenecek kira bedellerinin döviz cinsinden ve çok büyük miktarlarda olması, kamu kesimi tarafından şehir hastanelerine doluluk garantisi verilmesi ve bu finansman modelinin özelleştirmeyi derinleştireceği gibi zayıf yönler üzerinden yükselmektedir (Kaya, 2022). Yukarıda şehir hastanelerinin avantajları olarak alanyazında karşılık bulan hususlar ile birlikte uygulamada birçok aksaklıkla karşılaşmıştır. Çalışmanın bundan sonraki kısmında KÖİ finansman modeli ile inşa edilen şehir hastanelerinin yukarıda ifade edilen güçlü ve zayıf yönlerinin uygulamadaki yansımaları ifade edilecektir. Böylece çalışmanın ana sorusu olan KÖİ finansman modeli ile inşa edilen şehir hastanesi yatırımlarının rasyonelliği tartışılacaktır.

3.3.2. Türkiye’de Şehir Hastanelerinin Mevcut Görünümü

Sağlık hizmetinin sunumunda KÖİ modeli ile şehir hastanelerinin yapımı, 2011 yılının Nisan ayında 1584 yatak kapasitesi ile Kayseri Entegre Sağlık Tesisi'nin ihalesiyle başlamıştır; hemen ardından 3556 yatak kapasitesine sahip Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü, 3660 yataklı Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü ihalelerine çıkmıştır. Belirtmek gerekir ki 2011 yılında ihaleye çıkılan şehir hastanelerinin sözleşmelerinde kanuna aykırılık tespit edilmiş, sözleşmelerde gerekli belirlemelerin ve sınırlamaların yapılmadığı gerekçesiyle ihale iptallerine gidilmiştir. 2013 yılına

gelindiğinde Danıştay’ın verdiği kararın üzerine ihale⁴⁶ sözleşmelerinde düzenlemelere gidilmiş ve “Kamu Özel İşbirliği ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu kanunun yürürlüğe girmesi ile 2013 Eylül’de 15 şehir hastanesi sözleşmesi imzalanmıştır. Açılışı yapılan ilk şehir hastanesi ise 2017 yılında 475 yatak kapasiteli Yozgat Şehir Hastanesi olmuştur. İhalesi ve sözleşmesi ilk yapılan Kayseri Şehir Hastanesi’nin açılışı ise 2018’i bulmuştur.

2023 itibariyle açılışı yapılmış ve hasta kabulüne başlayan 24 şehir hastanesi mevcuttur. Bunlardan bazıları deprem riskine karşı yenilenme amacıyla 2013 yılında ihale edilip, 2019 yılında tüm dünyada etkin olan Covid-19 sürecinde pandemiyle etkin mücadele etme amacıyla tamamlanmadan açılışı yapılan ve şehir hastanesi statüsüne kavuşturulan hastanelerdir. Yapımı devam eden ve 2025 yılında açılması öngörülen 10 şehir hastanesi inşaatı mevcuttur⁴⁷. Ayrıca 2023 yılı Sağlık Bakanlığı Yatırım Programı’nda⁴⁸ İstanbul Süreyyapaşa Şehir Hastanesi, Van Şehir Hastanesi, Muğla Şehir Hastanesi, İstanbul Sancaktepe Şehir Hastanesi (1. Etap) için zemin etüt çalışmalarının yapılacağı ifade edilmiştir.

Tablo 3.1. Yapımı Tamamlanmış Şehir Hastaneleri/Entegre Sağlık Kampüsleri (2023)

Sıra	Bulunduğu İl	Adı	Yatak Kapasitesi	Açılış Tarihi	İhaleyi alan Firma
1	Kahramanmaraş	Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi ⁴⁹	1040	12 Mart 2012	Bilinmiyor
2	Yozgat	Yozgat Şehir Hastanesi	475	16 Ocak 2017	ISS Tesis Yönetim

⁴⁶ Sağlık hizmetinde KÖİ yöntemi ile yapılacak tesislere ait iş, işlem ve ihaleler 6428 sayılı Kanunun 11. Maddesi gereği Devlet İhale Kanunu (2886) ve Kamu İhale Kanununa (4734) tabi değildir. Kamu-özel iş birliği kapsamında imzalanan sözleşmeler özel hukuk hükümlerine tabidir. Bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetinin sunumuna ilişkin yapılan ihalelerin özel hukuk hükümlerine tabi olması eleştirilmektedir.

⁴⁷ https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/01/2022-Yili-Yatirim-Programi_21012022.pdf

⁴⁸ <https://sygm.saglik.gov.tr/Eklenti/45076/0/2023-yili-yatirim-programipdf.pdf>

⁴⁹ Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Sağlık Bakanlığı’nın 20/01/2012 tarihinde aldığı bir kararla Kahramanmaraş Devlet Hastanesi, Yenişehir Devlet Hastanesi ve Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin birleştirilmesiyle hizmet vermeye başlamıştır. 6 Şubat 2023 tarihine yaşanan deprem felaketi sonrasında ise Kahramanmaraş’ta BAYKAR Toplu Konutları inşaatı ile 1000 yataklı şehir hastanesi yapılacağı ifade edilmiştir. : <https://www.maraskimlik.com/saglik/sehir-hastanesi-icin-ilk-kazma-vuruldu-h35369.html>

					Hizmetleri A.Ş. ⁵⁰
3	Mersin	Mersin Şehir Hastanesi	1294	3 Şubat 2017	CCN Holding ⁵¹
4	Isparta	Isparta Şehir Hastanesi	755	24 Mart 2017	Akfen İnşaat
5	Balıkesir	Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi	1100	3 Nisan 2017	MNG Holding Mapa Günel İnşaat Şirketi
6	Adana	Adana Şehir Hastanesi	1550	18 Eylül 2017	ISS Tesis Yönetim Hizmetleri A.Ş.
7	Kayseri	Kayseri Şehir Hastanesi	1607	5 Mayıs 2018	YDA İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Inso Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.P.A
8	Elazığ	Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi ⁵²	1038	1 Ağustos 2018	ISS Tesis Yönetim Hizmetleri A.Ş
9	Manisa	Manisa Şehir Hastanesi	558	27 Ekim 2018	YDA İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Inso Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.P.A
10	Eskişehir	Eskişehir Şehir Hastanesi	1081	30 Ekim 2018	Akfen İnşaat
11	Ankara	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3711	14 Mart 2019	IC İçtaş-Dia Holding-Fzco (Hisse değişikliği ile CCN

⁵⁰ İlk etapta Rönesans Holding'in inşaat ve işletmesini yaptığı şehir hastaneleri 2021 yılında ISS Tesis Yönetim Hizmetleri A.Ş.' e devredilmiştir.

⁵¹ Mersin Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İş'i açık eksiltme usulü ile ihaleye çıkılmış, "en düşük teklifi veren" YDA İnş. San. ve Tic. A.Ş.& Inso Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.P.A İş Ortaklığı ile görüşme yapılmış, görüşme olumsuz neticelenince ihale ön yeterlilik şartlarını taşımayan ve "en düşük ikinci teklifi" veren Dia Holding FZCO-Techint Compagnia Tecnica Internazionale S.P.A İş Ortaklığı ihaleyi almıştır. İlerleyen süreçte Mersin Şehir Hastanesi, hisse devri ile CCN Holding'e devredilmiştir (Erbaş, 2021, s. 109).

⁵² Elazığ Şehir Hastanesi ihale sürecinde ilk teklif veren ve ihaleyi alan iş ortaklığı Sıla Dan. Bilş. Eğt. İnş. Taah. Tic. Ve Sağ. Hizm. Ltd. Şti., Şentürkler Müh. İnş. Taah. Turz. San. ve Tic. A.Ş., Şentürkler Oto Mak. Turz. Gıda Eğl. Sağ. Hiz.S.S.O.K İşl. San. Tic. A.Ş. İş Ortaklığı iken sözleşmenin imzalandığı 2013 yılından sonra sözü geçen şirketler belirli şirketler yararına projeden çekilmiş; projeyi Rönesans Holding A.Ş. almıştır (Erbaş, 2021).

					Holding eklendi.)
12	Bursa	Bursa Şehir Hastanesi	1355	16 Temmuz 2019	ISS Tesis Yönetim Hizmetleri A.Ş.
13	İstanbul	Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi ⁵³	827	30 Mart 2020	Taşıyapı İnşaat Şirketi
14	İstanbul	Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi	2682	20 Nisan 2020	ISS Tesis Yönetim Hizmetleri A.Ş.
15	İstanbul	Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi ⁵⁴	1161	4 Temmuz 2020	Kalyon İnşaat San. ve Tic. A.Ş.
16	Konya	Konya Karatay Şehir Hastanesi	1250	5 Ağustos 2020	YDA İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Inso Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.P.A
17	İstanbul	Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi ⁵⁵	800	5 Eylül 2020	Taşıyapı İnşaat Şirketi
18	Tekirdağ	Tekirdağ İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi	486	13 Kasım 2020	Akfen İnşaat
19	Erzurum	Erzurum Şehir Hastanesi	1574	17 Temmuz 2021	ISIMAS A.Ş.

⁵³ Eski adı Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi olan Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi 2013 yılında deprem riskine karşılık yenilenme kapsamına alınmış, hastanenin ilk etabı 30 Mart 2020’de tamamlanarak, hastane şehir hastanesi statüsüne getirilmiştir. Söz konusu şehir hastanesi projesinde kamu adına proje sürecinde müşavirlik hizmeti veren şirket ile projeyi alan şirket nedeniyle kamunun zarara uğradığı ifade edilmiştir. Ayrıca Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin kapatılması ile polikliniklerde yoğunluk yaşandığı belirtilmiştir. (<https://www.birgun.net/makale/tas-yapi-bir-hastane-parasini-nasil-yuttu-380635> ve <https://www.birgun.net/haber/sisli-etfal-tasindi-halk-perisan-oldu-366153>)

⁵⁴ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul Valiliği tarafından yürütülen İstanbul Sismik Riskin Azaltılması ve Acil Durum Hazırlık Projesi (İSMEP) kapsamında yeniden inşa edilmiştir. Hastanenin yatırım maliyeti 618 milyon tl’dir. (<https://www.saglik.gov.tr/TR,66557/kartal-dr-lutfi-kirdar-sehir-hastanesi-hizmete-acildi.html>)

⁵⁵ Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi 1982 yılından 2020’e kadar eğitim ve araştırma hastanesi olarak hizmet vermiştir. Hastane için depreme hazırlık amacıyla İstanbul Valiliği İstanbul Proje Koordinasyon Birimi (İPKB) tarafından 2013 yılında yeniden yapılmak üzere ihaleye çıkmıştır. Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi ilişkin özellikle ihaleyi alan şirket ile şirkete ödenen ilk sözleşme bedeli ve proje bitiminde ödenen bedel arasındaki uçurum kamuoyunda dikkat oluşturmıştır. Taşıyapı İnşaat Şirketi’nin aldığı ihalede Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi inşaatının ilk sözleşme bedeli 391 milyon 530 bin tl, proje bitim maliyeti 750 milyon 487 bin tl olmuştur. Şehir hastanesinin yenilenme maliyeti kamuoyuna neredeyse iki katına mal olmuştur. (<https://www.birgun.net/makale/tas-yapi-bir-hastane-parasini-nasil-yuttu-380635>)

20	Ankara	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	4050	28 Eylül 2022	Astaldi-Türkerler İş Ortaklığı
21	Kocaeli	Kocaeli Şehir Hastanesi	1210	3 Nisan 2023	Aspaldi SPA Türkerler
22	İzmir	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2060	29 Nisan 2023	Aspaldi SPA Türkerler
23	Gaziantep	Gaziantep Şehir Hastanesi	1875	9 Ekim 2023	Samsung C&T Corporation - Kayı İnş. San. ve Tic. A.Ş. - Salini S.P.A. - Simed International B.V. - Studio Altieri Spa - HAN Teknik Müşavirlik Mühendislik Mimarlık A.Ş. İş Ortaklığı
24	Kütahya	Kütahya Şehir Hastanesi	610	15 Ekim 2023	Gürış İnşaat ve Mühendislik A.Ş.

Kaynak: Tablo, <https://yts.saglik.gov.tr/> ve <https://sygm.saglik.gov.tr/> adreslerinden alınan veriler ışığında yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 3.2. Yapımı Devam Eden Şehir Hastaneleri/Entegre Sağlık Kampüsleri (2023)

Sıra	Bulunduğu İl	Adı	Yatak Kapasitesi	Planlanan Açılış Tarihi	İhaleyi Alan Firma
1	Antalya	Antalya Şehir Hastanesi	1048	2025	Kolin İnşaat ve Pekerler iştiraki Nesma Yapı İş Ortaklığı
2	Aydın	Aydın Şehir Hastanesi	1299	2025	Kolin İnşaat ve Zey Yapı
3	Denizli	Denizli Şehir Hastanesi	1000	2025	Ekşioğlu-Ekşihan, Ermit Mühendislik-Özge İnşaat-İC İÇtaş ⁵⁶
4	Diyarbakır	Diyarbakır Kayapınar Şehir	1000	2025	Limak İnşaat ⁵⁷ ve Gürbağ İnşaat

⁵⁶ Denizli Şehir Hastanesi için üç kere ihaleye çıkmıştır, ihaleyi kazanan ilk iki şirket grubu projeden çeşitli sebeplerle çekildikten sonra sonuncu ihalede yüklenici firma ile (Özge İnşaat ve İC İÇtaş) ilk ihaleden üç kat daha yüksek maliyetle anlaşma sağlanmıştır.

⁵⁷ 2021 yılında Diyarbakır Şehir Hastanesi'nin ihalesini 1 milyar 93 milyon tl'e alan Limak Holding inşaatı başladıktan 4 ay sonra inşaat maliyetlerinin arttığı gerekçesiyle projeden çekilmiş; 2022 yılında yeniden ihale çıkmış ve ihaleyi 3,9 milyar tl teklifiyle Gürbağ İnşaat firması almıştır. (<https://www.sozcu.com.tr/insaat-4-ay-sonra-durdu-2-milyar-8-milyon-lira-farkla-yeniden-ihale-edildi-wp7529481>)

5	Ordu	Hastanesi Ordu Şehir Hastanesi	900	2025	Ekşioğlu Yönetim - Ahes İnşaat
6	Rize	Hastanesi Rize Şehir Hastanesi	850	2025	Mustafa Ekşi İnşaat
7	Samsun	Hastanesi Samsun Şehir Hastanesi	900	2025	Gürbağ İnşaat
8	Sakarya	Hastanesi Sakarya Şehir Hastanesi	1000	2025	Mustafa Ekşi İnşaat- ATR İş Ortaklığı
9	Şanlıurfa	Hastanesi Şanlıurfa Şehir Hastanesi	1700	2025	YDA İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.
10	Trabzon	Hastanesi Trabzon	900	2025	YDA İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.- Inso Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.P.A

Kaynak: Tablo <https://yts.saglik.gov.tr/> ve <https://sygm.saglik.gov.tr/> adreslerinden alınan veriler ışığında yazar tarafından oluşturulmuştur.

Rönesans Holding Elâzığ, Adana, İstanbul İkitelli (Başakşehir Çam ve Sakura), Yozgat ve Bursa Şehir Hastaneleri için ilk yüklenici firma olmuştur. Türkiye’de sağlık sektöründe KÖİ modeliyle inşa edilen şehir hastaneleri için ilk etapta yaklaşık %30 yatak sayısı ile Rönesans Holding lider şirket olmuştur (2021 yılında Rönesans Holding söz konusu şehir hastanelerindeki işletme alanındaki hizmetlerini Danimarkalı ISS Holding’e devretmiştir.). Rönesans Holding’i Rönesans Holding’ten sonra en yüksek yatırım tutarı ve yatak sayısına sahip ve Ankara Etlik, Kocaeli, İzmir Bayraklı Şehir Hastanelerinde yüklenici olan Aspaldi SPA Türkerler; Bilkent ve Mersin Şehir Hastanelerinde yüklenici firma olan CCN Holding; Kayseri, Konya, Manisa Şehir Hastanelerinin yüklenicisi YDA İnşaat; Isparta, Eskişehir, Tekirdağ Şehir Hastanelerinde yüklenici olan Akfen Holding; Gaziantep Şehir Hastanesi’nde KAYI İnşaat; ve son olarak Kütahya Şehir Hastanesi’nde yüklenici firma olan Güriş İnşaat takip etmektedir⁵⁸. İstanbul ilindeki Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın ve Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanelerine ek hizmet binaları yapılmak suretiyle şehir hastanesine dönüştürülmesi projelerinin ihalelerini ise Taşyapı İnşaat almıştır. Yapımı devam eden şehir hastanelerinin yüklenici firmaları incelendiğinde ise 10 şehir hastanesi için şirket ve iş ortaklarının pek farklılaşmadığı görülmektedir.

⁵⁸ (Raporun ayrıntılı incelemesi için bakınız: https://sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/05/Kamu-Ozel_Isbirligi_Raporu-2018.pdf)

3.3.3. KÖİ Finansman Modeli İle İnşa Edilen Şehir Hastanelerine

Yönelik Eleştirel Değerlendirmeler

3.3.3.1. Kira Bedeli ve Hazine Yüğü

Şehir hastanelerine ilişkin kamuoyunda tartışmalara yol açan ana konu, şehir hastaneleri için hazineden karşılanacak kira bedellerine ve diğer mali yükümlülöklere ilişkindir. Hastane binalarının ve donanımlarının kamu bütçesine çok yüksek maliyetlere neden olduğı ifade edilmektedir (Tükel, 2021). KÖİ finansman modeliyle yapılan şehir hastanelerinin Sağlık Bakanlığı bütçesine yük olmadan yapılması planlanırken söz konusu hastanelere ödenen kira ve diğer hizmet bedellerinin Bakanlık bütçesindeki payı her geçen yıl daha da artmaktadır.

2022-2024 Orta Vadeli Plan'da şehir hastaneleri için ödenecek kira bedeli 14 milyar 92 milyon lira ve buna ek hizmet bedelleri olarak da 7 milyar 474 milyon lira olduğı ifade edilmiştir⁵⁹. Ancak sözleşmelerde belirlenen kira ve hizmet bedelleri döviz cinsi üzerinden belirlendiğinden yaşanan kur artışı nedeniyle ihaleleri alan özel şirketlere 13 şehir hastanesi için 2022 yılı içinde 33 milyar 769 milyon lira ödeme yapılmıştır. Ödenen bedelin büyüklüğünü ortaya koymak adına belirtmek gerekir ki 2022 yılı itibariyle Ticaret Bakanlığı, Dışişleri Başkanlığı, Çevre Şehircilik ve İklim Bakanlığı ve Kültür ve Turizm Bakanlığı'na tüm yatırımlar dahil giderler için verilen harcama yetkisi 33 milyar 247 milyon liradır⁶⁰. Dolayısıyla şehir hastanelerinin KÖİ finansman modeliyle yapılmasında ifade edilen temel saiklerden biri olan kamu kesiminin sağlık yatırım maliyetinin azalacağı, bu yatırımların başka alanlara kaydırılacağı düşüncesi de gerçeklikten uzaklaşmış bulunmaktadır.

6428 Sayılı Kanun'a göre kullanım bedeli Sağlık Bakanlığı bütçesinden ödenirken; hizmet bedeli şehir hastanesinin döner sermaye bütçesinden, döner sermayenin karşılayamadığı kısmı ise bakanlık bütçesinden ödenir. Ancak şehir hastaneleri sözleşmeleri ve ödenecek kira bedelleri ticari sır nedeniyle kamuoyuyla net olarak paylaşılmamaktadır. Ayrıca Bakanlığın özel şirkete ödeyeceğı kira ve hizmet bedellerinin ne kadarının döner sermayeden ne kadarının Bakanlığın genel bütçesinden karşılandığı bilinmemektedir. Sağlık Bakanlığı Yatırım Programları'nda

⁵⁹ <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2021/09/Orta-Vadeli-Program-2022-2024.pdf>

⁶⁰ <https://www.sbb.gov.tr/orta-vadeli-programlar/>

Bakanlığın şehir hastaneleri için ödediği bedel “sermaye giderleri”, “cari giderler” ve “transferler” başlıkları altında belirtildiği için bir proje için toplam ne kadar kaynak harcadığı bilgisine de ulaşılmamaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın bütçe giderlerinin ekonomik olarak sınıflandırıldığı tabloda⁶¹ 2023 yılı mart ayında sermaye giderleri 14.296.614.601,11 TL; cari giderler ise 786.151.849,61 TL olarak verilmiştir. Ayrıca şehir hastanelerinin KÖİ modeli ile işletilmesinin kamu bütçesine getirdiği yük Sayıştay raporlarında da tespit edilmiştir.

Türk Tabipleri Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu’nun en son 2017’de yayınladığı rapora göre şehir hastanelerine ödenecek kira ve hizmet bedelini kapsayan toplam ödeme miktarları şöyledir:

Tablo 3.3. Bazı Şehir Hastaneleri İçin İhalede Belirtilen Kira Bedelleri-2017⁶²

Şehir Hastanesi	Kira Bedeli	Hizmet Bedeli
Ankara-Etlik Şehir Hastanesi	276.000.000 TL	256.288.181,53 TL
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	240.000.000 TL	233.881.598,64 TL
Kayseri Şehir Hastanesi	137.730.000 TL	Bilinmiyor
Yozgat Şehir Hastanesi	32.828.580 TL	Bilinmiyor
Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi	69.995.988 TL	58.451.037 TL
Konya Karatay Şehir Hastanesi	69.000.000 TL	62.000.000 TL
Mersin Şehir Hastanesi	140.980.000 TL	Bilinmiyor
Manisa Şehir Hastanesi	46.000.000 TL	36.000.000
Gaziantep Şehir Hastanesi	143.000.000 TL	Bilinmiyor
Kocaeli Şehir Hastanesi	85.000.000 TL	Bilinmiyor
Adana Şehir Hastanesi	114.799.996,80 TL	94.483.339,11 TL
Isparta Şehir Hastanesi	52.250.000 TL	Bilinmiyor
İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	159.500.000 TL	Bilinmiyor
İstanbul İkitelli (Başakşehir Çam ve Sakura) Şehir Hastanesi	230.000.000 TL	Bilinmiyor
Tekirdağ Şehir Hastanesi	54.300.000 TL	Bilinmiyor
Eskişehir Şehir Hastanesi	99.990.000 TL	Bilinmiyor

⁶¹ Tablonun ayrıntılı incelemesi için tıklayınız: https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/45615/0/butce-giderlerinin-ekonomik-siniflandirilmesi-tablosu-mart-2023pdf.pdf?_tag1=4BF5C7D937AD0409076DD28D27560EEE43DCA264

⁶² Yapılan literatür taramasında şehir hastanelerine ödenen yıllık kira ve hizmet bedellerinin ayrı ayrı gösterildiği başka herhangi bir kaynağa ulaşılamamıştır.

Şanlıurfa Şehir Hastanesi	154.700.000 TL	Bilinmiyor
----------------------------------	----------------	------------

Kaynak: https://www.ttb.org.tr/kollar/sehirhastaneleri/makale_goster.php?Guid=d4c29f9a-ea46-11e7-ad3f-8fdeacc2c79e

3.3.3.2.İhale Süreci: Şeffaflık, Denetim, Katılım, Süre

Şehir hastanelerinin yapımında ortaya çıkan maliyetin klasik kamu ihale yöntemlerine göre daha az maliyetli olacağı bu nedenle özel sektör iş birliği ile hastanelerin yapımının daha hesaplı olacağı ifade edilmiştir. Ancak Uluslararası Şeffaflık Derneği'nin Şehir Hastaneleri Raporunda da (2019) ifade edildiği üzere, sadece Bilkent Şehir Hastanesi için uzmanlar tarafından yapılan analizler göstermiştir ki (Emek, 2017) KÖİ modeli ile yapılan Bilkent Şehir Hastanesi klasik ihale yöntemine göre %173 daha maliyetlidir. Rapora göre Kayseri Şehir Hastanesi için özel şirkete ödenecek 3,5 yıllık kira bedeli ile hastanenin sabit yatırım maliyetinin karşılanabileceği ifade edilmiştir (Bilaloğlu, 2018). Nitekim bu yeni finansman modelinde borçlanan tarafın özel sektör olacağı ifade edilirken finansmanın yarattığı borç yüküne verilen hazine garantileri nedeniyle aslında borç riskini üstlenen kesimin kamu kesimi olduğu görülmüştür (Uluslararası Şeffaflık Derneği, 2019).

Şehir hastaneleri ihale sürecine ilişkin bir diğer eleştiri, altyapı hizmetlerine özel sektörün katılımını öngören KÖİ sözleşmelerinin ihale usul ve esaslarının kamu alımlarını düzenleyen ve denetleyen 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamı dışında olmasıdır. 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu bir kısım olumsuzlukların önlenmesi amacıyla daha hızlı ve ihtisaslaşmış bir idari denetim sağlanabilmesi için, sözleşme öncesi aşamadaki idari işlemlerin, öncelikle ihaleyi yapan idare ve sonrasında Kamu İhale Kurumu (KİK) tarafından yeniden gözden geçirilmesi ve aykırılığın tespiti halinde gereken düzeltmelerin yapılabilmesine olanak sağlayan “şikayet” adı altında bir başvuru usulü getirmiştir (Öztürk & Karyağdı, 2010). Şehir hastaneleri sözleşmeleri, 4734 sayılı Kanun kapsamında olmadığından bu başvuru usulüne gidilememekte ve kamuoyu denetiminden uzaklaşan yetkililerin, hesap verebilirlikleri azalmaktadır.

Ayrıca 4734 sayılı Kanun, ihale sürecinde keyfiyetleri önlemek ve hesap verilebilirliği arttırmak için ayrıntılı düzenlemeler içermektedir. 4734 sayılı kanunda

belirtilen ve ihale sürecinde rekabeti, kamuoyu denetimini ve saydamlığı arttıracak düzenlemeler sağlıkta KÖİ’i düzenleyen 6428 sayılı kanunda yer almamaktadır. Bu durumda Sağlık Bakanlığı, rekabeti ve saydamlığı düzenleyecek geniş yetkilere sahip tek yetkili kurum görünümündedir.

Bakanlık, sürecin başında internet sitesinde ihale sürecine ilişkin şartnameler ve kazanan teklifi, ön yeterlilik ilanı, ihaleye teklif veren ve ihaleyi alan şirketlere ilişkin bilgileri detaylarıyla vermektedir ancak son yıllarda bu bilgilerin detaylarını paylaşmamaktadır. Dolayısıyla merkezin denetiminden uzaklaşan ihale süreci, kamuoyu denetiminden de uzaklaşmaktadır.

İhaleyi kazanan şirketler incelendiğinde ise KÖİ ihale sürecine ilişkin başka bir sorun dikkat çekmektedir. Bilgileri kamuoyuyla paylaşılan 2017 yılı itibarıyla 15 ihale için üç şirketin teklif verdiği görülmüştür. Dolayısıyla büyük yatırım gerektiren bu projelere az sayıda yatırımcının katılması rekabeti de azaltmaktadır. Proje ölçeğinin çok büyük olması yatırımcıların ihaleye katılmalarının önünde bir engeldir (Emek, 2017). Çünkü yatırımcının proje finansmanının %20’sini öz kaynaklarıyla karşılaması gerekmektedir. Özel kesim temsilcilerini proje finansmanından önce sermaye finansmanı arayışına iten bu büyük ölçekli projeler, ihale sürecine katılım engeli yaratmakta, genellikle aynı şirketlerin ihaleyi kazanmasının ve oligopolcü davranışın önünü açmaktadır. İhalelerin aynı şirketler veya şirket grupları tarafından alınması ayrıca yukarıda değindiğimiz İngiltere örneğinde yaşandığı gibi bu şirketlerin batması durumunda sağlık hizmetinin sunumunda krize yol açabilme tehlikesini de barındırmaktadır. 2023 itibarıyla 24 şehir hastanesi yatak sayısının yaklaşık %30’una sahip olan şirket, daha önce Rönesans Holding’in taşeronu olan Danimarkalı ISS Tesis Yönetim Hizmetleri A.Ş.’dir.

Bu bağlamda ilk adı İkitelli Şehir Hastanesi olan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi’nin politik ekonomisi durumu özetler niteliktedir. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi için 2012 yılında çıkılan ihaleyi Emsaş İnşaat’ın önderlik ettiği bir konsorsiyum kazanmış, ihaleyi alan firmalar IHIC İstanbul İkitelli Uluslararası Sağlık Hizmetleri Yatırım ve İşletme A.Ş. şirketini kurmuştur. En büyük 3. sağlık yatırımı olarak duyurulan proje için projenin toplam maliyeti 232.816.682

dolar olarak açıklanmıştır. Ancak Temmuz 2015'te ihaleye girecek teknik şartları taşımayan Rönesans Sağlık Yatırım A.Ş., şirketin bütün hisselerini satın almıştır. Türk Tabipleri Birliği'nin yaptığı açıklamaya göre şehir hastaneleri projelerinde yalnızca işletme dönemi için hisse devri yapılmaktadır ve özel amaçlı şirketin hisse devir işlemi Sağlık Bakanlığı'nın onayına tabidir⁶³. 2017 yılında Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'ne ödenecek yıllık kira bedelinin 259 milyon tl olacağı ifade edilmiştir. Dolayısıyla Rönesans Holding'e 25 yıllık kira bedeli olarak 6.475.000 tl ödeneceği hesaplanmıştır⁶⁴. Böylece Yozgat, Adana, Bursa ve Elazığ şehir hastanelerinin yanı sıra Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nin inşaatı ve işletmesi Rönesans Holding'e geçmiştir.

Şehir hastaneleri için büyük yatırım maliyetlerinin gerektiği ve yatırımcının proje finansmanının yüzde yirmisini öz kaynaklarından karşılaması koşul olduğundan belli başlı şirketlerin ihaleleri alabileceği ve bu durumun oligopol bir piyasaya yol açma tehlikesi barındırdığı daha önce ifade edilmişti. 2015 yılında Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nin de yüklenici şirketinin Rönesans Holding olması söz konusu endişeleri yenilemiştir. 2021 yılına gelindiğinde ise başka bir durum ile karşılaşmıştır. Rekabet Kurumu tarafından, Rönesans Holding'in Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi için kurduğu özel amaçlı şirket olan Rönesans İşletme Hizmetleri A.Ş., tüm hisselerinin Danimarkalı ISS Tesis Yönetim Hizmetleri A.Ş.'e devredildiği duyurulmuştur. Türk Tabipleri Birliği'nin konuyla ilgili yaptığı açıklamaya göre Sağlık Bakanlığı'nın onayına tabi olan bu hisse satışları ile ilgili Bakanlık ve şirketlerden herhangi bir açıklama yapılmamıştır. Türk Tabipleri Birliği, ana ortak olan Rönesans Şirketi'nin alt taşeronu olan ISS Tesis Yönetim Hizmetleri A.Ş.'e işletme hizmetlerinin satışı⁶⁵ ile ilgili kamuoyunun bilgilendirilmemesinin şeffaflık ilkesi ile çeliştiğini ifade etmiştir⁶⁶.

İhale süreçlerinde şeffaflık ilkesi dışında hastanelerin inşaat sürelerine de pek uyulmadığı görülmüştür. Şehir hastaneleri için KÖİ finansman modeline

⁶³ https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=fee808fa-d8a4-11eb-9450-8a9f7b8c4cda

⁶⁴ <https://haber.sol.org.tr/haber/basaksehir-ikitelili-sehir-hastanesinin-politik-ekonomisi-2157>

⁶⁵ Söz konusu satış, işletme hizmetlerinin satışdır; Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesinin bina sahibi hala aynı şirkettir.

⁶⁶ https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=fee808fa-d8a4-11eb-9450-8a9f7b8c4cda

başvurulurken bu devasa sağlık tesislerinde sağlık hizmetine erişimin çok kısa sürede tamamlanacağı, ihale sürecinden sonra ortalama 3 yıllık bir sürede hastane inşaatının bitirileceği ifade edilmiştir. Ancak uygulamada şehir hastanelerinin inşaat süreçlerinin çok daha uzun sürdüğü tespit edilmiştir. Söz konusu gecikmeler, şehir hastanelerinin yapılacağı bölgede Çevresel ve Sosyal Etki Değerlendirmeleri'nin yapılmıyor/ uygulanmıyor olması ile ilgilidir⁶⁷. Örneğin Kayseri Şehir Hastanesinin ihalesine 2011 yılında çıkılmasına rağmen hastane 2018 yılında hizmet vermeye başlamıştır. Bunun başlıca sebebi hastane inşaatının yapılacağı bölgenin bataklık olmasıdır. Ayrıca inşaat sürelerinin uzamasının bir diğer nedeni maliyetlerin çok yüksek ve öngörülemez olmasıyla ilgilidir. Denizli ve Diyarbakır şehir hastanelerinde görüldüğü üzere ihaleyi kazanan şirketler inşaat maliyetlerinin artması nedeniyle projeden çekilmişlerdir.

3.3.3.3. Sözleşmelerin Etkinliği

2008 yılında yaşanan ve tüm dünyayı etkileyen finansal krizden sonra özellikle Avrupa ülkeleri sağlık sektöründe KÖİ sözleşmelerinde bir proje için ortalama değeri 100 milyon Euro bandına çekerken, Türkiye'de sağlıkta KÖİ sözleşmeleri için yatırım tutarı arttırılmıştır. Bunun yanı sıra söz konusu sözleşmeler yüksek işlem maliyetleri içermekte ve geleceğin belirsizliği içinde yazılmaktadır. Karmaşık projeler içeren sözleşmeler nedeniyle sözleşmelerin ihale süreci, fizibilite çalışmalarının yapılması, projenin tasarımı ve sözleşme için gerekli finansmana erişim gittikçe zorlaşmaktadır (Emek, 2017).

Bir KÖİ projesinin başarılı olabilmesi için öngörülmüş olan zaman diliminde ve ayrılan bütçe içerisinde tamamlanması beklenir. Dünya genelinde büyük çaplı projelerin performansını analiz eden Bent Flyvbjerg (2014, s. 9), uygulama aşamasında sadece on projeden birinin öngörülen zamanda ve bütçede tamamlanabildiğini ifade etmektedir. Emek (2017, s. 153) bu durumu yetkililerin iyimserlik eğilimi veya stratejik yanıltma nedeniyle proje ölçeğini büyütme ve proje tahminlerini olmasından daha yüksek göstermelerine bağlamaktadır. Her iki durumda da zarar gören kamu yararının kendisidir. Yapılan çalışmalar kusurlu veya

⁶⁷ 500 ve üzerinde yatağa sahip hastaneler Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED) kapsamından çıkartılmıştır. Şehir hastaneleri için ortalama yatak sayısı 1417 olarak hesaplanmıştır.

yetersiz olarak hazırlanan KÖİ sözleşmelerinin, uygulamaya geçildiğinde yeniden müzakere edilmek zorunda kalındığını ve bu müzakerelerden genellikle özel kesimin kârlı çıktığını göstermektedir (Emek, 2017, s. 154) .

3.3.3.4. Kapatılan Hastaneler, Yatak Sayısı ve Sağlık Emekçileri

Şehir hastanelerinin kurulduğu şehirlerde şehir merkezinde var olan devlet hastaneleri kapatılmakta, tedavi edici sağlık hizmetlerine erişim genellikle şehir merkezinden uzakta yer alan şehir hastanelerinde görülmektedir. Örneğin Ankara Şehir Hastanesi için merkezdeki altı devlet hastanesi kapatılmıştır. Devlet hastanelerinin kapatılmasındaki temel saik, şehir hastanesinin çok yüksek yatak kapasitesine sahip olacak olmasıdır. Ancak yapılan araştırmalar göstermiştir ki çok yüksek maliyetlerle inşa edilen şehir hastaneleri ile yatak sayısında çok da kayda değer bir artış yaşanmamıştır. 2017’de açılan Mersin Şehir Hastanesi için Mersin Devlet Hastanesi⁶⁸ ve Mersin Kadın Doğum Hastanesi kapatılmıştır. Her iki hastanenin yatak sayısı 812 iken yeni açılan şehir hastanesinin yatak sayısı 1294’tür. Dolayısıyla söz konusu örnekte önemli sayıda ek yatak sağlanmadığı görülmüştür. 1355 yatak kapasiteli ve 513,4 milyon Euro yatırım bedelli Bursa Şehir Hastanesi’nin açılışında da aynı durum gözlenmiştir. Bursa Şehir Hastanesi’nin açılması ile 1074 yatak kapasitesi ile hizmet veren 3 devlet hastanesi kapatılmıştır (Sadece 281 ek yatak kapasitesi için çok yüksek maliyetle şehir hastanesi kurulmuştur.). Benzer durum Ankara için de gözlemlenmiştir; Bilkent ve Etlik Şehir Hastaneleri 7370 yatak kapasitesine sahiptir ancak Ankara şehir merkezinde kapatılan hastanelerin toplam yatak sayısı ise 6590’dır.

Ayrıca hastanelerdeki yatak sayısının verimlilik açısından önemli bir gösterge olduğu bilinmektedir. Hastanelerin büyüklüğü ve verimliliği ile ilgili yapılan araştırmaların sonucuna göre yatak sayısı 200’ün altında ve 600’ün üzerinde olan hastaneler, verimsiz olarak kabul edilmektedir (Pala, 2018). Türkiye’deki tüm şehir hastanelerinin ortalama yatak sayısı 1417’dir.

Şehir hastanelerinde yatak başına düşen kapalı alan büyüklüğü hizmet sunumunda maliyeti arttırmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yeni yapılan hastanelerde

⁶⁸ Mersin Devlet Hastanesi kapatılmadan kısa bir süre önce yenilenmiştir (Uğurhan, 2018, s. 262)

yatak başına düşen kapalı alan 150-200 metrekare civarında iken Türkiye’de şehir hastanelerinde yatak başına düşen kapalı alan 287 metrekaredir. Türkiye’de yatak başına düşen kapalı alan, önerilen ve son yıllarda modern hastanelerde görülen kapalı alan miktarından neredeyse %40 fazladır. Bu durumun sağlık emekçileri için iş yükünün artmasına, enerji tüketimi, bakım onarım, temizlik gibi giderlerin artmasına yol açacağı açıktır (Pala, vd., 2018).

Bunun yanı sıra yüklenici firmaya bakanlığın %70 doluluk oranı taahhüt ettiği ifade edilmektedir. Söz konusu doluluk oranı, Türkiye’de var olan tüm hastanelerin ortalama doluluk oranından nispeten yüksektir (doluluk oranı %60 dolaylarında). Verildiği ifade edilen doluluk garantisi hasta yatışı sayısının ihtiyacın dışında gerçekleşebileceği endişesini doğurmuştur.

Kapatılan hastaneler, şehir hastanelerinin fiziksel büyüklüğü, yatak sayılarının fazlalığı, idare tarafından miktara bağlı hizmetler için verilen garantilerin tümü şehir hastanelerine ilişkin çok önemli bir sorunu daha gündeme getirmektedir: sağlık emekçilerinin durumu. Ercan (2013), sağlık hizmetinin piyasalaşmasını emek gücünün piyasalaşması üzerinden okur ve sağlık hizmet sunumunun sadece sermayelerin yeniden yatırım alanına dönüşmesi olarak ele alınamayacağına, sağlık hizmetlerinin üretilme koşullarının da hızla değiştiğine dikkat çeker. Ona göre sağlık hizmetinin sunumu ve finansmanındaki değişimin temel belirleyicisi, hem devletin hem de sermayenin emek gücü üzerinden kendisini yeniden üretmesidir. Devlet ve sermayenin varlıklarını yeniden üretme çabalarında, sağlık hizmetinin üretim koşulları değiştirilmiştir ve bu değişimin nesnesi sağlık emekçileridir (Ercan, 2019).

Şehir hastanelerinde fiziksel alanın büyüklüğü sağlık emekçilerinin iş yükünün artmasına neden olmuştur. Şehir hastanelerinde birimler arası mesafe fazla ve hasta odaları büyük ve genellikle tek ve çift kişilik odalar şeklindedir ayrıca hastane yerleşimi birçok birimden oluştuğundan dağınık bir yapıda bulunmaktadır. Tüm bunlar sağlık emekçilerinin fiziksel alanda daha fazla enerji harcamalarına ve zaman kaybına neden olmaktadır. Tüm bunların yanında şehir hastanelerinde dijital hastane ve kalite standartları kapsamında prosedür işlemleri artmıştır, sağlık emekçileri mesainin önemli bir kısmında veri girişi yapmaktadır. Mesai saatleri

içinde artan iş yükü, göreceli artı değer üretimini, işlerin yetiştirilmesi için uzayan mesai saatleri ise mutlak artı değer üretimini arttırmaktadır (Kayaduvar, 2021, s. 163). Ayrıca şehir hastanelerinde hastane yöneticilerinin hekimler üzerinde performans baskısını arttıran performansa dayalı ödeme sistemi uygulanmaktadır. Ünlütürk (2011), performansa dayalı ödeme sisteminin bireysel faydayı öne çıkaran bir uygulama olması nedeniyle hekimi “homo-economicus” olarak tanımlamaktadır. Çünkü hekim, kendi bireysel çıkarını maksimum seviyeye çıkarmak isteyecektir. Performansa dayalı ödeme sisteminin hastanelerdeki işlemleri gereksiz yere çoğalttığı, hastaya ayrılan sürenin kısaltılarak hasta sayısını arttırdığı, hasta yatış sürelerinin kısaltılarak hasta devrinin arttırıldığı ve böylece göreceli ve mutlak artı değerlerin arttırılmasına hizmet ederek genel olarak emeğin -sağlık sektörü kadın emeği yoğun bir alan olduğundan-özelde kadın emeğinin sömürsünü derinleştirdiği ifade edilmektedir (Öztürk & Ergüneş, 2011). Performansa dayalı ödeme sisteminin bir diğer unsuru sağlık sisteminde hekimlerin emek süreci üzerindeki denetimini azaltması, emeğin her aşamasının kayıt altına alınması suretiyle artı değer üretimini garanti altına almasıdır (Kayaduvar, 2021, s. 187).

Sağlık emekçileri, şehir hastanelerinde mekânsal büyüklüğün getirdiği sorunlar dışında özellikle personel, ekipman ve malzeme eksikliği, dinlenme alanlarının olmaması kapatılan hastaneler nedeniyle artan hasta sayısı nedeniyle de zorluk yaşamaktadır⁶⁹. Özellikle yeni açılan şehir hastanelerinde “herkesin her işi yapmak zorunda” bırakıldığı ifade edilmektedir⁷⁰. Şehir hastanelerindeki çalışma koşulları sağlık emekçilerinin şehir hastanesi için kadrolara başvurmamasına neden olmuştur. 2024 Ocak döneminde şehir hastanelerine açılan 2649 sağlıkçı kadrosuna 720 kişi yerleşmiştir. Söz konusu durumu Sağlık Emekçileri Sendikası temsilcisi Kubilay Yalçınkaya “Bizler AVM değil sağlık emekçisiyiz; umarız bakanlık bu mesajı alır ve şehir hastanelerinde insani şartları sağlar.” diyerek özetlemiştir⁷¹.

⁶⁹ Söz konusu sorunlar sağlık emekçilerini hasta yakınlarıyla da karşı karşıya getiren ve sağlık emekçilerine şiddeti de besleyen sorunlardır.

⁷⁰ <https://artigercek.com/guncel/antep-sehir-hastanesinde-600-saglik-calisani-dilekce-verdi-bu-kosullar-altinda-272075h>

⁷¹ <https://www.cumhuriyet.com.tr/saglik/hasta-garantisiyle-butceye-yuk-olan-sehir-hastaneleri-hekimler-2171072>

3.3.3.5. Yer Seçimi ve Ulaşım Süresi

Uluslararası Şeffaflık Derneği'nin (2019) Şehir Hastaneleri Raporu'nda özetlendiği üzere: Elazığ Şehir Hastanesi için belirlenen arazinin bir kısmı kültürel sit alanı bir kısmı ise şehitlik arazisidir; Kayseri Şehir Hastanesi için seçilen arazi bataklıktır ve bir kısmı da şahıs arazidir; Isparta Şehir Hastanesi ise şehirde hava kirliliğinin en çok hissedildiği alana inşa edilmiştir. Konya Şehir Hastanesi ilk etapta ülkenin ilk tohum geliştirme arazisi üzerine inşa edilmek istenmiştir ancak yapılan itirazlar sonucunda otoyol ve mezbaha arasında inşa edilmiştir. Bursa Şehir Hastanesi verimli araziler üzerinde ve ulaşımın güç olduğu otoyollar arasına yapılmıştır. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi ise dere yatağı üzerine inşa edilmiştir. 500'den fazla yatak sayısına sahip hastaneler için ÇED raporunun istenmiyor olması nedeniyle karşılaşılan bu sorunlar, hastaların şehir hastanelerine ulaşım sürelerine de yansımaktadır.

Sağlık hizmetinin temel prensiplerinden biri de hizmete ulaşılabilirliktir. Aşağıda Tablo 3.4.'ten de izleneceği üzere hastaların şehir hastanelerine ulaşım sürelerinin uzunluğu, bu hastanelerin yer seçiminde erişilebilirliğin-ulaşılabilirliğin yeteri kadar dikkate alınmadığını düşündürmektedir.

Tablo 3.4. Şehir Hastanelerine Ulaşım Süreleri (2020)

Hastaneler	Ulaşım Süreleri	Taksi Ücretleri
Bursa Şehir Hastanesi	60 Dk	150 TL
Kayseri Şehir Hastanesi	40 Dk	120 TL
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	60 Dk	110 TL
Mersin Şehir Hastanesi	20 Dk	100 TL
Eskişehir Şehir Hastanesi	30 Dk	90 TL
Elazığ Şehir Hastanesi	30 Dk	70 TL
Adana Şehir Hastanesi	40 Dk	60 TL
Manisa Şehir Hastanesi	30 dk	40 TL
Isparta Şehir Hastanesi	20 Dk	30 TL
Yozgat Şehir Hastanesi	10 Dk	30 TL

Kaynak: İstanbul Tabip Odası, Şehir Hastaneleri Sempozyumu: Şehir Hastanelerinin Finansman Yükü - Prof. Dr. Uğur Emek (Gidiş-dönüş için hesaplanan ulaşım süre ve bedelleri için kalkış noktası valilik binalarıdır.)

Uğurhan'ın (2018) "Mersin Şehir Hastanesi'ni Halkın Kullanımı, Görüşleri ve Beklentileri Araştırması" bulgularına göre Mersin Şehir Hastanesi nüfus yoğunluğu dikkate alınmadan, yerleşim yerlerinden uzak olarak kuzeydoğu bölgesine kurulmuştur. Mezitli ilçesinden Mersin Şehir Hastanesi'ne ulaşım otoban aracılığıyla 27-30 km'i bulmaktadır.

Şehir hastaneleri için yer seçimi ile ilgili incelenmesi gereken bir diğer örnek Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'ne ilişkin İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü Projesi Çevresel ve Sosyal Etki Değerlendirmesi (ÇSED) taslak raporudur. Söz konusu raporda özellikle hidroloji ve hidrojeoloji başlığı son zamanlarda Başakşehir ilçesinde meydana gelen sel felaketleri nedeniyle yeniden gündeme gelmiştir. Söz konusu raporda şehir hastanesinin büyük bir yüzey suyu kaynağı potansiyeline sahip olduğu ve güney kenarından Marmara Denizi'ne bitişik olan Küçükçekmece havzası içinde yer aldığı; proje sahasının yakınında kuzey-güney doğrultusunda akmakta olan Menekşe ve Hasanoğlu derelerinin mevcut olduğu ve proje sahasının batı ve orta kesimlerinde 11-18 metrede yeraltı suyu tablası olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca proje sahasının İstanbul Büyükşehir Belediyesi tarafından tasarlanan taşkın koruma geliştirme alanında bulunduğu belirtilmiştir. Raporun devamında şehir hastanesinde yağmur suyu drenajı şartlarının uygun olmaması nedeniyle sahada sel baskınına yol açabileceği kaydedilmiştir (İstanbul PPP Sağlık Yatırım A.Ş., 2017). Şehir hastanelerinin yer seçimi ve çevresel ve sosyal etki değerlendirmesi raporlarının yapılmıyor veya uygulanmıyor olması ile ilgili eleştirileri yeniden getiren bu durum, Başakşehir ilçesinde meydana gelen ve Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'ni de olumsuz etkileyen sel felaketleri özelinde yeniden tartışılmaya başlamıştır. Nitekim Eylül 2023'te şehir hastanesini su basmıştır. Söz konusu durum ile bağlantılı olarak Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nin mevcut konumundan dolayı henüz ulaşım ile ilgili sorunlar giderilmeden hastanenin hizmete açıldığını belirtmekte fayda vardır. Şehir hastanesine ulaşım sağlayacak Kirazlı-Kayaşehir metro inşaatı 2023 yılında tamamlanmıştır⁷².

⁷² <https://www.metro.istanbul/Hatlarimiz/HatDetay?hat=M3>

3.3.3.6. İki Başlı Yönetim

Şehir hastanelerinin planlama, yatırım ve işletilmesi, özel sektörün de içinde bulunduğu bir süreci kapsamaktadır. Söz konusu şehir hastanelerinin planlama, ihale, sözleşmenin imzalanması ve yapım süreci (yatırım aşaması) Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü tarafından; işletilmesi Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü tarafından; son olarak işletme görevi ise Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatı olan il sağlık müdürlükleri aracılığıyla, Hastane Yönetimi ve şirket tarafından gerçekleştirilmektedir⁷³. Dolayısıyla şehir hastanelerinde yönetimde çift başlılık vardır. Yönetim kademesinde hem başhekim hem de şirket yöneticisi bulunmaktadır. Türk Tabipleri Birliği'nin Sağlık Bakanlığı'na şehir hastanelerinde yaşanan sorunlara ilişkin yazısında belirttiği üzere, şehir hastanelerinde hastane yönetimi ve tıbbi destek hizmetlerinde yetki, şirket yöneticisine verilmiş, başhekim yetkisiz kılınmıştır. Başta hekimlerin ve sağlık emekçilerinin ihtiyaçlarından bihaber olan ve sağlık alanında tecrübesiz olan şirket yöneticilerinin çalışanlara karşı olumsuz tavırlarına dikkat çeken TTB, bu durumun sağlık hizmetinin sunumunda gereksiz bir bürokrasi yarattığını ve de sağlık hizmetinin bütünselliğini ortadan kaldırdığını ifade etmiştir⁷⁴.

Buraya kadar şehir hastaneleri üzerine derlediğimiz bulgular, şehir hastanelerinin kira bedeli, hazineye oluşturduğu yük, ihale sürecinin şeffaflıktan uzaklığı, sözleşmelerin etkin bir biçimde uygulanamayışı, sağlık emekçilerinin durumları, yatak sayısı, yer seçimi ve ulaşım, yönetimde ortaya çıkan iki başlılık ve başhekimlerin yetkisiz kılınması şeklinde sıraladığımız konulara işaret etmektedir. Çalışmanın izleyen kısmında Sayıştay Başkanlığı'nın Sağlık Bakanlığı Düzenlilik Denetim Raporları şehir hastaneleri temelinde irdelenecektir.

3.4. Sayıştay Başkanlığı'nın Sağlık Bakanlığı Düzenlilik Denetim Raporları'nın Şehir Hastaneleri Bağlamında İncelenmesi

Şehir hastaneleri yıllardan beri tartışılan bir konu olmuştur. Ancak 2018 yılı KÖİ finansman yöntemiyle inşa edilen ve işletilen şehir hastanelerine ilişkin tartışmalar için dönüm noktası mahiyetindedir. Sayıştay Başkanlığı ilk defa 2018 yılında Sağlık Bakanlığı denetimlerinde şehir hastanelerini de incelemeye

⁷³ <https://www.sayistay.gov.tr/reports/download/P18QJOAYWz-saglik-bakanligi>

⁷⁴ https://www.ttb.org.tr/yazisma_goster.php?Guid=a11c1ab6-3691-11e9-995b-acb68ea282a6

başlamıştır. Sayıştay'ın incelemeleri sonucunda şehir hastanesi modeline muhalefet edenlerin temel varsayımları tekrardan gündeme gelmiştir.

Erbaş (2021), Eylül 2019'da yayınlanan Sağlık Bakanlığı Sayıştay Denetim Raporu'nda özellikle Sağlık Bakanlığı'nın tüm giderlerini genel bütçe yerine döner sermaye adı altında göstermeye çalışarak döner sermayeyi paralel bütçesine dönüştürdüğünü; açılışı yapılmış şehir hastanelerine ait sözleşmelerin, Sayıştay denetçilerinden gizlenmeye çalışıldığını; sağlık hizmetinin sunulmasında aksaklıklar yaşandığını ve de miktara bağlı hizmetlerde muhasebe hataları yapıldığını belirtmektedir. Ayrıca Sayıştay'ın söz konusu verileri, 2018 raporundan çıkardığını, şehir hastanelerine ilişkin göze çarpan en önemli hususun şehir hastaneleri için yapılan ödemelerde muhasebe kayıtlarında yaşanan eksiklikler olduğunu yani muhasebeleştirilmediğini ifade etmektedir.

Şehir hastanelerinin işletilmesine ilişkin eleştirilerin arttığı, idarenin kabul etmeyerek yalanladığı bulgular, Sayıştay'ın ilerleyen yıllardaki Bakanlığa ilişkin düzenlilik denetim raporlarında daha da güçlü bir şekilde yer bulmuştur. Örneğin 2019 yılına ait rapor incelendiğinde 236 sayfalık raporun %75'inin şehir hastanelerine ilişkin olduğu görülmektedir.

2018, 2019 ve 2020 yıllarına ait raporlarda şehir hastanelerine ilişkin bulgular özet olarak şunlardır:

- Şehir hastanelerinde yatırım, hizmete alınma ve hizmetlerin yürütülmesi sürecinde iç kontrol sisteminin oluşturulmadığı buna bağlı olarak iletişim, planlama, koordinasyon ve uzmanlaşmadan kaynaklı sorunların yaşandığı,
- Görevli şirketin sorumluluğuna gidilebilmesi için Bakanlığa ispat yükümlülüğünün getirildiği,
- Şehir hastanelerine ilişkin sözleşmelerde atıf hatalarının, nüsha farklılıklarının ve mahiyeti muğlak hükümlerin bulunduğu,
- Şehir hastanelerinin açıldığı tarihte teslim edilemeyen hizmetlere ilişkin görevli şirkete yaptırım uygulanmadığı, geç teslimden dolayı oluşan zararın tazmin edilmediği,

- Uygulama projelerinin taşra teşkilatında olmaması nedeniyle ticari alanlar ve idarenin kullanacağı alanların tespit edilemediği,
- Açılışı yapılmış bazı şehir hastanelerinde var olan ticari alanlara ait inşaatların bitirilmediği,
- Projeye ait sözleşme ve eklerinde belirtilen cins ve sayıda cihaz ve ekipmanların şehir hastanesinde bulunmadığı,
- Bazı şehir hastanelerinde tüp bebek birimi bulunmadığı halde laboratuvar hizmetleri adı altında tüp bebek birimi için garanti bedeli ödendiği,
- Görevli şirket tarafından ödenmesi gereken damga vergisinin idare tarafından üstlenildiği,
- Miktarla bağlı hizmetler için birim fiyatlarda bir standardın olmadığı,
- Şehir hastanelerine taşınmış olan taşınırıların hurdaya ayrılmasında sorunlar yaşandığı,
- Şehir hastanelerinin muhasebe kayıtlarında sorunlarla karşılaşıldığı,

ifade edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı 2019 yılı Sayıştay Raporu, şehir hastaneleri için sıklıkla gündeme gelen idarenin özel sektöre verdiği garantilere ilişkin veriler içermesi nedeniyle de önemlidir. Şehir hastaneleri için bir doluluk taahhüdü verildi mi sorusuna yanıt niteliğindeki bulgular şu şekildedir:

“Şehir Hastanesi Sözleşmelerinin ‘‘Tarafların Hak ve Yükümlölükleri’’ başlıklı 7’nci maddesinin 7.12’nci fıkrasında; ‘‘İdare, Şirket’e Ek 18’de (Ödeme Mekanizması) düzenlendiği şekilde İşletme Dönemi boyunca Miktarla Bağlı Hizmetler için Ek 18 (Ödeme Mekanizması) içerisinde yer alan Ek B’nin Miktarla Bağlı Hizmetler başlıklı Bölüm B’de liste halinde belirtilen yıllık %70 (yüzde yetmiş) doluluk oranına göre hesaplanan aylık miktarların ödenmesini ilgili ayda gerçekleşen hasta yatak doluluk oranına bakılmaksızın garanti etmektedir. İdare, garanti edilen miktarların aşılması halinde aşılın miktarlara ait ödemenin tamamını yapacağını kabul ve taahhüt eder. Ancak, söz konusu garanti uyarınca, İdare tarafından garanti edilen tutara ulaşmak üzere Şirket’e aylık bazda yapılan ilave ödemelerin yıllık toplamı, İdare tarafından garanti edilen yıllık miktarın aşılması durumunda, aşan miktar, ilgili İşletme Yılı sonunda Miktarla Bağlı Hizmetler’in yıllık toplam bedelinden kesilecektir. Her halükarda, kesinti yapılan meblağlardan sonra kalan miktar garanti edilen (Ek 18 Ödeme Mekanizması) içerisinde yer alan Ek A’nın Miktarla Bağlı Hizmetler başlıklı Bölüm B’de belirtilen (aylık ve yıllık) meblağın altında kalmaz. Bahse konu hesaplama her bir İşletme Yılı’nın son ayında yapılacaktır.’’

Söz konusu durumda,

“Her bir işletme yılının son ayında gerçekleşen miktarların garanti altında kaldığı aylarda garanti miktarlarına tamamlanması için yapılan ödeme ile gerçekleşen miktarların garanti miktarlarının üstünde olduğu ve gerçekleşen miktarlar üzerinden ödeme yapılan aylar her bir hizmet için karşılaştırılarak mahsuplaşma işleminin yapılması gerekmektedir.”⁷⁵

Raporda 2019 yılı için hizmete giren 10 şehir hastanesi için belirtilen madde hükmünde ifade edilen mahsuplaşma işlemlerinin yapılmadığı tespit edilmiştir.

Söz konusu bulgulara yönelik iyileştirilmelerin yapılması beklenirken yeni şehir hastanelerinin açılmaya devam ettiği son iki yılda, şehir hastanelerinin karnelerinin çok da parlak olmadığı gözlenmiştir. Sayıştay’ın Sağlık Bakanlığı’na ait 2021 ve 2022 Düzenlilik Denetim Raporları’nda da şehir hastanelerine ilişkin detaylı bulgulara yer verildiği görülmüştür⁷⁶. Sayıştay denetimlerinden elde edilen bulgular, kamuoyunda KÖİ modeli ile işletilen şehir hastanelerine ilişkin eleştirileri doğrular niteliktedir. Söz konusu denetim raporları incelendiğinde finansman modelinin beraberinde getirdiği sözleşmeden kaynaklanan ve yönetsel zorlukların devam ettiği görülmüştür. Özellikle şehir hastanelerinde çekirdek hizmetler dışındaki hizmetlerin tümünü üstlenen görevli özel şirketin yükümlülüklerinin gerektiği gibi yerine getirilmediği raporlanmıştır. Sözü geçen raporlarda yer alan ve göze çarpan bulgular şunlardır:

- Muhasebe işlemlerinin yapımında Genel Yönetim Muhasebe Yönetmeliğine (GYMY), Merkezi Yönetim Muhasebe Yönetmeliğine (MYMY), ile 2015 tarihli Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarının Muhasebe İşlemleri başlıklı Muhasebat Genel Müdürlüğü Genel Tebliğinde yer alan hükümlere uymadığı tespit edilmiştir⁷⁷. Şehir hastanelerinin sözleşmelerinde özel şirkete verilmesi öngörülmüş talep garanti tutarlarının muhasebeleştirilip raporlanmadığı belirtilmiştir. Yine hizmete giren şehir hastanelerinde bazı varlıkların hatalı kayıt edildiği, kira ödemelerinin hatalı muhasebeleştirildiği, şehir

⁷⁵ <https://www.sayistay.gov.tr/reports/download/ZwoR9DkYLJ-saglik-bakanligi>

⁷⁶ Raporların detaylı incelemesi için bakınız: <https://www.sayistay.gov.tr/reports/2joj61Koby-saglik-bakanligi> , <https://www.sayistay.gov.tr/reports/EOQNRzkQP2-saglik-bakanligi> raporlar incelendiğinde bulguların yaklaşık üçte birinin kamu-özel iş birliği ile işletilen şehir hastanelerine ilişkin olduğu görülmüştür.

⁷⁷ <https://www.sayistay.gov.tr/reports/download/EOQNRzkQP2-saglik-bakanligi>

hastanelerinin kiralama bedeli maliyetlerinin mevzuata uygun yapılmadığı ya da eksik yapıldığı ifade edilmiştir. Ayrıca bazı şehir hastanelerinde tıbbi ekipmanların taşınır girişlerinin yapılmadığı dolayısıyla amortismanına tabi tutulmasının mümkün olmadığı görülmüştür.

- KÖİ ile işletilen şehir hastanelerinde anahtar teslim götürü bedel ile ihaleye çıkılmış bazı yapım işlerinde projelerin uygulanması ve yürütülmesi süreçlerinde aksaklıkların yaşandığı, proje kapsamında yürürlükte olan bazı yönetmelik ve genelgelerin dikkate alınmadığı, Sağlık Bakanlığı ile taşra teşkilatı arasında koordinasyonun sağlanamadığı ve de sözleşmelerin uygulanması kısmında projelerin içeriğinde önemli ölçüde değişiklikler yapıldığı raporlanmıştır.
- İhale öncesinde gerekli hazırlıkların tam olarak yapılmadığı, sağlık tesisinin inşa edileceği araziler üzerinde yağmur suyu ve pis su hatlarının geçtiği, taşıt yollarının olduğu, inşaat sahasında yıkılacak yapıların ve deplase edilmesi gereken elektrik hatlarının bulunduğu, yapı ruhsatının alınmasında sürecin uzadığı gibi nedenlerden dolayı yüklenici şirkete yer teslimi yapıldıktan sonra işe fiili olarak başlanamadığı belirtilmiştir. Örneğin 950 yataklı Aydın Şehir Hastanesi ve 1000 yataklı Sakarya Şehir Hastanesinin inşaat sürecinde yukarıda ifade edilen nedenlerden dolayı şehir hastanelerinin tamamlanmasında gecikmeler yaşanmıştır.
- KÖİ finansman modeli ile yaptırılan şehir hastanelerinin işletilmesinde görevli şirketin üstlendiği yükümlülükleri gereği gibi yerine getiremediği ve değişen durumlar için sözleşmede revizyona gidilmediği vurgulanmıştır. Özellikle şehir hastanelerinin yapımında sözleşmede belirtilen fiili tamamlama tarihi geçmiş olmasına rağmen nihai tamamlama süreçlerine uyulmadığı ifade edilmiştir. Nihai tamamlama süreçlerine uyulmadığından dolayı kamu kesimi ile yüklenici şirket arasında hak ve yükümlülükler açısından belirsizlikler olduğu ifade edilmiştir. Yine KÖİ modeli ile finanse edilen şehir hastanelerinde, taraflarca yapılmayan/yaptırılmayan imalatlar için toplam sabit yatırım tutarında ve de hizmet bedellerinde revizyona gidilmediği belirtilmiştir. Şehir hastaneleri projelerinde inşaat aşamasında

toplam sabit yatırım tutarında yaşanan eksiklikler için mahsuplaşma süreçlerini işlemediği raporlanmıştır. Şehir hastaneleri projelerinde yatırım döneminde gerçekleştirilen hizmet ifaları ve mal teslimleri Katma Değer Vergisi'nden istisna tutulmuştur. Hizmete açılan bazı şehir hastanelerinde görevli şirketlerin bu istisnadan yararlanabilmesi için kira bedelinin veya süresinin bir kısmından vazgeçmesi gerekir. Ancak raporlandığı üzere şirketler KDV istisnasından yararlandığı halde bu tutarı kira bedelinden veya süresinden indirmemiştir.

- KÖİ modeli ile işletilen şehir hastaneleri projelerine göre görevli şirketlerin yer teslimi yapıldıktan sonra inşaat işlerine başlaması gerekirken şirketlerin daha önce inşaaata başladıkları görülmüştür.
- Raporda bazı şehir hastaneleri için görevli şirketlerin taşınmaz üzerindeki ipoteği ve irtifak hakkını kaldırmadığı; bazı hastanelerin doğalgaz tüketiminde eksik ölçüm bedellerine maruz kalınıp, tesisat projeleri kapsamında tüketim yapılmadığı halde faturalandırılma yapıldığı; çamaşır hizmetlerini sunan görevli şirketin çamaşırhane hizmeti ağırlık hesaplamasında tekstil yıpranma payını dikkate almadan hakediş hesapladığı; proje sözleşmesinde görevli şirketin sabit yatırım tutarına dahil ederek aldığını belirttiği tıbbi ekipmanların bazı şehir hastanelerinin (Elazığ, Isparta, Yozgat, Bursa, Manisa) açılışından beri depolarda atıl kalarak kullanılmadığı belirtilmiştir.
- Raporun dikkat çektiği bir diğer husus, KÖİ modeli ile işletilen şehir hastanelerindeki ticari alanların kullanımına ilişkindir. Raporda bazı şehir hastanelerinde ihale metninde ve projede belirtilmiş olan alandan daha fazla alanın ticari alan olarak kullanıldığı; sözleşmede belirtilmediği halde Bakanlığın kullanması gereken bazı depoların ticari depo şeklinde kullanıldığı; Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Eskişehir Şehir Hastanesi, Mersin Şehir Hastanesi ve Konya Şehir Hastanesi'nde görevli şirketin kullandığı ticari alanın uygulama projesinde belirtilen ticari alandan daha fazla olduğu, projelerde belirtilmemesine rağmen bazı alanlarda ticari faaliyet yürütüldüğü

belirtilmiştir. Bu durum tabii ticari alanlardan elde edilecek gelirleri arttıracığından Bakanlık tarafından kullanım bedelinde bir revizyon gerektirmektedir. Ancak örneğin Bilkent Şehir Hastanesinde bu revizyonun yapılmadığı ifade edilmiştir. Ayrıca yapılan incelemelerde bazı şehir hastanelerinde ticari alanlardaki ısıtma ve soğutma hizmeti için gerçek maliyet tespiti yapılamadığı belirtilmiştir.

- Bazı şehir hastanelerinde doğalgazdan termal ve elektrik enerjisi üretmeye yarayan trijenerasyon sistemi için maliyet değerlendirilmesi yapılmadığı, görevli şirketin bakanlığa veri sağlamadığı raporlanmıştır. Yapılan incelemelerde KÖİ modeli ile işletilen şehir hastanelerinde söz konusu hizmetlerin sağlanması için idari ve teknik personelin eksik olduğu, hizmeti yürütmekle görevli şirketin sistemin çalışmasına dair verileri sağlayamadığı, hastanelerin sisteme ilişkin fayda maliyet analizini yapmadığı yapsa dahi hastaneler tarafından sistemin çalışma biçimine ilişkin değerlendirmede bulunmadığı, sonuç olarak 2022 yılında söz konusu sistemin zarar ettiği belirtilmiştir.
- Yapılan incelemelerde bazı şehir hastanelerinde yemek, çamaşır, tıbbi görüntüleme, laboratuvar ve sterilizasyon hizmetlerinin sunulduğu alanlarda görevli şirketin birim fiyat teklifine dahil olduğu halde ısıtma ve soğutma için kullanılan enerji tüketim giderlerinin tahsil edilmediği görülmüştür. Söz konusu durumun yine şehir hastanelerindeki teknik personel yetersizliğinden, hesaplamalardaki belirsizlikten kaynaklandığı ifade edilmiştir. Ayrıca yemek hizmeti için şehir hastanelerinde kullanılan kat mutfaklarındaki elektrik tüketiminde Elazığ Şehir Hastanesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Yozgat Şehir Hastanesi ve Bursa Şehir Hastanesinde mahsuplaşma yapılmadığına dikkat çekilmiştir.
- Denetimde, KÖİ modeli ile finanse edilen şehir hastanelerinde tıbbi cihazların periyodik bakım, onarım ve arıza faaliyetlerinde ihtiyaç duyulan malzemeleri temin etmeye ilişkin sorumlulukta Bakanlık ile görevli şirket arasında ihtilaflar yaşandığı, tüm şehir hastaneleri arasında bir uygulama birliğinin olmadığı tespit edilmiştir. Bakanlık ve görevli şirket arasında

yaşanan bu ihtilaf nedeniyle sağlık hizmetinin sunumunda sürdürülebilirliğin zarar gördüğüne dikkat çekilmiştir. Örneğin Elazığ Şehir Hastanesi, Manisa Şehir Hastanesi, Başakşehir Çam ve Sakura şehir hastanelerinde tıbbi cihazların temin edilememesi nedeniyle sağlık hizmetinde aksamalar yaşandığı kaydedilmiştir⁷⁸.

Sayıştay Başkanlığı'nın Sağlık Bakanlığı'na ilişkin düzenlilik denetim raporunda ifade edilen bu bulguların yanında bir önceki yıla ilişkin bulgularda bir değişiklik olup olmadığı özet bir tabloda verilmiştir.

Tablo 3.5. Önceki Yıl/Yıllar Sayıştay Denetim Raporuna İlişkin İzleme Tablosu

Bulgu Adı	Yıl	İdare Tarafından Yapılan İşlem	Açıklama
İhale Öncesinde Hazırlıkların Tam Olarak Yapılmaması Nedeniyle İşlerin Yürütülmesinde Yaşanan Aksaklıklar	2021	Yerine Getirilmedi	Söz Konusu Bulguya İlişkin Aksaklıklar 2022 Yılında Da Devam Etmiştir
Anahtar Teslimi Götürü Bedel Yapım İşlerinde Projelerin Hazırlanması Sürecinde Yaşanan Aksaklıklar Ve Birim Kurumlar Arasındaki Koordinasyon Eksikliği	2021	Yerine Getirilmedi	Söz Konusu Bulguya İlişkin Aksaklıklar 2022 Yılında Da Devam Etmiştir
KÖİ Modeliyle İnşa Edilen Şehir Hastanelerinde Yapılmayan/Yaptırılmayan İmalatlar İçin Toplam Sabit Yatırım Tutarında Revizyon Yapılmaması	2021	Yerine Getirilmedi	Söz Konusu Bulguya İlişkin Aksaklıklar 2022 Yılında Da Devam Etmiştir
KÖİ Modeliyle İşletilen Şehir Hastanelerinde Hizmet Sunum Alanları İçin Isıtma Ve Soğutma Giderlerinin Tahsil Edilememesi	2021	Yerine Getirilmedi	Söz Konusu Bulguya İlişkin Aksaklıklar 2022 Yılında Da Devam Etmiştir
KÖİ Modeliyle İşletilen Şehir Hastanelerinde Ticari Alanların Kullanımı	2021	Yerine Getirilmedi	Söz Konusu Bulguya İlişkin Aksaklıklar 2022 Yılında Da Devam Etmiştir
KÖİ Modeliyle İşletilen Şehir Hastanelerinde Yer Teslimi	2021	Yerine Getirilmedi	Söz Konusu Bulguya İlişkin Aksaklıklar 2022 Yılında Da

⁷⁸ Sayıştay'ın Sağlık Bakanlığı Düzenlilik Denetim Raporlarının tümünde en çok yer verilen şehir hastanelerinden biri Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi olmuştur. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi için özellikle muhasebeleştirme hatalarının olduğu; projede belirtilenden daha fazla alanın ticari alan olarak kullanıldığı ancak gerekli kullanım bedeli revizyonunun yapılmadığı; yemek, çamaşır, tıbbi görüntüleme gibi miktara bağlı hizmetlerin sunulduğu alanlarda enerji tüketim bedellerinin tahsil edilmediği; yeterli teknik personel olmadığından kat mutfaklarında kullanılan elektrik tüketiminde mahsuplaşma yapılmadığı ve hastanede kullanılan tıbbi cihazların bakım, onarım ve arıza işlemlerinde gerekli malzemelerin teminine ilişkin sorumluluğun projede net olarak ifade edilmediği ve cihazların temin edilememesi nedeniyle sağlık hizmetinin sunumunda aksamalar yaşandığı kaydedilmiştir.

Yapılmadan Önce İnşaat İşlerine Başlanıp Yatırım İzleme Ve İşletme Dönemlerine İlişkin Revizyona Gidilmemesi			Devam Etmiştir
Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde Sorumlu Şirketin Mutabakat Hükümlerine Uymayıp Taşınmaz Üzerindeki İpoteği Ve İrtifak Hakkını Kaldırmaması	2021	Yerine Getirilmedi	Söz Konusu Bulguya İlişkin Aksaklıklar 2022 Yılında Da Devam Etmiştir
KÖİ Modeliyle İşletilen Sağlık Tesislerinde Sözleşme Kapsamında Teslim Edilen Taşınırlara Ait Muhasebe Kayıtlarının Yapılmaması	2021	Yerine Getirilmedi	Söz Konusu Bulguya İlişkin Aksaklıklar 2022 Yılında Da Devam Etmiştir
Şehir Hastanelerinin Muhasebe Kayıtlarına İlişkin Tespit Edilen Eksiklikler	2021	Yerine Getirilmedi	Söz Konusu Bulguya İlişkin Aksaklıklar 2022 Yılında Da Devam Etmiştir

Kaynak: <https://www.sayistay.gov.tr/reports/download/2joj61Koby-saglik-bakanligi>

2021 ve 2022 yılı raporları kıyaslandığında neredeyse hiçbir bulgunun yerine getirilmediği görülmüştür. En son yayınlanan 2022 Yılı Denetim Raporu’nda şehir hastanelerine ilişkin usulsüzlüklere tekrardan yer verilmiştir. “Denetim Görüşünün Dayanağı Bulgular” kısmında KÖİ modeli ile yapılan sağlık tesislerinde borçlanma maliyetleri, garanti ve yükümlülüklerin muhasebeleştirilmesinde sorunlar olduğu yeniden vurgulanmıştır.

Sağlık hizmeti gibi sunumu kompleks bir hizmetin, özel sektör eliyle sunumunu öngörerek uygulamaya geçirilen KÖİ modeliyle şehir hastanelerine ilişkin Sayıştay denetim raporlarının en dikkat çekici yanı, özellikle kamu yararını gözeterek sağlık hizmetinin sunumunda kamu bütçesinin üzerindeki yükün hafifletileceği hususunun, hastanelerin yapım ve işletim süreçlerinde karşılaşılan sorunlar nedeniyle pek de sağlanamadığıdır. Bu nedenle şehir hastanelerinin finansman modelinin Sağlık Bakanlığı bütçesindeki payının incelenmesi çalışmanın bütünselliği açısından gereklidir.

3.5. Şehir Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı Bütçesi Üzerinde Yarattığı Finansal Yük

Şehir hastanelerine ilişkin Sayıştay raporlarının incelenmesinin ardından yeni bir finansman modeliyle ve “cebimizden beş kuruş para çıkmadan” inşa edileceği vurgulanan şehir hastanelerinin özellikle kira bedellerinin kamu bütçesi içindeki payını incelemek gerekmektedir. Şehir hastaneleri için KÖİ finansman modeli önerilirken, kamu bütçesinde büyük bir rahatlama yaratacağı savı ileri sürülmekteydi.

KÖİ finansman modeline karşı olan kesimler ise özellikle şehir hastaneleri için idare tarafından özel şirkete ödenecek kira bedellerinin döviz kuru üzerinden hesaplanması nedeniyle çok da rasyonel olamayacağını, özel şirkete ödenecek birkaç yıllık kira bedeli ile bir kamu hastanesi kurularak sağlık hizmetinin sunulabileceğini ifade etmekteydiler. Şehir hastanelerine Sağlık Bakanlığı bütçesinde ayrılan payın incelenmesi bu açıdan önem arz etmektedir.

2017 yılından beri açılmaya başlayan şehir hastanelerinin, bütçe üzerinde nedenli bir yük oluşturduğunun belirlenebilmesi adına 2017-2024 yılları arasında Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından yayınlanan yıllara göre bütçe gerekçeleri ve Sağlık Bakanlığı faaliyet raporları incelenmiştir.

Tablo 3.6. Sağlık Bakanlığı Bütçesi (2017-2024)

YIL	BÜTÇE (TL)
2017	5.731.706.000
2018	37.479.416.000
2019	48.335.381.000
2020	58.755.417.000
2021	77.389.370.000
2022	111.222.421.000
2023	292.346.556.000
2024	730.521.346.000

Kaynak: <https://www.sbb.gov.tr/butce-gerekceleri/#>

Buna göre Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçe kapsamındaki kamu idareleri I sayılı cetvelde belirtilen bütçesinin şehir hastanelerinin açılmaya başladığı ve dolayısıyla Bakanlığın kira ödemeye başladığı 2017 yılından itibaren gittikçe arttığı görülmektedir. Söz konusu bütçenin analitik sınıflandırılması yapılması ise şehir hastanelerine ödenen kira bedellerinin mahsuplaştırıldığı tek bir bütçe kaleminin olmaması nedeniyle gereklidir.

Tablo 3.7. Sağlık Bakanlığı Analitik Bütçe Sınıflandırması (2017-2023)

YIL	MAL VE HİZMET ALIM GİDERLERİ	CARİ TRANSFER- LER	SERMAYE GİDERLERİ	SERMAYE TRANSFER- LERİ
2017	298.198.000	60.500.000	3.562.064.000	27.043.000
2018	10.275.405.000	125.656.000	7.042.000.000	20.212.000
2019	13.773.475.000	152.620.000	7.657.304.000	13.946.000
2020	17.754.352.000	174.147.000	10.593.292.000	16.536.000
2021	20.770.098.000	367.786.000	18.536.000.000	18.283.000
2022	33.765.685.000	536.910.000	27.840.000.000	70.278.000
2023	71.672.907.000	1.210.219.000	60.405.591.000	131.703.000

Kaynak: <https://www.sbb.gov.tr/butce-gerekcileri/#>

Sağlık Bakanlığı'nın KÖİ modeli projelerinde yüklenici şirkete ödediği iki ana ödeme kalemi vardır. Bunlar, üç aylık periyotlarla ödenen kullanım bedeli ile aylık ödenen hizmet bedeli kalemleridir. Her iki kalem altında şehir hastanelerinin kira ödemesi yapılması öngörülmüştür.⁷⁹ Kullanım bedeli Bakanlık bütçesinden, hizmet bedeli ise döner sermayeden karşılanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı bütçesine alınan şehir hastanelerinin kira ödemelerine ilişkin ödemeler “ticari sır” nedeniyle tam olarak bilinmemekle birlikte konuyla ilgilenen uzmanlara göre kira bedelleri, diğer gider hesaplarına dağıtılarak muhasebeleştirilmektedir. Eski Hazine Müsteşar Yardımcısı Ferhat Emil de şehir hastaneleri için bütçeden farklı kalemler altında ödemeler yapıldığını, özellikle kira bedellerinin bütçenin farklı kalemlerine dağıtıldığını ifade etmektedir (Erbaş, 2021). Pala,⁸⁰ şehir hastaneleri için yapılan kira ödemelerinin “yurt dışına yapılan transferler” kaleminde giderleştirildiğini ifade etmektedir. Bu bağlamda şehir hastanelerine ödenen kira bedellerinin Sağlık Bakanlığı bütçesindeki payı 2018 yılında %6,8; 2019 yılında %12,7; 2020 yılında %22,9 ve 2021 yılında açılışı yapılmış 12 şehir hastanesi için Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaklaşık beşte biri

⁷⁹ <https://www.elmadaghukuk.com/tr/makaleler/240/saglik-koi-projelerinde-odeme-mekanizmasi-hakkinda-yeni-yonetmelik.html>

⁸⁰ <https://hekimcebakis.org/makale/saglik-bakanligi-2019-yili-butce-teklifinin-degerlendirilmesi/>

(%24,7)'dir. 2023'ün başında 21 şehir hastanesi için bu oranın yaklaşık yüzde elli olacağı ifade edilmiştir (Kayaduvar, 2023). Nitekim Sağlık Bakanlığı bütçesi ve bütçede giderleştirilen mal ve hizmet alım giderleri ile transferler oranlandığında 2023 yılında söz konusu giderlerin Sağlık Bakanlığı bütçesindeki oranı yaklaşık yüzde 47'dir.

Sağlık Bakanlığı bütçe verileri ayrıntılı incelendiğinde özellikle mal ve hizmet alımları, cari transferler, sermaye giderleri ve transferlerinde yıllar itibariyle ciddi bir artış yaşandığı görülmektedir. Mal ve hizmet alım giderleri, sermaye ve cari transferler kaleminde muhasebeleştirilen şehir hastanelerine ödenen kira bedellerinin 2022 yılına göre yüzde 150 arttığı görülmektedir (tablo 3.7.). Söz konusu bedellerin artmasında ülkede artan enflasyon ile birlikte kira bedellerinin döviz olarak ödenmesinin etkisi büyüktür. Şehir hastanelerinin açılmaya başladığı 2017 yılında dolar kurunun yaklaşık 3,8 tl olduğu göz önüne alındığında kira ödemelerindeki artış anlaşılır olacaktır.

Sağlık Bakanlığı bütçesi üzerinde şehir hastanelerinin maliyetinin ağır yükler oluşturduğu tüm çevrelerce kabul edildiğinden ve çokça eleştirildiğinden 2020 bütçe görüşmeleri sırasında Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, 2021 yılı itibariyle şehir hastanelerinin yapımında KÖİ finansman modelinden vazgeçileceğini şehir hastaneleri için kira ödemelerinin genel bütçeden yapılacağını ifade etmiştir. "Finansman modelinin de kendi maliyeti var sonuçta" diyerek hem KÖİ modelinin kamuyu zarara uğrattığını hem de bütçede kaynak varken KÖİ modeline başvurulduğunu kabul etmiş bulunmaktadır (Erbaş, 2021, s. 195).

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Klasik düzende kamu hizmeti olarak nitelendirilen faaliyetleri gerçekleştirmek ve gerekli altyapıyı kurmak devletin eli ve kaynaklarıyla gerçekleştirilirken; devletin yapısının ve işlevlerinin dönüşmeye başladığı 1980’li yıllara gelindiğinde, piyasadan bağışık kılınan kamusal hizmetler için küresel sermaye kuruluşları eliyle özel sektöre alan tanınmaya başlamıştır. Devletin asli görevlerinde yaşanan değişimler, kamu hizmetinin temel ölçütlerinden biri olan kamu yararı ilkesini yeniden sorgulamamıza neden olmuştur. Sermayenin arzuladığı biçimiyle eğitim ve sağlık gibi temel kamusal mal ve hizmetler piyasaya açılmış; kamu hizmetlerinin sunumu ve finansmanı için tüm dünyada devletin yeniden inşasına ve değişen rolüne paralel olarak KÖİ başlığı altında yeni uygulamalara başvurulmuştur.

KÖİ modeli, özellikle özelleştirme uygulamalarının sorgulandığı bir tarihsel aşamada popülerlik kazanmıştır. Bu anlamda özelleştirmenin Truva Atı olarak nitelendirilen bu model, İngiltere’nin öncülük ettiği ve kamusal bir hak olarak tanımlanan sağlık hizmetinin sunumunda da şehir hastaneleri yapılması suretiyle başvurulmuş bir uygulama olmuştur. KÖİ, yine İngiltere’de 2000’li yılların başında bir başarısızlık öyküsü olarak görülüp eleştirilirken; Türkiye bu yıllarda, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında KÖİ finansman modeli ile hastane inşa etme sürecinin temellerini atmaya başlamıştır. 2005 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na eklenen bir madde ile KÖİ finansman modeli ile şehir hastanelerinin yapımı projelerinin hayata geçirilmesi sağlanmıştır. 2011 yılından itibaren art arda ihalelere çıkmış, 2017 yılından itibaren de şehir hastaneleri açılmaya başlamıştır. Böylelikle şehir hastaneleri, sağlık hizmetinin sunumu ve finansmanında radikal bir dönüşümün çıktıkları olarak hayatımızdaki yerini almıştır.

2023 yılı itibariyle hasta kabulüne başlayan 24 şehir hastanesi mevcuttur. İstanbul ilinde bulunan Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi ve Kahramanmaraş Şehir Hastanesi dışındaki 20 şehir hastanesi KÖİ finansman modeli ile inşa edilmiştir. Türkiye’de daha önce sağlık sektöründe uygulanmayan bir

finansman modeli ile şehir hastanelerinin yapılması, özellikle ihale süreci ve yatırım maliyetleri, kira bedelleri ve bütçe üzerinde yarattığı yük, proje sözleşmelerinin etkinliği, şehir hastanelerinin yapımı ile kapatılan hastaneler, şehir hastanelerinin sahip olduğu yatak sayısı ve sağlık emekçilerinin durumu, şehir hastaneleri için yapılması öngörülen çevresel ve sosyal etki değerlendirme raporları ile ilişkili olarak yer seçimi ve hastanelere ulaşım süresi, son olarak da sağlık hizmetinin sunumunda rol alan özel sektör temsilcisinin şehir hastanesi yönetiminde yer alarak yarattığı çift başlı yönetim olguları üzerinden kamuoyunda tartışılmış ve eleştirilmiştir.

Bu tez çalışması göstermiştir ki şehir hastaneleri için başvuru KÖİ finansman modeli klasik ihale yöntemine göre daha pahalı bir yöntemdir. Şehir hastanesi sözleşmelerinin ihalelerine ilişkin usul ve esaslarının kamu alımlarını düzenleyen ve denetleyen 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamında olmaması ve Sağlık Bakanlığı'nın ihale sürecine ilişkin detayları paylaşmaması proje sözleşmelerini kamuoyu denetiminden uzaklaştırmaktadır. İhale sürecinde var olan özel sektör temsilcisi için proje bedelinin %20'si kadar öz kaynağa sahip olma şartı, özel sektör temsilcilerini proje finansmanından önce sermaye finansmanı arayışına ittiğinden söz konusu ihalelere yalnızca belli başlı şirketler başvurmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin sunumunda oligopol bir piyasa yapısını da beraberinde getirmektedir. Şehir hastanelerinin yüklenici şirketleri veya şirket grupları incelendiğinde ilk sırada tüm şehir hastanelerindeki yatak sayılarının %30'una sahip olan Rönesans Holding'in hizmetlerini devrettiği ve taşeron firması olan ISS Tesis Yönetim Hizmetleri A.Ş. yer almaktadır. ISS Tesis Yönetim Hizmetleri A.Ş.'i Aspaldi SPA, CCN Holding, YDA İnşaat, Akfen Holding ve KAYI İnşaat takip etmektedir. Sağlık sektöründe özelleştirme anlamına gelebilecek şehir hastanelerinin belli sermaye grupları elinde toplanmasının yani oligopol bir piyasanın oluştuğunun bir göstergesi olarak ifade edilebilecek olan bu durum, adı geçen firmaların batması durumunda sağlık gibi temel bir kamu hizmetinin sunumunda büyük bir krize yol açabileceği ve kamuyu zarara uğratabileceği endişesini de beraberinde getirmektedir. Bu haliyle sağlık hizmetinin pazara açılımını sağlayan şehir hastaneleri modeli, kamuoyunda büyük ölçekli altyapı yatırımlarını çoğunu yürüten adı geçen şirket ve şirket toplulukları için bir meşruiyet aracı görünümündedir.

Şehir hastanelerine ilişkin proje süreçleri incelendiğinde, hastane binalarının inşaat süresi ortalama üç yıl olarak belirtilmektedir. Uygulama örnekleri incelendiğinde ise neredeyse hiçbir şehir hastanesi inşaatının söz konusu süre içinde tamamlanmadığı gözlemlenmiştir. KÖİ sözleşmeleri kompleks yapıda ve uzun süreli sözleşmelerdir. Bu açıdan geleceğin belirsizliği içinde ve yüksek işlem maliyetleri ile hazırlanan KÖİ sözleşmelerinde, tasarım ve fizibilite çalışmaları yetersiz olabilmektedir. Bu durum, KÖİ sözleşmelerini özel sektör lehine yeniden revize etmeyi gerekli kılmakta, kamu kesimi bu durumdan zararlı çıkan taraf olmaktadır. Şehir hastanelerinin KÖİ finansman modeli ile inşa edilmesinin ana gerekçelerinden biri, mevcut yatak sayısını arttırmak suretiyle hizmet kalitesini arttırmaktır. Uygulama örnekleri incelendiğinde ise şehir hastanelerinin inşasıyla mevcut yatak sayısının ya artmadığı ya da çok az arttığı tespit edilmiştir. Örneğin Elazığ'da kapatılan kamu hastanelerinin yatak sayısı Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi yatak sayısından fazladır.

KÖİ finansman modeli ile şehir hastanelerinin yapımının devlet bütçesini rahatlatacağı ifade edilirken hastanelerin açılmaya başladığı 2017 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı'na ayrılan bütçe payının giderek arttığı gözlemlenmiştir. Şehir hastanelerine ödenen hizmet ve kira bedellerinin (garantiler) Bakanlık bütçesi içindeki payının 2023 yılı itibarıyla yaklaşık yüzde elliye bulduğu göz önüne alındığında, sağlık yatırımlarının devlet bütçesine yük oluşturduğu anlaşılmaktadır. Yapılan analizler neticesinde özel sektöre ödenecek üç yıllık kira bedeli ile bir kamu hastanesinin yapılabileceği, böylece sağlık hizmetinin sunumu ve finansmanından aynı derecede etkinlik sağlanabileceği görülmüştür. Kamu kaynaklarının harcanmasına ilişkin bilgiler kamudan saklanamaz. Ancak şehir hastanelerine ödenen kira bedelleri “ticari sır” nedeni ile kamuoyuyla açıklıkla paylaşılmamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın mali tabloları incelendiğinde, ödenen kira ve hizmet bedelleri tablosunda ifade edilenlerin yanı sıra; Bakanlık Yatırım Programları'nda ve Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde gerçekleşen bütçe görüşmeleri sırasında söz konusu rakamların çok üstünde kira ve hizmet bedellerinin ifade edildiği göz önüne alındığında, şehir hastaneleri için yapılan toplam ödemelerin kamuoyundan gizlenmeye çalışıldığı netleşmektedir. Ayrıca ödemelerin hem Bakanlık bütçesinden

hem de döner sermayeden karşılandığı bilinse de ne kadarının bütçeden ne kadarının döner sermayeden ödendiği tam olarak ölçülememektedir. Bilinen şudur ki şehir hastaneleri kira ödemeleri döviz cinsinden yapılmakta, döviz kuru her geçen gün daha da artarak Bakanlık bütçesi üzerinde yük oluşturmaktadır.

500 ve üzeri yatağa sahip hastaneler ÇED kapsamından çıkarılmıştır; bu durum ortalama 1417 yatağa sahip şehir hastaneleri için yer seçiminde kolaylık sağlamıştır. Çevresel etki değerlendirmesi gerekli olmayan ve çevresel ve sosyal etki değerlendirme raporları yapılmayan veyahut uygulanmayan bazı şehir hastanelerinde ihale ve inşaat süreleri uzamış, hastanelerin yer seçimi talihsiz olmuş, hastaneler şehrin merkezinden uzak yerlere yapılmıştır. Şehir merkezlerinden uzakta kurulan şehir hastanelerine ulaşım, sağlık hakkına erişimi zorlaştırmıştır. Finansal ve mekânsal büyüklüğü ile dikkat çeken şehir hastanelerinde sağlık emekçilerinin de sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir. Sağlık hizmetinde sermaye ve devlet, emek gücü özellikle de kadın emek gücü üzerinden varlığını yeniden üretmekte, performansa dayalı ücretlendirme sistemi ile artı değer üretimi şehir hastaneleri modeli üzerinden garantilenmektedir.

KÖİ finansman modeli ile şehir hastanelerinin inşasının rasyonelliğinin ölçülmeye çalışıldığı bu çalışmada, Sağlık Bakanlığı bütçe verilerinin yanı sıra Sayıştay Başkanlığı'nın Sağlık Bakanlığı'na ait ve şehir hastanelerinin de incelendiği 2018-2022 Yılları Düzenlilik Denetim Raporları, proje sözleşmelerinde ve uygulamada özel sektörün palazlanmasına müsaade eden ve kamuyu zarara uğratan bulgulara ulaşmıştır. 2021 yılında KÖİ modeli ile şehir hastanesi kurulmasından vazgeçildiği ifade edilmiş olsa da şehir hastaneleri için uzun yıllar kira bedeli ödeneceği ve kamunun zarara uğrayacağı açıktır. Bu nedenle mevcut şehir hastanelerinin kamulaştırılması bu tezin önerisidir. Bu bağlamda şehir hastaneleri projelerinde sözleşmelerin idare lehine tazminatsız feshi gerçekleştirilmelidir.

KAYNAKÇA

- ABADIE, R.: 2008 *Infrastructure finance- surviving the credit crunch*. PwC Public Sector Research Centre publication. Mayıs 2022 tarihinde <https://www.pwc.com/ng/en/pdf/surviving-the-credit-crunch.pdf> adresinden alındı.
- ABADIE, R.: 2014 *Capital Project and Infrastructure Spending: Outlook to 2025*. PwC Public Sector Research Centre publication.
- AKAL, M., OLGUN, M. F.: 2021 Tam Rekabetçi Piyasa Deneyimleri Üzerine Bir Bakış. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 45-61.
- AKDAĞ, R.: 2012 *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*. T.C.Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- AKERLOF, G. A., ROMER, P. M.: 1993 Looting: The Economic Underworld of Bankruptcy for Profit. *Brookings Paper on Economic Activity*, 24(2), 1-59.
- AKILLI, H.: 2013 Kamu Hizmeti İmtiyazından Yap İşlet Devret Yöntemine: Yasal Serüven. *Sayıştay Dergisi*, 89, 91-114.
- ALTIN, A.: 2013 Kamu Hizmeti Anlayışında Değişim. *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(2), 101-118.
- ALTIN, A.: 2016 Kamu Hizmetlerinde Kalitenin Servqual Yöntemi İle Ölçülmesi: Kamu Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Uygulama. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- ATABEY, S. E.: 2012 *Ulusal Sağlık Sistemleri ve 1980 Sonrasında Türkiye’de Sağlıkta*

Dönüşüm Politikalarının İncelenmesi ve Değerlendirilmesi.

Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

AYDIN, G.: 1987

Ulusal Sağlık Sistemleri ve 1980 Sonrasında Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının İncelenmesi ve Değerlendirilmesi.

Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

BARU, R. V., NUNDY, M.: 2008

Blurring of Boundaries: Public-Private Partnerships in Health Services in India. *Economic & Political Weekly*, 43(4), 62-71.

BELEK, İ.: 1995

Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplanıyor? *Toplum ve Hekim*, 9(64-65), 14-25.

BİLALOĞLU, E.: 2018

Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Girişimlerine Karşı TTB Tutumu. T. T. Grubu, K. Pala (Dü.) içinde, *Türkiye'de Sağlıkta Kamu- Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri* (s.177).İstanbul: İletişim.

BOZ, S. S.: 2013

Kamu Özel İşbirliği (PPP9 Modeli). *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 4(2), 277-332.

BÜYÜKCAN, T., YELKEN, E.: 2015

Şehir Dışına Göç Eden Okullar: Eğitim Kampüsleri. *EğitimBilim Toplum Dergisi*, 13(49), 9-31.

CANGÖZ, M. C., EMEK, U., UYDURANOĞLU KARACA, N.: 2021

Türkiye'de Kamu-Özel İş Birliği Modeli Uygulaması: Etkin Risk Paylaşımına Yönelik Bir Model Önerisi. Ankara: TEPAV.

CARTLIDGE, D.: 2006

Public Private Partnerships in Construction. New York: Taylor And Francis Group.

COMPANY, M.: 2013

Infrastructure productivity: How to save \$1 trillion a year.

London: McKinsey Global Institute.

- ÇAKIR, H. M.: 2015 Sağlık Hizmetlerinin Özel Hukuk Kişileri Tarafından Yürütülmesi. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi*, s. 324.
- ÇAL, S.: 2018 Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) ve Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması. K. Pala içinde, *Türkiye'de Sağlıkta Kamu-Özel Otaklığı: Şehir Hastaneleri* (s. 35). İstanbul: İletişim.
- ÇELİK, E. Y.: 2008 Kamu Özel Sektör İşbirliği Modeli: Kamu Hizmeti Hakkının Paylaşılması. *Toplum ve Hekim*, 23(1), 31-40.
- ÇELİK, T.: 2019 *Kamu Özel İşbirliği: TİGEM Modeli*. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ÇELİKAY, F., GÜMÜŞ, E.: 2010 Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- DAĞLI, E. P.: 2020 Özelleştirme ve Kamu Özel İşbirliği İlişkisinin Kavramsal Açından Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 22(1), 397-430.
- DALBAY, S.: 2019 Liberal Politikalarından Neoliberal Politikalara: Sosyal Devletin Dönüşümü. *Akademikbakış Dergisi*, 74, 46-68.
- DEMİR, B.: 2011 *Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Yürütülmesi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- DEMİREL, E. H.: 2019 *Türkiye'de Kamu Özel Ortaklıkları Örneğinde Kamu Yönetiminde Değişimin Kamu Hizmeti Sürecine Yansıması*.

Ankara: Hacı Bayram Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

EĞİLMEZ, M., MUMCU, E.: 2011 *Ekonomi Politikası*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

EMEK, U.: 2002 *Ek ve Değişiklikleri ile Yap-İşlet-Devret (YİD), Yap-İşlet (Yİ) ve Kamu Hizmeti İmtiyazı Mevzuatı*. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı.

EMEK, U.: 2010 *Altyapıda Kamu Özel İşbirliği Yöntemleri*. İstanbul: İktisadi Araştırmalar Vakfı.

EMEK, U.: 2017 *Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Sözleşmeleri: Beklenti Ve Gerçekleşme. Hacettepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7(1), 139-168.

EPEC.: 2015 *European PPP Expertise Centre. Market Update Review of the European PPP Market in 2015:*
https://www.eib.org/attachments/epec/epec_market_update_2015_en.pdf adresinden alındı

ERBAŞ, Ö.: 2021 *Şehir Hastaneleri: Altı Kaval Üstü Şişhane* (1. b.). Ankara: Dipnot Yayınları.

ERCAN, F.: 2013 “Meta Neleri İçerir? Sağlık Hizmetlerinin Metalaşması”, Ed. Osman Belek, *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır içinde*, Hayygrup Yayıncılık, İstanbul, s.15-40

ERCAN, F.: 2019 *Sağlık Hizmeti Dönüşürken: Devlet Sermaye Arası İç Bağlantılar (Şehir Hastaneleri Üzerinden Ezberleri Bozmak)*.

Şehir Hastaneleri Çalıştayı.

- ERDOĞAN, H.: 2010 Belediye Yatırımlarının Finansmanında Yap İşlet Devret Alternatifi: Antalya Sarısu Mesire Alanı Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(3), 471-486.
- ERKAL, A.: 2021 Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Sağlık Personelinin İstihdamı Nedeniyle İdarenin Sorumluluğu. *Sakarya Hukuk Dergisi*, 9(2), 235-271.
- EVREN, Ç. C.: 2016 *Kamu-Özel İşbirlikleri: Kamu Hizmetlerinin Özel Kişilere Sözleşme Yoluyla Gördürülmesinin Hukuki Rejimi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- FERRER, C. E.: 2013 Oligopsony-Oligopoly the Perfect Imperfect Competition. *Procedia Economics and Finance*, 5, 269-278.
- FLYVBJERG, B.:2014 What You Should Know About Megaprojects And Why: An Overview. *Project management journal*, 45(2), 6-19.
- GÖKKAYA, D.: 2020 *Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma*. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- GÖKKAYA, D.: 2021 *Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma*. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*(31), 73-96.
- GÖKÜŞ, M.: 2010 Küreselleşme Sürecinin Kamu Hizmetine Yansıması. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 10(20), 193-218.

- GÖNEN, Y.: 2011 *Türkiye'de Elektrik Kamu Hizmetinin Yürütülmesi ve Lisans Usulü*. Adalet Yayınları- Hukuk Dizisi.
- GÖZLER, K.: 2005 *İdare Hukuku* (Cilt II). Bursa: Ekin Kitabevi.
- GÖZLER, K., KAPLAN, G.: 2021 *İdare Hukukuna Giriş* (27 b.). Bursa: Ekin Yayınevi.
- GÖZÜBÜYÜK, A. Ş.: 2003 *Yönetim Hukuku*. Ankara: Turhan Kitabevi.
- GRIMSEY, D., LEWIS, M. K.: 2005 Are Public Private Partnerships Value for Money?: Evaluating alternative approaches and comparing academic and practitioner views. *Accounting Forum*, 29(4), 345-378.
- GÜLER, B. A.: 2003 *Devlette Reform Yazıları*. Paragraf Yayınevi.
- GÜZELSARI, S.: 2009 Kamu Özel Ortaklıkları Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme. (B. Övgün, Dü.) *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi (KAYAUM Müdürlüğü)*, 43-77.
- GÜZELSARI, S.: 2012 Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları. *Amme İdaresi Dergisi*, 45(3), 29-57.
- HAMZAOĞLU, O.: 2013 Dünyada Sağlık Reformu Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri. *Toplum ve Hekim*, 28(3), 172-180.
- HARRIS, S. : 2007 Public Private Partnerships: Delivering Better Infrastructure Services. *Working Paper*. Washington D.C.: Inter-American Development Bank.
- file:///C:/Users/HP/Downloads/Public_Private_Partnerships_De

livering_B.pdf adresinden alındı

- HARVEY, D.: 1999 *Postmodernliğin Durumu*. Metis Yayınları. İstanbul (s.196).
- HERMANN, C. : 2010 The Marketisation of Health Care in Europe. P. Leo, & C. Leys içinde, *Morbid Symtoms; Health Under Capitalism Socialist Register* (s. 125-144). London: The Merlin Press.
- HODGE, G. A., GREVE, C.: 2007 Public-Private Partnerships: An International Performance Review. *Public Administration Review*, 67(3), 545-558.
- HUBBARD, R., PAQUET, G. 2007 P3 and the "Porcupine Problem". G. B. Doern (Dü.) içinde, *How Ottawa Spends, 2007-2008* (s. 254-272). McGill-Queen's University Press.
- İL KAR, E.: 2009 Sağlıkta Yeniden Yapılandırma Çalışmaları Çerçevesinde Hastane Birlikleri. *Bütçe Dünyası Dergisi*, 3, 31.
- İSTANBUL PPP SAĞLIK YATIRIM A.Ş.: 2017 *İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü Projesi Çevresel ve Sosyal Etki Değerlendirmesi Teknik Olmayan Özet*. İstanbul: ACE Danışmanlık ve Mühendislik A.Ş.
- JIN, H., RIAL, I.: 2016 *Regulating Local Goverment Financing Vehicles and Public Private Partnerships In China*. International Monetary Fund.
- KARABULUT, G. P. : 2005 Türk Özel Hukukunda Yap İşlet Devret (YİD). T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk (Medeni Hukuk) Anabilim Dalı Doktora Tezi. Ankara.

- KARAHANOGULLARI, O.: 2004 *Kamu Hizmeti*. Ankara: Turhan Kitabevi.
- KARAHANOGULLARI, Y.: 2012 *Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Mali Değerlendirilmesi*. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67(2), 95-125.
- KARASU, K.: 2009 *Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi*. (B. Övgün, Dü.) *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi (KAYAUM Müdürlüğü)*, 79-91.
- KAYA, M.: 2022 *Kamu Özel Ortaklığı Yöntemi ve Şehir Hastanelerine Yönelik GZFT Analizi /SWOT Analysis For Public Private Partnership And City Hospitals*. *Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK)*, 127-142.
- KAYADUVAR, M.: 2021 *Şehir Hastanelerinde Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi*, s. 163-187.
- KAYADUVAR, M.: 2023 *Sağlık Emek Sürecinde "Modern Zamanlar" Şehir Hastaneleri*. İzmir: Notabene Yayınları.
- KAZGAN, G.: 2021 *Küreselleşme ve Ulus-Devlet: Yeni Ekonomik Düzen (7 b.)*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- KEÇELİGİL, H. T.: 2018 *Kamu-Özel İş Birliği: Esasları ve Türkiye Uygulaması*. *Terazi Hukuk Dergisi*, 13(145), 158-175.
- KESGİN, S. S.: 2013 *Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Kamu Özel İşbirlikleri: Sağlık Bakanlığı Örneği*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

- KHALID, B., RAJAE, B.: 2015 Public-Private Partnerships in Health. *International Journal of Medicine and Surgery*.
- KILIÇASLAN, H.: 2016 Kamu Hizmetleri ve Finansmanı Açısından Türkiye'de Kamu-Özel İş Birlikleri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 385-398.
- KIR, A.: 2010 Kamu Hizmetinin Görülme Usullerinden Ruhsat Usulü ve Elektrik Piyasası Örneği. *Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*.
- KİRMANOĞLU, H.: 2007 Kamu Ekonomisi Analizi. İstanbul: *Beta Basım Yayım*.
- LEVY, S. M.: 1996 Build, Operate, Transfer: Paving the Way For Tomorrow's Infrastructure. *Newyork: Wiley*.
- LEYS, C.: 2009 Health, Health Care and Capitalism. C. L. Leo Panitch içinde, *Morbid Symptoms: Health Under Capitalism Socialist Register 2010* (s. 7-34). London: Merlin Press.
- LINDER, S. H.: 1999 Coming to Terms With the Public-Private Partnership: A Grammar of Multiple Meanings. *The American Behavioral Scientist*, 43(1), 35-51.
- MARTY, F., TROSA, S., VOISIN, A.: 2006 *Les partenariats public-privé*. La Découverte.
- MUTLU, A., IŞIK, A.: 2012 *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Bursa: Ekin Yayınevi.

- NIJKAMP, P., BURCH, M. V., VINDIGNI, G.: 2002
A Comparative Institutional Evaluation of Public-Private Partnerships in Dutch Urban Land-use and Revitalisation Projects. *Urban Studies*, 39(10), 1865-1880.
- OECD.: 2015
Towards a Framework for the Governance of Infrastructure.
- ONAR, S. S.: 1966
İdare Hukukunun Umumi Esasları. İstanbul: Hak Kitabevi.
- ORAK, C.: 2007
Kamu Hizmeti: Tabula Rasa. *TBB Dergisi*, 68, 165.
- ÖNAL, İ. H.: 1997
İşçi Sınıfı Yolunu Bulacaktır. Yeni Sağ Aldatmaca. Ankara: İmge Kitabevi, s. 41-55.
- ÖNCÜ, T. S.: 2018
Talan Yoluyla Sermaye Birikim Aracı Olarak Kamu-Özel Ortaklığı: Verimsiz ve Pahalı Bir Finansman Modeli. T. T. Grubu, K. Pala (Dü.) içinde, *Türkiye'de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri* (s. 20). İstanbul: İletişim Yayınları.
- ÖNGEN, T.: 2007
Yuvarlak Masa: Yakın ve Uzak Gelecekte Dünya, Türkiye ve Sağlık. *Toplum ve Hekim*, 22(3), 226-238.
- ÖZAY, İ. H.: 2011
Türkiye'deki Klasik Kamu Hizmeti Anlayışı: "Çok Yaşa" yada "A Tes Amour". *Journal of Istanbul University Law Faculty*, 56(1-4), 293-295.
- ÖZELLEŞTİRME
İDARESİ
BAŞKANLIĞI.: (T.Y.)
2009-2013 Stratejik Planı.

- ÖZER, M. A.: 2014 Kamu Yönetiminde Değişim Sürecini Dwight Waldo ile Yeniden Düşünmek. *Amme İdaresi Dergisi*, 47(4), 1-30.
- ÖZTÜRK, M.Y.,
ERGÜNEŞ N.:
2011 Türkiye’de Kadın İstihdamı ve Kadın Emeği: Sağlık Sektöründe Kadın Emeği İçin İpuçları. *Sağlıkta Kadın Emeği Sempozyumu*, s. 9.
- ÖZTÜRK, İ.,
KARYAĞDI,
M.: 2010 Hak Arama Özgürlüğü Bağlamında Kamu İhale İşlemlerine Karşı Teminat Ödenmesi Şartı ile Tanınan İtirazen Şikâyet Hakkı. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 87, 442-463.
- PALA, K.: 2018 Kamu Hastanelerinin Piyasalaştırılması ve Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Modeli. T. T. Grubu, K. Pala (Dü.) içinde, *Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri* (s. 99-134). İstanbul: İletişim.
- PALA, K., ERBAŞ,
Ö., BİLALOĞLU,E.,
TÜKEL, R., İLHAN,
B.: 2018 Public-Private Partnership in Health Care: Case Of Turkey. *World Medical Journal*, 64(4), 44-48.
- PRICE, D.: 2011 Dünyada Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı: Kavram ve Değişimler. *Toplum ve Hekim*, 26(4), 289-296.
- ROSEN, H. S., GAYER,
T.: 2008 *Public Finance-Eighth Edition*. Singapore: McGraw-Hill.
- SAMUELSON,
P. A.: 1954 Pure Theory for Public Expenditure. *The Review of Economics and Statistics*, 36(4), 387-389.

- SANTERRE, R. E., NEUN, S. P.: 2012 *Health Economics: Theory, Insights and Industry Studies*. USA: Irvin Book Team.
- SARISU, A.: 2009 *Kamu Özel İşbirlikleri, Public Private Partnerships-PPP* (1. b.). Ankara: Yaklaşım Yayıncılık.
- SEÇTİM, H.: 2019 Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Değerlendirme. *Management and Political Sciences Review*, 1(1), 117-133.
- STIGLITZ, J. E., ROSENGARD, J. K.: 2015 *Economics of the public sector: Fourth international student edition*. WW Norton & Company.
- ŞAHİN, M., UYSAL, Ö.: 2008 *Kamu Ekonomisi Perspektifinden Kamu-Özel Sektör Ortaklıkları*. Bursa: Ekin Basım Yayın.
- ŞAHİN, M., UYSAL, Ö.: 2012 Kamu Maliyesine Etkileri Açısından Kamu Özel Sektör Ortaklıkları Üzerine Bir Değerlendirme. *Maliye Dergisi*, 162, 155-174.
- ŞENEL, T.: 2017 Küresel Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları ve Türkiye Sağlık Sektörü Açısından Bir Değerlendirme. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 16(2), 5-20.
- SÖNMEZ, M.: 2017 *Paran Kadar Sağlık: Türkiye’de Sağlıkın Ticarileşmesi* (3. Baskı). İstanbul: Yordam Kitap.
- T.C. CUMHURBAŞKANLIĞI STRATEJİ VE BÜTÇE BAŞKANLIĞI.: 2019. *Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İş Birliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu 2018*: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/05/Kamu-Ozel_Isbirligi_Raporu-2018.pdf adresinden alındı.

- T.C.KALKINMA BAKANLIĞI.: 2015 2022 tarihinde *Kamu Özel İşbirliği Mevzuatı*: https://sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Kamu_Ozel_Isbirligi_Mevzuati-2015.pdf adresinden alındı.
- TENGİLİMOĞLU,D., SAĞLIK İŞLETMELERİ YÖNETİMİ. Ankara: Nobel Akademik IŞIK, O., AKBOLAT, M.: Yayıncılık. 2021
- THE WORLD BANK.: *Private participation in infrastructure (PPI) annual report 2017*:<https://documents.worldbank.org/en/publication/document/s-reports/documentdetail/658451524561003915/private-participation-in-infrastructure-ppi-annual-report-2017> adresinden alındı.
- THE WORLD BANK.: Şubat 2022 tarihinde 2019 <https://www.worldbank.org/en/topic/publicprivatepartnerships/overview> adresinden alındı.
- THE WORLD BANK.: *Private Participation in Infrastructure Database*: 2021A <https://www.worldbank.org/en/search?q=PPI+Project+database> adresinden alındı.
- THE WORLD BANK.: *Private Participation In Infrastructure (PPI) 2021 Annual Report*: 2021B <https://ppi.worldbank.org/content/dam/PPI/documents/PPI-2021-Annual-Report.pdf> adresinden alındı.
- TİRYAKİ, Ö.: 2022 Yatırımların Finansmanında Yeni Bir Öneri: Kamu-Halk İşbirliği. Ankara: Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Bütçe ve Finansal Raporlama Genel Müdürlüğü.

- TTB.: 2012 *Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu.* Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayını.
- TÜKEL, R.: 2021 *Sağlıkta Dönüşümde Son Dönem.* K. Pala (Dü.) içinde, *Türkiye'de Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri.* İstanbul: İletişim.
- TÜRKİYE
CUMHURİYETİ
CUMHURBAŞKANLIĞI
STRATEJİ VE BÜTÇE
BAŞKANLIĞI.: 2022 *Planlar ve Programlar:* <https://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/> adresinden alındı.
- UÇAR, E.: 2017 *Şehir Hastaneleri Sunusu.* Şehir Hastaneleri Koordinasyon Başkanlığı: <https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/> adresinden alındı.
- UĞUR, A., MİYNAT, M.: 2014 *Kamu Özel Sektör Ortaklıklarının Ekonomi Politikası. Yönetim ve Ekonomi, 21(2), 19-40.*
- UĞURHAN, F.: 2018 *Orda Bir Hastane Var Uzakta: Mersin Şehir Hastanesi. Türkiye'de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri, 261-277, s. 262.*
- ULUSLARARASI
ŞEFFAFLIK DERNEĞİ.: 2019 *Şehir Hastaneleri Raporu.*
- ULUSOY, A.: 2004 *Kamu Hizmeti İncelemeleri.* Ülke Kitapları.

- UYSAL, Y.: 2020 İngiltere Kamu-Özel İşbirliği Modelinin Türkiye'deki Şehir Hastaneleri Uygulamaları Üzerine Etkileri: Politika Transferi Bağlamında Bir Analiz. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22(3), 935-960.
- UZUN, H.: 2021 *Kamu Politikası Analizi: Türkiye'nin Kamu Özel İş Birliği Politikası*. Ankara: Lykeion Yayınları.
- ÜNLÜTÜRK, Ç. U.: 2011 *Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*. Ankara: Notabene.
- WALKER, C., SMITH, A.: 1999 *Privatized Infrastructure the BOT Approach*. Londra: Thomas Telford Publications.
- YAŞAR, H. N.: 2016 *İdare Hukuku Genel Esaslar*. Der Yayınları.
- YILMAZ, B. E., YARAŞIR, S.: 2011 Bir Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık ve Finansmanında Resmi Kalkınma Yardımlarının Rolü. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları 55. Seri*. İstanbul.
- YILMAZ, D.: 2008 Türk Hukukunda Kamu Hizmeti Kavramı ve Kriterleri. *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*(12), 1215-1234.
- ZENGİN, N.: 2010 Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 44-52.