

Bu makaleye atıfta bulunmak için/To cite this article:

ALİEFENDİOĞLU, Y. BOSTANCI, S. (2021). Şehir Hastanesi Yatırımları ve Gayrimenkul Katma Değer Yönetimi İlişkisi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 25 (Özel Sayı), 26-43.

Şehir Hastanesi Yatırımları ve Gayrimenkul Katma Değer Yönetimi İlişkisi

Yeşim ALİEFENDİOĞLU (*)


Sevilay BOSTANCI (**)

Öz: Bu çalışmada Türkiye’de şehir hastanelerinin oluşum süreci anlatılmaktadır. Çalışmada, konuya ilişkin dava örneklerine yer verilmiş, hastaneler açısından gayrimenkul katma değer yönetimi konusu irdelenmiş, gayrimenkulle ilgili dört bakış açısına bağlı olarak hastane gayrimenkulünün katma değerlerinin; yenilikçiliği artırmak, kullanıcı memnuniyetini artırmak, kültürü geliştirmek, maliyetleri azaltmak, verimliliği artırmak, esenliği artırmak, imajın desteklenmesi, risk denetimi ve finansal durumu iyileştirmek şeklinde olduğu ortaya konulmuştur. Türkiye’de tüm kamu projelerinde olduğu gibi hastanelerin inşası konusunda da en önemli sorun kamunun finansal kaynak bulma sorunudur. Bu sorunu aşmak için Kamu Özel Ortaklığı Modeli (KÖOM) çözüm olarak düşünülmektedir. Fakat bu modelin inşa aşamasından sonra oluşacak ve kamuya yük olabilecek bir takım sorunları bulunmaktadır. Ayrıca model uygulandığında kamu yatırımlarının çevresindeki gayrimenkullerde rant oluşmakta ve bu gayrimenkullerin değeri artmaktadır. Bu rantın veya değer artışının kamuya kazandırılması bir zorunluluk olarak görülmektedir. Bunun için de Türkiye’de yasal bir zemin oluşturulması gerekmektedir. Ayrıca yatırımların teknik boyutu da dikkate alınmalıdır. Bu da ancak gayrimenkul yönetimi ve geliştirme konusunda deneyimli ve eğitim almış uzmanlar tarafından yapılabilir.


Anahtar Kelimeler: Şehir hastaneleri, kamu özel ortaklığı, sağlık yönetimi, gayrimenkul değerlendirme

The Relationship between City Hospital Investments and Management of Real Estate Added Value

Abstract: In this study, the formation process of city hospitals in Turkey is explained. In the study, examples of cases related to the subject are included, the issue of management of real estate added value in terms of hospitals is examined, and depending on the four perspectives related to real estate, the added values of the hospital real estate have been revealed as, to increase innovation, to increase user satisfaction, to improve culture, to reduce costs, to increase productivity, to increase well-being, to support image, control risks and improve financial position. As in all public projects in Turkey, the most important problem in the construction of hospitals is the problem of finding financial resources by the state. In order to overcome this problem, Public Private Partnership Model (PPP) is considered as a solution. However, this model has some problems that will occur after the construction phase and may be a burden to the state. In addition, when the model is applied, rents occur in the real estates around the public investments and the value of these real estates increases. Bringing this rent or increase in value to

*) Doç. Dr. Ankara Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Fakültesi Gayrimenkul Geliştirme Yönetimi Bölümü, (e-posta: aliefendioglu@ankara.edu.tr),  ORCID ID. <https://orcid.org/0000-0002-0859-7150>.

**) Doktora Öğrencisi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Gayrimenkul Geliştirme ve Yönetimi Anabilim Dalı, (e-posta: svlybstnc@gmail.com),  ORCID ID. <https://orcid.org/0000-0001-6930-4430>.

Bu makale araştırma ve yayın etiğine uygun hazırlanmıştır  iThenticate for Authors & Researchers intihal incelemesinden geçirilmiştir.

the public is seen as a necessity. For this, it is necessary to establish a legal basis in Turkey. In addition, the technical dimension of investments should be taken into account. This can only be done by experts who are experienced and trained in real estate management and development.

Keywords: City hospitals, public-private partnership, health management, real estate valuation

Makale Geliş Tarihi: 15.05.2020

Makale Kabul Tarihi: 20.10.2021

DOI: 10.53487/ataunisobil.737869

I. Giriş

Kamu-Özel İşbirliği Modeli, 1990 yılından itibaren dünyada önem kazanmaya başlamış ve Türkiye'nin sağlık sistemi gündeminde yer almaktadır. Altyapı yatırım ihtiyaçlarını karşılama bazı ülkeler açısından önemli bir finans kaynağı biçimi olan "Public-Private-Partnership" Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) ya da Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) ile karşılanmaktadır.

Türkiye, KÖİ projeleri ile ilişkili düzenlemeler oluşturan ilk ülkelerden biri olup, 1984 yılında KÖİ modeliyle ilgili Türkiye'deki ilk uygulama elektrik üretimi konusunda olmuş, bu alanda hukuki düzenlemelere 1994 yılından beri hız verilmiştir (Şahin ve Uysal, 2012: 155). Türk sağlık sektörü ve sistemi dünyadaki gelişmeler doğrultusunda bir değişim süreci yaşamakta, son yıllardaki "Kamu-Özel Ortaklığı Yöntemi" ile "Entegre Sağlık Kampüsleri" (Şehir Hastaneleri) yapılanması sağlık sektöründe kullanılmaya başlanan uygulamalardan birisi olarak dikkat çekmektedir (Kerman vd., 2012: 1).

Değişik alanlardaki uzman olan hastaneler tek bir kampüste bir araya getirilecek, böylelikle uzman doktorlar kampüsteki bütün branş hastanelerinde çalıştırılarak ülkede yetişmiş hekim noksanlığı aşılabilecektir. Laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerinde kullanılan tıbbi cihazların kampüsteki her hastaneye ayrı ayrı alınması yerine bir merkezde ortak kullanımıyla maliyet azalacaktır (Yılmaz ve Karakaş, 2011). Sağlık kampüslerinin yönetiminin, Kamu Hastane Birlikleri modeli bağlamında gerçekleştirileceği ifade edilmektedir. Bir başka deyişle, değişik bölgelerdeki hastaneler, hastane birlikleri tarafından bir elden yönetilecektir. Bu modelle yapılacak olan hastanelerin "beş yıldızlı otel" denginde olacağı planlanmaktadır. Hasta yatak odaları, içerisinde duş, tuvalet ve lavabo barındıran bir veya iki yataklı olacak şekilde düzenlenecek, yürüyen bantlı koridorlar ve helikopter pistleri, anne evi, konukevi ve klinik otel gibi hizmetler sunulacaktır. Hastalar sedye yerine elektrikle çalışan arabalarla taşınacak, kurulacak sağlık tesisleri içerisinde banka ATM'leri, yaşlı bakımevi, PTT şubeleri, farklı dinlere mensup vatandaşlara ibadet yerleri ve yer altı otoparkları sağlanacaktır. Çatılar yeşil çatı şeklinde olacak, yeşil çatılardan toplanan yağmur suları ile tesislerdeki atık sular değerlendirilecektir. Lavabo, küvet ve duşlardan kirli sular arıtılıp tekrar kullanıma kazandırılacaktır. Çatılardan toplanan yağmur suları da değerlendirilecek, güneş veya rüzgârdan enerji elde edilecektir. Binalara deprem izolatörleri de yerleştirilecek, şehir hastanelerinde tıbbi hizmetlerin sorumluluğu kamu

otoritesinde olacak ancak doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin istihdam şekli aynı kalacaktır (Anonim, 2019a).

Çalışma ile Türkiye’de şehir hastanelerinin oluşumu ve gelişimi özellikle hastaneler açısından gayrimenkul katma değer yönetimi literatür çalışmalarından yararlanılarak ortaya konulmuştur. Türkiye’de şehir hastaneleri ile ilgili açılan dava örnekleri incelenerek özellikle şehir hastanelerinde gayrimenkul yönetimi açısından yaşanan sorunlara çözüm önerisi getirilmeye çalışılmıştır.

II. Türkiye’de Şehir Hastanelerinin Oluşumu ve Gelişimi

Şehir hastaneleri projesinde devlet ve özel sektörün paydaşlığı görülmektedir. Yüklenici şirket işletme ve yapım giderleri konusunda projenin % 20’si oranında öz kaynak kullanarak sisteme dâhil olmaktadır. Finansmanın % 80’i Dünya Bankası iştirakleri, uluslararası finans kurumları, medikal şirketler ve görüntüleme şirketleri tarafından sağlanabilmektedir. Finansmanda kamunun desteği ve maliye garantörlüğü söz konusu olup, anlaşmazlıklarda uluslararası mahkemelerin yolu açık tutulmuş ve yüklenicinin riski giderilmiştir (Anonim, 2019a).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı (SB)’na bağlı 850 kamu hastanesinin toplam kapalı alanı 19 milyon m² ve yatak sayısı ise 137.000 adet ve 34 şehir hastanesinin ise toplam kapalı alanı bütün SB hastanelerinin toplam kapalı alanının % 74’ü kadar olup 14.000.000 m²’dir. Yatak sayısı 42.199 adet olup toplam SB hastaneleri yataklarının % 30’u kadardır. SB yatak başına 138 m² düşerken şehir hastanelerinde yatak başına 331 m²’nin düştüğü tespit edilmiştir.

Türkiye’de şehir hastanesi kurulması planlanan illerin başında; Tekirdağ, Kocaeli, Bursa, Kütahya, Eskişehir, Ankara, Manisa, İzmir, Aydın, Denizli ve Antalya illeri gelmektedir. Mevcut durumda yapımı tamamlanan şehir hastaneleri ise Yozgat, Isparta, Mersin, Adana, Kayseri, Elazığ, Eskişehir Şehir Hastaneleri, Manisa Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü’dür (Tablo1).

Tablo 1. Türkiye’deki Şehir Hastaneleri

Proje Aşaması	İller	Yatak Sayısı	Açılış Tarihleri	Fiziki Tamamlama (%)
Yapımı Tamamlananlar	Yozgat	475	Açıldı	100
	Isparta	755	Açıldı	100
	Mersin	1.294	Açıldı	100
	Adana	1.550	Açıldı	100
	Kayseri	1.607	Açıldı	100
	Elazığ	1.038	Açıldı	100
	Eskişehir Şehir Hastanesi	1.081	Açıldı	100
	Manisa Eğitim ve Araştırma Hastanesi	558	Açıldı	100
	Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü	3.704	Açıldı	100
	İnşaatı Devam Edenler	Tekirdağ Devlet Hastanesi	480	2020
Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü		3.577	2019	60

	Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü	838	2020	54
	Bursa Entegre Sağlık Kampüsü	1.355	2019	60
	Kütahya Şehir Hastanesi	800	2020	9
	Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü	1.180	2019	23
	Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü	1.875	2020	25
	İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü	2.060	2019	20
	Şanlıurfa Şehir Hastanesi	1.700	2020	1
	İstanbul İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü	2.682	2019	30
	FTR, Psikiyatri ve YGAP Hastaneleri	2.400	2020	0
	Titck Kampüsü	1.700	2020	1
Toplam		30.809		
İhale Süreci Devam Edenler	Denizli Şehir Hastanesi	1.000		
	Samsun Şehir Hastanesi	900		
	Ordu Şehir Hastanesi	900		
	Trabzon Şehir Hastanesi	900		
	Aydın Şehir Hastanesi	950		
	Diyarbakır Kayapınar Şehir Hastanesi	750		
	Antalya Şehir Hastanesi	1.000		
İhale Hazırlık Çalışmaları Devam Edenler	İstanbul Sancaktepe Sağlık Kampüsü	4.200		
	Sakarya Şehir Hastanesi	1.000		
Planlama Aşamasındakiler	Rize Şehir Hastanesi	800		
	İzmir Yenişehir (Tınaztepe) Şehir Hastanesi	1.200		
Toplam		13.600		
Genel Toplam		4.409		

Kaynak: Anonim, 2019b

Türkiye’de şehir hastanelerinin oluşumu ile ilgili ilk yasal düzenleme 1987 yılında 3359 Sayılı Kanuna ek 7. madde eklenmesi ile oluşturulmuştur. Bu düzenlemeye göre; ihaleyi alan şirketlere bedelsiz bir şekilde hazineye ait olan arazi devrolmaktadır. Kiraların ödenmesi, yeni yapılmış olan taşınması tasarlanan kamu hastanelerinin döner sermayelerince yapılmakta olup, kira ödemesinin yapılamadığı durumlarda ise hazine garanti vermektedir. Başlangıçta döner sermayeden karşılanacağı açıklanan kira ve bakım giderlerinin, ilk şehir hastanelerinin açılmasıyla birlikte döner sermaye kaynaklarından karşılanamayacağı ortaya çıkınca, hükümet kira ve bakım giderleri için genel bütçeden kaynak ayırmak zorunda kalmıştır. Bu düzenlemeler Türkiye’de sırasıyla “entegre sağlık kampüsü”, “sağlık kampüsü”, “kamu-özel ortaklığı” ve “kamu-özel işbirliği” adıyla anıldıktan sonra en son olarak “şehir hastanesi” adıyla anılmaya başlanmıştır.

KÖO modeliyle yaptırılan şehir hastaneleri için kamu tarafından bedelsiz olarak verilen bir araziye, projesi Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş binalar için ihaleye çıkılmakta; ihaleler genel olarak tıbbi malzeme/teknoloji, inşaat ve finansman

alanlarında faaliyet gösteren şirketler grubu tarafından alınmaktadır. İhale şartnamelerine göre hastane binalarının inşaatı üç yıl içerisinde bitirilmek üzere bu şirketler tarafından yapılacak, binaların kiralama süresi olan 25 yıl boyunca bakım onarımı da ihaleyi alan şirketler tarafından yerine getirilecektir. İhale ile ilgili ayrıntılar ticari sır gerekçesiyle sınırlı şekilde paylaşılmaktadır (Pala, 2018).

Hastane inşaatının bitmesinin ardından, halen hizmet sunan devlet hastaneleri yeni binalara taşınmakta, şehrin içinde kalan eski binalar kapatılmaktadır. Hastanedeki ticari alan gelirleri ihaleyi alan şirketlere bırakılmakta, tıbbi destek hizmetleri ve destek hizmetleri ihaleyi alan şirketler tarafından sunulmaktadır. Sözleşme süresi boyunca (25 yıl) şirketlere kira ve bakım/onarım için “kullanım bedeli” ve tıbbi destek hizmetleri ve destek hizmetleri için “hizmet bedeli” adı altında ödeme yapılmaktadır. İhaleyi alan şirketlere hacime bağlı hizmetler için % 70 yatak doluluk oranı garantisi verilmektedir. Son gelişmeler ışığında kullanım bedelinin Sağlık Bakanlığı tarafından, hizmet bedellerinin ise hastanelerin döner sermayeleri tarafından ödenmesinin planlandığı anlaşılmaktadır. Ancak döner sermayelerin çok yüksek maliyetlerle ortaya çıkan hizmet bedellerini karşılayıp karşılayamayacağı belirsizdir.

Birleşik Krallık'ta KÖO yöntemi ile inşa edilen ve işletilen hastanelerin ihalelerini alan en büyük şirketlerden birisi olan Carillion'un iflas etmesi, konunun 2018 yılında kamuoyunun gündemine çok güçlü bir biçimde gelmesine yol açmış ve Parlamento konu hakkında soruşturma açmıştır (Pala, 2013).

Türkiye'de 2005 yılından 2018 yılına kadar olan dönem boyunca şehir hastanelerinin gelişim kronolojisi Tablo 2'de özetlenmiştir:

Tablo 2. Türkiye'de Şehir Hastanelerinin Tarihsel Gelişimi

Yıllar	Yaşanan Gelişmeler
2005	Sağlık hizmetleri temel kanununa ek 7. madde eklenerek sağlık alanında kamu özel ortaklığına dair ilk yasa kabul edilmiştir.
2006	Uygulama yönetmeliği yayımlanmıştır.
2007	Sağlık Bakanlığı kamu özel ortaklığı daire başkanlığı kurulmasına ilişkin yasa çıkarılmıştır.
2008	-
2009	Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı ihale belgeleri için hukuk ihalesi ve hastanelerin ana mimari projeleri için ihale yapılmıştır.
2010	-
2011	Sağlık Bakanlığı hastanelerinin TOKİ'ye devrine olanak sağlayan yasa çıkarılmıştır. İlk ihale Kayseri için nisan ayında yapılmış ve ardından Etlik, Bilkent ve Elazığ ihaleleri yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın teşkilatını tümüyle değiştiren 663 Sayılı Kanun hükmünde kararname ile Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Ayrıca değeri 20.000.000 TL'ye kadar tesislerin yaptırılmasına Sağlık Bakanlığı'nın karar verebilecek olmasına dair değişiklik yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın yurtdışında KÖO yöntemiyle sağlık tesisi yaptırmasına izin verilmiştir.
2012	KÖO ihalelerini alan şirketlere tam KDV muafiyeti getirilmiştir. Hastanelerin 2/B arazileri üzerine yapılabilmesine olanak sağlayan yasa çıkarılmıştır. Danıştay 13. Daire Başkanlığı, Elazığ, Bilkent ve Etlik ihalelerinin yürütmesinin durdurulmasına ve dayanak yasanın iptali için Anayasa Mahkemesi'ne başvurulmasına karar verilmiştir. Mahkeme, şehir hastanelerine taşınacak hastanelerin taşınmazlarının şirketlere devrine ilişkin ihale şartnamesinin açıkça hukuka aykırı olduğunu tespit etmiştir.

2013	<p>KÖO uygulamasına dair yeni yasa yapılarak ilk yasa yürürlükten kaldırılmıştır. Yeni yasaya “hali hazırdaki hastanelere ait olan arazilerin işletmelere devrini içeren ihale sözleşme ve şartnameleri uygulanmaz” hükmü eklendi ve ihale alan şirketlere türev ürünler dâhil tam hazine garantisini verilmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın yapım işlerine karar verme yetkisi kaldırılmıştır.</p> <p>Kira sertifikasıyla şirketlerin finansal gelirlerine imtiyaz getirilmiştir.</p> <p>Sudan’ın Nyala Kentinde Nyala Sudan Türkiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin KÖİ ile yapımına dair protokol kabul edilmiştir. Sağlık Bakanlığı çalışanlarının bu hastaneye atanmasına izin verilmiştir. Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri Türkiye uygulamasının aksine temel tıbbi hizmet olarak kabul edilmiştir.</p>
2014	<p>Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED) yönetmeliğinde değişiklik yapılarak 500 ve üzeri yatağı olan hastanelere ÇED muafiyeti getirilmiştir.</p> <p>Şehir hastanesi ihalelerine karşı açılan davalardan bahisle “verilecek iptal kararları uygulanmaz” hükmünü içeren yasa değişikliği yapılmıştır. Ayrıca imzalanmış sözleşmelerde bakan onayı ile değişiklik yapılması kabul edilmiştir ve şirketlerin orman alanlarına da hastane yapmalarına olanak sağlanmıştır.</p> <p>Yeni yasanın uygulama yönetmeliği yayımlanmıştır.</p> <p>Hazine garantilerinin uygulama yönetmeliği yayımlanmıştır.</p>
2015	<p>Anayasa Mahkemesi şehir hastanelerinde verilen hizmetlerin denetiminin özelleştirilmesine izin veren ibareyi iptal etmiştir.</p> <p>Kredi kuruluşlarının talebi üzerine uyuşmazlıkların yabancı tahkime tabi olacağına dair kanun yapılmıştır.</p> <p>Sağlık turizmi teşvik kapsamına alınmış ve şehir hastanelerinin sağlık turizmi alanında hizmet vermesi kabul edilmiştir.</p> <p>Türk müteahhitlerin Irak’ta KÖİ modeliyle hastane yapmasına ilişkin mutabakat zaptı kabul edilmiştir.</p>
2016	<p>Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği, Türk Tabipleri Birliği ve Türkiye Barolar Birliği’nce açılan davada şirketlere sağlanan ÇED muafiyetinin yürütmesinin durdurulmasına karar verilmiştir.</p> <p>Anayasa Mahkemesi’nce iptal edilen “veya denetletir” ibaresi yeni bir yasayla yeniden düzenlendi.</p> <p>Şirketlere damga vergisi ve harçlar kanunlarından muafiyet getirilmiştir.</p>
2017	<p>Trabzon’a şehir hastanesi yapılabilmesi için kıyı kanuna istisna hükmü getirilmiştir.</p> <p>Şirketlerin inşa edecekleri hastane binalarının belirli bölümlerine karşılık gelecek hisse satışı yapmalarına olanak sağlanmıştır.</p> <p>Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu, denetim işinin özelleştirilmesine ilişkin yönetmelik hükmünün yürütmesinin durdurulmasına karar verilmiştir.</p> <p>Şirketlerin kredi fon işlemlerinden doğan damga vergisi ile harçlardan muaf olmalarına dair düzenleme yapılmıştır.</p> <p>696 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameyle (OHAL KHS) kadroya alınacak taşeron işçiler yönünden şehir hastanesinde çalışan işçiler kapsam dışında bırakılmıştır.</p>
2018	<p>2018 yılında şirketlerin yurtdışından döviz kredisi temin etme yasakları kaldırılmıştır.</p>

Kaynak: Pala, 2018

III. Türkiye’de Şehir Hastanelerine İlişkin Açılan Dava Örnekleri

Türkiye’de ilk şehir hastanesi ihalesi 7 Nisan 2011 yılında Kayseri için yapılmıştır. 2009 yılında bir vatandaş, ihale şartnamesi almak için başvuru yaptıktan sonra şartname bedelinin yüksekliğinin rekabetin ve eşitliğin sağlanmasını engellemesi nedeniyle hukuka aykırı olduğundan bahisle ihalenin iptali için dava açmıştır. Davada aynı zamanda dayanak yönetmeliğin bazı maddelerinin iptali ve dayanağı olan yasanın da

Anayasaya aykırılığı sebebiyle Anayasa Mahkemesi'ne başvuru yapılması istenmiştir¹. Danıştay'da görülen davada “menfaat ihlalinin oluşmadığı” gerekçesiyle davanın reddine karar verilmiştir. Dava dosyasına bir grup sağlık çalışanı imzasıyla gelen tek sayfalık dilekçede, Sağlık Bakanlığı'nın ihale konusunda oldukça deneyimli olmasına karşın KÖO uygulamasına dair her işlemi “danışmanlık hizmet alımı” olarak şirketlere yaptırmasının olası zararlarından söz edilmiştir. KÖO mevzuatına karşı ilk dava Türkiye Eczacı İşverenleri Sendikası tarafından uygulama yönetmeliğinin 2006 yılında yayımlanmasının ardından şirketlere devredilecek alanlar arasında eczanelerin de sayılması nedeniyle “eczane” kelimesinin iptali talebi ile açılmıştır. Dava devam ederken yönetmelikteki değişikliklerle “eczane” kelimesi çıkarılmıştır. Davanın açılmış olduğu tarih itibarıyla yargısal denetim yönünden bir mani olmayacağını belirten Danıştay kararında² iptal kararı verilmiş, karardan sonra Kayseri Şehir Hastanesi ihale ilanı yapılmıştır.

Ankara Etlik ihalesi ile dayanak yönetmeliğin kimi hükümlerinin iptali ve işlemlerin dayanağı olan 3359 Sayılı Kanunun ek 7. maddesinin iptali sebebiyle Anayasa Mahkemesi'ne başvurulması talebiyle Türk Tabipler Birliği tarafından dava açılmıştır. Görülen dava³, Türkiye'de esastan görüşülen ilk dava olma niteliğindedir. Dava dilekçesinde ihalenin, Kamu İhale Kanunu, Kamu Mali Yönetim ve Kontrol Kanunu hükümleriyle birlikte değerlendirilmesi yapılmış, usulsüzlükler açıklanmış, KÖO yönteminin kamu zararına neden olan bir finansman yöntemi olduğu ve hukuka aykırılık tartışması yapılmıştır. İhaleyle şirketlere verilen görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinin tıbbi hizmet olduğu, dayanak yasa ve yönetmelikte “temel tıbbi hizmetlerin şirketlere devredilemeyeceği” kuralına karşın, bu hizmetlerin ihale edilmesinin hukuka aykırı olduğu görülmektedir. Ayrıca, hastanenin kira ve hizmet bedellerinin döner sermaye işletmesinden karşılanacağını kabul edilmesine karşın, sağlık çalışanlarına yapılacak ödemelerin garanti altına alınmamasının yaratacağı özlük hakkı ihlali olarak görülmektedir. Dayanak Kanunun Türkiye'de ilk defa uygulanacak bir sistemin temel ilkelerini belirlemeden uygulamayı yönetmeliğe bırakması yasama yetkisinin devri anlamına geldiği, sağlık hizmetlerinin niteliği gereği kamu görevlileri eliyle verilmesi zorunlu hizmetlerden olmasına karşın, şirketlere hizmet devrinin kamu hizmetlerinin kamu görevlileri eliyle verileceğine ilişkin Anayasa'nın 128. maddesine aykırı olduğu belirtilmiştir (Pala, 2018).

Sağlık Bakanlığı tarafından verilen cevap dilekçesinde; öncelikle Türk Tabipler Birliği'nin ihaleye dava açma yetkisi olmadığı iddia edilmiştir. Yapılan hastanelerin devlet hastanelerinden bir farkı olmayacağı, tıbbi hizmetlerin ihale edilmediği, görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinin tıbbi destek hizmeti olduğu ve KÖO'nun imtiyaz sayılmayacağı belirtilmiştir. İşlem dosyasında ihale şartnamesinde, “Kapatılacak hastanelerin taşınmazları yüklenicilere otel, rezidans, alışveriş merkezi (AVM) yapılmak üzere bedelsiz devredilecektir” yazmaktadır.

¹ Danıştay 13. Daire E: 2009/6677, K: 2015/339, T: 03.02.2015.

² Danıştay 10. Dairesi E: 2006/5525, K: 2009/793, T: 10.02.2009.

³ Danıştay 13. Dairesi E: 2011/3392.

Etlik Şehir Hastanesi'ne taşınacak Dışkapı Çocuk Hastanesi, Ulucanlar Göz Hastanesi, Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi, Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Altındağ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Ulus Devlet Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ulucanlar Ek Poliklinik Binası, Dr. Zekai Tuhir Burak Kadın Doğum Hastanesi olmak üzere toplam 11 adet hastane bulunmaktadır. Ayrıca Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi boşaltılmıştır. Taşınmazların "kampus harici ticari yer" ismi ile ihale alan şirketlere devredilmesini öngören şartnamenin iptali için dava açılmıştır. Ankara 3. İdare Mahkemesi 23.12.2014 günlü kararıyla, "yasa değişikliği ile şartnamedeki hukuka aykırı uygulamanın ortadan kaldırıldığı" gerekçesiyle davanın reddine karar verilmiş ve karar temyiz edilmiştir (Pala, 2018).

Hastanelerin yer seçimleri ile ilgili dikkatli davranılması gerekmektedir. Bursa'da en değerli tarım arazilerinden biri hastane yapımı için seçilmiş, fakat Bursa Tabip Odası'nın açmış olduğu ve Ziraat Mühendisleri Odası Bursa Şubesi'nin müdahil olduğu davada Bursa 2. İdare Mahkemesi yer tahsisi işleminin iptaline karar vermiştir. İlk üç ihaleye ilişkin ilk karar 6 Temmuz 2012 yılında verilmiştir. Danıştay 13. Dairesi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı'nın yetki itirazını red etmiştir. Ankara - Etlik, Ankara - Bilkent ve Elazığ ihalelerinin kapatılacak hastanelerin taşınmazlarının şirketlere bedelsiz devrine ilişkin ihale şartnamesinin dayanak yasa ve yönetmelik hükümlerine aykırı olması nedeniyle yürütmesinin durdurulmasına karar verilmiştir (Pala, 2018).

Kayseri İhalesi Sözleşmesi, 10 Ağustos 2011 tarihinde imzalanmıştır. Bunun üzerine Danıştay 13. Dairesi, önce "özel hukuk hükümlerine tabi sözleşmeye idari yargıda dava açılmayacağı" gerekçesiyle dilekçenin ve davanın reddine karar verilmiştir. Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu 26.05.2014 günlü kararıyla bu kararın bozulmasına, yargı yolu belirlenmesi için davanın esastan görüşülmesi gerektiğine hükmetmiştir. Dosyayı yeniden ele alan Danıştay 13. Dairesi yürütmenin durdurulması talebinin reddine karar vermiştir. Danıştay savcısının görüşünde 3359 Sayılı Kanunun ek 7. maddesinin Anayasa Mahkemesi'nde denetlenmeyen fıkraları yönünden yeniden başvuru yapılması gerektiği, 3359 Sayılı Kanunun ek 7. maddesinde sözleşmelerin özel hukuk hükümlerine tabi olacağına dair düzenleme olmasına karşın bu hükmü içeren yönetmelik iptali ve dolayısıyla hukuka aykırı sözleşmenin de iptali gerektiği belirtilmiştir. 6428 Sayılı Kanun 21 Şubat 2013 günü TBMM'de kabul edilmiş, Anayasa Mahkemesi yeni yasayla yürürlükten kaldırılan 3359 Sayılı Kanunun ek 7. maddesine gündemine almış ve karar verilmesine yer olmadığına hükmetmiştir⁴ (Pala, 2018).

IV. Hastaneler Açısından Gayrimenkul Katma Değer Yönetimi

Maliyet etkinliğine ek olarak, gayrimenkulün örgütsel performansla olası katkıları gün geçtikçe stratejik kurumsal gayrimenkul yönetimine daha fazla dâhil edilmektedir. Gayrimenkulün katma değeri çok boyutlu birden fazla paydaşın dâhil olduğu uygulamadır. Yenilikçiliği teşvik etmek, memnuniyetini artırmak CEO'larla yapılan görüşmelerde hastalar ve personel ile destekleyici (değişimin) kültürü üst sıralarda yer

⁴ T.C. Anayasa Mahkemesi E: 2012/105, K: 2013/71, T:06.06.2013.

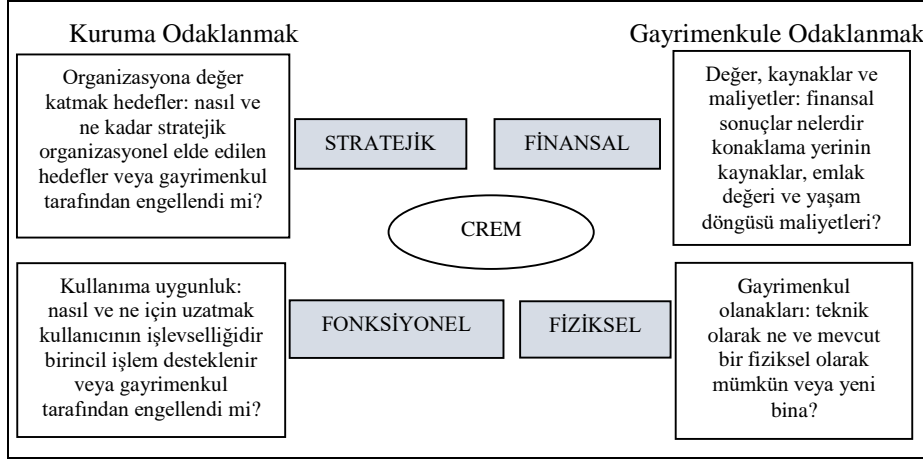
almakta, kurumsal emlak yöneticileri ve hastaneleri proje liderleri olarak görülmektedir. Gayrimenkul müdahaleleri de ayrıca emek verimliliğini, esnekliği ve maliyet azaltmayı desteklemeye yöneliktir. Dikkat çekici bir şekilde, risk yönetimi ve örgütsel süreçleri finanse etmek için gayrimenkul finansal değerini kullanma fırsatları çok daha kısıtlıdır. Hastane gayrimenkulün önemli katma değerleri olarak tanınmakta, kullanım aşamasında olan binalara karşı başlatma aşamasında önceliklerin farklı olduğu ortaya çıkmaktadır.

Gayrimenkul, kuruluşa değer katan, kuruluşların örgütsel hedeflere ulaşmak için kullanabilecekleri kaynaklardan biri olarak görülmektedir. Daha az hükümet desteğine doğru bir hamle nedeniyle girişimciliği artırmakta, konaklama yatırım kararlarında örneğin Hollanda'daki hastanelerin kendilerinden daha sorumlu hale geldiği ve bu durumun diğer Avrupa ülkelerinde de olduğu dikkati çekmektedir. Böylece görünür piyasa teşvikleri önemli olan üçüncü sağlık reformu dalgasında (Cutler, 2002) tıbbi harcamaları azaltma rolü dâhil olmak üzere tanı tedavi kombinasyonlarının ayrılmamakta, fiyat konaklama maliyetleri, maliyet etkinliğini teşvik etmek için birçok ülkenin sağlık sisteminin önemli bir parçasını ve pazar teşviklerini oluşturmaktadır. Değişen bağlamda, kurumların aynı zamanda yeni riskleride ortaya çıkaracak olmasına rağmen Kurumsal Gayrimenkul Yönetiminin (CREM) hastanelerde, gayrimenkulün değerine değer katacak stratejik bir varlık olarak yönetilmesine geçtiği, örgütsel stratejiye uygun konaklama stratejisi için para, teknoloji ve diğer kaynaklar gibi organizasyonların kullanılması gerektirdiği vurgulanmalıdır.

Kavram olarak değer, ekonomiden kaynaklanmakta, finansal değer ise maliyetler arasındaki değiş tokuş olarak görülmektedir. Ekonomik literatürde, bir müşterinin değeri de bir müşterinin tercihi olarak tanımlanmaktadır. Bir ürün veya hizmet için müşteri ve ürünün kullanım amacını ne ölçüde karşıladığı müşteri tarafından belirlenmektedir (Woodruff, 1997). Daha geniş bir anlamda gayrimenkulün katma değeri, konaklama biriminin tüm paydaşlar tarafından belirlenen hedeflere ulaşılmasına yönelik algılanan katkısıdır. Yapımcılar, denetleyiciler, kullanıcılar ve teknik yöneticiler ve bunların gayrimenkule bakış açıları gibi politikalar ve farklı paydaşlarla ilgili öznel bir kavram olarak dikkati çekmektedir.

Den Heijer ve De Jonge (2012) gayrimenkul üzerine bakış açılarını dört kategoride sınıflandırmış, Voordt ve Coenen (2012) ise altı farklı katma değer türü izlemiştir. Bu türler; i) kullanım değeri (kullanıcıların ihtiyaçları ve tercihleri ile ilgili kalite), ii) müşteri/tüketici/kullanıcı değeri (paydaşların faydaları ve maliyetleri arasındaki değiş tokuş), iii) ekonomik/finansal/kur değeri (maliyetler ve faydalar arasındaki ekonomik değişimler), iv) sosyal değer (pozitif sosyal etkileşim veya sosyal kimliği pekiştirmek) ve v) çevresel değer (Yeşil FM, FM) ve vi) ilişki değeri (yüksek kaliteli hizmetler almak veya özel bir muamele görmek) olarak sıralanmaktadır (Den Heijer ve De Jonge, 2012) (Şekil 1).

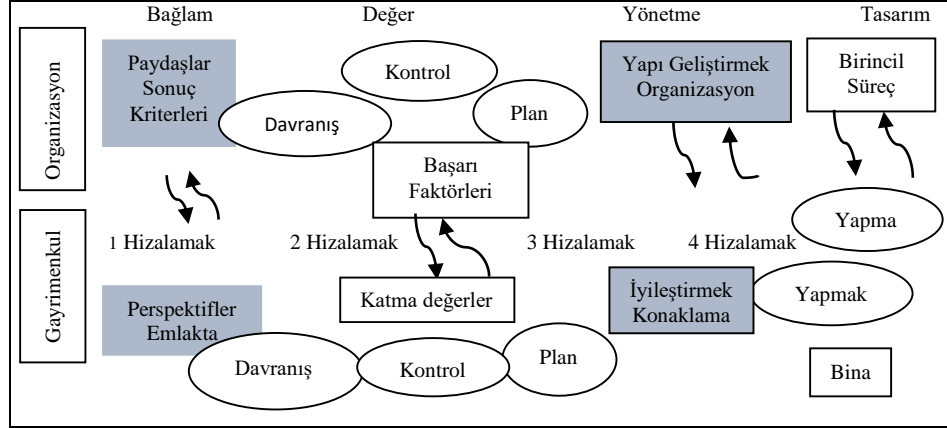
Şekil 1. Gayrimenkulle İlgili Dört Bakış Açısı



Kaynak: Den Heijer ve De Jonge, 2012

Değer, paydaşların algılarına bağlı olduğundan, paydaşları önceden tanımlayabilmeleri gerekmekte, istenilen değerlere ve sonrası hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığı değerlendirilmekte. Yönetilebilir sağlık hizmetleri kalite yönetimindeki ilkeleri kullanmakta, kalite yönetiminde önemli ilkeler; sağlık bakımı, plan, kontrol et eylem döngüsü (Deming, 1950) ve örgütsel yapı, süreç ve sonuç kriterleri ile bağlantı olarak sayılmaktadır (Donabedian, 1998). Deming ve Donabedian'ın ilkeleri, örgütsel strateji ve bakım süreçlerine yönelik strateji, gayrimenkulü hizalamak için değer yönetimi eklemek için bir model haline getirilmiştir (Şekil 2). Bu model; bağlam, değer, yönetim ve tasarım olmak üzere dört adımdan oluşmaktadır. Organizasyonun birincil süreci döngü, kuruluşun ve taşınmaz dayalı olarak değerlendirilmesiyle başlamaktadır. İç ve dış bağlam ile menfaat sahiplerinin sonuç kriterlerinden elde edilen sonuç ölçütlerinin değerlendirilmesi paydaşın hedefleri olarak dikkati çekmektedir. Uygulama amaçları; gelişmiş bir organizasyon yapısı ve daha etkin ve verimli birincil süreçlerle sonuçlanmak ve kuruma değer katan ve performansını destekleyen gayrimenkul müdahaleleridir. Son adım ise organizasyon ve gayrimenkul ile ilgili kararların iyileştirilmiş olup olmadığını kontrol etmektir. Paydaşlar için çıktılar; bağlam ve/veya paydaşların hedefleri değiştiğinde, bu kalite değerlendirmesini tekrar yapmak için zorunlu olacaktır. İstenilen adımları tanımlayan eski adımlar; değerler ve bu değerlerin konaklamada tasarım araştırmacısı tarafından elde edilip edilmediğinin kontrolü ve kullanılan binanın doluluk sonrası değerlendirmesi (POE) olarak sıralanabilir.

Şekil 2. Hastane Gayrimenkulünün Katma Değer Yönetimi



Değişen bağlamda hastane gayrimenkul yönetimi konusunda daha geniş bir araştırmanın parçası olarak (Van der Zwart, Arekesteyn ve Van der Voordt 2009; Van der Zwart vd., 2010; Van der Zwart, 2011), CEO ve gayrimenkul proje yöneticileri ile 15 görüşme yapılmıştır. Görüşmelerde i) hastanenin konaklama için temel stratejik hedefleri nelerdir? ii) hangi gayrimenkul değerlerine öncelik verilir? ve iii) bu değerler hastane binasının tasarımına nasıl dahil edilir? olmak üzere üç ana soru sorulmuştur. Çalışma sonucuna ve literatür taramasına dayanarak dokuz adet katma değer gayrimenkul değeri tanımlanabilecektir (Tablo 3). Bu değerler, gayrimenkulün katma değer algılarının tartışılmasında referans olarak kullanılmış ve görüşme yapılan hastanelerin konaklama yönetimi ve tasarımına ilişkin değerlendirilmiştir.

Tablo 3. Gayrimenkulün CREM Literatüründeki Katma Değer Değerleri

Gayrimenkul Katma Değeri	Tanım
Maliyetleri Azaltmak	Yatırım maliyetlerini, sermaye maliyetlerini, işletme maliyetlerini ve diğer gayrimenkulleri azaltmak tüm yaşam döngüsü boyunca ilgili maliyetler
Verimliliği Artırmak	Üretim için aynı miktarda kaynakla üretimi artırmak veya daha verimli bir kullanım ile daha az gayrimenkulle aynı üretim
Kullanıcı Memnuniyetini Artırmak	Ziyaretçiler, müşteriler ve çalışanlar gibi tüm son kullanıcılar için fonksiyonel, keyifli ve konforlu yerler oluşturmak
Kültürü Geliştirmek	Paylaşılan değerleri ve davranış kurallarını desteklemek
Yenilikçiliği Artırmak	Gayrimenkul yoluyla birincil süreçlerin, ürünlerin ve hizmetlerin yenilenmesini ve iyileştirilmesini teşvik etmek
Görüntü Desteği	Bir gayrimenkulü örgütsel marka olarak kullanarak kurumsal hedefleri ifade etmek misyon, vizyon ve kültür
Esnekliği Artırmak	Gelecekteki mekansallığı kolaylaştırmak için gayrimenkulün esnekliğini ve uyulanabilirliğini dâhil etmek, teknik, organizasyonel ve adli düzenlemeler
Finans Pozisyonunu İyileştirmek	Birincil sürece yeniden yatırım yapmak veya gayrimenkulü bir varlık olarak yöneterek kuruluşun genel mali durumu
Riskleri Kontrol Etmek	Gayrimenkulle ilgili teknik ve finansal riskleri önceden tahmin etmek

Görüşülen kişilere göre, hastanelerin birinci önceliği, iyi bir sağlık hizmetini düşük maliyetle sunmaktır. Ancak aynı zamanda örgütsel hedefler ve sağlık süreçlerini etkin ve verimli bir şekilde yönetmek için gayrimenkul ikincil öncelik olarak görülmektedir. Süreçler ve işletme ekonomisi üzerindeki etkisi bakımın kolaylaştırıcı rolüyle her zaman incelenmektedir. Birincil süreci desteklemek için bina işlevsel, çekici ve konforludur. Bir yandan da hastanın ihtiyaçları ve refahı için binanın desteklemesi gerekmektedir. Öte yandan, bina keyifli ve üretken olduğunda sağlık personeli için çalışma ortamının uygun hale gelebileceği gözardı edilmelidir. Bu nedenle, bina multidisipliner ve hasta odaklı çalışma süreçleri gerektirmektedir. Dikkat çekici bir şekilde, sürdürülebilirlik olarak algılanmasına rağmen önemli ve kurumsal sosyal sorumlulukla bağlantılı, esas olarak yatırım ve işletme maliyetleridir. Çalışmadan çıkan diğer beş ana sonuç aşağıda gibi özetlenebilir:

a. İnsanlar Kilit Nokta: CEO'lar ve gayrimenkul proje yöneticileri tarafından yeniliğin desteklenmesi, hasta ve çalışan memnuniyeti ve kültürüne büyük önem verilmiştir. Bu değerler binanın yaşadığı kullanıcıların deneyimiyle ilgili görülmektedir. İnovasyonu teşvik etmek ve örgüt kültürünü iyileştirmek için alınacak önlemler, sosyal sağlık profesyonellerinin yapabileceği buluşma yerleri oluşturarak etkileşim ve iletişim bilgi ve fikir alışverişinde bulunmaktır. Yenilikçi ofis konseptlerinin kullanımına referanslar yapılması ve tıp uzmanları için bir arka ofis oluşturulması önemlidir. Hasta memnuniyeti çoğu zaman misafirperverlikle bağlantılı olmasına rağmen sağlığa katkıda bulunmak amacı ile nihai iyileşme ortamı ve Planetree kavramı hastaların refahı için önemli görülmektedir.

b. Konaklama Biriminin Birincil Süreçlere Uyumu: Genel bir değer; ilgili gayrimenkul değerleri verimlilik artışı ve maliyetlerin azaltılması için makul bir fiyata en uygun sağlık hizmetini sağlamaktır. Gayrimenkulün sermaye maliyetini düşürmek sağlık ürünleri ve hizmetlerin fiyatını düşürmektedir. Binanın esnekliğini ve uyarlanabilirliğini optimize etmek çoğu zaman binayı sürekli değişen sağlık hizmeti süreçlerine göre ayarlayabilmek ve artırmak değişen bağlamda verimlilik olarak ortaya çıkmaktadır.

c. Öncelikler İnşaat Aşamasına Bağlı: Binanın görüntüsü gibi birtakım gayrimenkul değerlerinin sonradan özelleştirilmesi mümkün görülmemektedir. Binanın tamamlanması ve bu nedenle ilk aşamada ve binanın tasarımı gereklidir. Taşınmazın statik karakterinden dolayı, önemi azalacak, bina gerçekleştirildikten sonra riski kontrol etmek ve gayrimenkulün varlık olarak kullanılması, fiziki varlığı ile yakından ilgili olacaktır. Taşınmazın gelecekteki değeri ve değişen kullanıcı gereksinimlerini ve uyarlamalı yeniden kullanımı kolaylaştıran fırsatlar, binanın görünümü gayrimenkul özelliklerini belirlemektedir.

d. Sektöre Bağlı Tanımlar: Çalışmada ankete katılanlar kullanıcı memnuniyetini hasta ve çalışan memnuniyeti olarak yorumlamışlardır. Görünüşe göre, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyeti gayrimenkulün iki ayrı katma değeri olarak algılanmaktadır. Şimdi ve gelecekte hastaneler bağlamında gayrimenkul yatırımdan yüksek getiri elde etmek için kullanılması önemli bir sorun olarak tanınmamaktadır. Gayrimenkul olarak araç seçimi finansman olanaklarının artırılması riski kontrol etmeye

yönelik önlemlerle karşılaştırılabilir görünmektedir. Uygulama işlevsel katmanların, binanın sıcak bir kat (ameliyathaneler), ofis, otel bölümlerine bölünmesiyle pazarlamayı geliştirmek için bir araç olarak (yatak odaları) ve laboratuvarlar sıklıkla belirtilmiş ve fonksiyonel yaşam döngüsünün sonunda hastanenin gelecekteki elden çıkarılması belirtilmiştir.

e. Farklı Paydaşlar İçin Değer: Katılımcılara, hastane binasının gayrimenkulün katma değerlerinin tasarımında nasıl görüldüğü sorulmuştur. Yanıtlar, somut tasarım müdahalelerinde konaklama konusunda soyut vizyonlar konusunda, katma değer kavramıyla ilgili derneklerden farklılık göstermektedir. Bütün bu farklı cevaplar yazarlar ile gayrimenkul üzerine, stratejik, finansal, işlevsel ve fiziksel olmak üzere dört bakış açısıyla bağlantılı olarak görülmektedir (Den Heijer ve De Jonge, 2012) (Tablo 4).

Tablo 4. Gayrimenkulle İlgili Dört Bakış Açısına Bağlı Hastane Gayrimenkulünün Katma Değerleri

Gayrimenkul Üzerine Gerçek Katma Değer	Stratejik	Finansal	Fonksiyonel	Fiziksel
Yenilikçiliği Artırmak	Sürekli bir süreç olarak yenilik sağlık hizmetlerini optimize etmek; sağlık hizmeti sağlayanların sayısı	Ayrılmış finansman sistemi tedavi ve bakım bütçeleri çelişkilidir	BİT hasta bilgisi; Merkez bekleme sistemi; hasta asansör sistemlerinin kullanımı	Sağlık personelinin her biriyle tanışabileceği yerler diğer; beceri plakaları ve bilgi gibi tesisler merkezi; tek hastada minimum güvence yatak odaları
Kullanıcı Memnuniyetini Artırmak	Genel olarak insan merkezlidir; iyi personeli çekmek ve tutmak	Gayrimenkullere ekstra yatırım yapılması iyileşme ortamı	Hastaların refahı; merkez bekleme kavramı; tıbbi işlemlerin yapıldığı süreçler hasta ve merkezi süreçler merkezi duruyor	Hasta odalarının mimari kalitesi; tek hasta yatak odası
Kültürü Geliştirmek	Dıştan takma motor olarak gayrimenkul organizasyon; personel arasındaki iletişimi iyileştirin ve sağlık profesyonelleri		Ön-arka ofis kavramı; büro kavramı (esnek çalışma, masa paylaşım); bina etkileşimi destekliyor insanlar arasında	İnsanların buluşabildiği yerlere dikkat etmek
Maliyetleri Azaltmak	Gerektiği kadar metrekare yok	Yeni temelli gelecek açılımlar iş planları; ölçeğine uygun yatırım seviyesi bina; yatırım maliyetlerini	Paylaşılan alanın azaltılması çalışma alanları; her alanın katı bir şekilde bütçelenmesi	Bakım dâhil yaşam döngüsü maliyetleri ve enerji; dar yapılı binalara sahip sade planlar düşük ilk yatırım

		kontrol etmek ve gerçek gayrimenkulle ilgili maliyetler		maliyetleri; hastane geleceği için sürdürülebilirlik geleneksel kanıt ve daha az güveniyor enerji kaynakları
Verimliliği Artırmak	Profesyoneller işlerini yapabilir mümkün olduğu kadar verimli bu sağlık hizmetini sağlamak	Bölüm başına yıllık alan bütçeleme üretim ve ciro bazında; üretim oranları; boş yataklar	Optimal sağlık hizmetlerini kolaylaştırmak süreçleri; ön / arka ofis kavramları; şifa ortamı; tek kişilik yatak odası	Merkezileşme yüksek teknik fonksiyonlar sıcak yerde; mekânsal kümeleme; lojistiği hastadan ayırma ve personel akışları
Esnekliği Artırmak	Bina ömrü boyunca değişen işlerin desteklenmesi süreçleri ilk aşamada önemli, mesleki aşama sırasında verilen bir gerçek	Gelecekteki esnekliğe ekstra yatırımlar; genişletilebilirliğe ön yatırımlar; alan kiralama imkânı	Adaptasyon; çok fonksiyonel alan kullanımı; danışman ve tedavi paylaşımı odalar, koğuşlar ve diğer tesisler; standartlaştırıcı yerler; esnek ofis konsepti	Farklı kılan sağlam yapı düzenleri mümkün; ayrılmış teknik kurulumlar; standardizasyon; destek yapısı ve doldurma; genişleyen olanakları
Görüntü Desteği	Her ikisi de bir pazarlama aracı olarak bina çalışan olarak (potansiyel) hastalar için kullanarak rekabet avantajını artırmak	Mimari kaliteye ekstra yatırım	Şifa ortamı; tek kişilik yatak odalarının yüzdesi; hastane tanınabilir olarak hastane	Güzel ve kolay erişim yeri; güzel genel mimari görünüm
Kontrol Riskleri	Sağlık işlemlerinde risk azaltma	İş durumu; taşınmazın pazarlanabilirliği; özel şirket, emlak şirket; dış klinikler kiralınması	Mevcut kapasiteyi optimize etmek için daha uzun açılış saatleri	Daha fazla metrekare ile ince fit bina Gerektiği gibi metre; daha uzun süre dış kaynak bakımı sağlama dönemi; yüklenici ve teknoloji uzmanı ilk aşama ve tasarım süreçleri
Finans Pozisyonunu İyileştirmek	Üretim, gayrimenkul için daha fazla bir kaynaktır bir varlıktan daha fazlasıdır	Paydaş olarak bankalar; gerçek hastanede özel yatırım arazi; taşınmazın pazarlanabilirliği bir varlık olarak gayrimenkul; (potansiyel) konum değeri; kentsel alan geliştirme	Sağlık hizmetlerini optimize etmek arasında seçim binanın ömrü boyunca veya pazarlanabilirlik sonrası	Katman yaklaşımı (sıcak zemin, otel, ofis ve endüstri); yer potansiyeli

Dört paydaş bakış açısına bağlı dokuz katma değer çerçevesi, stratejik ve taktiksel seviyelerde hastane konaklama ile ilgili karar vermede referans olarak görülmektedir. Hastane binaları ve diğer sağlık tesislerinin brifingi, tasarımı ve yönetimi için böyle profesyonel bir konaklama stratejisinin geliştirilmesi ve uygulanmasına girdi sağlamakta ve çok çeşitli konaklama çözümleriyle ilgili dernekler, hastane gayrimenkullerinin katma değerlerini oluşturmaktadır. Ayrıca, diğer sektörlerde de uygulanabilmekte, gayrimenkul ile değer katma araştırmalarının olabilirliği dikkati çekmektedir. Bir sonraki adım, farklı ölçeklerdeki emlak portföyü, binalar, bölümler ve yerler için katma değerleri derinlemesine işletmek ve ölçüm araçlarını geliştirmek olabilecektir.

V. Sonuç

KÖO bir özelleştirme yöntemi olup, yurtdışındaki örnekleri KÖO girişimlerinin hastaların değil, finansörlerin yararına hizmet ettiğini ortaya koymaktadır. KÖO ile yapılan altyapı yatırımları alışılmış ihale süreçleri ile kıyaslandığında KÖO yönteminin daha maliyetli olduğu belirtilmiştir. İngiltere’de sağlık alanında KÖO ihalelerini alan şirketlerden birinin 2018 yılında iflası ile (Carillion) ortaya çıkan sorunlar, başta hastalar olmak üzere KÖO modelinin uygulandığı ülkelerdeki herkesi yakından ilgilendirmektedir. Carillion, Birleşik Krallık’ta çeşitli alanlarda hükümetle yaklaşık 450 adet sözleşme imzalamış, kamu sektörü için önemli bir tedarikçi durumunda yer almakta iken hükümet, Carillion’nun iflasından sonra kamu hizmetlerini sürdürmek üzere ek finansman sağlamak zorunda kalmıştır.

Dünya örneklerine rağmen Türkiye’de şehir hastaneleri için kamu tarafından bedelsiz olarak verilen bir araziye, projesi Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş binalar için ihaleye çıkılmakta; ihaleler genel olarak tıbbi malzeme teknoloji, inşaat ve finansman alanlarında faaliyet gösteren şirketler grubu tarafından alınmaktadır. İhale şartnamelerine göre hastane binalarının inşaatı 3 yıl içerisinde bitirilmek üzere (birçok hastanede bu sürelere uyulamamıştır) bu şirketler tarafından yapılacak binaların, kiralama süresi 25 yıl bakım onarımı da ihaleyi alan şirketler tarafından yerine getirilecektir.

Şehir hastaneleri ile ilgili karar yüksek planlama kurulu (YPK) tarafından verilmektedir. YPK, şehir hastanelerinin inşasına, yapılması planlanan hastanedeki yatak sayısı ne kadar ise o kadar yatağın halihazırdaki hastanelerden azaltılması veya halihazırdaki hastanelerin kapatılması suretiyle izin vermektedir. Hastane inşaatının bitmesinin ardından, halen hizmet sunan devlet hastaneleri yeni binalara taşınmakta, şehrin içinde kalan eski binalar kapatılmakta; böylece şehir hastanesi açılan bir şehirde Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yeni hasta yatağı oluşmamaktadır. Örneğin; Adana il merkezinde kamu hastaneleri önceden 3.011 yatak kapasitesi ile hizmet verirken, şehir hastanesi açıldıktan sonra 3.025 yatak kapasitesi ile hizmet vermeye başlamışlardır.

Türkiye’de şehir hastaneleri konusunda ilk sıralarda gelen sorunların başında; hastane binaları ve ekipmanının kamu açısından yüksek maliyetli olması gelmektedir. Şehir hastanesi yapımı için yapılacak olan ihalede Sağlık Bakanlığı’nca belirtilen sabit yatırımın tutarı ve yıllık ödenecek kira tutarlarına bakıldığında bu tutarların çok yüksek miktarda olacağı olasıdır. Türkiye’de şehir hastanelerine verilen Hazine garantilerinin

yarattığı borç büyüklüğü ve uzun vadede kamu maliyesine vereceği zarar uluslararası para fonu (IMF) tarafından da dile getirilmiş, Türkiye'nin Portekiz'in kriz öncesi görünümünde olduğu belirtilmiştir. Şehir hastanelerini yapan ve işleten şirketlere (mülga) Kalkınma Bakanlığı yeni ismi Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı'nın raporuna göre 18 adet şehir hastanesi için kira bedeli olarak 25 yılda 30,3 milyara yakın ABD doları ödenecektir. Yapılması düşünülen şehir hastanesi sayısı 32 adet olduğuna göre, Türkiye'nin yalnızca şehir hastanelerinin kullanım bedeli için 2050 yılında kadar sürecek 50 milyar doların üzerinde bir borç yükü ile karşı karşıya bırakıldığı öngörülebilmektedir. Devletin yapacağı yatırımları belli bir programa göre yapması durumunda, vatandaşlara külfet olan çok maliyetli uzun vadeli borç veya kira ödemesi yaparak KÖO gibi metodları uygulamasına gereklilik duyulmayacaktır.

Türkiye'de şehir hastaneleri açısından diğer problemler ise kaynak yaratma yöntemi seçimi (kamu için çok maliyetli bir yapı, taşınması düşünülen kamu hastanelerinin ödeme konusunda problem yaşamaları, Hazinesinin garantör olması ve konkordato halinde takip edilecek usul) yer seçiminde yaşanan sorunlar (tarım arazilerinin imara açılması sonucunda sel bölgelerinde inşaat yapılabilmesi), şehir merkezlerindeki hastanelerin feshedilmesiyle beraber vatandaşların yeni yapılan hastanelere ulaşımında yaşanacak problemler (coğrafi iktisadi erişebilirlik), taşınması gereken kamu hastanelerinin boşaltacağı yerlerin pozisyonu (ihaleleri almış olan müteşebbislere devredilmesi ihtimali) ve taşınması planlanmış olan kamu hastanelerindeki hem destek hem de sağlık hizmetlerinin sunulmasına ilişkin ayrıcalıklar ve sağlıkta istihdam edilenlerin özlük ve istihdam hakları gibi problemler olmak üzere sıralanabilecektir.

Kamunun kısıtlı kaynaklarının yatırımlara yetmemesi gerekçesiyle gündeme getirilen özel kesime, içinde hastane binaları, destek hizmet binalarının yanında hasta ve hasta yakınlarının kullanımına, tüketimine dönük mal ve hizmet üretiminin gerçekleştirileceği sağlık kampüslerinin yapımı, önemli sorunlara yol açabilecektir.

Dokuz adeti bitmek üzere olan 30 adet şehir hastanesinden tamamlanan 4 adetinin bile şimdiden Hazine'den 1 yıl için 2,6 milyar TL kullanması, inşaat halindeki 17 adet hastanenin ve planlaması süren 9 adet hastanenin yükleriyle birleşince ortaya kamu maliyesine genel bütçeye ağır yük getireceği tahmin edilmektedir. Anlaşmaları döviz üstünden yapılan projeler, 2015 yılından itibaren hızlanan döviz fiyat artışları sonucu, maliyetlerin ve kira taahhütlerinin, garantilerin TL karşılıklarını da artırarak, yükü daha da ağırlaştırmaktadır.

Sağlık Bakanlığı bütçe kaynaklarını yatırım harcamalarına ayırmak yerine, kiralama yoluyla ihtiyaçları karşılamının iyi bir seçim olduğu savını haklı çıkaracak bulgular, ortada olmadığı gibi ağır bedeller ödeneceğine ilişkin belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bunun ötesinde, coğrafi konumlarıyla kentlerin dışında, erişimi zor olan bu kampüslere, hasta ve hasta yakınlarının ulaşımı ek harcamalara yol açtığı gibi, zorunlu mal ve hizmetlerin fiyat dikte eden kampus işletmelerinden satın alınmak zorunda bırakılması, vatandaşları daha çok mağdur etmeye başlayacaktır.

Türkiye'de kamu yatırım ve projelerinde temel sorun finansal kaynak problemi olup kamunun yeterince özkaynaklarının bulunması olarak kamunun yatırım yapılabilmesi için

KÖOM uygulaması bir zorunluluk olmaktadır. Fakat kamunun bu yatırım ve projeleri ranta neden olmaktadır. Bu rant dolayısıyla yapılan projelerin çevresinde değer artışı oluşmaktadır. Bu rantın veya değer artışının kamuya kazandırılması gerekmektedir. Bunu yapabilmek için Türkiye’ de hukuki ve teknik bir ortam oluşturulması bir zorunluluktur. Bu amaç ancak gayrimenkul yönetimi ve geliştirme konusunda tecrübeli ve eğitilmiş uzmanlar aracılığıyla mümkün görülmektedir.

Diğer KÖO projelerinde olduğu gibi, 25 yıllık sözleşmelerin bağlayıcı hükümleri, iktidarlar değişse bile, gelen hükümetlerin elini kolunu bağlayıcı niteliktedir. Mevcut durumda 4 adeti tamamlanan ve 17 adeti inşaat halinde olan bu rantabl olmayan sağlık sözleşmeleri ile ilgili zararın neresinden dönülebileceği konusu, ayrıca tartışılmalı, hiç olmazsa sözleşmesi imzalanmamış projeler için tekrar düşünülmeli, diğer projelerin her biriyle ilgili kamu yararı ön planda tutularak neler yapılabileceği nasıl revize edileceği ve gerekirse kamulaştırmaya gitme seçenekleri tartışılmaya açılmalıdır.

Kaynaklar

- Anonim. (2017). [<http://sesankara.org/wp-content/uploads/2017/12/Ses%C3%87al%C4%B1%C5%9Ftay.pdf>].
- Anonim. (2019a). TTB 2012. Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı. [www.ttb.org.tr]. TTB Yayını.
- Anonim. (2019b). Sağlık Bakanlığı 2019 Bütçe Sunumu. [www.sağlık.gov.tr].
- Cutler, D. M. (2002). Equality, Efficiency and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical Care Reform. *Journal of Economic Literature*, 40(3); 881- 906.
- Den Heijer, A. C. and De Jonge, H. (2012). Linking Decisions and Performance: Adding Value Theories Applied To The University Campus. In P. A. Jensen, D. J. M. v.d. Voordt & C. Coenen (Eds.), *The added value of facilities management: concepts, findings and perspectives*. Lyngby: Polyteknisk Forlag.
- Deming, W. E. (1950). *Elementary Principles of The Statistical Control of Quality*: Juse.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 260(12); 1743-1748.
- Kerman, U., Altan Y., Aktel M. ve Eke, E. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3); 1-23.
- Pala, K. (2013). Sağlık Alanında Kamu - Özel Ortaklığı: Birleşik Krallık Deneyimi. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 28(6); 432-435.
- Pala, K. (2018). Türkiye’de Sağlıkta Kamu - Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri. *Türk Tabipleri Birliği Şehir Hastaneleri İzleme Grubu. İletişim Yayınları*, 1.Baskı.
- Woodruff, R. B. (1997). Customer Value: The Next Source For Competitive Advantage *Journal of The Academy of Marketing Science*.

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3725929/mod_resource/content/1/1.%20woodruff%201997%20Customer%20Value.pdf].

- Yılmaz, F. Y. ve Karakaş, D. G. (2011). Devlet / Kamu Üzerine Yeniden Düşünmek. *Sağlık Alanında Kamu Özel Ortaklığı Sempozyumu, 6-7 Mayıs 2011. Türk Tabipler Birliği Yayınları, 3*, 245.
- Şahin, M ve Uysal, Ö. (2012). *Kamu Maliyesine Etkileri Açısından Kamu Özel Sektör Ortaklıkları Üzerine Bir Değerlendirme. Maliye Dergisi, 162*, 155-174.
- Van der Zwart, J., Arekesteyn, M. H. and Van der Voordt, D. J. M. (2009). Ways To Study Corporate Real Estate Management In Healthcare: An Analytical Framework. *Paper Presented at the HaCIRIC Conference, Brighton, UK.*
- Van der Zwart, J., Van der Voordt, T. and De Jonge, H. (2010). Private Investment in Hospitals: A Comparison Of Three Healthcare Systems and Possible Implications For Real Estate Strategies, *HERD, 3(3)*, 70.
- Van der Zwart, J. (2011). Real Estate Added Value and Decision Making in Hospital Infrastructure. Paper Presented at the HaCIRIC International Conference, Global Health Infrastructure Challenges for The Next Decade.