

## ŞEHİR HASTANELERİ'NİN GELİŞİMİ SÜRECİNDE SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN YAPISAL VE İŞLEVSEL DÖNÜŞÜMÜ

Doç. Dr. Recep FEDAI 

### ÖZET

*Bu çalışma Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın geçirdiği yapısal ve işlevsel dönüşümü konu edinmektedir. Çalışma Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yeni uygulamaları olarak şehir hastanelerine odaklanmakta; devlet ve özel sektörün arasındaki ilişki biçimi ise hastanelerdeki dönüşüm çerçevesinde ele alınmaktadır. Sağlıkta dönüşüm ile Sağlık Bakanlığı yapısal ve işlevsel bir dönüşüm geçirmektedir. Dönüşümün yapısal ayağı Kamu Özel Ortaklığı modeli üzerinden gerçekleştirilmekte şehir hastaneleri ise bu modelin uygulaması olarak karşımıza çıkmaktadır. İşlevsel dönüşüm ise Sağlık Bakanlığı'nın planlama, düzenleme ve denetleme rollerinin dönüşümü üzerinden gerçekleşmektedir. Çalışmada Kamu Özel Ortaklığı modeli ile devletin tek taraflı olmaksızın özel sektörün yanına konularak ilişki biçimini sürdürdüğü ve hizmet alanlarını özel sektör üzerinden finanse ederek Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı uygulamak istediği ileri sürülmektedir.*

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Kamu Özel Ortaklığı, Şehir Hastaneleri, Harcama Değeri.

**JEL Kodları:** D73, G38, H83

## STRUCTURAL AND FUNCTIONAL TRANSFORMATION OF THE MINISTRY OF HEALTH DURING THE DEVELOPMENT OF CITY HOSPITALS

### ABSTRACT

*This work is concerned with the structural and functional transformation of the Ministry of Health as well as the Health Transformation Program (HTP). The work focuses on city hospitals as new applications of the Health Transformation Program; and the relationship between the state and the private sector is handled within the framework of transformation in hospitals. With health transformation, the Ministry of Health is undergoing a structural and functional transformation. The structural footprint of the transformation is realized through the Public Private Partnership model whereas the city hospitals are opposed as the application of this model. Functional transformation takes place through the transformation of the Ministry of Health's planning, regulatory and supervisory roles.*

\* Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lapseki Meslek Yüksekokulu, Finans Bankacılık ve Sigortacılık Bölümü, Çanakkale, Türkiye e-mail: [recepfedai@comu.edu.tr](mailto:recepfedai@comu.edu.tr)

#### **Makale Geçmişi/Article History**

Başvuru Tarihi / Date of Application : 24 Mayıs / May 2019

Düzeltilme Tarihi / Revision Date : 16 Şubat / February 2020

Kabul Tarihi / Acceptance Date : 23 Aralık / December 2020

**Araştırma Makalesi/Research Article**

*With the Public Private Partnership model, it is suggested that the state should be unilaterally positioned to the private sector and maintain its relationship with the private sector and to implement the Health Transformation Program by financing its service areas through the private sector.*

**Key Words:** *Ministry Of Health, Health Transformation Program, Public Private Partnership, City Hospitals, Value For Money.*

**JEL Codes:** *D73, G38, H83*

## 1. GİRİŞ

Türkiye’de sağlık hizmetleri denildiğinde sağlık politikası adı altında bir değerlendirme yapmak mümkün görünmekte; ancak durumu netleştirmek adına ne, niçin, neden, ne zaman, nasıl, nereye, kim gibi soruların sorulması ve politika analizinin yapılması zorunlu hale gelmektedir. Çalışmada Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın açıklandığı yıl olan 2003 yılından itibaren başta Sağlık Bakanlığı’nın geçirdiği yapısal ve işlevsel dönüşüm, çeşitli aktörlerin karar alma sürecinde oynadığı roller üzerinden analiz edilmektedir. Sağlıkta dönüşüm nereye? Sorusu ise çalışmada kamu özel ortaklığı modeli ile tartışılmakta buradan devlet ve sermaye arasındaki ilişki biçiminin somutlanması hedeflenmektedir. Nihayetinde çalışmada sağlık alanı kamu yönetimi açısından önemli bir araç olan reform aracı ile politika analizine tabi tutulmaktadır. Böylelikle Türkiye’nin uyguladığı modelin kendine özgü olan yanlarının ortaya çıkarılması çalışmada beklenen önemli sonuçlardan bir tanesi olmaktadır.

1990’lı yıllardan itibaren kamu hizmetinin üretiminin sürekliliği konusunda sıkıntılar yaşanması sonucu hizmet alanlarında yap-işlet, yap-işlet-devret, yap-kirala devret, işletme hakkı devri gibi imtiyaz yöntemleri kullanılarak kamu yatırımlarının özel sektör üzerinden gerçekleşmesine olanak sağlanmıştır. Ulaşım, altyapı gibi sektörlerle başlayan girişimler eğitim ve sağlık alanlarında da uygulanmaya başlamıştır. Ancak sağlık, -diğer alanlardan farklı olarak- birtakım projeler çerçevesinde reformlar üzerinden yatırımların yapıldığı önemli bir alan olmuştur. Devletin özel sektör ile Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) (Public Private Partnership) modeli üzerinden işbirliği kurması ve oluşacak riski paylaşması başta sağlık olmak üzere Sağlık Bakanlığı’nın yapısal ve işlevsel dönüşümü açısından önemli bir girişimdir.

Ortaklık kelimesi kamu ve özel sektörün konumlarına yapılan atfı göstermesi bakımından önemli görülmektedir. Public Private Partnership kavramı için literatürde genellikle ortaklık (partnership) kelimesi kullanılırken Türkiye’de resmi belgelerde işbirliği (cooperation) kelimesi kullanılmaktadır. İşbirliği kavramı ise devletin üstünlüğünü korumaktadır. Bu da devletin kendini özel sektörün yanına konumlandırmasıyla ilgili bir farklılaşmadır. KÖO modelinde kamu ve özel sektörün aynı amaca sahip olmaması durumu daha net ortaya koymaktadır. Örneğin literatüre yeni giren bir kavram olarak harcama değeri (value for money) kavramının kamu ve özel sektör için faydası farklılaşmaktadır. Harcama değeri, özel sektör için harcanan paranın ne kadar getirisinin olacağı ile ilgili iken kavram, kamu için

yatırımların ne kadar verimli olacağı ile ilgilidir. Dolayısıyla KÖO modeli ile özel sektör yatırım sonrası elde edilecek kar ile kamu ise yatırım esnasında yapılan tasarruflar ile ilgilenmektedir. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nün (OECD) yayınladığı Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money isimli dokümanda ortaklık kavramına bu anlamda karşı çıkılarak işbirliği kavramının daha uygun olacağı (OECD, 2008: 18) belirtilmektedir. Bu doğrultuda kamu ile özel sektör arasında ortaklık yerine işbirliği kavramının tercih edilmesi anlaşılabilir. Ancak aşağıda ele alınacağı üzere KÖO modeli ile Türkiye sağlık alanında nevi şahsına münhasır uygulamalar geliştirmiştir.

## **2. SAĞLIK ALANINDA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİNİN GELİŞİMİ**

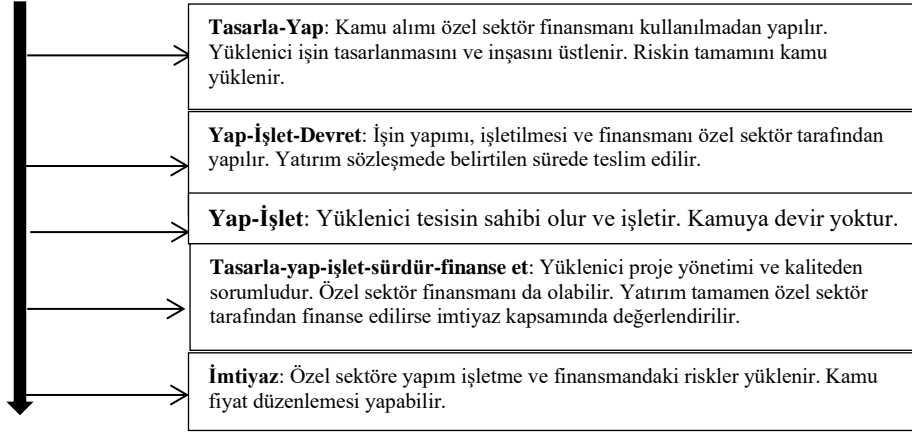
Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte Türkiye'nin uluslararası alanda rekabet gücünü artıracak bir biçimde sağlık hizmetlerini yeniden yapılandırması hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003). Bu doğrultuda sağlıkta uygulanan yapısal reformların doruk noktası SDP'dir. SDP temel olarak verimlilik, kalite, vatandaş memnuniyeti gibi ilkeler üzerinden sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanın birbirinden ayrışmasına dayanmaktadır. Ayrışma, devletin sağlık hizmetinin finansmanı için alternatif arayışlara girmesinin bir sonucudur. Kullanıcı öder ilkesine dayanan finansman yöntemi, vatandaşlar için Genel Sağlık Sigortası'nda (GSS); yatırımcılar içinse KÖO modelinde somutlaşmıştır.

Sağlığın yukarıda yer verilen ilkeler çerçevesinde dönüşmesi zorunlu olarak özel sektör ile işbirliği yapmayı gerektirmiştir. Ancak buna uygun bir örgüt yapısı gerekmektedir. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı'nın kurulması bunun için yeterli görülmemiş işbirliği süreci ile mevzuatın da değişmesi gerekmiştir. Aynı şekilde kamu hizmetlerinin özel sektör üzerinden gördürülmesi imtiyaz adı verilen yöntem ile uygulanmaya başlamıştır (Akıllı, 2013: 92). İdarenin belirli bir sözleşme çerçevesinde hizmeti özel kişilere gördürmesi kamu imtiyazı olarak nitelendirilmektedir (Tan, 2003: 308). Kamu hizmetlerinin sözleşme usulü ile özel sektöre yaptırılması daha çok 1980'li yıllarda başlamış ve bu döneme "sözleşmeler dönemi" adı verilmiştir (Karasu, 2009). KÖO modelinden önce uygulanan yöntem 1994 yılında çıkarılan 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması Hakkında Kanun'un 3. maddesinde aşağıdaki gibi ifade edilmektedir (RG: 13.06.1994, Sayı: 3996):

Yap-İşlet-Devret Modeli, ileri teknoloji ve yüksek maddi kaynak ihtiyacı duyulan projelerin gerçekleştirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilen özel bir finansman modeli olup, yatırım bedelinin (elde edilecek kâr dâhil) sermaye şirketine veya yabancı şirkete, şirketin işletme süresi içerisinde ürettiği mal veya hizmetin idare veya hizmetten yararlananlarca satın alınması suretiyle ödenmesidir.

Yukarıdaki paragraftan da anlaşılacağı üzere kamu ve özel sektör arasındaki ilişkinin bir taraf lehine işletilirken diğer kişiler aleyhine yürütüldüğü görülmektedir. Bu durumu imtiyaz olarak ortaya çıkaran neden tek bir girişimciye tanınan ayrıcalığın kamu hizmeti üretilirken piyasa kurallarından belirli durumlarda ayrışmasıdır (Karahanoğulları, 2011).

### Şekil 1. Kamu Özel Ortaklığı Modeline Göre Risk Paylaşımı



**Kaynak:** Güngör, 2012: 11.

Yukarıdaki şekilde ok yönüne doğru indikçe risk paylaşımının azaldığı ve kamunun özel sektöre transfer ettiği risk miktarının arttığı görülmektedir. Buna göre imtiyaz, özel sektöre verilen hizmet çerçevesinde elde edilen gelirin şirket tarafından toplanması, bunların karşılığında idareye bir ücretin ödenmesini ve imtiyaz alan şirketin bütün riskleri üstlenmesini öngören bir anlaşmadır. İmtiyaz süresinin sonunda varlığın sahibi devlet olur. İmtiyazın özelleştirmeden farkı ise tam bu noktada belirmektedir. Su, iletişim, yol yapımı imtiyaza örnek verilebilir.

İmtiyaz, yap-işlet, yap-işlet-devret, yap-kirala-devret modelleri arasında uygulamada farklılıklar yaşansa da nihai olarak amaç aynıdır. Bu bağlamda altyapı, yatırım ve hizmetlerin kamunun denetim ve gözetimi altında belli bir ölçüde özel sektöre gördürülmesine dayanan modellerin KÖO gibi yeni bir üst kavram üzerinden geliştirildiği ifade edilebilir. Söz konusu modeller için farklılaşma kaynağı yapılacak işin kapsam ve niteliği ile risklerin taraflar arasındaki dağılımı, yatırım ve hizmetlerin bedelinin kullanıcılar mı yoksa kamu tarafından mı karşılanacağıdır (Uz, 2011: 1168).

KÖO, hizmetin gerçekleşmesi için ihtiyaç duyulan altyapı ve tesisin tasarımı, finansmanı, inşası ve işletilmesi ya da mevcut bir kamu yatırımının yenilenmesi, kiralanması, bakım ve onarımının yapılması ve işletilmesinde özel sektör katılımının sağlandığı yöntemlerin hukuki ve kurumsal biçimidir (Güzelsarı, 2012: 30). Sağlık hizmetlerinin işletilmesini tek bir ortak girişime (özel sektöre) blok halinde devreden söz konusu model, devlete yalnızca çekirdek tıbbi hizmetin üretimini bırakmaktadır (Karasu, 2011: 245). KÖO, kamu hizmetlerinin sunumunda özel sektör tekniklerinden uzun süreli olarak yararlanılması, çıktı elde etmek için risk ve finansmanın özel sektöre transfer edilmesidir. Buradaki kurumsallaşma ile sözleşme ilişkisi aracılığıyla ortaya çıkacak belirsizliğin azaltılması amaçlanmaktadır.

Kamu kaynaklarının harcama kontrollerine tabi tutulması ve uluslararası finans örgütlerinin baskısından kurtulma çabaları aynı zamanda alternatif kaynakların kullanılarak kamu hizmetlerinin yerine getirilmesi fikrini de beraberinde getirmektedir. Bu çerçevede her iki tarafın da amaçlarını

gerçekleştirmesi açısından KÖO bir model olarak sunulmaktadır. Kamu ile özel sektör arasındaki ilişkiden verimlilik doğrultusunda yararlanılması fikri özel sektörün kârını maksimize etme imkânı sunmaktadır.

KÖO yöntemi kamu hizmet sunumunun çeşitlendirilmesi ve harcama değerinin yükseltilmesi amacıyla hizmet etmektedir. Kamu için harcama değeri hizmetlerin özel sektör ile yerine getirilmesiyle elde edilecek tasarruflara dayanırken özel sektör için harcama değeri ise yüklenen iş için ortaya koyulan kaynağın ne kadar getirisinin olduğuna dayanmaktadır. Harcama değeri özel sektör için kullanıcı ücretlerinin alınmasına, yatırım yapılan tesisin ömrüne ve bu tesise bağlı olan ticari faaliyetlerin getirisine bağlıdır. Ülkelerarası farklılık gösteren harcama değeri kavramı İskoçya’da hizmet yatırımı esasında kullanılırken; Avustralya’da yatırımlar bittikten sonra gelir getirici faaliyetler çerçevesinde kullanılmaktadır (Güngör, 2012: 14). Bu doğrultuda hastanelerin kamu yerine özel sektör tarafından yapılması durumunda ortaya çıkan tasarruflar İskoçya’daki gibi harcama değerine; şehir hastanelerinin tamamlanması ile birlikte hastane hizmetleri kapsamında alışveriş merkezi, otelcilik, hastane kampüsü içinde yer alan özel sektör için gelir getirici faaliyetlerin yapılması (TTB, 2012: 8) ise Avustralya’daki sisteme örnek gösterilebilir.

Devletin yaptığı yatırım faaliyetlerinin KÖO uygulamalarından farkı ortaya çıkacak riskin özel sektöre ne oranda transfer edileceği ile anlaşılabilir. Buradaki risk (TTB, 2012: 20) kavramı ticari, yasal ve siyasi olmak üzere üç kategoride incelenebilir. Özel sektör ticari riskleri üstlenirken kamu ise siyasi ve yasal riskleri üstlenecektir. Bir yatırım için ticari risk tüketici kararlarına bağlı olan talep değişimi gibi çeşitli değişkenlerden oluşmaktadır. Kamu ise mevzuat düzenlemesi ile hukuki sıkıntıları giderecek politik tutumuyla yatırım için gerekli olan kamuoyu desteğini sağlayacaktır.

Kamu kaynakları üzerinde mali baskının artması ve kamu projelerinin yüksek harcama değerine ulaştırılması isteği, kaynakların verimli kullanımı konusunda uluslararası örgütlerin baskıları sonucu politika transferi (Övgün ve Berk, 2020: 1269) yoluna gidilmesi, KÖO modelinin yaygınlaşmasını artırmıştır (Güngör, 2012: 4). Farklı bir görüşe göre, KÖO gelecekte yapılacak yatırımların şimdiden özelleştirilmesi iken kamu hizmetlerinin ticarileştirilmesiyle, devlet hastaneleriyle özel sektör arasındaki rekabeti artırma ve piyasalaşma yönelimi somutlaşacaktır (YASED, 2012: 43-44). Özelleştirme durumunda kamu hizmeti niteliğindeki faaliyetlerin özel sektöre geçtikten sonra denetlenmesi gerekmektedir. KÖO ise kamu hizmetlerinin görülmesinde uzun vadeli bir sözleşme ilişkisi üzerinden yürütülmektedir. Bu bağlamda KÖO modelinin özelliklerini belirtmek gerekirse (Harun Güngör, 2012: 10-11): Özel sektör devletten düzenli ödeme almakla birlikte kullanıcılardan da ücret almaktadır. Devlet, özel sektör ile yapılan anlaşma gereği hizmet kalitesi ve miktarını belirler. Sözleşme süresinin sonunda yapılan girişimlerin hurda bedelini özel sektöre ödemek koşuluyla yatırımın sahibi olabilir. KÖO modeli çerçevesinde finansmanı sağlanacak hizmetler ise aşağıdaki gibi sıralanabilir (Elbek, 2015: 73):

- Projenin tasarımı, inşaatı ve uygulaması,
- Tıbbi cihazlar ve çeşitli donanımların temini,
- Hastaneler için gerekli tekstil malzemeleri,
- Hastanelerin bakımı ve onarımı,
- Laboratuvar ve tıbbi destek hizmetlerinin temini,
- Yemek, temizlik, güvenlik ve bilgi işlem gibi destek hizmetlerinin temini,
- Kampüslerin ‘yaşam alanı’ olması için gerekli olan ‘ticari’ alanların kurulmasıdır.

2005 yılında 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun (RG: 15.07.2005, Sayı: 25876) çıkarılmıştır. Bu kanun ile Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığı’na belirlenen standartlar çerçevesinde kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilceği hükmü getirilmiştir. Yukarıda yer alan madde doğrultusunda 2006 yılında Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik çıkarılmıştır. Yönetmelik ile entegre sağlık kampüsünün<sup>1</sup> (RG:22.07.2006, Sayı: 26236) özel sektöre ihale edilmesi için ilk girişimler başlatılmıştır. 2007 yılında ise 5683 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’un kabulü ile Bakanlığın ana hizmet birimlerine ilave olarak İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı ve Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı’nın görevi şu şekilde tanımlanmıştır:

İhtiyaç duyulan hastane, sağlık yerleşkesi gibi sağlık tesislerini ve hizmet binalarını, Hazinesinin özel mülkiyetinde bulunan arazi ve arsaların devri karşılığında ve/veya bedeli Sağlık Bakanlığı bütçesinin ilgili tertiplerine bu amaçla konulan ödeneklerden veya döner sermaye gelirlerinden karşılanmak üzere, düzenlenecek protokol esasları çerçevesinde Toplu Konut İdaresi Başkanlığına veya inşaat işleri ile ilgili araştırma, proje, taahhüt, finansman ve yapım işlemleri konusunda görevli ve yetkili kamu tüzelkişiliğine sahip diğer kurum ve kuruluşlara doğrudan yaptırmak” yer almaktadır (RG:09.06.2007, Sayı: 26547)

---

<sup>1</sup> Entegre Sağlık Kampüsü: Eğitim araştırma hastanesi, devlet hastanesi, özel dal hastanesi, gün hastanesi, sağlık ocağı, klinik otel, rehabilitasyon merkezi, kanser araştırma merkezi, aşı eğitim merkezi, aşı üretim merkezi, aşı araştırma-geliştirme merkezi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, toplum sağlığı merkezi, organ ve doku bankası, bölgesel kan merkezi, kan ürünleri üretim tesisi, ağız ve diş sağlığı merkezleri için verilen genel addır.

## 2.1. Sağlık Yatırımlarına Teşvikler: Mülkiyet ve Üst Hakkı Tesisi

DPT<sup>2</sup> tarafından 2010-2012 yıllarına ait yatırım programına yönelik genelgede (RG: 18.09.2009, Sayı: 27353) kamu yatırımlarının kısıtlı kaynaklardan oluştuğu gerekçesi ile KÖO modelinin kullanımının yaygınlaştırılacağı belirtilmiştir. Fiziksel gerçekleştirme oranı üzerinden değerlendirilen projelerin hâlihazırda %75 ve üzerinde olması halinde yatırımlara devam edileceği belirtilmektedir. Ayrıca %75'in altında olsa dahi koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin bölgesel farklılıkları giderici nitelikte projelerden oluşması ve buna ilişkin çalışmaların yapılması öngörülmektedir. Hâlihazırda yatırımların bitme aşaması anlamına gelen oranlama, yatırımların kamu kaynaklı olarak devam edilmesi; bu kriteri sağlamayan yatırımların ise KÖO çerçevesinde projelendirilmesi esasına dayanmaktadır. Bu çerçevede sağlık yatırımlarının projelendirilmesi ve KÖO modeli kapsamında gerçekleştirilmesi ile ilgili Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı yönetmeliğin birinci maddesi şöyledir:

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 7 nci maddesi uyarınca; yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine *kırk dokuz yılı* geçmemek şartıyla belirli süre ve *bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılmasına*, bu amaçla Maliye Bakanlığınca Hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine *bedelsiz* olarak kırk dokuz yıla kadar üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların *devredilmesine; kira bedeli ve kiralama süresinin tespitine*, sağlık tesislerindeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların *işletilmesi* karşılığında yenilenmesine, ihale yöntemlerine, isteklilerde aranacak niteliklerin belirlenmesine, sözleşmelerin kapsamına ve diğer hususlara dair usul ve esasları belirlemektir (RG:22.05.2010, Sayı: 27588).

Yukarıda yer verilen düzenleme ile birlikte Hazine arazileri üzerinde özel sektör lehine üst hakkı tesis edilmesine, sağlık yatırımlarının kırk dokuz yıllığına özel sektöre devredilmesine ve işletilmesine imkân tanınmıştır. Devletin kira ödeme karşılığında tesisleri kullanabilmesi anlamına gelen bu düzenleme hastanelerin bina ve tesis olarak kullanım hakkının özel sektöre devri anlamına gelmektedir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı tarafından 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'nun 3. maddesinin f bendine ilişkin olarak sağlık yatırımlarının finansmanının tamamının Bakanlıkça karşılanması halinde dahi söz konusu Kanun'un istisna hallerden sayılarak ihale usulleri dışında (RG: 31.06.2010, Sayı: 27658) hizmet alınabilmesine imkân tanınmıştır. Bu düzenlemeden sonra çıkarılan 6225 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un (torba kanun) 14. maddesi ile 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanunu'nun 17. maddesi aşağıdaki gibi değiştirilmiştir:

Sağlık Bakanlığının ihtiyaç duyduğu her türlü tesis, hastane, sağlık eğitim tesisi, sağlık kampusu, sosyal donatılar ve diğer tesisleri, düzenlenecek protokol esasları çerçevesinde Toplu Konut İdaresi Başkanlığına

<sup>2</sup> 2011 yılında lağvedilen kurumun yetkileri Kalkınma Bakanlığı'na devredilmiş (Fedai, 2016) ancak bu Bakanlık'ta Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi'nde yer bulmamıştır. Planlama konusunda yetkili makam Cumhurbaşkanlığı'dır. Konu hakkında ayrıntılı bilgi için bkz (Fedai, 2018).

veya inşaat işleri ile ilgili araştırma, proje, taahhüt, finansman ve yapım işlemleri konusunda görevli ve yetkili kamu tüzelkişiliğine sahip diğer kurum ve kuruluşlara doğrudan yaptırmak; bunların bedelini, Sağlık Bakanlığı bütçesinin ilgili tertiplerine bu amaçla konulan ödeneklerden, döner sermaye gelirlerinden, Sağlık Bakanlığına tahsisli veya Hazinesinin özel mülkiyetindeki taşınmazları üzerindeki yapılarla birlikte devrederek ödemek.

Sağlık Bakanlığı, kamu kurum ve kuruluşlarına ait veya tahsisli taşınmazların kendisine tahsisini veya devrini talep edebilir veya kullanım protokolleri yapabilir. Bu protokoller ile oluşan yükümlülüklerini Toplu Konut İdaresi Başkanlığına veya inşaat işleri ile ilgili araştırma, proje, taahhüt, finansman ve yapım işlemleri konusunda görevli ve yetkili kamu tüzelkişiliğine sahip diğer kurum ve kuruluşlara yaptırabilir.

Sağlık Bakanlığınca sağlık hizmetlerinde kullanılmakta olan binalardan, Bakanlıkça oluşturulacak komisyon tarafından fonksiyonellik ve/veya onarım-tadilat maliyeti açısından yapılan değerlendirme sonucunda yıkımının uygun olduğuna karar verilen binalar yıkılabilir. Yıkım kararı verecek komisyonun teşkili ile çalışma esas ve usulleri Sağlık Bakanlığınca belirlenir (RG: 26.04.2011, Sayı: 27916).

Yukarıda da yer verildiği üzere etkinlik ve verimlilik çerçevesinde işlevselliği azaldığı iddia edilen kamu hastanelerinin yıkılması ya da birleştirilmesini içeren kanun değişikliği sağlık hizmetlerinin bölgesel düzeyde ölçeklendirilmesi hususunda önemli bilgiler vermektedir. KÖO ile bir yandan yeni tesislerin kurulmasında özel sektör kaynaklı finansman teknikleri kullanılırken mevcut tesislerin geleceğine ilişkin durum analizleri de Sağlık Bakanlığı'nın yeni işlevi üzerinden yapılmakta ve Toplu Konut İdaresi (TOKİ) aracılığıyla onarım veya yıkım işleri devredilmektedir. TOKİ, Sağlık Bakanlığı'nın yatırımlarını tek başına değil; özel sektörün de desteği ile gerçekleştirmektedir. TOKİ'nin sağlık yatırımlarını Kamu İhale Kanunu dışında gerçekleştirmesi, yukarıdaki madde ile birlikte okunduğunda anlam kazanmaktadır.

Sağlık yatırımlarının özel sektör tarafından karşılanması, sağlık hizmetlerinin sunumunun piyasaya devri için bir adım olarak değerlendirilebilir (Avaner ve Fedai, 2017: 1534-1535). Sağlık Bakanlığı'nın sağlık tesislerini kiralaması karşılığında (RG:01.07.2011, Sayı: 27981) özel sektöre yaptırılan tesisler, hastanelerin yönetimi açısından işletme tekniklerini çağrıştırmaktadır. Ayrıca özel sektöre tahsis edilen arazilerin 'bedelsiz' olarak kırk dokuz yıllığına verilmesinden sonra çıkarılan yasal düzenleme ile Bakanlık tarafından bu arazilerin satılabileceği hükmü (RG:12.07.2012, Sayı: 28351) getirilmiştir. 6553 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 4706 sayılı (RG:18.07.2001, Sayı: 24466) ve 5084 sayılı (RG: 06.02.2004, Sayı: 25365) kanunlarda değişiklikler yapılmış; söz konusu düzenleme ile KÖO kapsamında hazine arazilerine yapılan hastane arazilerinin özel sektöre satılma imkânı getirilmiştir.

Sağlık tesislerinin KÖO modeli ile yapılması aynı zamanda büyük sermaye gerektiren yatırımların finansmanının özel sektörden temin edilmesine dayalıdır. Ancak özel sektörün entegre



sağlık kampüslerinin finansmanını yabancı ortaklıklarla<sup>3</sup> sağlaması ‘bölgelerin cazibe merkezi haline getirilmesi’ söylemine dayalı olarak yabancı sermaye arayışlarını meşrulaştırmıştır. Kamu finansmanı ve borç yönetiminin düzenlenmesi hakkındaki 4749 sayılı kanunda (RG: 09.04.2002, Sayı: 24721) yapılan değişiklikler ile (yirmi iki kere değiştirilmiş) şirketlerin kullanacağı krediler için taahhüt vermeye başlamıştır.

Devlet teşvikinin bölgesel yatırımlar üzerinden sürdürülmesi ise yatırımlarda kullanılan kredilerin borç üstlenim taahhüdü ile (RG: 05.12.2012, Sayı: 28488) yapılmasına ve devletin birtakım riskleri üstlenmesine neden olmuştur. Ancak Türkiye’de bu iki durum da devlet tarafından üstlenilmekte KÖO modeli ile örtüşmemektedir. Çünkü ticari riskin özel sektör tarafından üstlenilmesi gerekirken özel sektör kredilerine taahhüt ise verilmemesi gerekirdi.

4706 sayılı Kanun’da 2012 yılında yapılan değişiklikle tahsis edilen arazinin özel sektöre satılabileceği kararlaştırılmıştır:

Bedelsiz kırk dokuz yıl süreli irtifak hakkı tesis edilen taşınmazların üzerinde taahhüt edilen yatırımın en az yüzde ellisini gerçekleştiren yatırımcılar tarafından talep edilmesi halinde; irtifak hakkı tesis edilen taşınmaz, taşınmazın zemin bedeli ile üzerindeki bina ve tesislerin taşınmaz maliki idareye geçmesi gereken kısmının rayiç bedelleri üzerinden yatırımcıya doğrudan satılabilir (RG: 04.07.2012, Sayı: 28351).

Entegre sağlık kampüslerinin yapılacağına dair söylemlerin hükümet programında yer almasından sonra sağlık kampüsleri Yıllık Programa (RG:23.10.2012, Sayı: 28450) alınmıştır. KÖO uygulamaları için Yüksek Planlama Kurulu’ndan izin verilen sektör sağlık olmuştur. KÖO modeli ile 2012 yılında projelendirilen toplam on yedi milyar iki yüz milyon liralık entegre sağlık kampüsü yapılmasına ilişkin sözleşme imzalanmıştır.

KÖO modeli çerçevesinde yapılan tesislerin otuz yılı aşmamak üzere özel sektöre üst hakkı tesis edilmesine ilişkin olarak 6428 sayılı kanun ile yeni bir düzenleme (RG: 09.03.2013, Sayı: 28582) yapılmıştır. Söz konusu düzenleme ile döner sermayeden sağlık personeline ek ödeme yapılması kararından sonra personele yapılan ek ödemenin bir kısmının KÖO ile yapılan tesislerin kirasına ayrılması kararlaştırılmıştır. 6428 sayılı kanunla kamu özel ortaklığı ile yapılacak sağlık bakanlığı tesisleri hakkında önemli değişikliklerden bir tanesi de olağanüstü durumlarda ihale şartları yeniden düzenlenebilmesi ve buna bağlı olarak ihale bedellerinin de güncellenebilmesidir. Ayrıca mahkemeye gidilerek ihalelerin iptalinin istenmesi durumunda ise yürütmeyi durdurma kararı verilse bile ihalenin tümüyle iptal edilmesi önlenmiştir.

<sup>3</sup> Şehir hastanelerinin finansmanı çok uluslu şirketlerin oluşturduğu konsorsiyumlar ve yerli firma ortaklıkları üzerinden sürdürülmektedir. Örneğin Mersin Şehir hastanesinin finansmanı Dubai firması tarafından karşılanmakta Adana Şehir Hastanesi’nin finansmanı ise dokuz yabancı şirket tarafından sağlanmaktadır. Ayrıca 2015 yılı itibarıyla yabancı sermayenin en çok yatırım yaptığı alan 6 milyar dolar ile hizmet sektörü olmuştur. Bu alanı ikinci sırayla 5 milyar dolar yatırım alan sanayi sektörü takip etmiştir. (YASED, 2016).

Yukarıda yer verilen yasal düzenlemeler aynı zamanda Sağlık Bakanlığı'nın işlevsel bir dönüşüm geçirmesini gerektirmiştir. Örneğin Bakanlığın devlet hastanelerini şehir hastaneleri içinde toplaması önemli görülmektedir. Bu çerçevede mülkiyet üzerinde yapılan düzenlemeler kamu hastanelerinin verimsiz olduğu gerekçesiyle kapatılmasına (ttb.org.tr, 2017) neden olacaktır. Söz konusu düzenlemeler hastanelerden yararlanan vatandaşların da sözleşme ile kurulan entegre hastanelere yönlendirilmesinin önünü açmaktadır. Ancak aşağıda da ele alınacağı üzere kurulacak hastanelerin özel sektör tarafından değil de kamu tarafından işletilmesi Türkiye'ye özgü olan farklılaşmayı giderek derinleştirmekte ve bu nedenle KÖO modeline oturtulamamaktadır.

## **2.2. Hastanelerde Reform**

Dünya Bankası'nın (DB) 1993 yılında yayınladığı Gelişmekte Olan Ülkelerdeki Kamu Hastanelerinde Kaynak Kullanımı, Maliyet, Finansman (*Public Hospital in Developing Countries Resource Use, Cost, Financing*) adlı Rapor (worldbank.org, 2015) ile hastanelerin hükümet kaynaklarını tükettiği vurgulanırken; sağlık sektöründe kamu kaynaklarının verimli kullanımı üzerine politika geliştirmeye odaklanılmıştır. Raporda genel olarak hastane hizmetlerinde fiyatlandırma ilkeleri tavsiye edilmektedir. Bu doğrultuda kamu hastanelerinin finansmanı için alternatif modeller araştırılmış nihayetinde kullanıcı katkılarına dayanan sağlık sigortasının kurulduğu bir sistem önerilmiştir. Dünya çapında finansal kısıtlamalar hayati önem arz ederken, temel sağlık hizmetlerinin ulusal sağlık sistemlerine entegre edilmesi; kamu hastanelerinin ise özel sektör tarafından çalıştırılması gerektiği belirtilmiştir. Yukarıdaki Raporla birlikte Türkiye'de hastanelerin geleceğine yön verecek düzenlemelerin yapılacağı da yayınlanan metinlerden anlaşılmaktadır. Örneğin DB raporları ile aynı tarihlerde yayınlanan Sağlıkta Mega Proje isimli dokümanda kamu hastanelerinin geleceğine yönelik birtakım ipuçları yer almaktadır:

Reform çalışmaları çerçevesinde bütün bu şartların yerine getirileceği ve temel prensiplerden taviz vermeden oluşturulacak bir sistemin iki ana özelliği ortaya çıkmaktadır. Bunlar birinci basamak hizmetlerinin aile hekimliği ile güçlendirilmesi ile kamu hastanelerinin özzerleştirilmesi ve zaman içerisinde özelleştirilmesidir. Amaç verimliliği artırmak ve hizmet sunumunda rekabeti sağlamaktır (Sağlık Bakanlığı, 1992: 28).

Yukarıda da yer aldığı üzere SDP'nin içeriğine benzeyen Sağlıkta Mega Proje'de hastane reformunun piyasa ilişkileri doğrultusunda yapılması öngörülmüştür. 1990'lı yıllarda DB projeleri etrafında dönüştürülmeye çalışan sağlık reformu yine aynı aktör tarafından bir kez daha uygulanmak istenmiştir (Fedai, 2019: 2012). Örneğin 2002 yılında Sosyal Adaletle Daha İyi Bir Türkiye adıyla DB tarafından hazırlanan ancak resmi çevirisi yapılmayan bilgi notunun (worldbank.org, 2016) girişinde hükümet programındaki sağlık reformu maddeleri yer almıştır. Devletin neredeyse tüm alanlarında yapılacak reformların sıralandığı belge olan metin adeta 58. Hükümet'in Acil Eylem Planı'nı andırmaktadır. Belgede "etkin devlet için kamu sektörü reformu, sağlık hizmetlerine erişim ve etkinliği artırmak için gerekli reform" gibi ifadeler yer almaktadır.

Bilgi notunda reformun güvenilirliğini güçlendirmek, özel sektörün gelişimini desteklemek için özelleştirmenin hızlandırılması, rekabet ve büyümeyi artırmak için özel sektörün teşvik edilmesi gibi başlıklar yer almaktadır. Sağlık hizmetleri başlığında ise Türkiye'nin mevcut durumuna yönelik şu ifadeler oldukça dikkat çekicidir: “Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin işletilmesi oldukça verimsizdir. Çok sayıda küçük hastane vardır. Küçük hastanelerdeki yatak doluluk oranları beklenilenin altındadır. Önerilen ise insanların uzak olmasına rağmen daha büyük hastaneleri tercih etme eğiliminin -hastane reformunda- kullanılmasıdır.”

Bilgi notundan hemen sonra DB, 2003 yılında Türkiye-Güçlendirilmiş Erişim ve Verimlilik için Sağlık Sektörü Reformu (*Turkey Reforming The Health Sector For Improved Access And Efficiency*) adlı Raporu yayınlamış (World Bank, 2003) ve sağlık reformuna ilişkin mevcut durum ve çözüm önerilerini sıralamıştır. Söz konusu Raporda kamu hastanelerinin kapatılma gerekçeleri sıralanmıştır. Rapora göre, Sağlık Bakanlığı altında çok sayıda ve küçük örgütlenmelere sahip ‘verimsiz’ çalışan hastane bulunmaktadır. Kentsel ve kırsal alanda hastane ve personel dengesizlikleri bulunurken bölgesel eşitsizlikler de söz konusudur. Ayrıca hâlihazırda hastaneler düşük kullanım ve yetersiz yatak kapasitesine sahiptir.<sup>4</sup> Türkiye’de sağlık reformu kamu hastanelerinin yatak kapasitesinin verimsiz kullanıldığına yönelik şikâyetler doğrultusunda bir perspektif ile sunulmaktadır. Ancak bu konuda alanda yapılan görüşmeler sonucunda aşağıdaki bilgilere ulaşılmıştır:

Hâlihazırda kamu hastanelerinin verimsiz çalışması pahalı olan medikal cihaz kullanımında verimsizliklere neden olmaktadır. Mevcut hastaneler büyük kampüslere taşınarak bu sorunların üstesinden gelinecektir. Ayrıca hastaneler derme çatma binalardan oluşmakta ve binalar işlevini yerine getirememektedir. Hastanelerin fiziksel koşulları, personelin ve hastaların ihtiyacına cevap verememektedir. Hastaneler şehir merkezlerinin içine sıkışmış ve tadilat yapılamamaktadır. Hastanelerin mevcut alanlarının satışı ile elde edilecek gelirin kullanılmasıyla da şehir hastaneleri için gereken kira ve taşınma masrafları da karşılanacaktır. Şehir hastanelerinde kurulacak bölümler tıpkı birer hastane gibi kurulacak ve kamu hastanelerindeki personel buralarda istihdam edilecektir. Hastanelerin döner sermayesinden elde edilecek gelirin bir kısmı da şehir hastanelerinin özel sektöre vereceği kira gideri için kullanılacaktır.<sup>5</sup>

Hastanelerin verimsiz olmaları ve bunların birleştirilerek daha büyük kampüslere taşınması fikri ekonomik kriterler üzerinden kabul görmektedir. Ancak konu bu kadar basit görülmemeli ve hastanelerin dönüşümünün çözümlenmesini zorunlu kılmaktadır. Türkiye’de KÖO modeline giden süreçte yaşanan reform pratiklerinden yola çıkılarak şehir hastanelerine odaklanmak gerekmektedir. DB’nin bilgi notunda da ele alındığı gibi sağlık talebinin artırılmasına yönelik olarak sağlıkta dönüşüm,

<sup>4</sup> Raporda hasta bakım hizmetleri için gereken doktor sayısı birincil hizmetler için olandan daha fazla olduğu, hizmet finansmanının sağlanmasında Sağlık Bakanlığı ve Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında koordinasyon eksikliği bulunduğu, halka yapılan sağlık harcamalarının eşit olmadığı, sağlık sigortası kapsamına alınan vatandaş sayısının yetersiz olduğu, zengin kesimlere harcanan sağlık harcamaları ile yoksul bölgelere harcanan payın dengede olmadığı vurgulanmıştır (World Bank, 2003).

<sup>5</sup> 07.12.2016 tarihinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nda yapılan ikili görüşmelere dayanarak elde edilen bilgilerdir.

aynı zamanda vatandaşların büyük hastanelere gitme eğilimini (World Bank, 2003) kullanmaktadır. Dolayısıyla GSS ve hasta sevk sistemi<sup>6</sup> ile KÖO modeli arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. GSS'nin zorunlu olarak uygulanması; vatandaşların bir anlamda hastanelere erişimini kolaylaştırmakta, diğer yandan hastanelerdeki yığılmalar nedeniyle vatandaşların durumdan şikâyet ederek özel hastanelere gitmesine neden olmaktadır. Kamu ve özel sektör arasındaki kalite ve memnuniyet farklılıkları<sup>7</sup> (Sağlık Bakanlığı, 2015) özel sektör sağlık hizmetlerinin daha üstün olduğu düşüncesine ile kamu hastanelerinin piyasa koşullarına uyumlu bir hale dönüşmesine neden olmuştur. Ancak kamu hastaneleri verimsizlik ve ölçek (Övgün ve Berk, 2020: 1270-1271) gerekçesiyle kapatılarak belirli sağlık bölgelerinde bir araya getirilirken vatandaşların erişimi açısından problemlere neden olacaktır.<sup>8</sup>

Sağlık, özel sektör için harcama değeri haline getirilirken devletin birtakım kurumsal düzenlemeler yapması gerekmektedir. Bu çerçevede özel sektöre hasta garantisi verilmekte; kamu hastaneleri verimsiz olduğu gerekçesiyle kapatılmaktadır. Vatandaşa yakın yerde olan kamu hastanelerinin kapatılması sonucu vatandaşlar zorunlu olarak şehir hastanelerine gitmek durumunda kalacaklardır. Örneğin hâlihazırda 250.000 kişiye hizmet veren Çiğli Devlet Hastanesi bu gerekçeyle kapatılmış (sabah.com.tr, 2019) ve vatandaşlardan kendilerine uzak olan hastanelere gitmesi istenmiştir. Şehir hastaneleri bölgeler üzerinden hasta kabul ederek devlet garantörlüğünde -vergiden muaf, arazi tesisi gibi ayrıcalıklar ile- sağlık kâr getiren bir alan olarak yeniden düzenlenmektedir. Şehir merkezinden uzak özel sektör destekli hastaneler için devlet %70 yatak doluluk garantisi vermekte ve bu oranın yakalanmaması halinde risk merkezi bütçeden karşılanmak zorundadır. Şehir hastaneleri uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetlerini karşılarken harcama değeri olmayan bir hizmetin veya örgütlenmenin sağlık alanındaki faaliyetlerine izin verilmeyecektir.<sup>9</sup> Bu durum Sağlık Bakanlığı'nın işlevsel olarak bir dönüşüm geçirmesini gerektirmektedir.

<sup>6</sup> Kavram literatürde hasta sevk sistemi veya sevk zinciri sistemi olarak da kullanılmaktadır. Hastalıklar daha ortaya çıkmadan koruyucu sağlık hizmetleri ile önlenebilmekte; hasta sevk sisteminin basamaklar arası geçiş zinciri ile hastanelerdeki yığılmalar ve gereksiz başvurular engellenmektedir (Fedai, 2017).

<sup>7</sup> 2013 yılında sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %74 iken; bu oran %70'e düşmüş ve 2015 yılında ise %72 olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2016).

<sup>8</sup> Hasta sevk sistemi hâlihazırda işletilmemekte iken KÖO ile yapılan şehir hastanelerine 'müşteri' gönderilmesi için sistemin çalıştırılması gerekmektedir. Örneğin, üniversite hastanelerinin gelir ve gider dengelerinin kuramaması üzerine Sağlık Bakanlığı duruma müdahale ederek bu kurumların zarar etmemesi için birtakım girişimlerin başlatılacağını belirtmiştir. Bu girişimlerin en başında hasta sevk sisteminin işletilmesi gelmektedir. Bakanlık birinci ve ikinci basamakta tedavi edilemeyen hastaların üniversite hastanelerine sevk edileceğini duyurmuştur. Aynı zamanda üniversitelerin gelir getirici faaliyetlerde bulunması, öğrencilerin medikal ihtiyaçlarının da gider gösterilmesi gibi önlemlere başvurulacağı bildirilmiştir (memurlar.net, 2019).

<sup>9</sup> Bu doğrultuda kamuda çalışan hekimlere muayene açma yasağı getirilerek özel sektörle rekabet etmesinin önü kapatılmaktadır. Anayasa Mahkemesi kararı ile muayene açma yasağı kısmen kaldırılmış olsa da dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ tam gün yasasının tekrar getirileceğini belirtmiştir. Akdağ, mevcut 800 hekimin muayenehanesinin kaldığını ifade etmiştir (haberturk.com, 2019).

### **3. ŞEHİR HASTANELERİNE GİDEN YOL: SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN İŞLEVSEL DÖNÜŞÜMÜ**

SDP'nin felsefesinin hastaneler üzerine kurulu olduğu ifade edilmelidir. Hasta memnuniyeti ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi yakalamak adına yapılan girişimler hastanelerin işletme haline getirilmesi esasına dayanmaktadır. Sağlıkta maliyet etkin politikalar çerçevesinde hastanelerin gelir ve giderlerine göre bir performans doğrultusunda işletilmesi planlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri doğrultusunda kurgulanması aynı zamanda özel sektörün alanda teşvik edilmesini gerektirmiştir. Bu doğrultuda ilk olarak Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur gibi sosyal birimlerin özel sektörden aldığı hizmetlerin (dar kapsamlı olan protokollerin) kapsamı genişletilmiştir. Bu çerçevede özel sektörün alandaki rolü artarken Sağlık Bakanlığı'nın rolünün gerilemesi gerekmiştir. Sağlıkta dönüşüm kapsamında Bakanlığın rolü hizmet sunmak ve finanse etmek yerine planlayıcı, denetleyici ve koordine edici olarak sınırlandırılmıştır. Ancak gelinen noktada Sağlık Bakanlığı kamu hastaneleri aracılığıyla hem sektörde rekabet etmekte hem de alanın kontrolünü bırakmamaktadır (tusiad.org, 2017).

Yukarıdaki iddiayı destekleyecek gelişmeler ise 2008 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'nın rolü üzerinden daha net görülmektedir. Bunun birtakım nedenleri bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi sağlık göstergelerinde meydana gelen iyileşmelere bağlı olarak siyasi iktidarın sağlığı kontrolünden çıkarmak istememesi ve sağlıkta popülist politikalar gütmesidir. Çünkü hâlihazırda sağlık hizmetleri piyasaya bırakılmayacak derecede önemlidir. Bunun yanı sıra siyasi iktidar sağlıkta yaşanan gelişmeleri seçim programlarına koymuştur.<sup>10</sup> Bu durum iktidarın sağlık alanında kontrolünü artırmasına ve özerklik söylemlerinin baskılanmasına neden olmuştur. 2004 yılında çıkarılmaya çalışılan Kamu Yönetimi Temel Kanunu adıyla anılan ve içeriğinde Sağlık Bakanlığı yetkilerinin yerel yönetimlere devredilmesini getiren düzenlemeler de bu bağlamda değerlendirilebilir. Kamunun sağlık harcamalarında ağırlığı artırması da aynı nedenlere dayanmaktadır. Bu nedenlerin yanında özel sektörün teşvik edilerek sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi de sağlık projelerinin söz konusu özelliğini yansıtmaktadır.<sup>11</sup>

2011 yılında kamu örgütlenmesinde meydana gelen köklü değişimden Sağlık Bakanlığı da etkilenmiş ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) (RG: 02.11.2011, Sayı: 28103) çıkarılmıştır. Bakanlık merkez ve taşra teşkilatını köklü bir değişikliğe sokan KHK ile Bakanlık yapısal ve işlevsel olarak reform geçirmiştir. Kamu hizmetlerinin etkin ve verimli sürdürülmesi gerekçesiyle Bakanlığın merkez ve taşra teşkilatında yeni birimler kurulmuştur. Söz konusu düzenleme Bakanlığın daha önce sahip olduğu yetkileri korumanın yanı sıra hastanelerin dönüşümü açısından da önemlidir.

<sup>10</sup> Adalet ve Kalkınma Partisi seçim programlarına SDP'yi koymakta ayrıca beyannamelere Sağlıklı Nesiller başlığı ile sağlık reformuna yer vermektedir (akparti.org, 2017).

<sup>11</sup> Kalkınma Bakanlığı uzmanı ile 17.01.2017 tarihinde yapılan görüşmeye dayanarak elde edilen bilgilerden oluşmaktadır.

Söz konusu düzenleme ile Bakanlık merkez teşkilatı Bakan ve yardımcısı, müsteşar ve yardımcıları, Sağlık Politikaları Kurulu, hizmet birimleri ve Bakanlık müşavirlerinden oluşmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık yönetimi ve politika belirleme ile ilgili görevlerini yerine getirmek üzere Sağlık Politikaları Kurulu görevlendirilmiştir. Sağlık Politikaları Kurulu, Dünya Sağlık Örgütü' nün (DSÖ) sağlık politikaları kapsamında Bakanlığın planlama, denetleme ve gözetim kapasitesinin güçlendirilmesi kapsamında gerçekleştirilen adımlardan biridir. Kurulun üyeleri arasında özel sektör temsilcilerinin de yer alması planlanmıştır.<sup>12</sup> Ancak bu kurulun işleyişine yönelik bir gelişme kaydedilmemiştir. Aynı şekilde 2007 yılında Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı gündeme gelmiş ve hastanelerin idari ve mali olarak özertleştirileceği (TTB, 2007) belirtilmiştir. 2011 yılında yapılan düzenlemelerde ise kamu hastanelerine idari ve mali özerklik verilmesi konusu da rafa kaldırılmıştır. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı'nın alandaki rolü korunmuştur. 2017 yılında çıkarılan 694 sayılı KHK (RG: 25.08.2017, Sayı: 30165) ile Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı olmak üzere köklü bir değişik geçirmiştir. KHK ile bakanlık yapısal ve işlevsel olarak reformdan geçerek bakanlığın merkez ve taşra teşkilatında yeni birimler kurulmuştur. 2017 yılından sonra ise sağlık politikaları şehir hastanelerinin kurulması ile somut gelişmeler üzerine odaklanmıştır.

663 sayılı KHK ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın işlevlerinden bir tanesi de düzenleme rolünün güçlendirilmesi olmuştur. Bakanlık, düzenleme işlevi ile kamu hastanelerini verimlilik, maliyet, kâr-zarar ve performans gibi faktörler ile kapatacak ya da birleştirecektir. Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu hastaneleri denetlemek ve onlara rehberlik etmek ile sınırlı kalırken; Bakanlığın hastane birleştirme veya kapatma konusundaki yetkisi önemli görülmektedir. Bu bağlamda Bakanlığın planlama yetkisi<sup>13</sup> ise güvenilir veriler toplamaya yöneliktir. Toplanan veriler üzerinden standartlar oluşturulacak, performans ölçütleri belirlenecek ve bunlara uyulması sağlanacaktır. Güvenilir tıbbi veriler sunan Bakanlık aynı zamanda bu bilgileri ortak bir veri tabanından özel sektörle paylaşacaktır. Bakanlığın belirlediği standartlara uymayan hastaneler ve personel karşısında Bakanlığın düzenleme yetkisi kullanılacaktır. Bakanlığın düzenleme yetkisi ise hastanelerin birleştirilmesi ve kapatılması, özel sektör işbirliği ile KÖO modeli hastanelerinin yapımı, global bütçe ile ödenek kısıtlamalarında (Sağlık Bakanlığı, 2010) ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik reformlar, sağlık örgütlenmesine doğrudan etki etmiş ve Bakanlığın taşra biriminde eskilerine<sup>14</sup> ilave olarak yeni kurumlar da oluşturulmuştur. Bu

<sup>12</sup> Sağlık Politikaları Kurulu hakkında yeterince bilgi bulunmamaktadır. Bu durum sağlık politikalarının belirlenmesi hakkında az da olsa bu kurulun işlevinin kanundaki gibi olmadığı yönünde bir fikre kapılmamıza neden olmaktadır. Diğer yandan Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde Sağlık Politikaları Enstitüsü kurulmuştur (RG: 25.03.2017, Sayı: 30018).

<sup>13</sup> Alt başlıkta yer verileceği üzere Bakanlığın planlama yetkisi 2010 yılında çıkarılan genelge ile sağlık hizmetlerinde bölge planlaması doğrultusunda hizmetleri yeniden örgütlemek olarak ifade edilebilir.

<sup>14</sup> Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Sağlık Bakanlığı bünyesinde iken Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu yeni bir kurum olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık turizmi uygulamalarının geliştirilmesine yönelik düzenlemeler yapmak ve ilgili kurumlarla koordinasyon sağlamak üzere Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Bakanlığın ve bağlı kuruluşların ihtiyacı olan tesislerin yapımını ve mevcut tesislerin yenilenmesini KÖO modeli veya diğer usuller ile gerçekleştirmek üzere ise Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü kurulmuştur.

kurumlardan biri olan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) aşağıda ele alındığı üzere hastanelerin dönüşümünde önemli bir örgüt olarak ortaya çıkmıştır.

### **3.1. Devlet Hastanelerinden Şehir Hastanelerine Geçiş TKHK: Yeni Adıyla Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü**

663 sayılı KHK ile kurulan TKHK, “*ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla*” görevli sayılmıştır. TKHK ayrıca kuruma bağlı hastaneleri, ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak gibi konularda yetkili kılınmıştır.<sup>15</sup>

TKHK'nin genel sekreteri, başkanı ve hastane yöneticisinin sözleşmelerinin Bakan tarafından yapılacağı belirlenmiştir (RG: 18.01.2014, Sayı: 28886). Kurum başkanı ise diğer personelin sözleşmesini yapmak ile yükümlüdür. 2014 yılında Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği yayımlanmış; birlik veya sağlık tesislerinin altı ay/bir yıl aralığında performans değerlendirmeleri yapılmak üzere verimlilik karnelerinin oluşturulacağı belirtilmiştir. Buna göre hastaneler; tıbbî ve malî kriterler ile kalite, hasta, çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde kurumca belirlenecek usûl ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulacaktır.<sup>16</sup> Bu değerlendirme, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilirken; değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılmıştır. Birliğin grubu, hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenecektir. Bu çerçevede Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği'nin 8. maddesi aşağıdaki gibidir:

Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre birliğin grup düşürülmesi; (D) grubunda devralınması halinde, üçüncü değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması, (E) grubunda devralınması halinde, ikinci değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması, bünyesindeki hastanelerden birinin ard arda yapılan iki değerlendirmede de grup düşürülmesi, (E) grubu hastane ile devralınması halinde, ikinci değerlendirmede bu hastanenin bir üst gruba çıkarılamaması hallerinde kurumca *genel sekreterin görevine son verilir*. Bu fıkranın (a), (b) ve (c) bentlerinde sayılan hallerin hastane ölçeğinde gerçekleşmesi durumunda ise, genel sekreterce hastane yöneticisinin görevine son verilir (RG: 10.12.2014, Sayı: 29201).

<sup>15</sup> Enterge sağlık kampüslerinin mevcut hastanelerin birleşmesinden oluşması etkinlik ve verimlilik çerçevesinde sağlık hizmetlerinde ölçek büyütme dayalı olarak bazı hastanelerin kapatılması, seksen bir ilin 29 sağlık hizmet bölgesine ayrılması gibi tüm bu bileşenler sağlık örgütlenmesinin sağlık bölgeleri üzerinden planlanması anlayışının göstergeleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

<sup>16</sup> *Tıbbi Kriterler:* Hasta Yatışları, Yataklı Servis Etkinlik Skoru, Ameliyat Etkinlik Skoru, Yoğun Bakım Yatak Kullanımı. *Hastane Kriterleri:* Yatak Doluluk Oranı, Yatak Devir Hızı, Ameliyat Masası Kullanımı, Dental Görüntüleme. *Mali Kriterler:* Toplam Tahakkuk Geliri / Toplam Gider Borçluluk Süresi, Yatan Hasta Baş Maliyet, Yatan Hasta Baş Tıbbi Malzeme Maliyeti (tkhk.gov, 2017).

Verimlilik karnelerinde gruplandırılmış hastanelerin başarı grupları belirlenerek başarı grubunun A ile E arasında düşürülmesi veya yükseltilmesi kararlaştırılmıştır. Söz konusu değerlendirme 663 sayılı KHK'nin 32. maddesi şu şekilde yer almıştır:

Başarısızlık sebebiyle genel sekreterin değişmesi halinde başkanların ve başarısızlığa sebebiyet veren hastane yöneticilerinin sözleşmeleri kendiliğinden sona erer... Yeni hastane yöneticisinin göreve başlamasından itibaren, ilgili hastane başhekim, müdürleri, başhekim yardımcısı ve müdür yardımcılarının; yeni başhekim ve müdürlerin göreve başlamasından itibaren de yardımcılarının bir ay sonunda sözleşmeleri kendiliğinden sona erer (RG: 02.11.2011, Sayı: 28103).

2011 yılında çıkarılan 663 sayılı KHK ile kamu hastaneleri TKHK'ye bağlanmıştır. Kanun tasarisında (tbmm.gov, 2017) kurumun CEO tarafından yönetileceği belirtilirken; Sağlık Bakanlığı Müsteşarı'nın girişimleri sonucu TKHK müsteşara bağlanmıştır. Bu durum 2017 yılına gelindiğinde 694 sayılı KHK ile kurumun genel müdürlük seviyesine indirilmesi (RG: 25.08.2017, Sayı: 30165) ile sonuçlanmıştır. Söz konusu düzenleme Bakanlığın politika belirlemenin yanı sıra hastaneler üzerindeki kontrolünü de bırakmadığı anlamı taşımaktadır. 663 sayılı KHK ile kamu hastaneleri performansına göre A, B, C, D sıralamasına girmiş ve performansı yükselen hastanelerin bir üst gruba geçirilmesi ve çalışanların motivasyon kaynağının artırılarak döner sermayelerine Bakanlık tarafından destek verileceği belirtilmiştir. Ancak sıralamanın sonunda kalan hastanelerin kapatılması anlamına gelen söz konusu düzenleme maliyet ve verimlilik açısından uygulanarak şehir hastanelerinin kurulmasına, diğer hastanelerin ise taşınmasına neden olacaktır. Politik kaygılardan dolayı her il veya ilçede merkezi bir hastane çalışmalarına devam edecek ve tepkiler minimum düzeye indirilmiş olacaktır. Bu hastaneler cerrahi işlem yapmayacak sadece hastaları karşılamak ve mümkün mertebe şehir hastanelerine yönlendirecek şekilde dizayn edilecektir.

**Tablo 1. Sağlık Kuruluşlarının Durumu ve Hizmet Değerlendirmeleri**

Kurum	Yatak Sayısı (Bin)	Müracaat Sayısı (Milyon)	Yatan Hasta Sayısı (Milyon)	Ameliyat Sayısı (Milyon)	Ameliyat Sayısının Müracaat Sayısına Oranı %	Ameliyat Sayısının Yatak Sayısına Oranı	Yatak Doluluk Oranı %	Hastanın Ortalama Kalış Günü	Yatak Devir Hızı (Hasta)
<b>Sağ.Bak.</b>	120	235,173	6,361	5,659	2,4	44	64,4	4,4	53,1
<b>Üniv.</b>	35	20,099	1,509	1,126	5,6	29	72,9	6,2	43,1
<b>Özel</b>	28	47,455	2,658	1,829	3,9	52,8	50,8	2	91,1

**Kaynak:** RG: 30.10.2011, Sayı: 28100.

Yukarıdaki tablo üzerinden 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nda yaşanan dönüşüm öncesi veriler genel olarak sunulmaktadır. Bu tablo aynı zamanda SDP'nin 2017 yılına gelmeden önce ne durumda olduğunu ve belirlenen hedeflere ulaşip ulaşılmadığını karşılaştırmak için de seçilmiştir. 2011 yılından sonra kamu hastanelerinde dönüşüm; sağlıkta bölge planlaması, şehir hastaneleri ve KÖO modeliyle hastanelerin yapımı gibi başlıklar üzerinden yürütülmüştür. Ancak 2017 yılına gelindiğinde



nasıl bir değişikliğin meydana geldiği de merak edilen bir konudur. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı'nın 663 sayılı KHK ile uluslararası alanda gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetlerine ulaşma amacını karşılayıp karşılamadığı sorusu sorulmalıdır. 663 sayılı KHK'nin çıkarıldığı yıl olan 2011'de yukarıdaki veriler üzerinden bir taslak sunulmuştur. Örneğin kamu hastanelerinde yatak doluluk oranının %70'e yaklaşması şehir hastanelerinde özel sektöre garanti edilen yatak doluluk oranı ile birlikte değerlendirilebilir.

Daha önce de ele alındığı üzere sağlık örgütlenmesi ve personelinin yurt içindeki dengesiz dağılımından şikâyet edilirken; yukarıdaki tabloda da görüldüğü üzere hasta yatak sayısı ve diğer göstergeler sorunun çözümü için bir veri sunmaktadır. Yatakların kullanım kapasitesini de içeren tabloda özel sektörün sağlık hizmetlerindeki niceliksel başarısı göz önünde bulundurulmuştur. Bu bağlamda Türkiye'de 2005-2011 yılları arasında hastanelerin yatak sayısında %13,6 oranında artış yaşanmıştır. Hastanelere yapılan müracaat artışı ise 2006-2011 yılları arasında %39,3 olurken; özel hastanelere 2002 yılında %4,6 olan başvuru sayısı 2011 yılında %15,7'ye yükselmiştir.

Sağlıkta dönüşüm çerçevesinde bölgeler arası gelişmişlik farklarının azaltılmasına yönelik politikalar kamu hastanelerinde yatak doluluk oranının belirli bir yüzdede yakalanması hedefi ile yer değiştirmiştir. Aşağıdaki tabloda yer aldığı üzere 2011 yılına göre sağlık hizmetlerine başvuru oranının artması ise önemli bir gelişme olarak görülmelidir. Çünkü 2011 ve 2017 yıllarına ait veriler karşılaştırıldığında SDP'nin vatandaşları hastanelerden uzak tutma politikasının uygulanmadığı ve hastanelere müracaat sayılarında önemli artışlar yaşandığı görülmektedir.

**Tablo 2. Sağlık Kuruluşlarının Durumu ve Hizmet Değerlendirmeleri**

Kurum	Yatak Sayısı (Bin)	Müracaat Sayısı (Milyon)	Yatan Hasta Sayısı (Milyon)	Ameliyat Sayısı (Milyon)	Ameliyat Sayısının Müracaat Sayısına Oranı %	Ameliyat Sayısının Yatak Sayısına Oranı	Yatak Doluluk Oranı %	Ortalama Kalış Günü	Yatak Devir Hızı (Hasta)
Sağ.Bak	122,331	306,825	7,404	2,364	0,77	19	71,7	4,3	60,5
Üniv.	38,361	34,539	1,891	801	2,32	21	75,5	5,6	49,3
Özel	48,956	77,217	4,237	1,604	2,08	33	59,6	2,5	86,6

**Kaynak:** RG: 30.10.2016, Sayı: 29873.

Yukarıdaki tabloda Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerin yatak sayısı ve müracaat oranlarına bağlı olarak yatak kullanma kapasitesi ve hasta devir oranları görülmektedir. Tabloda üniversite hastanelerinin Sağlık Bakanlığı ve özel sektöre göre geride kaldığı görülmektedir. Söz konusu hastanelerin döner sermayelerinin giderlerini karşılayamadığı ve zarar ettikleri belirtilmiş; kamu kaynaklarından yapılan ilave ödenekler<sup>17</sup> ile problemlerin aşılına çalışıldığı, buna karşın kalış

<sup>17</sup> Üniversitelere ek ödenek verilmesi karşılığında Sağlık Bakanlığı'nın kriterlerinin kabul edilmesi şartı getirilmiştir (RG: 01.08.2010, Sayı: 27659). Üniversite hekimlerinin döner sermaye dışında herhangi bir ek ücret alamayacakları ve tam gün çalışmaları 5947 sayılı Kanun'la düzenlenmiştir (RG: 30.01.2010, Sayı: 27478).

günü ve yatak devir hızı gibi göstergeler açısından kıyaslama yapılarak özel sektörün alandaki başarısı vurgulanmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın politika belgelerinde ve yıllık programlarda sağlık hizmetlerinde verimlilik kriteri olarak yatak doluluk oranı belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinde verimlilik kriteri yatak doluluk oranı olarak belirtilse de 1950'li yıllardan itibaren hastane hizmetlerinin gereksiz ve pahalı olduğu dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetlerine yatırım yapılması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca beş yıllık kalkınma planlarında sürekli tekrar edilen bir ifade ise Türkiye'de bulunan her iki hasta yatağından birinin verimli kullanılmadığı gerekçesiyle gereksiz olduğudur.

Yukarıdaki tablolarda (Tablo 1 ve 2) özel hastanelerin kamu hastanelerine göre verimli olarak kabul edilmesinde değerlendirilecek hususlar olarak yatak devir hızı, ortalama kalış günü ve yatak sayısının ameliyat sayısına oranı gibi kriterlere yer verilmiştir. Özel sektörün hastane hizmetlerindeki başarısı hastanın hastanede kalış günü üzerinden değerlendirilebilir. Bu bağlamda aynı yatağın mümkün olan en az sürede başka bir hasta tarafından kullanılması da özel sektör açısından önem taşımaktadır. Çünkü piyasa ilişkileri kâr doğrultusunda işlemlerin yapılmasını gerektirmektedir. Hastanelerde ortalama kalış günü kriteri de aynı şekilde değerlendirilebilir. Özel sektör için önemli olan daha fazla hastaya ulaşabilmek ve olabildiğince hızlı hasta taburcu ederek başka bir hasta için aynı yatağı kullanıma sunmaktır. Ancak kamu hastanelerinin verimlilik çerçevesinde böyle bir düşüncüyü benimsemesi vatandaşların bir hak olarak gördüğü sağlık hizmetlerinin doğasını değiştirmektedir.

Yukarıdaki tablolarda görüldüğü üzere özel hastanelerin yatak doluluk oranı %50'lerde kalırken yatak devir hızı %90'a çıkmaktadır. Ancak kamu hastanelerinin yatak doluluk oranı açısından %70 oranını yakalamanın dışında diğer oranlar açısından özel sektör ile rekabet etme gibi bir gayesinin olmadığı da görülmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerine artan başvuru ile birlikte değerlendirildiğinde şehir hastanelerine yapılacak başvurular ve sağlık hizmet bölgelerine yapılacak yatırımlar arasında bağlantı olduğunu göstermektedir. Hastanelere başvuru oranlarının yetersiz olması durumunda hastanelerden beklenen gelir sağlanamayacaktır. Aynı şekilde KÖO ile yapımına başlanan hastaneler için oluşturulan yabancı sermaye girişimleri de kısıtlı kalacaktır. Tüm bu olgular sağlık hizmetlerinde verimlilik ve maliyet gerekçesiyle yapılan sağlık reformunun sağlık hizmetlerini piyasa ilişkileri açısından yeniden kurgulama ve sağlığın sermaye için harcama değeri haline getirilmesini anlamaya da yardımcı olmaktadır.

### **3.2. Şehir Hastanelerinin Geleceği: Sağlık Hizmetlerinde Bölge Planlaması**

Sağlıkta bölge planlaması Behçet Uz dönemine kadar götürülebilir. Türkiye'nin yedi sağlık bölgesine ayrılarak hizmetlerin hasta sevk sistemi içinde uygulanarak bölge sisteminin entegre bir şekilde çalıştırılması planlanmıştır. DSÖ'nün sağlıkta on altı bölge fikri de sağlıkta yaşanan bölgelerarası farklılıkların giderilmesi esasına dayanmaktadır. 1990'lı yıllarda aynı şekilde Türkiye'de Bölge Sağlık İdareleri'nin kurulmasına ilişkin yasal düzenlemeler yapılmaya çalışılmış ancak başarılı

olunamamıştır. Bu dönemde sağlık politikalarına karşı görüş bildirmek ve politikalarda katılım önemli görülmüştür. Sağlık hizmetlerine ilişkin her görüş tartışılmıştır. 2000’li yıllardan itibaren sağlık politikaları 1990’lı yılların politikalarının devamı niteliğinde olan SDP ile hayata geçirilmeye çalışılmıştır.

SDP ile birlikte sağlıkta hizmet bölgeleri fikri de hayata geçirilmiştir. Yatak kullanımının verimli olmadığı düşüncesiyle sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve sağlıkta bölgesel dengesizliklerin ortadan kaldırılması amacıyla 2010 yılında sağlıkta bölge planlamasına geçilmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı belgelerde yer aldığı üzere (2010/50 – 27132 Sayılı Genelge) Türkiye sağlık alanında 29 hizmet bölgesine ayrılmış hiçbir il bölge dışında bırakılmamıştır. “29 sağlık hizmet bölgesi hasta akışı, bölge ihtiyacı, ulaşılabilirlik, bölgenin coğrafi, sosyo-ekonomik yapısı göz önünde bulundurularak belirlenmiştir.” Ancak hizmet bölgelerinin bu kriterler üzerinden oluşturulması politika belgelerinde yer aldığı gibi olmamış aksine tek kriter nüfus olarak belirlenmiştir. Nüfusun toplulaştırıldığı bölgelere şehir hastaneleri yapmak sermaye grupları açısından hizmet edilecek sayıyı garanti altına almak anlamına gelmektedir. Yukarıda yer alan ifadelerin yanı sıra sağlıkta bölge planlamasının sonucu olan şehir hastaneleri bölgeler arası farklılıkların azaltılmasına değil rekabetin sağlanmasına dayanmaktadır. Örneğin bir il için ihtiyaç fazlası olarak inşa edilen hastaneler diğer bölgelerden hasta getirmek için kıyasıya rekabete girişeceklerdir. Bu doğrultuda bölge planlaması hastanelere dağıtılan paranın toplulaştırılmasını, denetimini ve yönetilmesini gerektirmektedir. Aynı şekilde vatandaşların da şehir hastanelerine toplu olarak yönlendirilmesi ile (hasta sevk sistemi üzerinden) özel sektöre verilen yatak doluluk garantisi sağlanacaktır. Ayrıca aşağıda faaliyete giren hastaneler örneğinde ele alınacağı üzere özel sektöre yaptırılan hastanelerin hâlihazırda kurulu olan devlet hastanelerinin bir bütün olarak taşınmasına değil; anahtar teslim olarak hastanelerin yapılması anlamına geldiğini belirtmek gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde 29 hizmet bölgesi belirlenmiş olmasına rağmen 2016 yılında Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı politika belgelerinde bölge sayısı 30’a çıkarılmıştır.<sup>18</sup> Hükümetin söylemlerinde de yer aldığı üzere büyükşehir belediyesi kadar şehir hastanesinin kurulacağı bilinmektedir (gazetevatan.com, 2017). Aşağıda sağlık hizmetlerinde bölge planlamasına ilişkin bir haritaya yer verilmiş ve bölgelerin Avrupa Birliği’nin İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS) 2 düzeyi (RG:10.10.2010, Sayı: 27725) ve aynı büyükşehir yapılanmasında olduğu gibi nüfus üzerinden ayrıldığı tespiti<sup>19</sup> yapılmıştır. Her ne kadar Sağlık Bakanlığı hastalık insidansları, coğrafi yakınlık, ulaşım, illerin sosyo-ekonomik yapısı, sağlık personeli, nüfus gibi birden fazla kriterin geçerli olduğunu ifade etse de buna ilişkin bir tespit yapmanın olanaksız olduğu vurgulanmalıdır. Böyle bir tespit yanısıra da daha önce ele alındığı üzere 1950’li yıllarda ve 1990’lı yıllarda DSÖ ve Sağlık Bakanlığı’nın

<sup>18</sup> 1. Hizmet bölgesinde yer alan Kars ili merkez olmak üzere Ardahan İğdir ve Ağrı illerinin 1. bölgeden çıkarılarak 30. bölgeye alınmasına ve buranın yeni bir hizmet bölgesi olmasına karar verilmiştir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016).

<sup>19</sup> Kararda (RG:10.10.2010, Sayı: 27725) yer aldığı üzere yatırımların bölgesel öncelikler üzerinden yürütülmesi planlanmıştır. Bu doğrultuda sağlıkta bölge planlaması da sağlığın bölgeler üzerinden örgütlenmesine ilişkin bir fikir vermektedir.

sağlıkta bölge planlamasına ilişkin haritaların (Övgün & Küçük, 2013) olduğu bilinmektedir. Ancak söz konusu haritalar arasındaki temel fark bölgeler arası gelişmişlik farkının azaltılması hedefinden (Sihhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti, 1954) saparak bölgeler arası rekabeti sağlamaya yönelik politikalara geçilmiş olmasıdır.

## Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinde Bölge Planlaması



**Kaynak:** Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016.

Sağlık reformunun içerisinde bulunan rekabet, bölgesel kalkınma, verimlilik ve kalite gibi kavramlar doğrultusunda sağlık bölgeleri planlanmıştır. Yönetmelik anlamına gelmeyen (Çiner, 2010a) bu yapılanma bölge olmadan bölgeselleşmeye gidildiğini göstermektedir. Bölgeselleşmenin buradaki anlamı küresel finans ortaklıklarının gelişmekte olan ülkelerin yerel ekonomik kalkınma hedeflerine uygun olarak (Çiner, 2010b) bölgesel birimler üzerinden birikim sağlamlarının bir sonucu olarak görülebilir. Nüfus, coğrafi konum ve sosyo-ekonomik koşullar üzerinden yapılan bölge sınıflandırması fayda maliyet analizine göre oluşturulmuştur. Buna göre nüfusu az olan il ve ilçelere pahalı tıbbi cihaz almak yerine bölgeler üzerinden nüfusu toplulaştırarak kaynakların daha rasyonel kullanılacağı varsayılmıştır.<sup>20</sup>

Şehir hastanelerine ilişkin yukarıdaki incelemelerden sonra bunların pratiğe nasıl yansıdığı önemli bir konu haline gelmiştir. Bunun için 2018 yılı itibariyle faaliyete giren şimdilik ilk beş şehir hastanesini ele almak gerekmektedir. Bunlar ise sırasıyla Yozgat, Mersin, Isparta, Adana ve Kayseri'de

<sup>20</sup> Kamu ile özel sektörün işbirliğinin sağlık alanında sürdürüldüğü model olan KÖO devletin risk paylaşımı ve garantörlüğü ile şehir hastaneleri üzerinden somutlaşmaktadır. Hâlihazırda projelerin maliyeti ise şu şekilde sıralanabilir: Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü 403.9, Etlik Entegre Sağlık Kampüsü 1.105, Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü 1.086, İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü 1.232, Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü 308.7, Yozgat Sağlık Yerleşkesi Projesi 155.5, Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi 182.7, Adana Entegre Sağlık Kampüsü Projesi 680.4, Mersin Entegre Sağlık Kampüsü Projesi 339.9, Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü Projesi 840.1, Ulusal Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu 776.9, FTR, Psikiyatri ve YGAP Hastaneleri Projesi 658.0, Isparta Sağlık Yerleşkesi Projesi 263.9, İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü 758.3, Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü Projesi 504.7, Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü 255.0, Bursa Entegre Sağlık Kampüsü 315.9 milyon dolardır (hurriyet.com, 2019).

kurulmuştur. Şehir hastanelerinin ilki olan Yozgat Şehir Hastanesi, Yozgat Devlet Hastanesi'nde bulunan hastaların şehir hastanesine taşınması ile birlikte hizmet vermeye başlamıştır. Şehir hastanesi ise 475 yatak kapasitesine sahip olarak planlanmıştır. Hastanenin yatırım maliyeti 139.000.000 Avro olarak belirlenmiştir. 140.000 metrekare üzerinde inşa edilen hastane için yerli Rönesans firması ile Alman, Japon ve İtalyan firmalarından (Siemens, SMBC, Intesa) oluşan finans ortaklığı kurulmuştur. Yüklenici firma olan Rönesans şirketinin kullandığı kredi tutarı 111.000.000 Avro iken kredilerin finansmanına ise % 100 Hazine garantisi verilmiştir.

30 sağlık hizmet bölgesi içinde 15. olan Mersin Şehir Hastanesi 2014 yılında projeye başladıktan sonra Şubat 2017 tarihi itibarıyla açılan ikinci hastane olmuştur.<sup>21</sup> Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi buldukları yerden taşınarak şehir hastanesi bünyesinde hizmet vermeye başlamıştır. Ancak taşınma işleminden anlaşılan hastaların ve sağlık personelinin taşınmasıdır. Hâlihazırdaki Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Tarsus ilçesinde 2007 yılında hizmete girmiştir (mersinkadindogumcocuk.gov, 2017). On yıllık bir hastanenin dahi terk edilerek gözden çıkarılması taşınma mantığının fayda ve maliyet açısından nasıl verimli olacağı sorusunu akıllara getirmektedir. Bununla birlikte halka yakın yerde hizmet etme anlayışından da vazgeçilmiş; hastaneler şehir dışına taşınmıştır. Kampüs içindeki hastaneler kira karşılığında kullanılırken kiralardan hastanelerin döner sermayesinden karşılanacağı bilinmektedir. Ayrıca yukarıda ele alındığı üzere Mersin'in içindeki ve çevresindeki kamu hastanelerinin kapatılarak kampüs içine taşınacağı belirtilmelidir. Taşeronlaşmaya yol açacağı iddia edilen projenin muayene ücretlerini artıracığı, personel sayısında ise sözleşmeye bağlı olarak kısıtlamaya gidileceği de belirtilmektedir (ilkhaber-gazetesi.com, 2019).

Dubai menşeli firma olan Dia Holding, İtalyan sermaye ortağı Techint ile Mersin için 350.000.000 Avro, Bilkent'teki hastane içinse 1.000.000.000 Avro değerindeki projeyi üstlenmiştir. Buradaki KÖO ile yirmi beş yıl boyunca hastanenin kiralanmasının yanı sıra destek hizmetleri ve tıbbi destek hizmetlerin özel sektörden temin edilmesi gerekmektedir. 1250 yatak kapasiteli hastane için yatak doluluk garantisi verilmektedir. Devletin %70 doluluk garantisi verdiği hastane kampüsü için, görüntüleme, laboratuvar, bilgi işlem, güvenlik, temizlik, yemekhane hizmetleri yukarıda adı geçen sermaye ortaklığı/özel sektör tarafından verilecektir (SES, 2013). Yatak doluluk oranı ve sağlık hizmeti dışında kalan hizmetlerin vatandaşça kullanımının verilen taahhüdün altına düşmesi halinde ise devlet aradaki farkı özel sektöre ödeyecektir. Sermaye ortaklıklarının kullanacağı kredi için verilen Hazine garantisi ve %70 yatak doluluk oranının (ticari risk) dünya örnekleri incelendiğinde özel sektör üzerinde bırakıldığı görülmektedir. Ancak Türkiye'de bu durum özel sektör açısından ayrıcalıklı bir hal almakta ve sağlık reformuna yönelik iyi niyetlerin suiistimal edilmesine neden olmaktadır. Bu durum KÖO ile örtüşmemekte KÖO ile projelendirilen yatırımlarda ticari risk de devlete bırakılmaktadır.

<sup>21</sup> Mersin'in nüfusu 2018 yılı verilerine göre 1.814.468 kişidir (tuik.gov, 2019).

Mersin'den sonra üçüncü olarak açılan şehir hastanesi ise Isparta'dadır. Isparta 421.766 nüfusa sahip olmasını yanı sıra 18. bölgede yer almaktadır. Akfen Holding girişimiyle 1.150.00 TL yatırım ile gerçekleştirilen proje 800 yatak kapasitesine sahiptir. Ancak hâlihazırdaki hastanelerin tek bir merkeze taşınması anlamına gelen proje ile Isparta Devlet Hastanesi Merkez Binası, Isparta Devlet Hastanesi Gülkent Ek Binası, Isparta Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi de buldukları yerdeki faaliyetlerini durdurmuştur (haber.tkhk.gov, 2017). Mersin'de olduğu gibi ilçelerde hizmet veren hastanelerin entegre bir halde bir merkezde sunulmasının -halka yakın yerlerden alınarak taşınması- bir açıklaması bulunmamaktadır. Daha doğrusu maliyet gerekçesiyle taşınma işlemleri yapılsa dahi hastane binalarının ne yapılacağı merak edilen bir konudur. Eski hastanelerin şehir merkezinin en gözde yerlerinde olduğu bilindiği için bu alanların yüklenici firmaya verilmesi ile bir anlamda mahsuplaşma yapılacağı ifade edilebilir.

Dördüncü hastane ise Adana Şehir Hastanesi'dir. Adana Entegre Sağlık Kampüsü Sağlık Bakanlığı tarafından Adana, Hatay ve Osmaniye illerini kapsayan 13. sağlık bölgesi sınırları içerisinde kurulmuştur. 2013 yılında Adana PPP Sağlık Yatırım A.Ş. ile Sağlık Bakanlığı arasında anlaşma sağlanmış ve hastane 2017 yılı itibariyle hizmete girmiştir. Dokuz yabancı bankanın ortaklığı ile finanse edilen projenin Fransız küresel finans sağlayıcısı Meridiam ve Türk ortağı ise Rönesans Holding olmuştur. Adana'nın Yüreğir ilçesi Köprülü Mahallesi'nde DSİ'ye ait 328.905 metrekarelik arazi proje için tahsis edilmiştir. Proje kapsamında; 484 yataklı genel hastane, 182 yatak Onkoloji, 349 yatak Kadın doğum ve çocuk, 155 yatak Kardiyoloji ve KVC; 150 yatak Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon; 100 yatak yüksek güvenli Psikiyatri olmak üzere 1550 yataklı bir kampüs inşa edilmiştir. %70 yatak doluluk garantisi verilen kampüs için, görüntüleme, laboratuvar, bilgi işlem, güvenlik, temizlik, yemekhane hizmetleri şirket tarafından işletilecektir (SES, 2013).

Çevresindeki nüfus baz alınarak yapılan şehir hastaneleri cazibe merkezi haline getirilerek işbirliğine uygun olarak bazı garantilerin verilmesi esası ile işletilecektir. Örneğin 2018 yılı itibariyle açılan son hastane olan Kayseri Şehir Hastanesi 464.069 metrekare kapalı alanı ile 1607 hasta yatağına sahiptir. Hastanenin çevresindeki Niğde, Nevşehir, Kırşehir, Sivas gibi iller ölçek kapsamına alınarak bu illerdeki hastaların Kayseri'ye gelmesi beklenmektedir. Şehir hastaneleri kapsamında yer alan hizmetler ise aşağıdaki gibi sıralanabilir (YDA, 2016):

Bina Arazi Hizmetleri, Olağanüstü Bakım Onarım Hizmeti, Ortak Hizmetler Yönetimi, Yer ve Bahçe Bakım Hizmeti, Mefruşat Hizmeti, Otopark Hizmetleri, İlaçlama Hizmetleri, Malzeme Yönetim Hizmeti, Temizlik/Oda Temizlik Hizmeti, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Diğer Tıbbi Destek Hizmetleri, Çamaşır ve Çamaşırhane Hizmetleri, Yemek Hizmetleri, Laboratuvar Hizmetleri, Görüntüleme Hizmetleri, Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri, Rehabilitasyon Hizmeti, Atık Yönetimi Hizmetleri'dir.

Çekirdek hizmet olan sağlık hizmeti ise aynı şekilde Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilecektir. Ancak ücretsiz olarak ifade edilen hizmetlerden yakın bir zamanda ücret alınması beklentisi oluşmuştur. Çünkü devletin bu hastaneleri verimli bir şekilde işletmesi için hastane kirasını

ödemesi ve kullanılan hizmetlerden de ücret alması gerekecektir. İşte tam bu noktada sağlık hizmetlerini kamu mu yoksa tamamen özel sektör mü yerine getirisin sorusuyla karşılaşmaktadır.

## SONUÇ

Sağlıkta dönüşüm ile Sağlık Bakanlığı yapısal ve işlevsel bir dönüşüm geçirmektedir. Dönüşümün yapısal ayağı KÖO modeli üzerinden gerçekleştirilmekte şehir hastaneleri ise bu modelin uygulaması olarak karşımıza çıkmaktadır. İşlevsel dönüşüm ise Sağlık Bakanlığı'nın planlama, düzenleme ve denetleme rollerinin dönüşümü üzerinden gerçekleşmektedir. Kamu ve özel sektörün sağlık yatırım alanı üzerinden bir ilişki içerisine girmesi kavramsal olarak bir tanım üzerinden yapılmıştır. KÖO modeli ile devletin tek taraflı olmaksızın özel sektörün yanına konumlanarak ilişki biçimini sürdürdüğü; hizmet alanlarını ise özel sektör üzerinden finanse ederek hedeflerini gerçekleştirdiği ifade edilebilir. Bu durumda özel sektör ise devletin yanında yer alarak güvenli ve risk almadan yatırım yapmaktadır. Şehir hastanelerinin yapımı ve kampüs içindeki hizmetlerin temin edilmesi noktasında özel sektörden yararlanan devlet bu noktada tasarruf ve verimlilik gerekçesiyle hareket etmektedir. Ancak sağlığa yapılan yatırımlarda özel sektör yatırım sonrasını düşünerek söz konusu yatırıma ayırdığı paranın ne kadar getirisinin olacağına, harcama değerine odaklanmaktadır. Devletin yatırım esnasında özel sektörden yararlanarak ne kadar tasarruf edeceğinin bilincinde olması özellikle İskandinav ülkelerinde bilinen bir durum iken, bu durum Türkiye'deki projelere uymamaktadır.

Sağlıkta dönüşüm çerçevesinde bölgeler arası gelişmişlik farklarının azaltılmasına yönelik politikalar kamu hastanelerinde yatak doluluk oranının belirli bir yüzdede yakalanması hedefi ile yer değiştirmiştir. Sağlık reformunun içeriğinde bulunan rekabet, bölgesel kalkınma, verimlilik ve kalite gibi kavramlar doğrultusunda sağlık bölgeleri planlanmıştır. Yönetimsel kademe anlamına gelmeyen bu yapılanma bölge olmadan bölgeselleşmeye gidildiğini göstermektedir. Bölgeselleşmenin buradaki anlamı küresel finans ortaklıklarının gelişmekte olan ülkelerin yerel ekonomik kalkınma hedeflerine uygun olarak bölgesel birimler üzerinden birikim sağlamalarının bir sonucu olarak görülebilir. Nüfus, coğrafi konum ve sosyo-ekonomik koşullar üzerinden yapılan bölge sınıflandırması fayda maliyet analizine göre oluşturulmuştur. Buna göre nüfusu az olan il ve ilçelere pahalı tıbbi cihaz almak yerine bölgeler üzerinden nüfusu toplulaştırarak kaynakların daha rasyonel kullanılacağı varsayılmıştır. Bu doğrultuda ölçek ekonomilerinin büyütülerek Sağlık Bakanlığı'nın işlevleri üzerinden bu sürecin sağlıkta dönüşüm adıyla gerçekleştirildiği sonucuna varılabilir.

Şehir hastaneleri yapılanmasının ekonomik gerekçeleri olsa da vatandaşın sağlık hizmetlerine erişimi konusunda sorunlar yaşanacaktır. Sermayenin mekânda yarattığı birikim ve sağlık üzerinden gerekli altyapı ve teşkilatlarla bölge hastanelerinin oluşturulması ekonomik gerekçeler ile açıklanabilir. Sağlık yatırımlarının nüfus bazlı olması; gerekli teçhizatın fayda/maliyet üzerinden düşünülmesine ve hekim başına ameliyat oranı gibi ekonomik kavramlar üzerinden değerlendirmelerin yapılmasına neden

olmaktadır. Özel sektör hastanelerinden bir farkı olmayan hatta daha modern görünümüne sahip şehir hastaneleri için tek sorun müşteri bulma noktasındadır. Bunu sağlayacak kurum ise devlettir. Devlet sağlık hizmetlerini kamusal ayrıcalıklar ile özel sektöre gördürürken hizmet garantisi, vergi muafiyeti ve arazi tahsisi gibi unsurlar üzerinden piyasada özel sektör için en garanti alıcı konumundadır.

## KAYNAKÇA

Akıllı, H. (2013), “Kamu Hizmeti İmtiyazından Yap İşlet Devret Yöntemine Yasal Serüven”, *Sayıştay Dergisi*, 89(Nisan): 91-114.

Avaner, T., & Fedai, R. (2017). “Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme: Sağlık Yönetiminde Bilgi Sistemlerinin Kullanılması”, *Süleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences*, 22, 1533-1542.

Çiner, C.U. (2010a), Devlet Reformunda Yerelleşme ve Bölgeselleşme: Türkiye’ye Karşılaştırmalı Bir Bakış, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.

Çiner, C.U. (2010b), “Devlet Reformunda Yerelleşme Ve Bölgeselleşme Üzerine”, *Memleket Siyaset Yönetim*, 5(12): 168-180.

Elbek, O. (2015), “Her Şey Sermaye İçin Sevgilim”, içinde Türkiye’de Sağlık Siyaset Piyasa (Der: Gülbiye Y. Yaşar vd.) (Ankara: NotaBene Yayınları): 21-56.

Fedai, R. (2016). “Devlet Planlama Teşkilatı’ndan Kalkınma Bakanlığı’na: Planlama Anlayışında Yaşanan Değişim”, *SOBİDER*, 3(9), 410-422.

Fedai, R. (2017), Dünya Bankası’nın Türkiye’de Sağlık Politikalarına Etkisi: Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, (Ankara).

Fedai, R. (2018). “Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine Bakanlıkların İşlevi”. Türkiye’de Toplum, Yerleşim ve Yönetim Tartışmaları, 12. Uluslararası Kamu Yönetimi Sempozyumu. Kırıkkale, Türkiye, 470-477.

Fedai, R. (2019). “Sağlıkta Dönüşüm Programının Öncesi: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi: 1923-2003”, *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(2), 2010-2032.

Güngör H. (2012), *Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Değerlendirme*, Kalkınma Bakanlığı Uzmanlık Tezi, (Ankara).

Güzelsarı S. (2012), “Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları”, *Amme İdaresi Dergisi*, 45(3): 29-57.

Karahanoğulları O. (2011), “Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tip: Eksik İmtiyaz (Kamu-Özel Ortaklığı)”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3): 177-215.



Karasu, K. (2009), “Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi”, *Kamu Yönetimi Yapı İşleyiş Reform*, (Ed: Barış Övgün ), Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayın No: 5: 79-91 (Ankara).

Karasu, K. (2011), “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu – Özel Ortaklığı”, *Toplum ve Hekim*, 26(4): 245-273.

OECD, (2008), *Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money*.

Övgün, B. & Küçük A. (2013). “Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Ölçeklendirme: Bölge Uygulamaları”, *Amme İdaresi Dergisi*, 46(1): 57-80.

Övgün, B. & Berk P. (2020). “Şehir Hastaneleri Reformunun Uluslararası Boyutu”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 13(69), 1267-1276.

RG, 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun, RG: 13.06.1994, Sayı: 3996.

RG, Hazineye Ait Taşınmaz Malların Değerlendirilmesi ve Katma Değer Vergisi Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG:18.07.2001, Sayı: 24466.

RG, 4749 sayılı Kamu Finansmanı ve Borç Yönetiminin Düzenlenmesi Hakkındaki Kanun, RG: 09.04.2002, Sayı: 24721.

RG, Yatırımların ve İstihdamın Teşviki ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 06.02.2004, Sayı: 25365.

RG, 5396 Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, RG: 15.07.2005, Sayı: 25876.

RG, 2006/10655 Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik, RG:22.07.2006, Sayı: 26236.

RG, 5683 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararıyla Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:09.06.2007, Sayı: 26547.

RG, Devlet Planlama Teşkilatı 2010–2012 Dönemi Yatırım Programı Hazırlıkları İle İlgili Genelge (No:2009/1), RG: 18.09.2009, Sayı: 27353.

RG, 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 30.01.2010, Sayı: 27478.

RG, Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet Ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG:22.05.2010, Sayı: 27588.

RG, Sağlık Bakanlığı Tarafından, 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun 3 üncü Maddesinin (f) Bendi Kapsamında Yapılacak İhalelere İlişkin Esaslar Hakkında Karar, RG: 31.06.2010, Sayı: 27658.

RG, 6009 sayılı Gelir Vergisi Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 01.08.2010, Sayı: 27659.

RG, 2010/958 Bakanlar Kurulu Kararı Orta Vadeli Program (2011–2013) Kabulü Hakkındaki Karar, RG:10.10.2010, Sayı:27725.

RG, 6225 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:26.04.2011, Sayı: 27916.

RG, 2011/2011 Bakanlar Kurulu Kararı, Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet Ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik, RG:01.07.2011, Sayı: 27981.

RG, 2011/2303 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı, Yüksek Planlama Kurulunun 11/10/2011 tarihli ve 2011/25 sayılı Raporu ile Bakanlar Kurulu'na sunulan ekli “2012 Yılı Programı” ile “2012 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar, RG: 18.10.2011, Sayı: 28088, Mükerrer.

RG, 18/10/2011 Tarihli ve 28088 Sayılı Mükerrer Resmî Gazete’de Yayımlanan 11/10/2011 Tarihli ve 2011/2303 Sayılı 2012 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki 2012 Yılı Programı RG: 30.10.2011, Sayı: 28100.

RG, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, RG: 02.11.2011, Sayı: 28103 Mükerrer.

RG, 694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, RG: 25.08.2017, Sayı: 30165.

RG, Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 04.07.2012, Sayı: 28351.

RG, 6553 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG:12.07.2012, Sayı: 28351.

RG, 18/10/2012 Tarihli ve 28445 Sayılı Resmî Gazete ’de Yayımlanan 4/10/2012 Tarihli ve 2012/3839 Sayılı 2013 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki 2013 Yılı Programı, RG:23.10.2012, Sayı: 28450 Mükerrer.

RG, 3996 sayılı Bazı Yatırım Ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanunun Uygulama Usul Ve Esaslarına İlişkin Kararda Değişiklik Yapılmasına Dair Karar, RG: 05.12.2012, Sayı: 28488.

RG, 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, RG: 09.03.2013, Sayı: 28582.

RG, 6514 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, RG: 18.01.2014, Sayı: 28886.

RG, Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri İle Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, RG: 13.03.2014, Sayı: 28940.

RG, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği, RG: 10.12.2014, Sayı: 29201.

RG, 19/10/2016 Tarihli ve 29862 Sayılı Resmî Gazete’de Yayımlanan 3/10/2016 Tarihli ve 2016/9368 Sayılı 2017 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Bakanlar Kurulu Kararı Eki 2017 Yılı Programı, RG: 30.10.2016, Sayı: 29873.

RG, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Bünyesinde Ankara İlinde Sağlık Politikaları Enstitüsü Kurulması Hakkında Karar, RG: 25.03.2017, Sayı: 30018.

RG, Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname RG: 25.08.2017, Sayı: 30165.

Sağlık Bakanlığı (1992), Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (Ankara).

Sağlık Bakanlığı (1995), Sağlık Reformu Araştırmaları-1, Ankara: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (Ankara).

Sağlık Bakanlığı (2003), *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2010), 2009 Yılı İdari Faaliyet Raporu (Ankara).

Sağlık Bakanlığı (2016), *2015 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı* (Ankara).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bölge Planlamasına İlişkin Uygulamalar 2010/50 – 27132 Sayılı Genelge.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2016), Sağlık Hizmet Bölgeleri Organizasyon Şemasının Güncellenmesi, Sayı: 83913885.

SES (2013), “Adana Tabip Odası ve Ses “Şehir Hastaneleri, Kamu – Özel Ortaklığı” Paneli Düzenledi”, <https://ses.org.tr/2013/09/adana-tabp-odasi-ve-ses-ehr-hastaneler-kamu-ozel-ortakliiq-panel-duezenled/>, (05.06.2018).

Sihhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti (1954) *Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler*. (Ankara: T. C. Ziraat Bankası Matbaası), No:177.

Tan, T. (2003), “Kamu İmtiyazından Yap İşlet Devret Modeline”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 47(3): 307-325.

TBMM (2017), <http://www.tbmm.gov.tr/d23/1/1-0439.pdf>, (08.07.2017).

TKHK (2017), <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/53c15f22090448418aff485e24eae96.pdf>, (24.04.2017).

TTB, (2017), [http://www.ttb.org.tr/kutuphane/s\\_hastane\\_br.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/s_hastane_br.pdf), (09.07.2017).

TTB (2007), *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme* (Ankara: TTB Yayınları).

TTB (2012), *Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı* (Ankara: TTB Yayınları).

TÜİK (2019), [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1059](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059), (05.03.2019).

TÜSİAD (2017), <http://tusiad.org/tr/saglik-cg/item/2388-saglik-sektorundeki-risklere-ve-cozum-onerilerine-iliskin-tusiad-gorusu>, (05.07.2017).

Uz, A. (2007). “Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (PPP) (Kavram Ve Hukuksal Çerçeve)”, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 11(1-2):1165-1182.

World Bank (2003), *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency*, Report No. 24358-TU, (Washington D.C.).

World Bank (2015), <http://documents.worldbank.org/curated/en/1993/04/699054/public-hospitals-developing-countries-resource-use-cost-financing>, (30.12.2015).

YASED (2012), *Türkiye Sağlık Sektörü Raporu*.

YASED (2016), *Uluslararası Doğrudan Yatırımlar 2015 Yılı Sonu Değerlendirme Raporu*.

YDA (2016), <http://yda.com.tr/kayseri-sehir-hastanesi-temel-atma-toreni/>, (20.06.2018).

<http://ilkhaber-gazetesi.com/mobil/news.php?id=10813>, (24.01.2016).

<http://www.haberturk.com/saglik/haber/1287909-bakan-akdagdan-tam-gunde-yeni-duzenleme-sinyali>, (30.02.2019).

<http://www.sabah.com.tr/egeli/2016/03/18/ciglide-mutlu-son>, (09.01.2019).

<http://www.memurlar.net/haber/623439/>, (07.01.2019).

<http://www.hurriyet.com.tr/patronlar-bu-sisteme-hasta-oldu-40119998>, (04.01.2019).

<https://www.akparti.org.tr/site/haberler/iste-ak-partinin-secim-beyannamesi/78619#1>, (06.04.2017).

<http://haber.tkhk.gov.tr/isparta-sehir-hastanesine-tasiniliyor.html>, (10.04.2017).

<http://www.gazetevatan.com/sehir-hastaneleri-hayaldi-gercek-oldu--1034996-gundem/>, (10.04.2017).

[http://mersinkadindogumcocuk.gov.tr/index.php?option=com\\_content&view](http://mersinkadindogumcocuk.gov.tr/index.php?option=com_content&view), (10.04.2017).