

## SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI UYGULAMASI

### ADMINISTRATION OF PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP IN HEALTH CARE

**Doç.Dr.Uysal KERMAN\***  
**Doç.Dr.Yakup ALTAN\*\***  
**Doç.Dr.Mehmet AKTEL\*\*\***  
**Öğr.Gör.Erdal EKE\*\*\*\***

#### ÖZET

*Çalışma, Türk sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı uygulamalarını incelemektedir. Bu kapsamda kamu özel ortaklığı yönteminin özellikleri, tarihsel ve hukuki altyapısı ile oluşturulan projeler ele alınmaktadır. Türkiye’de sağlık sektöründe uygulamaya konulan kamu özel ortaklığı projelerinin tamamlanması ile özel sektör finansman kaynaklarının kamu yatırımlarında kullanılması; riskin özel sektörle paylaşılması; uzmanlığa dayalı bir altyapının oluşturulması; sağlık tesisi yapım sürelerinin kısaltılması ve buna ilişkin maliyetlerin özel sektöre aktarılmasıyla kamunun yatırım yükünün uzun yıllara yayılması; tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların işletilmesinin özel sektöre yaptırılması amaçlanmaktadır. Belirtilen amaçlara tam anlamıyla ulaşılabilmesi için mevzuattaki boşlukların giderilmesi, Sağlık Bakanlığı’nun sistem içerisindeki rolünün netleştirilmesi, süreci takip edebilecek kalifiye eleman sayısının artırılması, sözleşme sürelerinin bitimiyle ortaya çıkabilecek belirsizliklerin giderilmesi ve kamuoyuna yönelik farkındalık çalışmalarının yaygınlaştırılması gerekmektedir.*

#### ABSTRACT

*This study investigates the administration of public private association in Turkish health sector. In this context, feature of the public private procedure’s, historical and juristic base and the committed projects are being considered. Along with the completion of the public private association projects that have already been put in to practice, the aim is to*

\* Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü, uysalkerman@sdu.edu.tr

\*\* Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü, yakupaltan@sdu.edu.tr

\*\*\* Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü, mehmetaktel@sdu.edu.tr

\*\*\*\* Süleyman Demirel Üniversitesi, Senirkent Meslek Yüksekokulu, erdaleke@sdu.edu.tr

*use private sector's source of finance on public investments, to share the risk with private sector, to constitute substructure based on the proficiency, to make health facility in a short span of time and along with the transmission of the expenditures that belongs to this facility, to extend the investment weight into the years and to have private sector make the management of the labor and area except the medical services. To achieve the goals that indicated it is vital to remove emptiness on legislation, to make clear the role of the Ministry of Health in the system, to increase the number of qualified employee that will chase the process, to remove the ambiguity that may emerge when the duration of contract has finished and to raise awareness of the public opinion.*

Kamu Yönetimi, Kamu Özel Ortaklığı, Kamu Hizmeti, Sağlık Sektörü.  
Public Administration, Public-Private Partnership, Public Service, Health Sector.

## 1.GİRİŞ

1980'li yılların sonlarına doğru kamu yönetimi anlayışında önemli bir değişim sürecine girilmiş, hiyerarşik ve bürokratik bir yapıya sahip olan kamu yönetimi, dönemin ekonomik ve sosyal koşullarının da etkisiyle esnek ve piyasa tabanlı bir yöne doğru değişim göstermiştir. Bu doğrultuda kamu hizmetlerinde, klasik sistemden farklı olarak fiyat tabanlı, bürokratik olmayan, piyasa ve müşteri odaklı bir yapıya doğru geçiş başlamış, hizmet sunumunda verimlilik ve etkinlik kriterleri ön plana çıkmıştır (Tortop *vd.*, 2007: 499-515; Balcı, 2005: 5; Özer, 2006:3).

Kamu hizmetlerinde yaşanan bu dönüşüm, sağlık sektörünü de doğrudan etkilemiştir. Sağlık, toplum yaşamının devam edebilmesi için vazgeçilmez öneme sahip olan ve evrensel nitelikteki hususlardan birisidir. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda sağlık, "*bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal yönleri itibarıyla, bir bütün olarak, iyi olmaları durumu*" (DSÖ, 1946: 1) olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık hizmetleri kavramı ise "*insan sağlığına zarar veren değişik ve çok çeşitli etkenlerin yok edilebilmesi, hastalıklara tanı konulması için hasta muayenesi ve gerektiğinde tedavi, bedensel, akılsal yeteneklerin yitme ve azalma durumunda bu yeteneklere yeniden kavuşturma konusunda tıbbi bakım çalışmalarının tümü*" (DSÖ, 1946: 2-c) şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'da ise sağlık hizmetleri, "*insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler*" olarak ifade edilmektedir (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961: 2.Madde). Belirtilen tanımlamalar doğrultusunda sağlık hizmetleri genel olarak, kamu veya özel sağlık kurumlarınca sunulan ve temel olarak bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunması ve toplumun bütünü için oluşacak tehlikelerin giderilmesi amacını taşıyan hizmetlerdir.

Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunumu, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Bu bağlamda öncelikle, sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması büyük bir öneme sahiptir (Altay, 2007: 33). Dünya genelinde ekonomik koşulların da etkisiyle özel sektörün sağlık piyasasına girerek hizmet sunumuna başlaması, farklı hizmet sunum yöntemlerini ortaya çıkarmıştır. Bunlar arasında öne çıkanlardan birisi de *kamu-özel ortaklığı/işbirliği* yöntemidir. Çalışmada, Türkiye’de son dönemde uygulama alanı bulan kamu-özel ortaklığı yöntemi incelenmektedir.

## 2. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI UYGULAMASI

1980 sonrasının neo-liberal devlet anlayışı, kamu hizmetlerinin sunumu ve finansmanında da etkili olmuştur. Bu kapsamda kamu hizmetlerinin sunumunda alternatif yöntemler geliştirilme yoluna gidilmiştir. Kamu özel ortaklıkları başlığı altında sıralanan alternatif finansman ve hizmet sunma modelleri, bu değişiminin bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Çelik, 2008: 28).

Kamu özel ortaklıklarının ortaya çıkış sürecinde Amerika’da erken dönemlerden itibaren kendine geniş uygulama alanı bulan “Ortak Girişim” (Joint Venture) uygulamaları ile İngiltere’de 1992 yılında John Mayor tarafından başlatılan “Özel Finans Girişimi” (Private Finance Initiative – PFI) ve Blair dönemindeki “En İyi Değer” (Best Value) projeleri, önemli uygulama örnekleridir (Çelik, 2008: 28). Kamu özel ortaklıklarını düzenleyen ilk özel yasa ise İngiltere’de 1997 yılında kabul edilmiştir (Güneş, 2009: 58).

Kamu özel ortaklıkları, İngiltere ve ABD dışında, Almanya, İsveç, Kanada, İrlanda, Güney Afrika, İtalya, Hollanda ve İspanya gibi ülkelerde de dile getirilen ve üzerinde tartışılan bir yöntemdir. Diğer taraftan Avrupa Birliği kamu özel ortaklıklarıyla ilgili olarak 2004 tarihli Yeşil Kitap (Green Paper)<sup>1</sup> adında bir kitap yayınlamıştır. Bu kitap, kamu özel ortaklıkları konusunda üye ülkelere yol gösterici niteliktedir. Yine bu süreçte Almanya’da hukuki bir düzenleme yapılmış; 2005 yılında çıkarılan kamu özel ortaklıkları yasası ile ihale mevzuatı, yatırım kanunu, vergi mevzuatı ve bütçe hukukunda geniş kapsamlı değişikliklere gidilmiştir (Güneş, 2009: 58).

Kamu özel ortaklığı yöntemi eskiden beri uygulanmakta olan kamu hizmeti imtiyazı yöntemine benzemekle birlikte bu iki yöntemin birbirinden farklı olduğu yönünde genel kabul görmüş düşünceler mevcuttur. Bu iki yöntem, tabii oldukları hukuk rejimi, risk paylaşımı, mali düzenlemeler ve örgütlenme biçimi ile ilgili bazı özellikler açısından farklılıklar göstermektedir (Karasu, 2009: 79-82). OECD’nin kamu-özel ortaklığı kapsamında yayınladığı “*Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money*” isimli raporda da kamu özel ortaklıkları ile

<sup>1</sup> Commission of the European Communities, Green Paper On Public-Private Partnerships And Community Law On Public Contracts And Concessions, Brussels, 30.4.2004, [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2004/com2004\\_0327en01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2004/com2004_0327en01.pdf) (Erişim Tarihi: 19.10.2011)

kamu hizmeti imtiyazının birbirinden farklı olduğu ifade edilmektedir (OECD, 2008: 12).

Kamu özel ortaklığı (Public Private Partnership-PPP),

- kamu ve özel hukuk işletmeleri arasında kamu hizmetlerinin yerine getirilmesi amacıyla kurulan iş ortaklığı (Güneş, 2009: 58);
- ulusal sınırları aşan ve üç sektörü bir araya getiren bir işbirliği türü olarak üzerinde uzlaşılan, iş bölümü esasına dayalı, ortak bir hedefe ulaşmak için kurulan bir şirket ve hükümetler arası örgüt (Buse ve Walt, 2000: 550);
- devlet dışı aktörler tarafından tüm katılımcıların ortak bir amaca ulaşmak ya da belirli bir görevi üstlenmek ve riskleri, sorumlulukları, kaynakları, yetkinlikleri ve faydaları paylaşmak için oluşturdukları gönüllü ve işbirlikçi sözleşme (Nelson, 2002: 47);
- kamu hizmeti, kamu finansmanı ve kamu işletme kavramlarını bir amaç doğrultusunda bir araya getiren, özellikle devletin kamu yönetimi içerisindeki fonksiyon ve yetkilerinin piyasa ile paylaşılması anlayışını benimseyen bir mekanizma (Bayramoğlu, 2005: 45)

olarak tanımlanmaktadır.

Belirtilen tanımlara göre kamu özel ortaklığı, kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde kamu, özel sektör ve sivil toplum örgütlerini bir araya getiren; eşitlik ve birlikte yönetme ilkelerine dayanan; yeni kamu işletmeciliği anlayışını benimseyen; mal ve hizmet üretimindeki maliyet, risk ve fayda gibi sonuçların tüm aktörlerce paylaşıldığı bir yöntemdir.

Kamu özel ortaklığı, yalnızca bir finansman yöntemi olarak değil, aynı zamanda hizmet sunumunda da alternatif bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (Çelik, 2008: 28-29). Bu yöntemle kamu hizmetlerinin finansmanında ve sunumunda etkinlik ve verimliliğin sağlanabileceği düşünülmektedir.

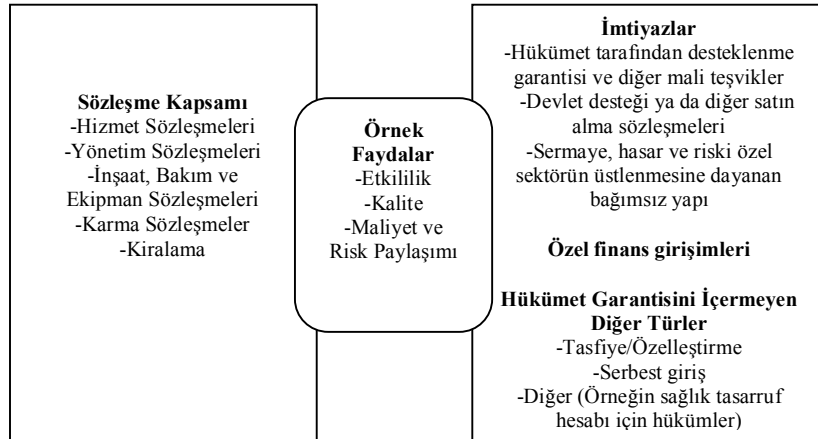
Kamu özel ortaklığı yönteminin bir özelleştirme uygulaması olup olmadığı da çeşitli kesimlerce sorgulanmaktadır. Yöntemin, maddi ve şekli özelleştirme arasında bir noktada yer aldığına dair görüşler çoğunluktadır. Devletin kamu hizmeti ödevini tümüyle piyasaya devretmesi maddi özelleştirme olarak tanımlanırken; idarenin bir kamusal hizmeti yerine getirmeye devam ederken özel hukuk işletmesi gibi hareket etmesi ve özel hukuk kurallarına tabii olması ise şekli özelleştirme kavramı ile ifade edilmektedir. Kamu özel ortaklığı yönteminde devlet, maddi anlamda özelleştirmeden farklı olarak kamu hizmeti ödevini tümünden özel sektöre devretmemekte, sadece bu ödevin yerine getirilmesi sürecine özel sektör işletmelerini de katmaktadır. Bu açıdan bakıldığında kamu özel ortaklıklarında kamu hizmeti; sermayesi, kar ve zararı özel hukuk kişisine ait olmak kaydıyla uzun süreli bir idari sözleşme çerçevesinde özel hukuk kişilerince yerine getirilmektedir. Özel sektörün kamu hizmetlerinin yürütülmesi sürecine katılması idarenin bu alanı tümünden terk ettiği anlamına

gelmekte, kamu hizmetinin sorunsuz olarak yerine getirilmesinden esasen devlet sorumlu görülmektedir (Güneş, 2009: 59; Uz, 2007: 1168).

Devlet ve diğer özel kuruluşlar arasında gerçekleştirilen bu yöntem kapsamında, uluslar arası düzlemde sağlık sektöründe de kullanılan bir takım kavramlar üzerinde uzlaşma söz konusudur.

Kamu özel ortaklığı yönteminde kamu finansmanının etkinlik ve kalite düzeyinin artırılabilmesi amacıyla kullanılacak sözleşmeler arasında; hizmet, yönetim, inşaat, bakım ve ekipman, karma ve kiralama usulü sözleşmeleri sayılmaktadır. Bu yöntemin yapılacak olan yatırımlara etkinlik, verimlilik, düşük maliyet ve risk paylaşımı gibi yararlar sağlayacağı öngörülmektedir. Söz konusu ortaklığa, siyasi irade tarafından desteklenme garantisi ve diğer mali teşvikler gibi imtiyazlar sağlanmakta, özel finans girişimleri kullanılmaktadır. Ayrıca tasfiye/özelleştirme ve serbest giriş (idare tarafından sözleşme yapılmadan herhangi bir projeye özel ortak katılımı) gibi hükümet garantisi içermeyen diğer türler de yer almaktadır (Bkz Şekil 1).

Şekil 1: Sağlık Sektöründe İşbirliği Kapsamında Kamu/Özel Sektör Ortaklıklarının Başlıca Türleri



Kaynak: Irina A. Nikolic ve Harald Maikisch, "Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector", October, 2006, s.2.

### 3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI UYGULAMASI

#### 3.1. Türk Sağlık Sektörünün Genel Görünümü

Türk sağlık sektöründe dünyadaki gelişmelere paralel olarak bir değişim süreci yaşanmaktadır. Kamu özel ortaklığı yöntemi, sağlık sektöründe bu değişim süreci ile birlikte kullanılmaya başlanan uygulamalardan birisidir. Bu yöntemle birlikte sağlık sektöründe sağlık kampüsleri yapılanması başlatılmıştır. Kamu özel ortaklığı yönteminin Türk sağlık sektöründeki projelerine geçmeden önce Türk sağlık sektörüyle ilgili

bir takım istatistiksel bilgileri dile getirmek, bu yöntemin sağlık hizmetlerinde niceliksel olarak ortaya çıkaracağı değişim ve farklılıkların izlenebilmesi açısından faydalı olacaktır.

Sağlık hizmetleri sunumunun önemli unsurlarından birisi olan hastanelerin insan gücü ve tıbbi malzeme donanımları kadar, bu kaynakların etkin bir şekilde kullanılmasını sağlayan yataklı tedavi hizmetleri ve hizmetlerin verileceği hasta yataklarının kapasitesi de ciddi önem taşımaktadır. Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin sunulmasında önemli bir yere sahip olan hastanelerin sayısal görünümü Tablo 1’de ifade edilmektedir.

Tablo 1: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı

<i>Sektör</i>	<i>2002</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
<b>Sağlık Bakanlığı</b>	774	767	848	847	834	843
<b>Üniversite</b>	50	56	56	57	59	62
<b>Özel</b>	271	331	365	400	450	489
<b>Diğer</b>	61	49	48	46	46	45
<b>Toplam</b>	1.156	1.203	1.317	1.350	1.389	1.439

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü-Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, s.55.

2002 yılı itibariyle toplamda 1156 olan ülke genelindeki hastane sayısı 2010 yılına gelindiğinde 1439’a ulaşmıştır. Yine, 2002 yılında 271 olan özel hastane sayısı %80 oranında artarak 2010 yılı itibariyle 489’a yükselmiştir. Bu durum sağlık sektöründe özel sektörün payının arttığına göstergesidir. Son verilere göre ise Türkiye genelinde; 846 Sağlık Bakanlığı hastanesi, 499 özel hastane ve 65 üniversite hastanesi olmak üzere toplam 1.410 hastane bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 43).

Tablo 2’de ise yıllara ve sektörlere göre yatak sayısındaki mevcut durum verilmektedir. Buna göre 2002 yılında toplamda 159.771 olan yatak sayısı yaklaşık %30 oranında bir artışla 2010 yılında 199.950’ye ulaşmıştır. Bu dönem içerisinde özel sektör hastanelerine ait yatak sayısında ciddi bir gelişme kaydedilmiş ve yaklaşık olarak %150 oranında bir artış sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin yatak sayıları 2002 yılından itibaren ciddi bir artış göstermiş, 2006 sonrası ise dikkate değer bir artış görülmemiştir.

Tablo 2: Yıllara ve Sektörlere Göre Yatak Sayısı

<i>Sektör</i>	<i>2002</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>
<b>Sağlık Bak.</b>	102.694	119.328	120.228	119.310	122.354	119.891
<b>Üniversite</b>	26.341	31.193	30.978	29.912	30.112	35.001
<b>Özel</b>	12.387	14.639	17.397	20.938	25.178	28.063
<b>Diğer</b>	18.349	17.691	17.588	17.905	17.905	16.995
<b>Toplam</b>	159.771	182.851	186.191	188.065	195.549	199.950

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü-Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, s.56.

Son verilere göre Türkiye genelinde; 846 Sağlık Bakanlığı hastanesinde 122.240, 499 özel hastanede 30.703 ve 65 üniversite hastanesinde 34.998 olmak üzere toplam 1.410 hastanede 187.941 yatak kapasitesi mevcuttur. Bu verilere göre, hesaplanan yatak dağılımının %65'inin Sağlık Bakanlığı'na, %16'sının özel sektöre ve %19'unun üniversite hastanelerine ait olduğu görülmektedir. Türkiye'de 2011 yılı itibariyle 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 25'dir (Bkz Tablo 3).

Tablo 3'teki veriler, çeşitli ülkelerdeki 10.000 kişiye düşen hastane yatağı ortalamalarını ifade etmektedir. Bu özellik kapsamında Türkiye ile diğer ülkeler arasında bir fark bulunduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Tablo 3: Bazı Ülkelerde 10.000 Kişiye Düşen Hasta Yatak Sayıları

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Kanada</b>	36	35	34	36	37	35	-
<b>İtalya</b>	44	42	40	40	39	38	38
<b>Norveç</b>	43	43	42	40	40	38	35
<b>İngiltere</b>	40	40	39	37	36	35	34
<b>ABD</b>	34	33	33	32	32	31	31
<b>Estonya</b>	61	59	58	55	56	56	57
<b>Türkiye</b>	-	24	24	-	23	17	17

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi, 2011, s.11.

Tablo 4'teki veriler 2002-2010 yılları arasındaki sektörlere göre toplam hastanelere müracaat sayısını ifade etmektedir. 2002 yılındaki özel hastanelere müracaat sayısı 5.697.170 kişi iken bu rakam 2010 yılına gelindiğinde 47.712.540 kişiye ulaşmış, Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerine nazaran oransal olarak daha yüksek bir artış göstermiştir.

Tablo 4: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı (Kişi)

Yıl/Sektör	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2002	109.793.128	8.823.361	5.697.170	124.313.659
2006	189.422.137	12.588.872	15.529.416	217.540.425
2007	209.630.370	15.025.079	24.485.650	249.141.099
2008	216.723.712	18.290.800	38.688.313	273.702.825
2009	228.279.139	19.364.865	47.618.186	295.262.190
2010	235.172.924	20.098.754	47.712.540	302.984.218

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü-Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, s.97.

Tablo 5'de yıllara ve dallara göre hastane sayıları verilmiştir. Buna göre, 2002 yılında 987 olan genel hastane sayısının 2010 yılı itibariyle 1266'ya ulaştığı görülmektedir. Bu artıştaki en önemli pay, özel hastanelere

aittir. Diğerleri içerisindeki en önemli artışın ise göz hastalıkları hastanelerinde olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 5: Yıllara ve Dallara Göre Hastane Sayıları

<i>Dallar</i>	2002	2006	2007	2008	2009	2010
Genel Hastane	987	103 2	114 0	117 1	121 9	126 6
Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi	7	5	5	5	3	2
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	9	10	10	8	6	7
Diş Hastanesi	1	3	4	3	5	5
Diyabet Hastanesi	2	2	2	2	2	2
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri	15	14	13	12	12	14
Göğüs Hastalıkları Hastanesi	28	23	22	22	19	18
Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Merkezleri	6	6	6	7	11	11
Göz Hastalıkları Hastanesi	8	10	15	18	24	26
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	64	71	73	74	63	63
Kardiyoloji Hastanesi	5	5	5	5	1	1
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	3	3	3	3	3
Lepra Hastanesi	2	2	2	2	1	1
Meslek Hastalıkları Hastanesi	3	2	2	2	2	2
Onkoloji Hastanesi	5	4	4	4	5	5
Psikiyatri Hastanesi	9	10	10	11	12	12
Zührevi Hastalıklar Hastanesi	2	1	1	1	1	1
<b>Toplam</b>	<b>115</b>	<b>120</b>	<b>131</b>	<b>135</b>	<b>138</b>	<b>143</b>
	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>9</b>

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü-Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, s.57.

### 3.2. Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması

#### 3.2.1.Genel Olarak Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması

Türkiye’de kamu özel ortaklığı yöntemi, geçmişten beri farklı biçimlerde uygulanan ve özellikle de 2000’li yıllar sonrasında farklılaştırılmış bir yöntemdir.

Kamu özel ortaklığı yöntemi ile ilgili olarak yasal düzlemde atılan ilk adım, 1982 Anayasası’nda değişiklik yapan 1999 tarih ve 4446 sayılı Kanun<sup>2</sup> ile gerçekleşmiştir. Anayasanın 47’inci<sup>3</sup> maddesine eklenen iki fıkra

<sup>2</sup> 13/8/1999 tarih ve 4446 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Kanun, R.G Tarih:14.08.1999 Sayı:23786



ile bir yandan kamu tüzel kişilerinin mülkiyetinde bulunan işletme ve varlıkların özelleştirilmesine ilişkin esas ve usullerin kanunla gösterilmesi, diğer yandan da kamu tüzel kişilerin yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzel kişilere yaptırılacağı veya devredilebileceğinin kanunla belirlenmesi öngörülmüştür. Aynı değişiklik kapsamında Anayasanın 125'inci maddesinin birinci fıkrasına eklenen hükümlerle, kamu hizmeti imtiyazı şartlaşma ve sözleşmelerinden doğan uyuşmazlıkların milli ve milletlerarası tahkim yoluyla çözülmesinin öngörülebileceği belirlenmiş, bu hükümlerle kamu hizmetinin örgütlenmesi ve finansmanında esneklik sağlanmıştır (<http://ekutup.dpt.gov.tr/haber/ahd/gerekce.pdf>). Bu durum kamu hizmetlerinin sunumunda yeni modellerin önünün açılması sonucunu doğurmuştur (Karasu, 2009: 81-82). Kamu özel ortaklığı uygulamasıyla ilgili olarak ortaya çıkan gelişmelerden birisi de 2007 yılında Devlet Planlama Teşkilatı'nın koordinasyonunda Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Taslağı<sup>4</sup>'nin yayınlanmasıdır. Taslak, kamu yapım işi imtiyazlarının genel çerçevesinin belirlenmesi amacıyla Avrupa Birliği'nin bu yöndeki politikalarına uygun olarak çıkarılmıştır. Kanun Tasarısı Taslağı'nın 5.maddesine göre kamu idareleri, görev ve sorumluluklarıyla uyumlu olmak kaydıyla, bir hizmetin sağlanması ve/veya bir yapının tasarımı, yapımı, işletilmesi, kiralanması ve finansmanının temini hususlarında özel sektörle yap-işlet-devret, yap-işlet, yap-kirala ve işletme hakkı devri modelleri çerçevesinde sözleşmeler yapabilme yetkisine sahiptir.

---

<sup>3</sup> Madde 47 - Kamu hizmeti niteliği taşıyan özel teşebbüsler, kamu yararının zorunlu kıldığı hallerde devletleştirilebilir. Devletleştirme gerçek karşılığı üzerinden yapılır. Gerçek karşılığın hesaplanma tarzı ve usulleri kanunla düzenlenir.(Ek fıkra: 13/08/1999 - 4446/1 md.) Devletin, kamu iktisadi teşebbüslerinin ve diğer kamu tüzel kişilerinin mülkiyetinde bulunan işletme ve varlıkların özelleştirilmesine ilişkin esas ve usuller kanunla gösterilir.(Ek fıkra: 13/08/1999 - 4446/1 md.) Devlet, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzel kişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzel kişilere yaptırılacağı veya devredilebileceği kanunla belirlenir.

<sup>4</sup> <http://ekutup.dpt.gov.tr/haber/ahd/taslak.pdf>, Erişim tarihi: 21.11.2011)

Tablo 6. Kamu Özel Ortaklığı Modelleri

Model	Özellikler	Yasal Dayanağı <sup>5</sup>
Yap-İşlet-Devret	-Kamu ile özel sektör arasında akdedilen bir sözleşme çerçevesinde, bir yapının özel sektör tarafından finanse edilerek yapıldığı, işletildiği, gerekli hallerde tasarlandığı ve belirlenen süre sonunda idareye devredildiği modeldir.	1994 tarihli ve 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun <sup>6</sup> ile girmiştir.
Yap-İşlet	-Kamu ile özel sektör arasında akdedilen bir sözleşme çerçevesinde, bir yapının özel sektör tarafından finanse edilerek yapıldığı, işletildiği, gerekli hallerde tasarlandığı ve yapının mülkiyetinin özel sektörde kaldığı modeldir.	16.07.1997 tarihli ve 4283 sayılı, Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ve Yap-İşlet Modeli ile Enerji Satışına İlişkin Kanun <sup>7</sup> ile sistemimize girmiştir.
Yap-Kirala	-Kamu ile özel sektör arasında akdedilen bir sözleşme çerçevesinde, bir yapının özel sektör tarafından finanse edilerek yapıldığı, gerekli hallerde tasarlandığı, belirli bir süre için idareye kiralandığı, kiralanan yapı üzerindeki bazı mal ve hizmet üretim birimlerinin kısmen veya tamamen yapımçı tarafından işletilebildiği ve yapının mülkiyetinin kira dönemi sonunda sözleşmede düzenlenmesi durumunda kamuya geçtiği modeldir.	Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda 2005 yılında yapılan değişiklik <sup>8</sup> neticesi sistemimize girmiş olup yalnızca sağlık hizmetleri ile bağlantılı olarak uygulanmaktadır.
İşletme Hakkı Devri	-İdarelerin aktiflerindeki mal veya hizmet üretim birimlerinin bir bütün olarak veya kısmen, mülkiyet hakkı saklı kalmak kaydıyla bir bedel karşılığında belli süre ve şartlarla işletilmesi hakkının özel sektöre verildiği modeldir.	4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun <sup>9</sup> 'un yanı sıra, 3096 Sayılı ve 04.12.2984 tarihli Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Teşebbüslerin Elektrik Üretme, İletme, Dağıtma ve Ticaretini Yapmaya Yetkilendirilmesine Dair Kanun <sup>10</sup> ile düzenlenmiş bulunmaktadır.

Kaynak: Bazı Yatırım Ve Hizmetlerin Kamu Kesimi İle Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı, Madde 5, 2007'den yararlanılmıştır.

<sup>5</sup> Turgut Tan, "Kamu Hizmeti İmtiyazından Yap İşlet Devret Modeline", <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/42/457/5215.pdf> (Erişim Tarihi: 21.09.2011), s.307-325'den yararlanılmıştır.

<sup>6</sup> 1994 tarihli ve 3996 sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun, R.G Tarih:13/6/1994 Sayı: 21959.

<sup>7</sup> 16.07.1997 tarihli ve 4283 sayılı Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ve Yap- İşlet Modeli ile Enerji Satışına ilişkin Kanun, R.G Tarih: 19.7.1997 Sayı: 23054.

<sup>8</sup> 15.07.2005 tarihli ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, R.G. Tarih: 15.07.2005 Sayı: 25876

<sup>9</sup> 27.11.1994 tarihli 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamalarının Düzenlenmesine ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, R.G. Tarih:27.11.1994 Sayı:22124

<sup>10</sup> 3096 Sayılı ve 04.12.1984 tarihli Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Teşebbüslerin. Elektrik Üretme, İletme, Dağıtma ve Ticaretini Yapmaya Yetkilendirilmesine Dair Kanun, R.G. Tarih: 19.12.1984 Sayı:18610

Belirtilen modeller, özellikle 1980’li yılların sonlarına doğru uygulanmaya başlanmış ve kamu özel ortaklığının sağlanması amacıyla her bir yöntemin farklı hukuki dayanağı oluşturulmuştur (Bkz. Tablo 6).

### 3.2.2.Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması

Sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı uygulamasına ilişkin olarak atılan ilk adım 2005 tarih ve 5396 sayılı yasa<sup>11</sup> ile gerçekleşmiştir. 5396 sayılı yasa, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nda hizmet alımı, sunumu, örgütlenmesi ve finansmanı açısından değişiklikler getirmiştir. Bu yasal değişikliğin sonucunda 3/7/2006 tarihinde Bakanlar Kurulu’nca 2006/10655 karar sayılı Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik<sup>12</sup> çıkartılmıştır (Karasu, 2011: 220-223).

Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik’te ilerleyen süreçte iki değişiklik gerçekleştirilmiştir. İlk değişiklikle<sup>13</sup> birlikte, 2006 yılında yayınlanan ilk yönetmeliğin 13 maddesinde çeşitli değişikliklere gidilmiş ve ek olarak bir geçici madde ilave edilmiştir. Buna göre, yönetmeliğin amacı, sözleşme ve üst hakkı sözleşmesi, ihaleye katılacak isteklilerle ilgili mali kriterler, ortak girişim ve özel amaçlı şirket, kira bedel ve artışları başta olmak üzere çeşitli hususlarda bazı değişikliklerin gerçekleştirildiği ve eklemelerin yapıldığı görülmektedir.

Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik kapsamındaki son değişiklik, 2011 yılında ve 27981 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 2011/2011 karar sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile yapılmıştır. Döviz kuru sepeti ve düzeltme katsayısı bentleri yönetmeliğe eklenmiştir. Bununla birlikte kira bedel ve artışları ile ilgili maddede “kira artışının yapılacağı tarihteki Döviz Kuru Sepetindeki artışın (ÜFE+TÜFE)/2 oranındaki artıştan yüksek olması halinde, Döviz Kuru Sepetindeki artış İdare tarafından hesaplanan düzeltme katsayısı marifetiyle yıllık kira artış oranına çarpan olarak eklenir” (Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011, m.2) şeklinde bir değişikliğe gidilmiştir.

<sup>11</sup> Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, Tarih: 15.07.2005 Resmi Gazete Sayı: 25876.

<sup>12</sup> 07/05/1987 tarihli ve 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanununun Ek-7’nci maddesine göre 03/07/2006 tarihinde Bakanlar Kurulu’nca kararlaştırılan 2006/10655 karar sayılı “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik”, R.G. Tarih:22/06/2006 Sayı: 26236

<sup>13</sup> Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, R.G. Tarih: 22/05/2010 Sayı: 27588

Mevzuata ilişkin bu değişikliklerin yanında kamu özel ortaklıkları ile ilgili bir başka adım, Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı<sup>14</sup> ile İnşaat ve Onarım Daire Başkanlığı'nın ana hizmet birimleri içerisinde yerini almasıdır.

Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik, Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın görev alanını düzenlenmiştir. Buna göre Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı;

- “Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığı'nca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazine'ye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz (49) yılı geçmemek şartıyla, belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılması;
- Bu amaçla Maliye Bakanlığı'nca Hazine'ye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak kırk dokuz (49) yıla kadar üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesi;
- Kira bedeli ve kiralama süresinin tespiti;
- Sağlık tesislerindeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesi;
- İhale yöntemlerine, isteklilerde aranacak niteliklerin belirlenmesi, sözleşmelerin kapsamı ve diğer hususlara; dair usul ve esasları belirlemek ve yerine getirmekle görevlendirilmiştir.”(2006/10655 sayılı Yönetmelik Madde 1)

Türk sağlık sektöründe uygulamaya konulan kamu özel ortaklığı yönteminin uygulanmasının amaçları;

- “Özel sektör finansman kaynaklarının kamu yatırımlarında kullanılması,
- Özel sektörün hızlı karar alma ve bu kararları uygulamaya koyma becerisi ile yaratıcılığının proje sürecine entegrasyonu, riskin paylaşılması,
- Her kesimin en iyi bildiği ve uzman olduğu ana işini yapabileceği bir altyapının oluşturulması,
- Sağlık tesisi faaliyete geçirilinceye kadar kamu adına herhangi bir maliyet üstlenilmemesi,

<sup>14</sup> Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı, 1983 tarih ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 8. maddesinde değişiklik yapan 2007 tarihli ve 5683 sayılı yasanın birinci maddesiyle Sağlık Bakanlığı'nın ana hizmet birimleri içerisinde yerini almıştır.

- Ödenek yetersizliği nedeni ile kamuda ortalama 8-10 yılı bulan bina yapım sürelerinin kısaltılması,
- Kısıtlı kamu kaynakları üzerindeki yatırım yükünün kira bedeli ödeme düzeyinde uzun yıllara yayılması,
- Tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların işletilmesinin özel sektöre yaptırılması”dır

(<http://www.kamuozel.gov.tr/?Islem=YaziDetay&IcerikID=112>).

Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın kurumsal mekanizma içerisinde yerini alması sonucunda, önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu kapsamda Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın koordinasyonunda gerçekleştirilecek olan projelerin ihale ve değerlendirme sürecinin aşamaları belirlenmiştir. (Bkz. Tablo 7)

Tablo 7:Kamu-Özel Ortaklığı Yönteminde İhale ve Değerlendirme Süreci

Süreç	Yapılan İş
1.Aşama	Proje-Ön Fizibilite-Yer Belirleme Sunulması
2.Aşama	Proje-Ön Fizibilite-Yer Belirleme Değerlendirmesi
3.Aşama	Ön Proje, Fizibilite Raporu, Temel Standartlar Dokümanı ile İhale Dokümanı Hazırlanması
4.Aşama	İhale İlanı Süreci
5.Aşama	Ön Yeterlik Değerlendirme Süreci
6.Aşama	İhale Tekliflerinin Alınması ve Değerlendirilmesi Süreci
7.Aşama	Teklifin Kabulü ve Sözleşmenin Yapılması Süreci

Kaynak: Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik, m.6-8.

Buna göre ilk aşamada Sağlık Bakanlığı'nın plan, program ve politikaları çerçevesinde belirlediği ve belli kriterlere dayalı olarak seçimini yaptığı projeleri, ön fizibilite raporları ve arsa/arazi teminine yönelik çözüm önerileri ile birlikte Yüksek Planlama Kurulu'na sunması gerekmektedir. İkinci aşamada Yüksek Planlama Kurulu, Sağlık Bakanlığı'nın proje önerilerini inceledikten sonra karara bağlamaktadır. Eğer bu karar olumlu ise yani proje kabul edilmişse, üçüncü aşamada Sağlık Bakanlığı'nın, Yüksek Planlama Kurulu'nca yapılması onaylanan her bir proje için, ihale iş ve işlemlerinde kullanılmak üzere; ön proje, fizibilite raporu, temel standartlar dokümanı ile ihale dokümanlarının hazırlanmasını sağlaması gerekmektedir. Dördüncü aşamada ise ihale ilan süreci başlamaktadır. İdare tarafından yaptırılmak istenen yapım veya yenileme işleri ve ön yeterlik ilanı, Resmî Gazete'de, Türkiye çapında yayımlanan yüksek tirajlı iki gazetede ve internette, belirlenen ihale tarihinden en az doksan gün önce olmak üzere ve en az birer defa ilan yapılarak duyurulması gerekmektedir. Alınan başvurular

doğrultusunda yapılan ön yeterlik değerlendirme süreci ile bir diğer aşama gerçekleştirilir. Ön yeterlik değerlendirmesi sonucunda yeterliği belirlenen adaylara ihale gününden en az altmış gün önce davet mektubu gönderilmektedir. Bakanlık tarafından davetiye gönderilmiş olan gerçek ve/veya tüzel kişiler, yapılacak işle ilgili tekliflerini sunarak değerlendirme süreci başlatılmış olmaktadır. Yapılan inceleme ve değerlendirme sonucunda teklifler içerisinde en az maliyetle en yüksek verimlilik özelliğine sahip teklif kabul edilerek, teklif veren kişi/kişiler ile Bakanlık arasında bir sözleşme imzalanmaktadır.

Sağlık hizmetleri alanında kamu özel ortaklığı modeli doğrultusunda oluşturulacak her bir proje, hukuksal süreç kapsamında işaret edilen aşamaları gerçekleştirerek bu süreci tamamlamak durumundadır. Süreç içerisinde rol oynayan aktörler ise genel olarak Sağlık Bakanlığı, hastaneler ve ihaleyi alan özel amaçlı şirketler olarak sıralanmaktadır. Bu modelin uygulanması ile ilgili kurumlar; Sağlık Bakanlığı, Entegre Sağlık Kampüsü-Hastaneler (Döner Sermaye İşletmesi), Özerk Hastane İşletmeciliği ile Ortak Girişim ve Özel Amaçlı Şirket'lerdir (Karasu, 2011: 236-242).

Türk sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı uygulaması ile ilgili olarak bazı sorun alanlarının literatürde tartışıldığı görülmektedir. Sorun alanlarından ilki, Sağlık Bakanlığı'nın sistem içerisindeki rolü ile ilgilidir. Sağlık Bakanlığı'nın hem politika belirleyici, hem sunucu, hem finansör, hem düzenleyici ve hem de denetleyici olması bir sorun teşkil etmektedir (Karasu, 2011: 236). İkincisi, Kamu özel ortaklığı sözleşmelerinin karmaşık olması nedeniyle bu uygulama kapsamında oluşturulacak sözleşmelerin tasarımının ve yönetiminin profesyonellerce yapılması gerekliliğidir. Sözleşme tasarımında yapılan, risklerin yanlış dağılımı, yetersiz veya eksik yaptırımlar gibi esash hatalar, uzun vadeli bu modelde ciddi sorunlara yol açabilecektir (Tekin, 2007). Üçüncüsü, sözleşme sonrasında yapılan tesislerin kamuya devrinin mi yapılacağı yoksa işletmeye devam mı edileceğidir. Kamu özel ortaklığı doğrultusunda oluşturulan sözleşmelerin süresi bittiğinde yapılan tesislerin işletilmesinin kamuya devredilmesi ya da kamunun aynı tesisleri farklı yöntemlerle tekrar özel kişilere devretmesi durumu bir soru işareti oluşturmaktadır (Karasu, 2011: 253). Dördüncüsü, daha önce devletçe yapılan işlerin özel sektöre devri, devlette bu hizmeti veren kapasitenin kaybolmasına neden olmaktadır (Tekin, 2007).

#### **4. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI PROJELERİ**

Türk sağlık sektöründeki yeniden yapılanma kapsamında Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinde hem örgütsel hem de finansman açısından kamu özel ortaklığı yöntemini kullanma yolunu tercih etmiştir. Bu yöntem doğrultusunda hastaların tüm sağlık sorunlarının kendi Sağlık Hizmet Bölgeleri<sup>15</sup>'nde çözülmesi ilkesi gereğince toplam 22 ilde farklı fiziki

<sup>15</sup> Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetleri ile ilgili planlama çalışmaları sonucunda özellikle coğrafi ve iklimsel koşullar başta olmak üzere

boyutlarda ve farklı yatak kapasitelerinde toplam 30 Sağlık Kampüsü planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 43). Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesine eklenmesi ve faaliyete başlamasıyla birlikte kamu özel ortaklığı yöntemi doğrultusunda 2012 yılı itibariyle farklı illerde gerçekleştirilmek üzere toplam 18 proje ortaya konulmuştur.

Bu projeler şunlardır:

- Adana Entegre Sağlık Kampüsü
- Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü
- Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü
- Bursa Entegre Sağlık Kampüsü
- Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü
- FTR, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri
- Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü
- Isparta Şehir Hastanesi
- İstanbul İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü
- İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü
- Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü
- Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü
- Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü
- Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi
- Mersin Entegre Sağlık Kampüsü
- Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kampüsü
- Eskişehir Şehir Hastanesi

(<http://kamuozel.gov.tr/?Islem=YaziKategorileri&BolumID=7>, 09.12.2012)

Bu projeler içerisinde Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü ile Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü 3056 yatak kapasitesi ile en fazla yatak miktarına sahip projeler olarak göze çarpmaktadır (Bkz. Tablo 8).

Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı tarafından kamu özel ortaklığı yöntemi ile gerçekleştirilmesi planlanan projelerin, ilgili yönetmelik

---

nüfusun dağılımı ve bu nüfusun sağlık merkezlerine olan uzaklıkları, sağlık hizmetleri için fiziki mekân, personel sayısı, makine ve teçhizat yeterlilikleri, Yoğun Bakım, Yenidoğan Yoğun Bakım, Acil Servis, Onkoloji Tanı ve Tedavi Merkezleri, Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahi Merkezleri, Ruh Sağlığı ve Rehabilitasyon Hizmetleri gibi özellikli hizmet birimlerinin bölgesel farklılıkları gibi birçok parametre dikkate alınarak Türkiye'de Sağlık Hizmet Bölgesi uygulamasına geçiş süreci başlatılmıştır. Bu süreçle birlikte Türkiye 29 Sağlık Hizmet Bölgesi'ne ayrılmış ve bu hizmet bölgeleri içerisinde yeni sağlık tesislerinin yapımı noktasında çeşitli adımlar atılmıştır.

hükümleri çerçevesinde belli istekliler arasından ihale usulü ile seçilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda her bir proje için “Yapım İşleri İle Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşi Ön Yeterlik İlanı” yayımlanmıştır. İlanlarda ihaleleri alacak olan yüklenicilerden; projenin finansmanı, uygulama projesi, tasarımı, inşaatı, medikal cihazlar ve diğer ekipmanın tedariki, tesis için gerekli mefruşatın sağlanması, tesislerin bakım ve onarımı, görüntüleme, laboratuvar ve diğer tıbbi destek hizmetleri, bilgi işlem, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, güvenlik ve yemek dahil olmak üzere destek hizmetlerinin sunumu, sağlık hizmetleriyle uyumlu ve Bakanlık onayını alacak ticari alanların yapım ve işletilmesi talep edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu özel ortaklığı hastaneleri hizmet, iş ve işlem hacmi açısından büyümeyi, yoğunlaşmayı ve buna bağlı olarak da örgütsel, yönetsel ve mali boyutuyla ölçek büyümesini de beraberinde getirmektedir (Karasu, 2011: 231).

Oluşturulan 18 proje ile ilgili ayrıntılı bilgiler Tablo 8’de yer almaktadır. Buna göre her bir proje için bir yapım dönemi, bir işletme dönemi ve bu iki dönemin toplamından oluşan bir sözleşme dönemi belirlenmiştir. Örneğin Adana Entegre Sağlık Kampüsü için, projenin yapım dönemi 3 yıl, işletme dönemi 25 yıl olmak üzere toplam sözleşme süresi 28 yıldır.

Projelerde, kurulacak sağlık kampüsleri içerisinde dal hastanelerine ek olarak bölge hastaneleri de yer almaktadır.

Projelerin tamamlanması her bir proje bazında değişiklik göstermekle birlikte hemen hemen 3-4 yıl gibi bir süre içerisinde gerçekleşecektir.



Tablo 8. Kamu Özel Ortaklığı Projeleri♦

Kamu-Özel Ortaklığı Projeleri	Özellikler			Hastane Türleri	Yatak Sayıları	Toplam Yatak Sayısı	Teklif Veren Firma Sayısı	Projenin Mevcut Durumu
	Yapım Dönemi	İşletme Dönemi	Sözleşme Süresi					
Adana Entegre Sağlık Kampüsü	3 Yıl	25 Yıl	28 Yıl	1.Bölge	400	1400	ÖYA=8 İK=4 TV=4	Nihai Teklif Süreci
				2.Onkoloji	100			
				3. Kadın Doğum ve Çocuk	250			
				4. Kalp Damar Hastalıkları	200			
				5. Psikiyatri	200			
				6. Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri	100			
				7. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	150			
Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü	42 Ay	25 Yıl	-	1.Bölge	504	3056	ÖYA=8 İK=6 TV=3	Yapım Süreci
				2.Kalp Damar Hastalıkları	328			
				3.Ortopedi ve Nörolojik Bilimler	456			
				4.Kadın Doğum	344			
				5.Çocuk	496			
				6.Onkoloji	328			
				7.Rehabilitasyon	300			
				8.Psikiyatri	200			
				9.Yüksek Güvenlikli Psikiyatri	100			
Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü	42 Ay	25 Yıl	-	1.Bölge	504	3056	ÖYA=9 İK=3 TV=3	Yapım Süreci
				2.Kalp Damar Hastalıkları	328			
				3.Ortopedi ve Nörolojik Bilimler	456			
				4.Kadın Doğum	344			
				5.Çocuk	496			
				6.Onkoloji	328			
				7.Rehabilitasyon	300			
				8.Psikiyatri	200			
				9.Yüksek Güvenlikli Psikiyatri	100			

♦ <http://www.kamuozel.gov.tr/?Islem=YaziKategorileri&BolumID=7> (Erişim Tarihi: 09.12.2012) sayfasından projelere katılan firmalarla ilgili bilgi edinilebilir. Teklif Veren Firmaların mevcut durumları ile ilgili olarak kısaltmalar şu şekildedir: ÖYA (Ön Yeterlik Alan), İK (İhaleye Katılan), TV(Teklif Veren).

KERMAN – ALTAN – 2012

Bursa Entegre Sağlık Kampüsü	3 yıl	25 yıl	28 yıl	1.Bölge	400	1200	ÖYA=7 İK=6 TV=3	Nihai Teklif Süreci
				2.Kalp Damar Hastalıkları	200			
				3.Onkoloji	200			
				4.Psikiyatri	100			
				5.Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri	100			
				6.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon i	200			
Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü	36 ay	25 yıla	-	1.Bölge	400	950	ÖYA=6 İK=2 TV=1	Sözleşme Yapılma Süreci
				2.Kadın Doğum ve Çocuk	250			
				3.Psikiyatri Hastanesi	200			
				4.Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri	100			
FTR, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri	2 yıl	25 yıl	27 yıl	1.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon(Afyon, Diyarbakır, Erzurum, Malatya, Samsun, Van İllerine 150 Y)	900	2530	ÖYA=6	Nihai Teklif Süreci
				2.Psikiyatri (Bolu 60Y, Diyarbakır 80 Y, Erzurum 80Y, İstanbul-Bakırköy 400Y, Kahramanmaraş 90Y, Samsun 120Y, Trabzon 100Y, Van 100Y)	1030			
				3.Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri(Diyarbakır 100Y, Erzurum 100Y, İstanbul-Bakırköy 200Y, Samsun 100Y, Trabzon 50Y, Van 50Y)	600			
Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü	3 yıl	25 yıl	28 yıl	1.Bölge	500	1550	ÖYA=9	Nihai Teklif Süreci
				2.Onkoloji	100			
				3. Kadın Doğum ve Çocuk	400			
				4. Kalp Damar Hastalıkları	100			
				5. Psikiyatri	200			
				6. Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri	100			
				7. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	150			
Isparta Şehir Hastanesi	2 yıl	25 yıl	27 yıl	1.Bölge	482	728	ÖYA=9	Nihai Teklif Süreci
				2.Kadın Doğum ve Çocuk	246			
İstanbul İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü	36 ay	25 yıl	28 yıl	1.Bölge	400	1980	ÖYA=12 İK=6 TV=5	Sözleşme Yapılma Süreci
				2.Onkoloji	150			
				3.Çocuk	250			
				4.Kadın Doğum	300			
				5.Kalp Damar Hastalıkları	150			
				6.Nörolojik ve Ortopedik Bilimler	250			
				7.Psikiyatri	200			
				8.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi	200			

				9.Yanık Ünitesi	10			
				10.Travma Merkezi	50			
				11.Transplantasyon Ünitesi	20			
İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü	3 yıl	25 yıl	28 yıl	1.Bölge	400	1450	ÖYA=12	Nihai Teklif Süreci
				2.Onkoloji	100			
				3.Kadın Doğum ve Çocuk	300			
				4.Kalp Damar Hastalıkları	200			
				5.Psikiyatri	200			
				6.Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri	100			
				7.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	150			
Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü	3 yıl	25 yıl	-	1.Eğitim Araştırma	1083	1583	10 Ağustos 2011 İhaleyi alan firma ile iş başlatılmış.	Yapım Süreci
				2.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	200			
				3.Psikiyatri	200			
				4.Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri	100			
Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü	3 yıl	25 yıl	28 yıl	1.Bölge	400	1150	ÖYA=9	Teklif Verme Süreci
				2.Onkoloji	100			
				3.Kadın Doğum ve Çocuk	250			
				4.Kalp Damar Hastalıkları	100			
				5.Psikiyatri Hastanesi	100			
				6.Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri	100			
				7.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	100			
Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü	36 ay	25 yıl	28 yıl	1.Bölge	400	800	ÖYA=7 İK=4 TV=3	Sözleşme Yapılma Süreci
				2.Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları	400			
Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi	24 ay	25 yıl	27 yıl	1.Eğitim Araştırma	400	400	ÖYA=6 İK=5 TV=3	Sözleşme Yapılma Süreci
Mersin Entegre Sağlık Kampüsü	36 ay	-	28 yıl	1.Bölge	500	1200	ÖYA=8 İK=3	Sözleşme Yapılma Süreci
				2.Kalp Damar Hastalıkları	100			
				3.Kadın Doğum ve Çocuk	350			
				4.Psikiyatri	100			
				5.Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri	50			
Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi	24	25	27	1.Eğitim Araştırma	400	400	ÖYA=8 İK=6 TV=3	Sözleşme Yapılma

KERMAN – ALTAN – 2012

								Süreci
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kampüsü	3	15	18	1.Tüketici Güvenliği Referans Laboratuvar Binası	1 Adet	-	ÖYA=8	Ön Yeterlik Süreci
				2.Enfeksiyon Hastalıkları Referans Laboratuvar Binaları	2 Adet			
				3.İlaç ve Tıbbi Cihaz Analiz ve Kontrol Laboratuvar Binaları	2 Adet			
				4.Biyogüvenlik Seviye 3 (BSL-3-P3) ve Biyogüvenlik Seviye 4 (BSL-4-P4) üniteleri içeren Araştırma ve Referans Laboratuvar Binası	1 Adet			
				5. Deney Hayvanları Üretim, Test ve Araştırma Binası	1 Adet			
				6.Türkiye Halk Sağlığı Kurumu İdari Binası	1 Adet			
				7.Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İdari Binası	1 Adet			
				8. Veri Merkezi	1 Adet			
Eskişehir Şehir Hastanesi				1. Genel Hastane	712	1060	ÖYA=13	Ön Yeterlik Süreci
				2. Onkoloji Hastanesi	129			
				3. Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi	119			
				4.Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi	100			

## SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

1980 sonrasında neo-liberal devletin kamu hizmetleri anlayışı, etkinlik ve verimlilik kriterleri çerçevesinde fiyat tabanlı, bürokratik olmayan, piyasa ve müşteri odaklı şekilde yeniden kurgulanmıştır. Bu anlayış kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde kamu, özel sektör ve sivil toplum örgütlerini bir araya getiren; yeni kamu işletmeciliği anlayışını benimseyen; mal ve hizmet üretimindeki maliyet, risk ve fayda gibi sonuçların tüm aktörlerce paylaşıldığı kamu özel ortaklığı yöntemini beraberinde getirmiştir. Bu yöntem, son dönemde yaygın şekilde sağlık sektöründe de uygulanmaktadır. Böylece kamu hizmetinin örgütlenmesi ve finansmanında esneklik sağlanmaya çalışılmaktadır.

Türkiye’de kamu özel ortaklığı yönteminin sağlık sektöründe uygulanmasına yönelik yasal adımlar atılmaya başlanmış, hizmet alımı, sunumu, örgütlenmesi ve finansmanı açısından değişiklikler getirilmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı ile İnşaat ve Onarım Daire Başkanlığı’nın ana hizmet birimleri içerisinde yerini alması ile örgütlenmede de değişim yaşanmıştır.

Kamu özel ortaklığı yönteminin uygulanması ile özel sektör finansman kaynaklarının kamu yatırımlarında kullanılması; riskin özel sektörle paylaşılması; uzmanlığa dayalı bir altyapının oluşturulması; sağlık tesisi yapım sürelerinin kısaltılması ve buna ilişkin maliyetlerin özel sektöre aktarılmasıyla kamunun yatırım yükünün uzun yıllara yayılması; tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların işletilmesinin özel sektöre yaptırılması amaçlanmaktadır.

Bu amaçların gerçekleştirilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından 22 ilde 30 sağlık kampüsü planlanmış ve 17 proje ortaya konulmuştur. Bu projelerin gerçekleştirilmesi ile sağlık sektöründe hastane ve hastane yatağı sayısında ciddi bir gelişme kaydedilecektir. Böylece kamunun sağlık alanındaki maliyetleri azaltılırken etkin ve verimli bir sağlık hizmeti de öngörülmektedir.

Kamu özel ortaklığı uygulaması olumlu yanları ile birlikte yeni bir uygulama olması sebebiyle bazı sorunlara da gebecektir. Mevzuattaki boşlukların giderilmesi, Sağlık Bakanlığı’nın sistem içerisindeki rolünün netleştirilmesi, süreci takip edebilecek kalifiye eleman sayısının artırılması, sözleşme sürelerinin bitimiyle ortaya çıkabilecek belirsizliklerin giderilmesi ve kamuoyuna yönelik farkındalık çalışmalarının yaygınlaştırılması ile doğabilecek sorunlar ortadan kaldırılabilecektir.

**KAYNAKÇA**

1. ALTAY, Asuman (2007), “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
2. BALCI, Asım (2005), *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim*, Ankara: Atlas Yayın Dağıtım.
3. BAYRAMOĞLU, Sonay (2005), *Yönetişim Zihniyeti: Türkiye’de Üst Kurullar ve Siyasal İktidarın Dönüşümü*, İstanbul: İletişim Yayınları.
4. Bazı Yatırım Ve Hizmetlerin Kamu Kesimi İle Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı (2007), <http://ekutup.dpt.gov.tr/haber/ahd/taslak.pdf> (21.11.2011).
5. BUSE, K. ve G.WALT (2000), “Global Public-Private Partnerships for Health: Part I-a new development in health?”, *Bulletin of the World Health Organization-The International Journal of Public Health*, 78(4), 549-561.
6. ÇELİK F.Eda (2008), “Hizmet Sunumuna Katılım Ve Kamu Özel Ortaklıkları”, *Dosya-08: Yerel Yönetimlere Katılım, Bülten 64, Mimarlar Odası Ankara Şubesi Yayını*, 28-38.
7. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (Temmuz 1946), “Constitution Of The World Health Organization”, [www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (10.09.2011)
8. GÖZLER, Kemal (2006), *İdare Hukuku Dersleri*, Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları.
9. GÜNEŞ, Ahmet M. (2009), “Kamu Hizmetlerinin Yürütülmesinde Yeni Bir Yöntem: Kamu Özel Ortaklığı”, *Güncel Hukuk Dergisi*, Şubat 2009, 58-62.
10. NIKOLIC, Irina A., MAIKISCH Harald (2006), *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector*, NW Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
11. KARASU Koray (2009), “Kamu - Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi”, B. Övgün (Ed.) *Kamu Yönetimi: Yapı- İşleyiş – Reform*, Ankara: KAYAUM Yayınları, 79-91.
12. KARASU Koray (2011), “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66 (3), 217-262.
13. NELSON, J. (2002), “Building Partnerships: Cooperation Between The United Nations System And The Private Sector”, *Report Commissioned By The United Nations Global Compact Office*, United Nations Department Of Public Information: NewYork, 47.
14. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2008), *Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value*

- for Money, [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/occd/governance/public-private-partnerships\\_9789264046733-en](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/occd/governance/public-private-partnerships_9789264046733-en) (20.10.2011).
15. ÖZER M.Akif (2006), “Kamu Yönetiminde Kimlik Bunalımı Üzerine Değerlendirmeler”, *Sayıştay Dergisi*, 61, 3-22.
  16. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Kanun No: 224 Resmi Gazete Sayı:10705, Resmi Gazete Tarih: 12.1.1961.
  1. 17. Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi: 22.06.2006, Resmi Gazete Sayısı: 26236.
  17. Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, R.G. Tarih: 22/05/2010 Sayı: 27588.
  18. Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, R.G. Tarih: 01/07/2011 Sayı: 27981.
  19. SAĞLIK BAKANLIĞI (2012), <http://www.kamuozel.gov.tr/?Islem=YaziDetay&IcerikID=112> (10.05.2012)
  20. SAĞLIK BAKANLIĞI (2012), <http://kamuozel.gov.tr/?Islem=YaziKategorileri&BolumID=7> (09.12.2012)
  21. SAĞLIK BAKANLIĞI (2011), Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi, <http://www.tedavi.saglik.gov.tr/kutuphane/ystp.pdf> (10.11.2011).
  22. SAĞLIK BAKANLIĞI (2010) Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü-Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, [www.tusak.saglik.gov.tr/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2010.pdf](http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri_yilligi_2010.pdf) (10.11.2011).
  23. TAN, Turgut (1992), “Kamu Hizmeti İmtiyazından Yap İşlet Devret Modeline”, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 47 (3), 307-325.
  24. TEKİN, Ali Güner (2007), “Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri-Kamu-Özel Ortaklıkları”, *İdarecinin Sesi Dergisi*, 21 (122), 10-14.
  25. TORTOP Nuri, ÖZER, Akif, AYKAÇ, Burhan, İŞBİR, Eyüp G. (2007), *Yönetim Bilimi*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
  26. UZ, Abdullah (2007), “Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (PPP)”, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, XI (1-2), 1165-1182.
  27. <http://ekutup.dpt.gov.tr/haber/ahd/gerekce.pdf> (21.11.2011)