

## TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ

### PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP MODEL IN THE HEALTH SECTOR IN TURKEY

Doç.Dr.Ertuğrul ACARTÜRK<sup>1</sup>  
Sabiha KESKİN<sup>2</sup>

#### ÖZET

*Kamusal mal ve hizmetler ya yalnız devlet, ya sadece özel sektör ya da kamu ve özel sektör işbirliği ile sunulmaktadır. Uzun yıllardır Türkiye'de kamu hizmetleri çoğunlukla devlet eliyle yürütülmekteydi. 24 Ocak kararlarıyla ivme kazanan ve Özal'ın başbakan olmasıyla hızlanan liberalleşme ve dışa açılma politikaları sonuç vermiş ve ekonomide kamunun ağırlığı azalmıştır. Önceleri kamu sektörünün ağırlıklı olarak sunduğu mal ve hizmetler, özelleştirme ve diğer alternatif yöntemlerle özel sektör veya kamu özel sektör işbirliğiyle de sunulabilmektedir.*

*Türkiye'de yeni finansman modeli olan Kamu Özel Ortaklığı çalışmanın konusunu oluşturmaktadır. Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda Türkiye'de çalışmaların yetersizliği makalenin temel motivasyon kaynağı olmuştur. Bu nedenle sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulaması hakkında çalışılmıştır.*

*Bu çalışmada Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin uygulanabilirliği irdelenmiştir. Yarı kamusal mal ve hizmet kapsamında ele alınan sağlık hizmetlerinin etkin kullanımının sağlanması açısından uygulanması önerilen Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda detaylı bir çalışma yapılması hedeflenmiştir. Çalışma bu hedef doğrultusunda hazırlanmıştır.*

#### ABSTRACT

*Public goods and services are offered by public sector, private sector or cooperation of both. In Turkey, public services were conducted by the hand of the government for many years. The foreign expansion and liberalization policies, which were accelerated by being prime minister of Özal's and January 24 decisions, resulted and domination of the government on the economy decreased. The goods and services mainly offered by the public sector previously, can be offered today by private sector or public-private co-operation through privatization and other alternative methods.*

<sup>1</sup> Adnan Menderes Üniversitesi, Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü Öğretim Üyesi

<sup>2</sup> Adnan Menderes Üniversitesi, Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü Doktora Özel Öğrencisi

*The new financing model in Turkey "Public-Private Partnership" is subject of the study. Lack of studies in Turkey on "Public-Private Partnership" model, is the main source of motivation of the article. For this reason, the model of the implementation of public-private partnerships in the health sector were studied.*

*In this study, the applicability of the Public-Private Partnership model in health sector in Turkey was examined. A detailed study about the Public-Private Partnership model is aimed, which is suggested in order to ensure the efficient use of health care services in terms of semi-public goods and services. The study was prepared in accordance with this objective.*

Kamu Özel Sektör Ortaklığı (KÖO–PPP), Devlet Tekeli, Özelleştirme, Sağlık Sektöründeki Gelişmeler, Etkinlik, Sağlık Finansmanı, Sağlık Harcamaları.

Public Private Sector Partnership (PPP), Privatization, Developments in the Health Sector, Efficiency, Health-care Financing, Health Cost.

## GİRİŞ

Devlet politikası gereği, halkın ihtiyacını karşılayabilecek mal ve hizmeti sunabilmek için kamu harcamaları yapılmaktadır. Bu noktada kamu gelirleri ve kamu harcamaları önem taşımaktadır. Yapılan kamu harcamalarının kamu gelirleri sınırlarında olması beklenmektedir. Aksi bir durum olduğunda kamu gelirlerinin kamu harcamalarını finanse etmesi zorlaşır ve yeni finansman yolları gündeme gelir. Kamu harcamalarının kamu gelirleriyle finansmanın sağlanması, temel hedeftir.

Devlet tekelinde yapılan politikalar tüm sorumluluğu devlete yüklerken, özelleştirme politikalarında da devletin gücünün yitirilmesi kaygıları gündeme gelmiştir. Bu iki kavramın dışında yeni bir finansman modeli ortaya çıkmıştır; Kamu Özel Ortaklığı Modeli.

Kamu Özel Ortaklığı son dönemlerde yaygın kullanılan bir modeldir. Çoğunlukla yüksek sermaye isteyen büyük projeler için uygulanması planlanmaktadır. Bu kapsamda altyapı yatırımları, enerji sektörü, sağlık ve eğitim hizmetleri düşünülmektedir. Türkiye’de bazı sektörler için uygulandığı bilinmektedir. Ancak modelin, sağlık sektöründeki uygulamaları Türkiye’de yaygınlaşmamıştır. Daha çok İngiltere ve Fransa’da uygulama alanı bulan ve üzerinde değerlendirmeler yapılan model, Türkiye’de henüz yaygın uygulama alanı bulamamıştır.

İngiltere’de kamu üzerindeki harcama yükünün bu model sayesinde %30 düştüğü belirlenmiştir. Dolayısıyla kamunun maliyet yükü üzerinde ciddi bir azalıştan bahsetmek mümkündür. 2006 yılında konuya ilişkin çalışmalara ağırlık verilmiştir. Bu verilere dayanılarak Türkiye’de sağlık sektörü uygulama alanıyla ilgili pilot bölge olmasına karar verilmiştir. Türkiye’de pilot bölge olarak Kayseri Hastanesi belirlenmiştir. Ancak sağlık sektöründeki uygulamaya ilişkin bilgilerin yoğun olmamasından kaynaklanan

sorunlar nedeniyle pilot bölge de dahil olmak üzere ülkemizde aktif bir uygulamaya henüz geçilememiştir.

Dar anlamda Kamu Özel Ortaklığı Modeli (KÖÖM), projesi devletçe hazırlanan hastane gibi tesislerin devletin gösterdiği arsaya, finansmanı tamamen gerçek kişiler veya özel sektör kurumlarınca sağlanarak inşa edilmesi ve gerekli teçhizatla donatılması, sonra da hastanenin azami 49 yıllığına devlete kiralanmasıdır. Bu modelle yapılan hastanenin mülkiyeti kamuya ait olacaktır. Bu şekilde devletin bütçesinden hiç harcama yapılmaksızın sağlık tesislerinin özel kesimin finansman imkanlarıyla yapılması amaçlanmaktadır. Bu uygulama da özel kesimin aylık düzenli kira geliri elde etmesi temel çıkarıdır.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli, devletin tümüyle çekilmek istemediği ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün tek başına sunmaktan çekindiği hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve böylece devletin temel çıkmazı haline gelen finansman sorununu aşmak amacıyla geliştirilmiştir. Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile sağlık tesislerinin, kiralama karşılığı yaptırılması ile tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmanın amacı Kamu Özel Ortaklığı Modeli’ne hakkında eksik bilgiden kaynaklanan kaygılara cevap aramak ve Türkiye’de uygulanabilirliğini tartışmaktır. Kamuoyunda sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeline ilişkin bilginin yeterli seviyede olmadığı düşünülmektedir. Bu sebeple modele ilişkin mevcut önyargıların ve ideolojik yaklaşımların minimize edilmesi hedeflenmiştir. Bu anlamda Kamu Özel Ortaklığı Modelinin bilinirliğini artırmak için çalışma önem taşımaktadır.

## 1. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ VE KAPSAMI

Devletin temel görevi; toplumun temel ihtiyaçlarını karşılamaktır. Halkın ihtiyaçlarını karşılayabilmek her zaman kolay olmamaktadır. Hizmet sunumu için yeterli gelire sahip olunması gerekmektedir. Bu durumda finansman modelleri ele alınır. Bütçede toplanan gelirler ile yapılan giderlerin karşılanamaması sonucunda, bütçe açıkları gündeme gelecektir. Dolayısıyla bütçe açıklarının gündeme gelmesini önlemek ya da mevcut bütçe açıklarını derinleştirmemek adına, kamunun harcama yükünü hafifletecek finansman modelleri oluşturulmalıdır.

Teker (2008)’e göre proje finansmanı, büyük miktarda sermaye yoğun yatırımların hayata geçirilebilmesi amacıyla kullanılan bir çeşit finansman yoludur. Bu projeleri finanse eden kurumlar, finansman talebinde bulunan kuruluşun kredibilitésinin dışında, projenin gelir yaratma gücü ve proje varlıklarının teminat olarak alınabilmesi ile ilgilenirler. Bu projeleri üstlenen kamu veya özel sektör kuruluşları, genellikle yüksek oranlarda finansal kaldıraç kullanmayı tercih ederler. Proje finansmanlarında %80 borç-%20 özsermaye kullanımı genel olarak tercih edilen sermaye karışımıdır. Ancak finansal kaldıraç oranı, bazı projelerde %100 de

olabilmektedir. Proje finansman süreci sağlık, eğitim, ulaşım veya altyapı gibi kamu hizmetlerinin sunulabilmesi için bir tesisin planlanması, tasarlanması, finanse edilmesi, inşaatı ve işletilmesi şeklinde sıralanabilir (Teker, 2008: 5). Ancak bütçe yetersizliği ve konulara ilişkin uzmanlaşma eksikliği nedeniyle, sunulması beklenen kamu hizmetleri sunulamaz veya sunulması halinde olması beklenen kaliteye ulaşılamaz. Talep edilen hizmetin sağlanamaması ya da sunulan hizmetteki kalite yetersizliği de güven zedeleyici bir süreci beraberinde getirir. Bu noktada ciddi sıkıntılar gündeme gelecektir.

Proje finansman modelleri söz konusu olduğunda öncelikle devlet tekeli akla gelmektedir. Ardından özelleştirme süreci gündeme gelmiştir. Günümüzde ise devlet tekeli ve özelleştirme dışında Kamu Özel Ortaklığı Modeli geliştirilmiştir. Kamu Özel Ortaklığı Modeli daha çok iki sektörün proje için paylaşımlarının olduğu bir modeldir. Finansman ihtiyacının karşılandığı ancak özel sektörün de bu ortaklıkla kira geliri elde etme noktasında karlı olabileceği bir modeldir. Menfaat paylaşımı böylelikle sağlanmış olacaktır. Kamu sektörü için en büyük menfaat, yüksek maliyet ve finansman gerektiren hizmetlerin gerçekleştirilmesiyle hizmet arzının sağlanmasıdır. Kar maksimizasyonu odaklı hareket eden özel sektörün menfaati de belirlenen sözleşme süreci içinde kira geliri elde etmiş olma durumudur. Böylece sektörel amaçların dışında hareket edilmemiş olacaktır.

Bu anlamda Çizelge 1.1.'de proje finansman modellerinin finansman, risk ve getirileri göz önünde bulundurularak paylaşımları verilmiştir.

Çizelge 1.1.: Proje Finansman Modelleri

| Devlet Finansmanı                                       | Kamu Özel Ortaklığı Modelleri                                      | Özelleştirme  |
|---|--|---|
| 1. Proje devlet tarafından finanse edilir ve işletilir. | 1. Yap-Devret<br>2. Yap-Kirala-İşlet-Devret<br>3. Yap-Devret-İşlet | 1. Kamu hizmeti özel sektör tarafından sahiplenir ve işletilir. |
| 2. Risk ve getiri devlete aittir.                       | 4. Yap-İşlet-Devret<br>5. Yap-Sahiplen-İşlet                       | 2. Risk ve getiri özel sektöre aittir.                          |

Kaynak: Teker, D. "Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye için Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Fizibilite Analizi", 2008: 5.

Çizelge 1.1.'de proje finansman modelleri gruplandırılmış ve önemli noktalar dahilinde özetlenmiştir. Her grup için kilit konulara ya da model türlerine yer verilmiştir. Ancak hangi finansman modeli tercih edilirse edilsin hizmetin sunumu ve hizmet sunumunun kalitesi büyük önem taşımaktadır.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli, kamu altyapı hizmetleri kapsamında projelerin gerçekleştirilmesi için geliştirilen, devlet ile özel sektör arasında uzun vadeli esnek bir sözleşme temeline dayanan ve kamu hizmetlerinin görülmesine ve/veya finansmanına devlet ile özel sektörün bir arada katılmasını öngören, finansman, altyapı ve hizmet sağlama için kullanılan bir kavramı ifade etmektedir (Tan, 1995: 309). Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulamaları, kamu hizmetlerinin sunumunda klasik anlamda tüm kamu

hizmetlerinin devlet tarafından sunumu ile tüm hizmet temininin özel sektör vasıtasıyla yapılması arasında kalan, kamu sektörünün ve özel sektörün hizmet sunumunu beraberce üstlendikleri bir modeldir (Miynat, Kovancılar ve Bursalıoğlu, 2007: 197). Tanımdan yola çıkarak Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nde kamu sektörü ile özel sektör arasında hem maliyet hem de risk paylaşımı olacaktır.

Hizmet sunumunda etkinliğin sağlanması amacıyla özelleştirme, regülasyon, işbirliği, kamusal garantiler, tamamlayıcılık ya da rekabet devlet ve devlet dışı birimlerin ilişkilerinin analizinde ve çözümlenmesinde yeni bir kamu hizmeti üretim yöntemi olan Kamu Özel Ortaklığı Modeli daha önemli noktaya gelmiştir (Miynat vd., 2007: 191).

Genel itibarıyla Kamu Özel Ortaklığı Modeli'ne yönelik bilgiler doğrultusunda modele ilişkin uygulamalardan söz etmek mümkündür. Ancak sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulama alanı değerlendirildiğinde sağlık alanı için uygulanıp uygulanmaması konusundaki araştırmalar devam etmektedir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli, kamu hizmeti olarak nitelendirilen ancak, devletin tümüyle çekilmek istemediği ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün tek başına sunmaktan çekindiği hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve böylece devletlerin temel çıkmazı haline gelen finansman sorununu aşmak amacıyla geliştirilmiştir. Kamu Özel Ortaklığı Modeli, İngiltere başta olmak üzere ABD, İrlanda, İspanya ve Portekiz gibi ülkelerde finansman sorununa bir çözüm olarak görülmüş ve mevcut politika içinde finansman yöntemi olarak uygulanması tercih edilmiştir (Eker, 2007: 60).

1990 - 2009 yılları arasında İngiltere'nin, tüm Kamu Özel Ortaklığı projelerinin yaklaşık üçte ikisini yürüttüğü bilinmektedir. İngiltere'nin toplam projelerin % 10'unu yürüten İspanya da bu konuda öncü kabul edilmektedir. Fransa, Almanya, İtalya ve Portekiz ise sırasıyla toplam projelerin % 2-5'ini bu şekilde sürdürmüştür (JETRO, 2010: 4; Kappeler ve Nemoz, 2010: 8).

Model, kamunun yaptığı yol, su, eğitim, sağlık ve bazı altyapı hizmetlerinin birçoğu özel sektör tarafından da yapılması ve sunuma hazır hale getirilmesini sağlayan bir süreci kapsamaktadır. Dolayısıyla tüm sorumluluk, maliyet, yetki, gelir, risk, fayda ve zararlar özel sektör ve kamu sektörü tarafından ortak olarak paylaşılmaktadır. Bu paylaşımında her iki sektör için görev paylaşımı anlamına gelmektedir. Dolayısıyla bu yöntemle aşırı görev yükü önlenecektir.

Görev yükünün önüne geçilmesi, risk paylaşımının gündeme gelmesi ve zaman-maliyet tasarruflarının sağlanmasıyla talep edilen mal ve hizmetlerin etkinliğinden söz edilebilecektir. Bu anlamda Etkinlik Teorisi konu kapsamında değerlendirilmiş olacaktır. Etkinlik Teorisine göre, Kamu Özel Ortaklığı Modeli, kamu kurumlarındaki etkinsizliği azaltmak, piyasa ekonomisi koşullarını oluşturmak, daha rekabetçi bir yapının oluşmasına izin vermek ve dolayısıyla daha kaliteli mal ve hizmet üretiminin ve arzının

gerçekleştirilmesine olanak verilmesi açısından önemli ve gereklidir (Miyat vd., 2007: 193).

Kamu Özel Ortaklığı Modeli, enerji üretimi ve dağıtımı, sulama ve kanalizasyon sistemleri, su kanalı ve dağıtım projeleri, hastaneler, eğitim binaları, okullar, stadyumlar, haberleşme ve ulaştırma, trafik kontrol sistemleri, hapishaneler, yollar, güvenlik, turizm, imalat ve konut yapımı ile diğer inşaat işleri, kültürel, kentsel ve kırsal altyapı düzenlemeleri ile kamu idarelerinin altyapı yatırım ve hizmetlerini bünyesinde barındırmaktadır (Yılmaz ve Karakaş, 2011: 30). O halde kamu idarelerinin özel sektör ile birlikte altyapı projelerinin yada bir hizmetin gerçekleştirilmesi hedefiyle projenin tasarımı, finansmanı, yapımı ve işletilmesinin yanında var olan yatırımın yenilenmesi, kiralanması, bakım ve onarımının yapılması ve işletilmesinde özel sektörün de katılımının sağlandığı bir organizasyon bütünü olarak Kamu Özel Sektör Ortaklığının tanımlanması da mümkündür (Güzelsarı, 2009: 46).

Kamu Özel Ortaklığı ile ilgili tanımlamalar yapılırken diğer yandan 1990'lerden beri Kamu Özel Sektör Ortaklığı projeleri için genel kanaat ise kamu ve özel sektör ortaklıklarıyla tek taraflı uygulama yoğunluğu bir tarafa kamu ve özel kesiminin güçlerinin birleştirilmesiyle daha etkin ve daha sosyal çerçevede faydalı projelerin oluşturulup yürütülebileceği noktasında önem kazanmaktadır (Mckinsey&Company, 2009: 4).

Kamu Özel Ortaklığı modeli ile uygulanacak projeler hem özel sektöre yeni pazar olanakları sunmakta hem de kamunun hayata geçirdiği altyapı yatırımları, su ve enerji, eğitim, sağlık gibi sektörlerde kamu hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması adına sektöre yenilikler getirmektedir (Yılmaz ve Karakaş, 2011: 35). Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile kamu hizmetlerinin en temel finans kaynağı olan vergilerin, vergi ödeyenlerle, toplumun tamamının veya kalan diğer kısmının eşit şekilde yararlanmasının yaratacağı adaletsizliklerin de önüne geçilmesi varsayılmaktadır (Güzelsarı, 2009: 72). Bu noktada kamu maliyesinde sıkça söz edilen bedavacılık sorununun da kamu özel ortaklığı modeli ile en aza indirileceği öngörülmektedir.

### **1.1. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Finansmanı**

Kamu hizmetlerinde çeşitli şekillerdeki ifade edilen ortaklık, işbirliği modelleri de alternatif yöntemler arasında sıralanmaktadır (Flinders, 2005: 218). Linder'in "yeni sağın etkileyici pazarlama stratejisi" olarak nitelendirdiği (Linder, 1999: 35-40) Kamu Özel Ortaklığı Modeli, başlı başına bir finansman modeli olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle kamu hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenme ilke ve değerleri kapsamında değerlendirildiği zaman piyasa dostu bir model olarak görülmektedir (Karasu, 2011: 1). Bu noktadan hareketle Kamu Özel Ortaklığı Modelinin, modeli uygulayan tarafları açısından "kazan kazan" olarak formülize edildiği bilinmektedir (Gerard, 2001: 1-4; Miraftab, 2004: 89).

PPP Modelini geniş anlamda ele alanlar; Yap-Devret, Yap-Kirala-İşlet-Devret, Yap-Devret-İşlet, Yap-İşlet-Devret, Yap-Sahiplen-İşlet-Devret,

Yap-Sahiplen-Devret Ve Yap-Sahiplen-Kirayaver-Devret Modellerinin hepsini PPP Modeli olarak değerlendirmektedirler. Dolayısıyla bu kesimlerce PPP Modeli özelleştirmenin yeni bir kılıfla uygulama alanı bulması olarak nitelendirilmektedir.

Oysa PPP Modeli dar anlamda ele alındığında PPP Modelini bir anlamda özelleştirmenin yeni adı olarak gören kişilerin endişeleri boşa çıkmaktadır. Zira bu yeni modelde kamu, hizmetlerinin sunumunu özel sektöre terk etmiş değildir. Özel sektör örneğin hastane yapılacaksa hastane binasını ve tefrisatını yapmakta ve kullanıma hazır hale getirdiği bu yapıyı sözleşmedeki süre zarfında işletmek üzere devlete kiralamaktadır. Özel sektör işletici değildir, hizmeti sunan hiç değildir. Bir sermayedar (girisimci) olarak örneğin 49 yıllığına geçici sahibi olduğu hastaneyi işletmek üzere kiraya veren gayrimenkul sahibidir. Devlet ayrıca bu kişinin kira gelirinden de yine Gelir Vergisi alacaktır. Dolayısıyla PPP Modeli, özelleştirmenin bir şeklidir ve özelleştirmenin taşıdığı tüm dezavantajları bünyesinde taşımaktadır savı tutarlı bir sav olarak görülemez.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulamalarının önünü açan uygulama 1994 yılında 3996 sayılı “Bazı Yatırımların ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapılması Hakkında Kanun” ve 1999 tarihinde 4446 sayılı yasa ile Anayasanın bazı maddelerinde değişiklik yapılması yoluyla kamu hizmeti tanımlarının yeniden ele alınmasıyla kamu hizmetlerinin özel sektör desteğiyle yapılması ve özel sektöre devredilmesi sağlanmıştır (Karasu, 2009: 81). Kamu Özel Ortaklığı çerçevesinde mevzuatın düzenlenmesiyle ilk adımın 1994 yılında Yap İşlet Devret (YİD) ile öncelikle elektrik üretimi ve otoyol yapımında atıldığı bilinmektedir (Yılmaz ve Karakaş, 2011: 37).

Kamu Özel Ortaklığı kapsamında özel sektörün risk paylaşım seviyesi farklıdır. Bu nedenle özel sektöre devredilebilen ve devredilemeyen risk unsurları söz konusudur. Dolayısıyla Kamu Özel Ortaklığı’na konu olacak projeler için risk paylaşımının önemi büyüktür.

Her Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelinde, özel sektörün risk paylaşım derecesi ve yönetime katkısı birbirinden farklıdır (Teker, 2008: 9).

Çizelge 1.2.: Özel Sektöre Transfer Edilebilen ve Edilemeyen Riskler (Teker: 9-10)

|                                      | Özel Sektöre Transfer Edilen Riskler  | Özel Sektöre Transfer Edilemeyen Riskler  |
|--------------------------------------|---|---|
| <b>Tasarım ve Geliştirme Safhası</b> |   |   |
| Tasarım riski                        | Tesisin kamuya en yararlı hizmeti sunacak şekilde tasarlanması                        | Kamu yararı gereklerinin özel şirkete ayrıntılı olarak aktarılmasından sorumludur.  |
| Teknoloji ve eskime riski            | En yüksek teknolojinin kullanımının ve sürekliliğinin garanti edilmesi                |   |
| <b>İnşaat Safhası</b>                |   |   |
| İnşaat riski                         | Geciken projeler için devlete cezalı ödemelerin yapılması                             |   |
| Yasal riskler                        |   | Yasal değişiklikler sonucu özel şirketin zarar etmesi ya da projenin gecikmesi durumunda, devlet şirketin bu zararını üstlenir. |
| <b>İşletim Safhası</b>               |   |   |
| Performans Riski                     | Proje anlaşmasında belirlenen standartlara uyulmaması durumunda şirket tazminat öder. |   |
| İşletim maliyeti riski               | Proje anlaşmasına göre risk paylaşılabilir.   | Proje anlaşmasına göre risk paylaşılabilir  |
| Talep riski                          |   | Devletin asgari hizmet geliri garantisi   |
| Artık değer riski                    | Projenin ekonomik ömrü sonunda, tesis özel sektörde kalırsa bakım ve onarım maliyeti  | Projenin ekonomik ömrü sonunda, tesis kamuya geçerse bakım, onarım ve işletim maliyeti  |

Kaynak: Teker, D. “Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi”, 2008: 9 - 10.

Çizelge 1.2.’de de görüldüğü gibi risk paylaşımları ele alınmıştır. Özel sektöre devredilebilen ve devredilmeyen proje riskleri gruplandırılmıştır. Riskler 8 alt başlıkla incelenmiştir. Ancak 3 ana safhada risk paylaşımları gösterilmiştir. Tasarım ve geliştirme safhası, inşaat safhası ve işletim safhası olarak 3 safha belirlenmiştir.

Tasarım ve geliştirme safhası özel sektöre transfer edilen ve edilemeyen riskler kapsamında iki ana risk grubuna ayrılmıştır. Tasarım ve geliştirme safhasında tasarım riski alanı ile teknoloji ve eskime riski alanı bulunmaktadır. Bu konular çerçevesinde özel sektöre risk paylaşımı değişmektedir.

İkinci safha inşaat safhasıdır. Burada sadece yasal risklerin özel sektöre transferi değerlendirilmektedir. Bu açıdan bakıldığı zaman yasal çerçeveye göre risk paylaşımının yapıldığını söylemek mümkündür.



Son safha da ise işletim safhası olduğu bilinmektedir. Bu safhanın kendi içinde detaylandırıldığı görülmektedir. Zira bu safhada performans riski, işletim maliyeti riski, talep riski ve artık değer riski ele alınmıştır. Bu risk gruplarının özel sektöre transfer edilip edilemediği konusunda Çizelge 1.2.’de detaylı bilgi verilmeye çalışılmıştır.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli (KÖOM), kamu hizmeti olarak nitelendirilirken, devletin tümüyle çekilmek istemediği ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün tek başına sunmaktan çekindiği hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve böylece devletin temel çıkamaz haline gelen finansman sorununu aşmak amacıyla geliştirilmiştir. Bu modelde, özel sektör projeyi inşa eder, sözleşmelerde belirlenen süre için sahiplenir, ancak işletmez, kamuya kiraya verir. Sözleşmede belirlenen süre sonunda da kamuya devreder. Bu süre zarfında projeyi inşa eden özel sektör, kira geliri elde eder.

Bu modelle Türkiye’de onlarca yıl süren yatırım projelerinin tamamlanma süresinin 2-3 yıla düşürülmesi planlanmaktadır. Ayrıca duruma göre, belki onlarca yılda ulaşılabilecek sağlık tesislerine bu modelle oldukça kısa zamanda sahip olmak mümkün olabilir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin kamu hizmetleri açısından yeni bir açılım getirmesi beklenmektedir. Bu kapsamda özel sektör atıl sermayenin ülke içine yönlendirilerek etkin bir şekilde kullanımının sağlanması, daha hızlı, daha etkili ve daha kaliteli hizmet sunumunun sağlanması, finansman sıkıntısının yok edilmesi gibi faydalarının olabileceği öngörülmektedir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin uygulanmasına yönelik konu ile ilgili sözleşme ve şartların karmaşık olması, devletin bu model kapsamındaki hizmetlerinin sunumundaki kapasitesinin yok edilebileceği, kamuya olan güvenin sarsılacağı, sağlık çalışanlarının iş güvencelerinin sıkıntıya gireceği ve özelleştirmenin başka bir yolu olarak görülmesi gibi çekincelerinin olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

### **1.1. Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin Yapısı**

Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin yapısı 6 aşamada incelenebilmektedir. Bu aşamalar sırasıyla; proje kapsamının belirlenmesi, stratejinin oluşturulması, seçim süreci, müzakereler, sözleşme yapılması, hizmet sunumunun başlaması olacaktır. Bu bölümde hepsi sırayla tek tek ele alınıp incelenecektir.

#### **1.2.1. Proje Kapsamının Belirlenmesi**

Proje konusunun belirlenmesi amacıyla projeye neden olan ihtiyaçlar tespit edilir. İhtiyaçların giderilmesine yönelik seçenekler belirlenir. Projenin hangi ihtiyaçtan doğduğu ve gerçekleşmesi durumunda ne gibi faydaların sağlanacağını tespiti bu aşamada söz konusudur. Neticede modelin yapısındaki ilk aşama olan proje kapsamının belirlenmesi önem taşımaktadır.

### **1.2.2. Stratejinin Oluşturulması**

Proje kapsamının tespitinden sonraki aşama ise stratejinin oluşturulması aşamasıdır. Bu aşamada ihale stratejisinin belirlenmesi amaç edinilmiştir. Bu amaçla ihale grubu oluşturulur. İhale grubu, çıktı şartnamesini düzenler. Bu aşamada, risklerin de belirlenmesi önemlidir. Bundan sonraki aşamalarda belirlenen stratejiye bağlı kalınır. Belirlenen strateji ne kadar güçlü olursa projede başarı o derece büyük olacaktır.

### **1.2.3. Seçim Süreci**

Seçim süreci aşamasında, proje ile ilgilenen firmaların teklifleri gündeme gelir. Proje ile ilgilenen firmalar kendi şartlarına uygun teklifi verirler. Teklif veren firmaların ön koşulları sağlayıp sağlamadıkları önem arz etmektedir. Ön elemeyi geçen firmalar tespit edilir.

### **1.2.4. Müzakereler**

Bu aşamada, proje kapsamında söz konusu hizmet için ön elemeyi geçen firmalarla müzakereler yapılır. Müzakerelerde, sözleşme şartları çerçevesinde değerlendirmeler yapılır. İhaleyi kazanan firmayla anlaşma yoluna gidilir. Anlaşma koşulları bir sonraki aşamada daha da netleşecektir.

### **1.2.5. Sözleşme Yapılması**

Taraflar ihale sürecine girerler. İhale sürecinin sonunda sözleşmenin yapılması gerekmektedir. Dolayısıyla tarafların da yapılan bu sözleşmeye bağlı kalmaları öncelikli koşuldur.

İhaleyi kazanan firma ile yapılacak sözleşmede önemli risklerin transferine, paranın iyi bir şekilde değerlendirilmesine ve ödenebilirlik kriterlerine dikkat edilmelidir.

### **1.2.6. Hizmet Sunumunun Başlaması**

Son aşamada, Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusu içine giren hizmet, yerine getirilir. Dolayısıyla bu aşamada hizmet, piyasaya sunulur.

Böylece Kamu Özel Ortaklığı süreci hizmet sunumunun gerçekleşmesiyle son bulmaktadır.

## **1.2. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin Avantaj Ve Dezavantajları**

Bu bölümde Kamu Özel Ortaklığı bölümünün avantajları ve dezavantajları üzerinde durulmuştur. Modelin her yönüyle değerlendirilmesi uygulamadan daha fazla faydanın elde edilmesini sağlayacaktır. Ancak uygulamada öngörülen avantajlar çekince ve tehditlerden daha fazlaysa bu durumda uygulamanın tercih edilebilirliği artacaktır. Akabinde mevcut koşullar çerçevesinde, avantaj fazlasıyla düşünülen modelin uygulanmaması için herhangi bir sebep söz konusu olmayacaktır.

### 1.3.1. Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin Avantajları

Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin avantajlarını ifade ederken konuya, “devletler neden bu modeli tercih etmelidir” şeklinde bakmak gerekmektedir. Bu anlamda modelin çok sayıda avantajının olduğu söylenebilir. Bu avantajlar:

1. Bu modelde, kamu hizmetleri daha kaliteli ve hesaplı şekilde sunulabilir. Daha açık bir ifadeyle bu model ile kamu hizmetlerinin sunumunda minimum maliyetle maksimum etkinliğin ortaya çıkmasının hedeflenmiş olduğunu söylemek mümkündür.

2. Kamu hizmetleri açısından yeni bir açılım getirmektedir. Klasik kamu hizmetleri anlayışının bu model ile değişmesi gündeme gelmiştir. Kamu hizmetlerinin finansmanına yönelik çekilen sıkıntıların bu model ile çözümlenmesi beklenmektedir. Dolayısıyla hizmetlerin sunumunda etkinlik sağlanacaktır. Başka bir bakış açısıyla da talep edilen hizmetlerin daha kısa vadede gerçekleşmesi beklenmektedir. Beklentilerin optimum seviyede karşılanabilmesi modelin kamu hizmetleri açısından geldiği noktayı göstermektedir.

3. Finansman sıkıntısı çeken devletlerin altyapı projelerini ve daha pek çok alanda sıra bekleyen hizmetlerin süratle hayata geçirmelerini sağlayabilmektedir. Özel sektörün ortaklığına dayanan bu model, yüksek finansman ile karşılanabilen yatırımların hayata geçirilebilmesi için önemli bir çalışmadır. Uygulamalarda finansman sıkıntısıyla yapılması planlanan ya da ertelenen tüm projelerin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir.

4. Bu model sayesinde atıl sermaye ülke içine yönlendirilmektedir. Kamu hizmetlerinin sunumu için gerekli sermayenin doğru yönlendirilememesi de hizmet sunumundaki eksikliklerin oluşmasına neden olmaktadır. Böyle bir yetersizliğin önüne geçilebilmesi için özel sektörün sermaye etkinliğini yaratarak konuyla ilgili uzmanlığından yararlanılması amaçlanmıştır. Neticede özel sektörün işletme kapasitesi kamu hizmetlerinin sunumunda fayda sağlayacaktır.

5. Devletin borçlanması yerine uluslararası sermayenin direk altyapı projelerine yönlendirilmesi sağlanmaktadır. Mevcut sermayenin kamu hizmetlerinin sunumuna yetmemesi durumunda devlet borçlanması bütçe sıkıntısını gündeme getirecektir. Bütçe sıkıntısının yaşanmamasına yönelik en iyi çözüm yolu olarak uluslararası sermayenin ülke içine aktarılıp altyapı projelerine yönlendirilmesi olarak görülmektedir.

6. Maliyet avantajı sağlanmaktadır. Yüksek maliyet ve sermaye gerektiren projelerin özel sektör katılımının sağlanmasıyla hayata geçirilmesi mümkündür. Bu anlamda kamu sektörü üzerinde ciddi maliyet avantajının yakalanacağı söylenebilir. Zira kamu sektörü üzerindeki baskı da böylece azalacaktır.

7. Finansman konusunda avantaj maksimizasyonu sağlayan bir noktadadır. Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile finansman gerektiren hizmetlerin sunumunda finansman sıkıntısının minimize edilebileceği öngörülmektedir.

Nitekim finansman avantajı, özel sektörün kamu hizmeti sunumu sürecine dahil olmasıyla sağlanabilecektir.

### 1.3.2. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin Dezavantajları

Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin olumsuz yönlerini ancak konuyla ilgili yapılan görüşmeler neticesinde kişilerin yorumları doğrultusunda saptamak mümkün olmuştur. Kamu özel ortaklığı çerçevesinde sağlık hizmeti veren personelin işten beklentilerinin azalması söz konusudur. Sağlık sektöründe çalışan tüm personelin iş garantisinin giderek azaldığına yönelik inanç oldukça yaygındır. Dolayısıyla bu da personelin iş disiplininde ve niteliğinde azalmanın gündeme geleceğine dair görüşleri arttırmaktadır.

Kamunun asli görevi olduğu bilinen sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörle işbirliği sosyal amacın dışında ekonomik amaçları da gündeme getirebilir. Sağlık hizmetleri sosyal boyutu bir yana bırakılarak sadece ticari bir işletme mantığıyla sunulamaz.

Genel anlamda konuya ilişkin riskler ve dezavantajların değerlendirilmesi (Tekin, 2007: 3);

1. Konuya hakim, konuda uzmanlaşmış kişilerce, Kamu Özel Ortaklığı Modeli'ne ilişkin sözleşmeler karmaşık bulunmaktadır. Sözleşme tasarımının ve yönetiminin profesyonellerce yapılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Daha anlaşılır seviyede olmalıdır ki kimsenin konuya ilişkin şüphesi kalmasin. Zira modelin uygulama alanı bulabilmesi için anlaşılabilirlik ve öngörülebilirlik önem taşımaktadır.

2. Yeni alanlarda yapılacak Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulamaları için kamu kesiminde yeterli birikim olmaması riski artıran unsurlardandır. Dolayısıyla modele ilişkin çekinceler artış gösterecektir.

3. Borçlanma özel sektörde yapıldığından kaynak maliyeti daha yüksek olabilmektedir.

4. Bu modele yabancı sermayenin ilgisi, yabancılaşma ve kapitülasyonları çağrıştırdığından kamuoyu tepkisi oluşabilmektedir. Zira bu modelin özelleştirmenin yeni bir yolu olduğu kanısı artmaktadır.

5. Kamu Özel Ortaklığı sözleşmelerin genelde çok uzun vadeli olmaları nedeniyle kaynağa uzun vadeli ödeme zorunluluğu yarattığından genel bütçe esnekliği azalmaktadır. Ayrıca yatırım planlama daha karmaşık bir hale gelmektedir.

6. Kamu Özel Ortaklığı uygulamalarına ilişkin ödemeler gider olarak yansıdığından Kamu Özel Ortaklığı projelerinin boyutu bilançolarda görülemeyebilmektedirler. Bu da bilanço tekniği açısından dikkate alınması gereken bir husustur.

7. Özellikle sözleşme tasarımında yapılan, risklerin yanlış dağılımı, yetersiz veya eksik yaptırımlar gibi esaslı hatalar, bu modelde uzun vadeli ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Dolayısıyla Kamu Özel Ortaklığı Modeli uzun vadede değerlendirmek daha sağlıklı sonuçların elde edilmesi açısından önemlidir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli avantaj ve dezavantajlarıyla birlikte incelenip değerlendirilmelidir. Hizmetten beklenen etkiler doğrultusunda hizmetin verimliliği ve kalitesinin artırılması temel amaç olabilir.

## 2. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ’NİN HUKUKİ ÇERÇEVESİ

Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin Türkiye’de uygulanabilirliği hukuki altyapının oluşturulmasına bağlıdır. Kamu hizmetlerinin özel sektör eliyle ve/veya özel sektör ortaklığıyla sunumuna ilişkin hukuki altyapı oldukça yetersiz, karışık ve dağınıktır. Bu duruma en büyük etkenlerden birisi, Türkiye’de özelleştirme ve KÖO Modeli gibi usullere genelde ideolojik yaklaşılması ve yasama ile yürütme organının çıkardığı hukuki metinlerin yargı organı tarafından iptal edilmesidir.

Aşağıda öncelikle Kamu Özel Ortaklığı Modeli’ne ilişkin Anayasal çerçeve incelenmekte sonra da diğer kanun ve yönetmeliklere yer verilmektedir.

### 2.1. Anayasal Çerçeve

Anayasanın 47. maddesinin son fıkrasında yer alan “Devlet, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzel kişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek ve tüzel kişilere yaptırılacağı veya devredilebileceği kanunla belirlenir.” hükmü uyarınca hangi kamu hizmetlerinin özel sektör kuruluşları aracılığı ile yürütülebileceği ile ilgili belirsizlikler ilgili maddelerde çözüme kavuşturulmuştur. Bu kapsamda özel sektör tarafından Kamu Özel Ortaklığı çerçevesinde öteden beri gerçekleştirilen hizmetlerin sayılmasının yanında bilgi teknolojileri, turizm, konut, eğitim, kültür, sağlık, kentsel dönüşüm, adalet, güvenlik ve genel idare altyapısı ve araştırma-geliştirme gibi alanlar ve hizmetler de sayılmıştır. Adalet, güvenlik, sağlık ve eğitim hizmetlerinin sadece alt yapıya yönelik yatırımlarının gerçekleştirilmesinde bu kanun kapsamında Kamu Özel Ortaklığı Modelleri’nden yararlanılabilecektir (Uz, 2007: 1180).

Kamu hizmetlerinin imtiyaz hukuku alanından çıkartılması amacıyla 1999 yılında Anayasa değişikliğinin gerçekleştirilmesine karar verilmiştir. Değişiklik kapsamında “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.” hükmü getirilmiştir. Dolayısıyla Anayasa Mahkemesi’nin yasayla değiştirilemeyeceğini öngördüğü hukuki niteliğin, Anayasa Mahkemesi’nin denetim alanı dışında bulunan Anayasa metni değiştirilerek sağlanması yoluna gidilmiştir. Anayasa’da yapılan bu değişiklik ile bugün, enerji sektöründe yaşanan sorunlara kaynaklık eden olumsuz yaklaşımların uygulama alanı bulduğu görülmektedir. Anayasa’da yapılan düzenlemeye göre, kamu hizmetlerinin imtiyaz sözleşmesiyle özel kişilere devredilmesi esası korunarak özel hukuk sözleşmesi yapılabilmesinin

ön koşulu olarak yasal düzenleme yapılması öngörülmüştür ([http://www.emo.org.tr/ekler/3a6b2ee7d0c0db3\\_ek.pdf](http://www.emo.org.tr/ekler/3a6b2ee7d0c0db3_ek.pdf), Erişim Tarihi: 15.07.2011 ).

Türkiye’de 1983 yılından sonra I. Özal hükümeti ile gündeme gelen özelleştirme programına yönelik ilk hukuki düzenleme, 1984 yılında çıkarılan ve kamu iktisadi teşebbüsleri ile bunlara ait tesislere, hisse senedi ihracı yoluyla gerçek ve tüzel kişilerin ortak edilebilmesine veya bu tesislerin işletme hakkının belli sürelerle devrine olanak tanıyan 2983 sayılı Kanun’la getirilmiştir ([http://www.oib.gov.tr/baskanlik/yasal\\_cerceve.htm](http://www.oib.gov.tr/baskanlik/yasal_cerceve.htm). Erişim Tarihi: 15.3.2011).

Uz’a göre, pozitif düzenlemeye bakıldığında kamu hizmetine ilişkin imtiyazların bugünde geçerliliğini koruyan 10 Haziran 1326 (1910) tarihli Menafi i Umumiyyeye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun ile düzenlendiği görülmektedir. Her ne kadar bazı yazarlara göre bu kanun fiilen uygulanabilirliğini kaybetse de Uz aynı kanaatte değildir. Osmanlı döneminde yaygın olarak kullanılan imtiyaz yöntemine Cumhuriyet döneminde bir kaç örnek dışında başvurulmamış ve kamu hizmetleri daha çok devlet eliyle gerçekleştirilmiştir (Uz, 2007: 1176).

Son zamanlarda kamu hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak gösterdiği artış, devlet tarafından yatırımlara ayrılan kaynakların yetersiz kalmasına sebep olmuş, kamu hizmetlerinin istenen kalite ve düzeyde gerçekleştirilememesi nedeniyle alternatif modellerin uygulanması gündeme gelmiştir. Bu çerçevede, 1980’li yıllardan itibaren çeşitli yasal düzenlemelerle, kamu hizmetlerinin özel sektör eliyle fakat imtiyaz yönteminden farklı modellerle gerçekleştirilmesine çalışılmış, ancak bu yasal düzenlemeler, Anayasa Mahkemesince Anayasaya aykırı bulunarak iptal edilmiştir (Uz, 2007: 1176-1177).

## **2.2. 5396 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun**

Hukuki olarak da Kamu Özel Ortaklığı Modeli kapsamında 7.5.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na ek madde eklenmesine ilişkin kanun, 3.7.2005 tarihli 5396 sayılı kanundur. Ek 7. maddeye göre, Yüksek Planlama Kurulu (YPK) tarafından yapılması gerekliliğine karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığı’nca verilecek ön proje ve belirlenmiş temel standartlara göre ihale ile belirlenecek gerçek veya tüzel kişilere kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belli bir süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir. Bu gerekçeyle Hazineye ait taşınmazlar Maliye Bakanlığı’nca gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine bedelsiz devredilebilir. Bu taşınmazların amacının dışında kullanılamayacağına ilişkin şerh konulur. Kira bedeli ve kira süreleri tarafların sözleşmelerinde muhakkak dikkat etmesi gereken en önemli unsurdur. Bu şekilde yapılacak kiralama işlemlerine ait kiralama bedelleri ise Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Döner Sermaye İşletmeleri’nce ödenir. Konuya ilişkin tüm hususlar Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Devlet

Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlıklarınca birlikte hazırlanarak Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe girer.

2005 tarihli 5396 sayılı kanunla 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na eklenen ek 7. maddede; *“Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine **kırkdokuz yılı geçmemek şartıyla** belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir.”* Kanun maddesinde de çok açık görülmüştür ki, sağlık hizmetlerinde KÖO Modeli uygulamalarına ilişkin gerekli izin verilmiştir. Kamuya ait taşınmazlar üzerinde gerçek veya özel hukuk kişileri kırkdokuz yılı geçmemek şartıyla belirli bir süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığında yaptırılacaktır.

Ek yedinci maddenin devamında *“Kira bedeli ve kiralama süresinin tespitinde; taşınmazın gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine ait olup olmadığı, bedelsiz Hazine taşınmazı devredilip devredilmediği, yatırımın maliyeti, tıbbî donanımın bu kişiler tarafından sağlanıp sağlanmayacağı, kiralama konusu taşınmaz ve üzerindeki sağlık tesislerinde tıbbî hizmetler dışındaki hizmetlerin ve alanların işletilmesinin kiralayana verilip verilmeyeceği hususları dikkate alınır.”* denilerek sürecin ayrıntılarına da yer verilmiş ve ileride oluşabilecek suistimallere karşı baştan tedbir alınmıştır.

Yine ek yedinci maddenin beşinci bendinde *“Sağlık Bakanlığının kullanımında bulunan sağlık tesislerinin, öngörülecek proje ve belirlenecek esaslar doğrultusunda yenilenmesi; tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında, sözleşmeyle gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine yaptırılabilir.”* hükmü getirilmiştir. Bu hükümle kamuya ait sağlık tesis ve projelerinin özel hukuk kişisi veya gerçek kişiler tarafından yerine getirilmesinin önü açılmıştır.

Ek yedinci maddenin dördüncü bendinde KÖO Modeli ile yapılacak kiralama işlemlerine ait kira bedelleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı Döner Sermaye İşletmeleri'nce ödeneceği de belirtilmiştir.

Kanun koyucunun ek yedinci maddeyle, KÖO Modeli kapsamında Sağlık Bakanlığı ile gerçek veya özel hukuk tüzel kişileri arasında yapılacak her türlü iş ve işlemler ile düzenlenecek kağıtların, 1.7.1964 tarihli ve 488 sayılı Damga Vergisi Kanunu'na göre alınan Damga Vergisi ile 2.7.1964 tarihli ve 492 sayılı Harçlar Kanunu uyarınca alınan harçlardan müstesna tutulacağı belirtilerek vergisel kolaylıklar getirildiği de görülmektedir.

Ayrıca sağlık tesis ve projelerinin *gerçek veya özel hukuk tüzel kişileri* marifetiyle yapılmasında 8.9.1983 tarihli ve 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 4.1.2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'na tâbi olmayacağı da ek yedinci maddenin yedinci bendinde belirtilmiştir.

### 2.3. Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi İle Özel Sektör Ortaklığı Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı

Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin yasal temelini oluşturan bu kanunun amacı, merkezi yönetim kapsamındaki kamu idareleri, sosyal güvenlik kurumları, mahalli idareler ve kamu iktisadi teşebbüsleri tarafından üzerinde çalışılan ve yürütülen bazı yatırım ve hizmetlerin, Kamu Özel Ortaklığı Modeli kapsamında gerçekleştirilmesine yönelik usul ve esasları düzenlemektir ("Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör İşbirliği Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Tasarısı Taslağı", <http://ekutup.dpt.gov.tr/haber/ahd/taslak.pdf>).

Bu amaca yönelik çalışmalar ancak Kamu Özel Ortaklığı Modeli temelindeki kanunun "bankable" olması durumunda hız kazanacaktır. Bankable da kanunun güvenilir, geçerli ve sağlam olması durumunda ifade edilen bir tanımlamadır. Zira amaca uygun olarak hazırlanan yasal çerçevenin bürokrasinin azaltılması, hazırlanan yada hazırlanacak projelerin önündeki engellerin kaldırılması, yerel ve yabancı yatırım ortaklarının kanuna inanmaları ve ılımlı yaklaşımlarını sağlayacak noktada oluşturulması beklenmektedir ([http://www.rec.org.tr/dyn\\_files/32/661-4-Presentation-AhmetKesli.pdf](http://www.rec.org.tr/dyn_files/32/661-4-Presentation-AhmetKesli.pdf), Erişim Tarihi: 18.07.2011).

Bazı Yatırım Ve Hizmetlerin Kamu Kesimi İle Özel Sektör Ortaklığı Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanunun Tasarı Taslağı için belirtilen ilkeler gereği ([http://www.rec.org.tr/dyn\\_files/32/661-4-Presentation-AhmetKesli.pdf](http://www.rec.org.tr/dyn_files/32/661-4-Presentation-AhmetKesli.pdf), Erişim Tarihi: 18.07.2011);

1. En uygun finansman kaynağı ve en iyi yatırımcının bulunması sağlanmalıdır,
2. Proje riskleri için söz konusu risk kim tarafından en ideal şekilde yönetilecekse risk paylaşımı ona göre planlanmalıdır,
3. Sosyo-ekonomik kalkınmaya da katkıda bulunması sağlanmalıdır,
4. Yatırım projelerinde fayda maliyet analizi yapılarak tercihlerin fayda maliyet analizine göre değerlendirilmesi gerekmektedir,
5. Kamu desteğinin gerekli olduğu durumda genel kurallara uyulmalı ve bu konuda da hassasiyet gösterilmelidir,
6. Tüm uygulamalar için açık, şeffaf ve eşit davranış tarzını benimseyen politikaların olması gerekmektedir,
7. Tüm idareler, kendi alanlarına yönelik uygulama ve projeler geliştirilmelidir,
8. Kamu tarafından verilen garantinin proje kapsamına ve uygulamasına yönelik uyum sağlaması gerekmektedir,
9. Projenin en kısa zamanda bitirilmesi ve uygulamaya geçmesi gerekmektedir. Amacına yönelik işletilmesi gerekmektedir.
10. Mevcut idarelerin Kamu Özel Ortaklığı Modeli kapsamında yürütülen uygulamaya uygun esneklik sağlaması beklenmektedir.



Tüm bu ilkeler çerçevesinde belirlenecek olan politikalar Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin başarısını göstereceğine inanmaktayız. Zira Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin uygulamalardaki başarısı Türkiye için, ekonomik ve sosyal kalkınma için büyük bir adım olacaktır. Bu anlamda Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin yasal çerçevesi kapsamında etkisinin de geniş alana yayılması beklenmektedir.

#### **2.4. Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile İlgili Yönetmelik**

Sağlık tesislerinin, kiralama karşılığı yaptırılması ile tesislerdeki tıbbi hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesine dair yönetmeliğin 3359 sayılı Kanun’un ek 7. maddesine dayanılarak hazırlandığı bilinmektedir. Bu yönetmeliğe göre amaç; *“3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun ek 7. maddesi uyarınca; yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığı’na 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 bağımsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesine; kira bedeli ve kiralama süresinin tespitine, sağlık tesislerindeki tıbbi hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesine, ihale yöntemlerine, isteklerde aranacak niteliklerin belirlenmesine, sözleşmelerin kapsamı ve diğer hususlara dair usul ve esasları belirlemektir”*.

Yeni bir tesisin yapılmasının yanında mevcut tesislerin yenileme ve yapım işleri de Kamu Özel Ortaklığı kapsamında değerlendirilebilmektedir.

Yine Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin uygulanması konusundaki yönetmeliğin ikinci bölümünü temel ilkeler, yapım ve yenileme, ön hazırlıklar aşamaları oluşturmaktadır. Temel ilkeler kapsamında düzenlenen Madde 5 tamamen ihale süreciyle ilgili önemli kısımları vurgulamaktadır. Sağlık tesislerinin yaptırılması veya yenilenmesi ise Madde 6’da düzenlenmiştir. Burada önemli olan konu, sözleşme süresinin yapım ya da yenileme süreleri de dahil olmak üzere kırk dokuz yılı aşmaması gerekliliğidir. Yönetmeliğin bu kısmı belirtilen zaman tasarrufunun sağlanması için gereklidir. Ayrıca Bakanlık gerek gördüğü takdirde birden fazla sağlık tesisinin yapım ve yenileme işini tek bir ihale ile yaptırabilir. Madde 7 kapsamında ön hazırlıklar ve yetkilendirme aşaması değerlendirilmektedir. Burada Bakanlık, yaptırılması planlanan projenin “Ön Fizibilite Raporu”nu hazırlar ve Yüksek Planlama Kurulu’na sunar. Bu bölümün sonu itibarıyla önemli olan şudur ki, ihaleyi kazanan projenin telif hakları Bakanlığa geçer.

Yönetmeliğin üçüncü bölümünü ihale usul ve esasları oluşturmaktadır. Bu süreç yönetmelikte adım adım belirtilmiştir. Tüm

koşulları sağlayan ihaleler kabul edilebilir. Ancak gerekçelerin kabul edilmesiyle harcama yetkileri de dahil bazı ihaleler iptal edilebilmektedir.

Dördüncü bölüm, sözleşmelerin düzenlenmesi ve sözleşmelerde yer alacak hususların bilinmesi için gerekli bilgilerin yer aldığı bölümdür. Burada dikkat edilmesi gereken en önemli konu, sözleşmelerin açık, net ve herkesin anlayabileceği seviyede hazırlanmasıdır. Sözleşme süreleri önemlidir. Zira sözleşme sürelerine tarafların uyması zorunludur. Entegre sağlık kampüsleri dışındaki sağlık tesisleri için projelendirme ve yapım süresinin 4 yılı geçemez uyarısı, bu noktada bilinmesi gereken bir konudur. Bu bölümde bilinmesi gereken diğer bir konu da yatırımlar kapsamında öz kaynak oranının sözleşmede belirlenen toplam sabit yatırım tutarının % 20'sinden az olmaması gerektiğidir.

Yönetmeliğin beşinci bölümü sözleşmenin sona ermesi konusunda bilgi verirken altıncı bölümde çeşitli ve son hükümler yer almaktadır. Burada sözleşmenin dili önemlidir. Zira sözleşme Türkçe olarak yazılmalıdır. Ancak İngilizce olarak da yazılabilir. Metinler arasında herhangi bir çelişki ve tutarsızlık söz konusu olmamalıdır. Aksi halde Türkçe metin esas alınır. Sözleşmenin uygulanması sırasında taraflar arasında herhangi bir uyuşmazlık söz konusu olduğunda sorun, tahkim yoluyla çözülecektir. Tahkim esası Türk hukukunda geçerliliği olan bir usüldür.

Son olarak Sayıştay'ın görüşü alınarak hazırlanan yönetmelik yayın tarihinde yürürlüğe girer ve yönetmelik hükümleri Sağlık Bakan'ı tarafından yürütülür.

### 3. TÜRKİYE'DE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ

Türkiye'de 1980 yılından itibaren Kamu Özel Ortaklığı çerçevesinde çeşitli uygulamalar görmek mümkündür. Ancak bu uygulamalarda tartışılan konu, Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulamalarının özelleştirme uygulamalarıyla bir tutulmasıdır. Bu konuda çeşitli akademik çevrelerde tartışmaların olduğu bilinmektedir.

Konuya ilişkin tartışmalar bir tarafa bırakılırsa Özelleştirme İdaresi Başkanlığı'ndaki daire başkanının tespitiyle, yapılmış yatırımlara ilişkin uygulamalar, özelleştirme kapsamında değerlendirilirken Kamu Özel Ortaklığı Modeli, gelecekte yapılacak kamu yatırımlarının bugünden özelleştirilmesidir sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla konuya ilişkin böyle bir görüş hakimdir (Tekin, 2008: 14). Netice itibarıyla özelleştirmenin Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulamalarından daha kapsamlı olduğunu değerlendirmek mümkün gözükmemektedir. Konuya bu çerçeveden bakmak gerekecektir.

Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı Modeli, enerji, ulaştırma, tarım, içme suyu- kanalizasyon, sağlık, turizm, genel idare ve madencilik sektörlerinde uygulandığı bilinmektedir (Pehlivan, 2009: 5). Sektörlere göre dağılımı verilen uygulamaların hukuki boyutundan söz etmek de mümkündür.

Kamu Özel Sektör Ortaklığı için Hazine garantisi de 3996 ve 4283 sayılı kanunlarda olduğu bilinmektedir (Pehlivan, 2009: 13). Ancak konuya ilişkin kronolojik sıralamaya yer vermek gerekmektedir. Yürürlükte olan ilgili kanunların kronolojik sıralaması (Yılmaz, “Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Modelleri”: 1);

1. 576 sayılı ve 10.06.1910 tarihli Menafi-i Umumiye Mütcellik İmtiyazat Hakkındaki Kanun,

2. 3096 Sayılı ve 04.12.1984 tarihli Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Teşebbüslerin Elektrik Üretme, İletme, Dağıtma ve Ticaretini Yapmaya Yetkilendirilmesine Dair Kanun,

3. 3465 sayılı ve 28.05.1988 tarihli Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun,

4. 3996 sayılı 08.06.1994 tarihli Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun,

5. 4046 sayılı ve 24.11.1994 tarihli Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun,

6. 6.07.1997 tarihli ve 4283 sayılı, Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ve Yap İşlet Modeli ile Enerji Satışına ilişkin Kanun.

Kısaca Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Mevzuatına ilişkin bilgileri çizelgeye dönüştürerek incelemek gerekirse;

**Çizelge 3.1.: Kamu Özel Sektör İşbirliği’nin Hukuki Dayanağı**

| Kanun Sayıları ve Uygulamanın Sektörel Dağılımı  | Kamu Özel İşbirliği Modelinin Yöntemleri |                       |                       |                   |
|--|--|-----------------------|-----------------------|-------------------|
|  | Yap-İşlet-Devret                         | İşletme Hakkı Devri   | Yap-İşlet             | Yap-Kirala-Devret |
| 3096-(Enerji Sektörü)  | 3096-(Enerji Sektörü)                    | 4283-(Enerji Sektörü) | 5396-(Sağlık Sektörü) |                   |
| 3465-(Ulaştırma Sektörü)   | 3465-(Ulaştırma Sektörü)                 |                       |                       |                   |
| 3996-(Ulaştırma, Turizm, Genel İdare, Madencilik, Tarım, İçme Suyu-Kanalizasyon, Enerji Sektörü) | 4046-(Ulaştırma Sektörü)                 |                       |                       |                   |
|  | 5335-(Ulaştırma Sektörü)                 |                       |                       |                   |

Kaynak: Pehlivan, “Kamu Özel Sektör İşbirliği Türkiye Uygulamaları” 2009: 5’den alınan bilgilerle tabloya dönüştürülmüştür.

Çizelge 3.1.’de genel itibariyle Kamu Özel Ortaklığı Modeli kapsamında bilinen kanuni alt yapı ve modelin uygulandığı bilinen sektörlere yer verilmiştir.

Genel itibariyle Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı uygulamalarının yine Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin yöntemlerinden olan Yap İşlet Devret ve İşletme Hakkı Devri Modelleri’nde daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bunun dışında da bazı Kamu Özel Ortaklığı uygulamalarının, 1994 tarihli Özelleştirme uygulamaları kanunda düzenlendiği bilinmektedir. Ancak tüm bu verilere karşın Yılmaz’a göre konu kapsamında mevzuat bütünlüğü bulunmamaktadır (Yılmaz, “Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Modelleri”: 1).

Dolayısıyla konu bütünlüğü açısından öncelikle uygulamanın hukuki boyutunun temelleri sağlamlaştırılmalıdır. Akabinde uygulanacak politikaların halkın faydasına göre şekillendirilmesi gerekecektir.

Hukuki boyutunun dışında da ÖİB tarafından yapılan ve tamamlanmış olan Kamu Özel Ortaklığı uygulamalarından da söz etmekte fayda vardır. Bu çerçevede ADÜAŞ Ankara Doğal Elektrik Üretim A.Ş., Maden Ruhsatları, Marinalar, Tuzlalar, Araç Muayene İstasyonları, İzmir Toptan Balık Hali ve Atik Ali Paşa Yalısı’nın konuyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Yine tamamlandığı bilinen Kamu Özel Ortaklığı uygulamaları içinde limanlar da vardır. Ancak limanlardan söz ederken iki ana ayırmadan bahsetmek gerekmektedir. Buna göre gelir paylaşımli ve gelir paylaşısız uygulamalar söz konusudur. Tekirdağ, Hopa, Giresun, Ordu ve Rize limanlarının gelir paylaşımli olduğu bilinmektedir. Antalya, Alanya, Çeşme, Kuşadası, Trabzon, Dikili, Mersin limanlarında ise paylaşısız uygulamanın olduğu belirtilmiştir. Ancak tamamlandığı bilinen Kamu Özel Ortaklığı uygulamaları içinde İzmir ve Derince limanlarına ait konuya ilişkin net bir bilgi elde edilmemiştir.

Yine Özelleştirme İdaresi Başkanlığı Daire Başkanı Ali Güner Tekin’in Mayıs 2008’de verdiği bilgilere göre Elektrik Üretim Tesislerinde, Elektrik Dağıtım Şirketlerinde, 6 Otoyol ve 2 Boğaz Köprüsü, Galataport, Bandırma ve Samsun Limanlarında halen PPP uygulamasının devam ettiği bilinmektedir. Bandırma ve Samsun Limanlarına ilişkin uygulama için ÖYK Kararı beklenmektedir.

Ulaşım sektörüyle alakalı bir proje örneği vermek gerekirse Atatürk Havaalanıdır. Zira Atatürk Havaalanı işletmesi 2005 yılında yapılan ihale ile TAV grubuna 15,5 yıl için toplam 3 milyar Amerikan doları kira bedeli karşılığında verildiği bilinmektedir. Ödemeler için TAV firması, Garanti Bankası tarafından düzenlenen 12 yıl vadeli kredi almıştır. Zira kredinin faizi libor % 2,5 seviyesindedir (Çekirge, 2006: 28).

Bunların dışında Kamu Özel Ortaklığı Modeli çerçevesinde İzmit İçme Suyu projelendirilmiştir. İzmit şehrine ve İstanbul’a su temini amacıyla Britanya firması önderliğinde Gama ve Guriş firmaları ortaklığındaki konsorsiyum hisselerinin % 70’ine, İzmit belediyesi % 15’ine ve iki Japon firması geri kalan % 15’lik hisseye sahip olarak 15 yıllık bir projeyi üstlenmişlerdir. Toplam yatırım tutarı da 933 milyon Amerikan doları olduğu bilinmektedir (Çekirge, 2006: 29).

Türkiye için bu uygulamalarla yeni hukuki düzenlemelere ihtiyaç duyulduğu söylenmektedir. Başta da belirtildiği gibi Türkiye’de Kamu Özel

Ortaklığı uygulamaları konusunda ciddi tereddütlerin varlığından söz etmek mümkündür. Konuya ilişkin tartışmalar devam etmektedir. Ancak finansman açıklarının da bulunduğu bir gerçektir. Konu detaylıca akademik çevrelerce incelenmeli ve bir çözüme gidilmelidir.

### **3.1. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli Uygulamaları**

Türkiye, sağlık sektöründeki gelişmelerini sektördeki amaçlarına uygun olarak yönlendirmektedir. Zira sağlık sektöründeki gidişat, sağlık politikalarının nihai amacı olan halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve geliştirilmesi, aynı zamanda stratejik amaçlardan birisi olan sağlığa yönelik risklerin minimizasyonu ve bu risklerden toplumu korumanın üzerine kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, “Stratejik Plan: 2010-2014). Bu noktadan hareketle Türkiye’de son günlerde, kentsel dönüşüm, sağlıkta dönüşüm ve Kamu Özel Ortaklığı kapsamında “sağlık kentleri veya sağlık kampüsleri”, su kaynaklarının ve su yatırımlarının özelleştirilmesi, sulamada kamu özel ortaklıklarını geliştirme çabaları gibi pek çok düzenleme ve gelişme de konuşulmaya başlamıştır (Yılmaz ve Karakaş, 2011: 38).

Kamu Özel Ortaklığı modelinin yaklaşık 20 yıllık geçmişi olduğunu bilen ve küresel aşamada faaliyet gösteren danışmanlık, sigorta ve vergi denetim şirketi PwC (PricewaterhouseCoopers)’nin 2010 yılının Aralık ayında yayımladığı rapora göre KÖO modelini “devrim” olarak değerlendirdiği görülmektedir. Model, özel sektör tarafından devlet güvencesi kapsamında maksimum 49 yıla kadar çok büyük potansiyeli olan karlı bir yatırım alanı olarak tanımlanmaktadır (PwC, 2010: 1-5).

İlk olarak İngiltere’de modelleştirilen KÖO Modeli Türkiye’de sağlık alanında “entegre sağlık kampüsleri” ve “şehir hastaneleri” olarak uygulanması planlanmış ve uygulamaya geçilmesi yönünde ciddi çalışmalar başlatılmıştır.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli özellikle İngiltere, Almanya gibi gelişmiş ülke modellerinin Türkiye’de uygulanması konu edilmeye başlamıştır. Özellikle İngiltere’de bazı kaynaklara göre %30 (Çekirge, 2006: 10) maliyet avantajı sağlandığı iddia edilirken bazı kaynaklara göre bu kazanım, %17 seviyelerindedir (Tekin, 2007). Ancak İngiltere’deki PFI uygulamasında bölüşümüne %51 özel sektör ve %49 kamu sektörü üzerinde odaklanılmıştır.

Türkiye, anayasal olarak sosyal devlet olma gereğini ilke edinmiş politikaları benimsemiş ve uygulamıştır. Ancak her zaman halkın taleplerine beklenen hızda cevap verilememektedir. Hizmet sunumunun hızla yerine getirilememesi sıkıntısının giderilmesi adına Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nden söz etmek mümkündür. Türkiye’de okullaşma oranının artması nedeniyle birçok konuda bilinç arttıkça sağlığa gösterilen önem de artmaktadır. Toplum bilincinin artışı, hizmet beklentilerini de o kadar değiştirmekte, geliştirmektedir. Dolayısıyla konu itibarıyla sağlık sektöründeki teknolojik, bilimsel gelişmeleri takip etmek büyük önem taşımaktadır. Ancak sınırlı kaynakla talebe cevap vermek isteyen kamunun

bu gelişmeleri istenen seviyede takip etmesi ve hizmet kalitesini yakalamasının zorluğu da ortadadır.

Türkiye’de sağlık sistemi üzerine giderek artan gelişmeler söz konusudur. Yeni getirilen düzenlemeler konusunda çeşitli tartışmalar yaşanmaktadır. Ancak bilindiği gibi Türkiye sosyal devlet olma ilkesini benimsemiştir. Bu çerçevede toplumun temel ihtiyaçlarını karşılamak birincil görevidir. Bu ihtiyaçların başında sağlık hizmeti talebi gelmektedir.

Konuya ilişkin değerlendirmeler yapılırken halkın hizmet talebini ve bu talep çerçevesinde eğitim seviyelerini göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Eğitim, kişilerin bu konu da dahil olmak üzere bir çok konudaki görüş ve beklentilerini geliştirmektedir. Dolayısıyla eğitim sağlık hizmeti taleplerinde de rasyonelliği getirecektir.

Bunun yanında Türkiye, genç nüfusa sahip bir ülke olarak bilinmektedir. Yaşam standartlarını yükseltmek amacıyla bireyler sağlık konusunun üzerinde önemle durmaktadır.

1980 yıllarında özelleştirmeye birçok uygulama denenmiştir. Ancak son dönemde sağlık sektörü, finansman sorunları nedeniyle Kamu Özel Ortaklığı uygulaması üzerinde durmaktadır. Konuya ilişkin çeşitli görüşler mevcuttur. Ancak konu bir bütün olarak değerlendirilmelidir.

Türkiye’de 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, hizmetlerin niteliği ve örgütlenmesi çerçevesinde ilk ciddi adım olarak görülebilmektedir. Ardından 1988 yılında Numune Hastanesi ile başlayan sağlık sektöründe dış kaynak kullanım uygulamaları, 1999 Anayasa değişikliği sonrasında daha çok uygulama alanı bulmuştur (Büber, 2010: 238-239; Karasu, 2011: 173-174). Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu kapsamında Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin yöntemlerinden olan Yap İşlet Devret Modeli 2005 yılındaki değişikliklerle beraber Sağlık Sistemi içine girmiş ve uygulanmaya başlamıştır (Yılmaz, “Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Modelleri”: 5). 2006 yılından sonra “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde gerçekleştirilen sağlıkta reform düzenlemeleriyle birlikte klinik hizmetlerinin de hizmet ihaleleri ile dışarıdan temin edilmesi uygulamaya konulmaya başlanmıştır (Akdağ, 2010: 5).

KÖO uygulamasına ilişkin yapılması beklenen işler şunlardır (Karasu, 2011: 185);

1. Kira bedeli karşılığında sağlık tesisi yapımının başlaması,
2. Sağlık tesislerinin ve tesislerin ek binalarının bakımı, onarımı ve restorasyonu işleri,
3. Tıbbi destek hizmetlerinin sağlanması,
4. Tıbbi hizmetler dışında da hizmet sunumlarının gerçekleştirilmesi (temizlik, güvenlik, yemekhane ... v.s. gibi hizmetler),
5. Sağlık tesislerindeki tüm tıbbi ekipmanların hazır edilmesidir.

Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı projelerine tıbbi hizmet uygulama dışında bırakılmıştır. Sağlık Bakanlığı’nca 2010 yılında yayımlanan araştırma

raporuna göre tıbbi hizmetlerin % 5’inin hizmet satın alımı ile piyasadan sağlanması yoluyla gerçekleştirildiği belirtilmiştir (Akdağ, 2010: 30).

Sağlık Bakanlığı sağlık alanında Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile uygulamalara başlayacaktır. Bakanlık 22 farklı ilde hayata geçireceği 29 büyük proje ile devlet hastaneleri ile ilgili oluşan tüm ön yargıları yıkmayı hedeflemektedir. Türkiye’de ilk kez uygulanacak olan Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile hazineden tek kuruluş alınmadan yapılması planlanmaktadır (<http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2011/04/25/saglikkent-geliyor-iste-kareler>, Erişim Tarihi: 25.04.2011).

Kamu Özel Ortaklığı Modeli esas alınarak oluşturulacak sağlık kampüslerinden bir zamanlar 6 kişinin aynı odada yattığı, ameliyathanelerinin steril olmadığı, polikliniklerinin ise işlerliğini kaybetme durumunda olduğu devlet hastanelerinde dönüşüm üzerine dönüşüm yaşanması beklenmektedir. Ek binalar ve mevcut hastaneler üzerinde yapılan iyileştirme çalışmaları ile yaklaşık 5 bin civarında olan nitelikli yatak sayısı 40 - 50 bin civarına yükselirken, kamuda ilk kez uygulanacak yeni modelle hayata geçirilecek olan ve sağlık alanında devrim niteliği taşıyan 5 yıldızlı otel görünümündeki dev sağlık kampüslerinin bu sayıyı 2015’e kadar 120 bine çıkartacağı beklentiler arasındadır. Sağlıkta istihdamın da Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile % 30 arttıracağı bilgisini Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanı Abdülvahap Yılmaz vermiştir. Sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin uygulanmasıyla sağlık sektöründe hızlı ve etkin hizmet sunumunun dev sağlık kentleriyle sağlanması söz konusu olacaktır (Sarpkaya, 2012)

Kamu Özel Ortaklığı çerçevesinde sağlık kampüslerine ilişkin projelerde 1548 yataklı sağlık tesisi yatırımının ihale ön yeterlilik şartlarına bakıldığında sözleşme konusu; finansman, uygulama projesi, diğer donanımların tedariği, tesis için gerekli mefruşat, tesislerin bakım ve onarımı, tıbbi görüntüleme, laboratuvar ve diğer tıbbi destek hizmetleri, bilgi işlem, sterilizasyon, çamaşır, temizlik, güvenlik ve yemek dahil destek hizmetleri ve sunumu, sağlık hizmetleriyle alakalı ve Bakanlık onayını alacak ticari alanların yapım ve işletilmesi üzerine yoğunlaşmaktadır (Karasu, 2009: 87).

Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanı Abdülvahap Yılmaz, sağlık kampüsleriyle ilgili olarak sağlık kampüslerini “yaşam merkezi” olarak gördüğünü ifade etmiştir (Öner, 2010). Bu çerçevede sağlık kampüsleri yüksek teknolojiye sahip laboratuvarlar, araştırma merkezleri, sağlık teknoparkları, sosyal tesisler, otel ve medical oteller, alışveriş merkezi, merkezi acil ve yoğun bakım üniteleri, merkezi eczane ve depo yapıları, konaklama imkanları, atık yönetimi, yeterli büyükte otopark ve peyzaj alanları gibi unsurları da bünyesinde taşımaktadır (Yılmaz ve Karakaş, 2011: 44). Dolayısıyla devlet özel sektörle birlikte üstlendiği projelerde kamu sadece hekimlik hizmetlerini verecek, hekimlik dışında kalan tüm hizmetler ise özel sektörden karşılanacaktır (Yücel, 2009).

Son yıllarda uygulanan Sağlıkta Dönüşüm projesinde ve uluslararası kuruluşların Türk sağlık sistemine ilişkin yayımladıkları raporlarda Sağlık

Bakanlığı'na verilen rol ise sağlık politikalarını ve sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını belirleyen ve denetimlerini sağlayan bir çeşit planlama-düzenleme ve denetleme görevidir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 26; TÜSİAD, 2005: 40).

### SONUÇ

Kamu Özel Ortaklığı Modeli'ne; kamu kaynaklarının israf edileceği, kamu hizmetlerinin sunumundaki devlet kapasitesinin azalacağı, devlete olan güvenin sarsılacağı, sağlık çalışanlarının iş güvencelerinin sıkıntıya gireceği ve özelleştirmenin başka bir yolu olduğu gibi eleştiriler de getirilmektedir. Ancak bu eleştirilerin temelinde sağlık sektöründeki uygulamanın yeterince bilinmemesinde kaynaklanan önyargıların ve ideolojik yaklaşımların olduğu gözlemlenmiştir.

Sağlık sektöründeki uygulamada bilgi yetersizliğinden kaynaklanan sıkıntıların olduğu göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle konuya ilişkin bilgilerin kamuoyuyla paylaşılması yararlı olabilir. Sağlık sektöründe bu modelin uygulanmasına yönelik çalışmada öncelikle sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesinin daha faydalı olacağı söylenebilir. Böylece çalışanların iş güvenceleri konusundaki tedirginlik ortadan kalkacaktır.

Kamu Özel Ortaklığı Modelinin, özel kesimdeki atıl sermayenin hastane gibi topluma faydalı yatırımlara dönüştürülmesine; daha hızlı, etkili ve kaliteli kamu hizmeti sunumunun sağlanmasına; kamunun finansman sıkıntısının çözülmesine faydalarının olabileceği öngörülmektedir.

Kamu Özel Ortaklığı Model'i kapsamında topluma, sağlık hizmetleri daha hızlı ve daha kaliteli bir şekilde verilecektir. Kamunun üzerindeki yükün bu yolla hafiflemesi beklenmektedir. Bu beklenti neticesinde kamu hizmetlerinin daha hızlı ve etkili bir şekilde halka ulaşımının sağlanması gerekmektedir. Aynı zamanda finansman kısmında da gözle görülebilecek avantajların yakalanması söz konusudur. Ancak tüm bu olumlu özellikler detaylı sözleşmelerle mümkün gözükmektedir.

KÖO modelinde sözleşmeler net ve anlaşılır olmalı, her konuyu kapsamalıdır. Bu konudaki su istimallerin önüne geçilebilmesi için de denetimlerin artırılması gerekmektedir. Sağlık sektöründeki denetimler etkin olmalıdır. Zira bu şekilde beklenen hizmet kalitesine ulaşılabileceği görüşü hakimdir.

Türkiye'nin gelişim sürecinde hızla yol alabilmesi için alternatif uygulama alanlarından Kamu Özel Ortaklığı Modeli'ni değerlendirip uygulamaya başlaması Türkiye için başarılı bir tercih olabilir. Kamu hizmetlerinin sunumunda Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin olası olumsuz etkilerinden arındırılması hedeflenmelidir.

Son söz olarak, sağlık hizmetlerinin sunumundaki etkinliğin sağlanması ve finansman sorununun çözülmesi açısından önem taşıyan Model, maliyet avantajının yanında sağlık hizmetlerinin daha kısa sürede halka



sunumunu gerçekleştirecektir. Zira bu gelişmelerde Türkiye’nin sağlık hizmetleri açısından ciddi ilerleme kaydettiğini gösterecektir.

#### KAYNAKÇA

1. “Sağlık geliyor, İşte Kareler!” Sabah Gazetesi haberidir (<http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2011/04/25/saglikkent-geliyor-iste-kareler>, Erişim Tarihi: 25.04.2011).
2. Akdağ, R. (2010), “Türk Sağlık Sistemi’nde Kurum Dışından Hizmet Alım Uygulamaları: Araştırma Raporu”, Ankara: Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı.
3. Büber, B. (2010), “Yeni Bir Çatışma Alanı: Kamu Alımları”, Ankara Üniversitesi Yayınlanmamış Doktora Tezi.
4. Çekirge, L. (2006), “Dünyada ve Türkiye’ de Kamu Özel Sektör Ortaklığı Uygulamaları ve Örnek Bir Projede Modelin Finansal ve Genel Avantajlarının İncelenmesi”, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İnşaat Mühendisliği Anabilim Dalı, Haziran 2006.
5. Eker, H. H. (2007), “Yerel Yönetimlerde Sağlık Hizmetleri”, Sağlık Eğitimi ve Yönetimi Derneği, Sağlık ve Eğitim Yayınları (1), Ankara 2007.
6. Flinders, M. (2005), “The Politics of Public-Private Partnerships”, The British Journal of Politics and International Relations.
7. Gerrard, M. B. (2001), “What Are Public-Private Partnerships and How Do They Differ from Privatization”, Finance & Development, A Quarterly Magazine of the IMF.
8. Güzelsarı, S. (2009), “Kamu - Özel Ortaklığı Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme”, Kamu Yönetimi: Yapı İşleyiş Reform, A.Ü. S.B.F. Kamu Yönetimi Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, Ankara.
9. Kappeler, A. Ve Nemoz, M. “Public-Private Partnerships In Europe- Before and During the Recent Financial Report, July 2010.
10. Karasu, K. (2009), “Kamu Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi”, Kamu Yönetimi: Yapı-İşleyiş-Reform, Kayaum Yayınları, Ankara.
11. Karasu, K. (2011), “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu Özel Ortaklığı”, Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu (6-7 Mayıs 2011).
12. Keşli, Av. Dr. A. (2009), “Bölgesel Çevre Merkezi, REC Türkiye”, Yerel Yönetimler için AB Çevre Müktesebatı ve Çevre Yatırımlarının Planlanması Semineri ([http://www.rec.org.tr/dyn\\_files/32/661-4-Presentation-AhmetKesli.pdf](http://www.rec.org.tr/dyn_files/32/661-4-Presentation-AhmetKesli.pdf), Erişim Tarihi: 18.07.2011)

13. Linder, S. H. (1999), “Coming to Terms With the Public-Private Partnership: A Gramer of Multiple Meanings”, The American Behavioral Scientist.
14. McKinsey&Company (2009), “Public-Private Partnerships, Hamessing the private sector’s unique ability to enhance social impact”, Working Document Social Sector Office, Aralık.
15. Miraftab, F. (2004), “Public-Private Partnerships: The Trojan Horse of Neoliberal Development”, Journal of Planning Education and Research.
16. Miynat, M., Kovancılar, B. ve Bursalıoğlu, Sibel A. (2007), “Küreselleşme, Kamu-Özel Sektör İşbirliği ve Regülasyonlar”, Kamu Maliyesinde Küresel Değişimler, Gazi Kitabevi, Ankara.
17. Öner, M. (2010), “Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü Pek Çok İlki Barındırıyor”,[http://www.emlakkulisi.com/33759\\_kayseri\\_entegre\\_saglik\\_kampusu\\_pek\\_cok\\_ilki\\_barindiriyor](http://www.emlakkulisi.com/33759_kayseri_entegre_saglik_kampusu_pek_cok_ilki_barindiriyor), (Erişim Tarihi: 15.07.2012).
18. Pehlivan, Ö. (2009), “Kamu Özel Sektör İşbirliği Türkiye Uygulamaları”, Hazine Müsteşarlığı, Mart 2009.
19. PricewaterhouseCoopers, Build and Beyond: The (R)evolution of Healthcare PPPs (2010), [www.pwccn.com/home/eng/healthcare\\_ppp\\_dec2010.html](http://www.pwccn.com/home/eng/healthcare_ppp_dec2010.html), (Erişim Tarihi: 05.07.2012).
20. Public Private PARTnerships in Australia and JAPAN, FACililating Private SEctor PArticipation, Japon External Trade Organization (JETRO), Asia and Oceania Division, Overseas Research Department, August 2010.
21. Sağlık Bakanlığı (2003), “Sağlıkta Dönüşüm”, Ankara.
22. Sağlık Bakanlığı, “Stratejik Plan: 2010-2014”, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 788.
23. Sarpkaya, N. Ç. (2012), “Sağlık kent geliyor!” <http://www.xing.com/net/turkyapi/secki472133/sagl%C4%B1kkent-geliyor-36542892/43023402/#43023402>, Erişim Tarihi: 27.12.2012).
24. Tan, T. (1995), “İdari Sözleşme Kuramına İlişkin Gözlemler”, Ankara Üniversitesi S.B.F. Dergisi, C.50, S.3, Ankara.
25. Teker, D. (2008), “Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi”, Okan Üniversitesi.
26. Tekin, A. G. (2008), “Kamu Özel İşbirlikleri/Ortaklıkları [PPP] ve Türkiye Örneği”, ÖİB, Mayıs 2008.
27. Tekin, G. (2007), “Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri - Kamu-Özel Ortaklıkları”, İdarecinin Sesi Dergisi, Cilt:21, Sayı: 122, Mayıs-Haziran 2007.
28. Tekin, M. (2008), “Kamu Malları ve Bedavacılık Sorunu”, <http://www.ekonomig.com/2008/11/kamu-mallar-ve-beleilik.html>.

29. TÜSİAD (2005), "Charting The Way Forward: Health Care Reform in Turkey (İstanbul TÜSİAD Publication).
30. Uz, A. (2007), "Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (Ppp) (Kavram Ve Hukuksal Çerçeve)", Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C. XI, Sayı: 1-2, 2007.
31. Yılmaz, I. C. "Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı Modelleri", <http://www.fazliogluhukuk.com/T%C3%BCrkiye'de%20Kamu%20%C3%96zel%20Sekt%C3%B6r%20Ortakl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Modelleri.pdf>.
32. Yılmaz, Yr. Doç. F. Y. ve Karakaş, Yr. Doç. Dr. D. G. (2011), "Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı'nın Yapısal/Konjonktürel ve Türkiye'ye Özgü Nedenleri", Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu, 6-7 Mayıs 2011, "Devlet/Kamu Üzerine Yeniden Düşünmek..."
33. Yücel, S. (2009), "Tosun: İnsan Gücü Verimli Kullanılacak", <http://www.yeniforumuz.biz/showthread.php?1997124-Tosun-insan-g%C3%BCc%C3%BC-verimli-kullan%C4%B1lacak>, (Erişim Tarihi: 15.07.2012).