

SAĞLIKTA YENİDEN YAPILANMANIN (ÖZELLEŞTİRMENİN) DEVAMI OLARAK ŞEHİR HASTAHANELERİ

*Prof. Dr. Ali Nazım SÖZER**

§ 1 GİRİŞ

Adalet ve Kalkınma Partisinin erişim sayfasında sağlık düzeninde yeni yapılanma için şu açıklama yapılmaktadır: “Her türlü hazırlığını ve mevzuat altyapısını oluşturduğumuz Kamu-Özel Ortaklığı modeli ile sağlık tesisleri, Ar-Ge birimleri, yüksek teknoloji merkezleri, sosyal yaşam alanları, sağlık bilimleri üniversiteleri ve büyük rekreasyon alanlarının bir arada bulunduğu dev Şehir Hastaneleri oluşturacağız. ...Kamu Özel Ortaklığı çerçevesinde, 22 ilimizde kurulacak Şehir Hastanelerinde 38 bin yeni yatak oluşturacağız”¹. Sağlık Bakanı Akdağ da, “Başbakanımızın ‘Şehir Hastaneleri’ olarak nitelendirdiği bu hastanelerde inşallah Sağlıkta Dönüşüm Programı taçlanacak, sizlere çok daha güzel, mükemmel hizmetler vereceğiz” demektedir².

Açıklamada değinilen **kamu özel ortaklığı** (KÖO) kamu ile özel sektör arasında altyapı tesislerinin finansmanı, yapımı, yenilenmesi, işletilmesi ve

* Yaşar Üniversitesi Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi

¹ <http://www.akparti.org.tr/site/hedef/402/dev-sehir-hastaneleri-geliyor>, 15.3.2013. Yapıldığı bir konuşmada Başbakan Erdoğan, 6 yıldır üzerinde ısrarla durduğu şehir hastaneleri projesini bu güne değin yargı ve bürokratik oligarşi nedeniyle hayata geçirilemediğinden yakınmıştır. <http://emlakkulisi.com/sehir-hastaneleri-projesine-burokratik-engel-cikti/144201>, 15 Mart 2013-03-15.

² <http://nethaberci.com/sondakika-guncel-haberleri/sehir-hastanelerinin-ilki-icin-temel-atildi-209160.html> 15 Mart 2013.

bakımı ile hizmetlerin sunulmasına ilişkin olarak gerçekleştirilen bir ortaklık yöntemi olarak kabul görmektedir. Söz konusu nedenle, “Bir kamu kurumu ve özel sektör kuruluşunun, kâr amaçlı ya da kâr amaçlı olmayan, geleneksel olarak kamu tarafından yerine getirilen bir faaliyeti birlikte/ortaklaşa üstlenmelerine ilişkin bir düzenleme” ve ayrıca daha kısa olarak “Kamu ve özel sektör işbirliğine dayalı kurumsal düzenlemeler” olarak tanımlanmaktadır³. KÖO’na ilişkin olarak yapılan benzer bir tanım, kamu altyapı ve hizmetlerine ilişkin projelerin gerçekleştirilmesi için geliştirilen, idare ile özel sektör arasında uzun süreli esnek bir sözleşme ilişkisine dayanan ve kamu hizmetlerinin görülmesine ve/veya finansmanına idare ile özel sektörün birlikte katılmasını öngören, finansman, altyapı ve hizmet sağlama modellerinin tümü için kullanılan bir üst kavramdır şeklinde yapılmaktadır⁴.

Dünyadaki ilk Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) uygulamaları 17. ve 18. yüzyıllarda, ağırlıklı olarak kanal ve köprü yapımında, imtiyaz sistemiyle gerçekleşmiştir. Bazı altyapı hizmetleri Avrupa’da 19. yüzyılda özel sektör tarafından kurularak işletilmiştir. 20. yüzyılda -özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında- bazı ülkelerde (Fransa, İtalya, Japonya ve ABD...) özellikle karayolu ağlarının inşasında kamu-özel sektör işbirliği uygulamaları yaygınlaşmıştır⁵. 1990-2009 yılları arasında **Avrupa’daki** tüm KÖO projelerinin üçte ikisi İngiltere’de gerçekleşmiştir. Söz konusu nedenle bu ülke, hem toplam KÖO proje sayısı, hem de değeri itibarıyla ilk sırada bulunmaktadır.

³ Ayşe **Cebeci**, Kamu Özel Ortaklığı ve Koordinasyonu Sağlayan Kurum Olarak YOİKK, TTB, KÖO Sempozyumu, 90.

⁴ Mine Kasapoğlu **Turhan**, Kamu Özel Ortaklığının Hukuksal Niteliği, Çeşitli Ülkelerdeki Kamu Özel Ortaklığı Uygulamalarının Hukuki Açısından Değerlendirilmesi, TTB, KÖO Sempozyumu, 102. **Turhan** (106) söz konusu kavramı daha da detaylı olarak şu şekilde tanımlamaktadır: “KÖO, bir kamu altyapı ve/veya hizmetine ilişkin bir projenin tasarımı, finansmanı, yapımı, işletilmesi veya mevcut bir altyapının yenilenmesi, kiralanması, geliştirilmesi, bakım ve onarımının yapılması ve işletilmesi için, idare ile özel kişi arasında risklerin paylaşıldığı, yatırım ve hizmet bedelinin, hizmetten yararlananlarca veya idare tarafından veya her ikisi tarafından özel kişiye sözleşme süresince uzun vadede ödendiği, uzun süreli sözleşme ilişkisine dayanan modellerdir.”

⁵ Ferimah **Yusufi-Yılmaz**/Derya **Gültekin-Karakaş**, Devlet/Kamu Üzerine Yeniden Düşünmek..., Girişimci Cumhurbaşkanı, Girişimci Vali, Girişimci Rektör...Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı’nın Yapısal/Konjonktürel ve Türkiye’ye Özgü Nedenleri, TTB, KÖO Sempozyumu, 32.

İngiltere’yi toplam projelerin %10’unu yürüten İspanya takip etmektedir. Fransa, Almanya, İtalya ve Portekiz ise sırasıyla toplam projelerin %2-5’ini yürütmüştür⁶.

1980’ler Dünya’da ağırlıklı olarak “*minimal devlet*”, “*desantralizasyon*” ve “*özelleştirme*” politikalarının öne çıktığı yıllar olmuştur. 1990’lardan sonra bu uygulama “*özelleştirmenin yeni bir biçimi*” olarak algılanmıştır⁷. KÖO’nun *özelleştirmenin* olumsuz yönlerine ve toplumsal muhalefete karşı çıkabilmek için geliştirildiği ve kullanılmasının daha iyi sonuçlar vereceğini ileri sürülmektedir⁸. Ülkemizde de birçok kamu hizmeti sunan kurum ya özelleştirilmiş ya da şirket mantığı ile işletilmeye başlanmıştır⁹.

İngiltere’de 2009 yılında 159 hastane özel finans girişimleri (PFI= Private Finance Initiative) veya kamu-özel ortaklığı denilen oluşumlar çerçevesinde kuruldu. Söz konusu rakam o dönemki hastane programlarının yüzde 90’ına karşılık gelmekteydi. Bu uygulama ile kamu-özel ortaklığı harcamaları vasıtasıyla (Portekiz örneğinde olduğu gibi) bütçe dışına çıkarılarak bütçe açıklarının önüne geçmek istenmiştir. Ayrıca, hükümetler özel sektörün bu işi daha iyi yapacağını düşünmektedirler¹⁰.

⁶ **Turhan**, TTB, KÖO Sempozyumu, 115. Yazarın da ifade ettiği üzere (124), KÖO modelleri ile güdülen amaç, -küreselleşmenin ve liberal ekonomi politikalarının etkisi ile- kamu hizmeti alanının yeniden düzenlenerek, devletin kamu hizmetlerindeki rolünün daraltılmasıdır. Bu modelin uygulanmasıyla, devletin kamu hizmetleri alanındaki rolü, daha çok düzenleyici ve denetleyici bir role dönüşmektedir.

⁷ Bir diğer görüşe göre ise, özelleştirmede devlet kısmen ya da tamamen kamu hizmeti sunduğu alandan çekilip yerini özel sektöre bırakmaktadır. KÖO projelerinde genellikle devlet ve özel sektör aynı alan içinde yer alır. Bkz. **Yılmaz/Karakaş**, TTB, KÖO Sempozyumu, 36.

⁸ **Cebeci**, TTB, KÖO Sempozyumu 91. **Turhan** da bu hususu (TTB, KÖO Sempozyumu, 103) şu şekilde ifade etmektedir: “KÖO, kamu borçlanmasına konan sınırlamalar ve özelleştirme ile ilgili olumsuz yaklaşımlar nedeniyle, “özelleştirme” kavramına bir alternatif olarak geliştirilmiştir. Kamu-özel ortaklığı kavramıyla özelleştirme kavramına göre daha olumlu bir izlenim yaratılmak istenmiş ve böylece özel sektörün kamu hizmetlerinde pazar payı elde etmelerini teşvik etmek amaçlanmıştır.”

⁹ **Cebeci**, TTB, KÖO Sempozyumu, 84, 88, 89.

¹⁰ David **Price**, *Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu 6-7 MAYIS 2011*, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Yayını, 14. **Yılmaz/Karakaş**, TTB, KÖO

Ülkemizde kamu ile özel sektörün ortaklığına yönelik uygulamalar **Osmanlı** İmparatorluğu dönemine kadar uzanmaktadır. Bu dönemde bazı kamu hizmetlerinin sunulmasına ve altyapının sağlanmasına özel sektör katkıda bulunmuştur. Şu anda uygulanmakta olan (yap-kirala, yap-işlet, yap-işlet-devret ve işletme hakkı devri gibi) bazı modeller aslında kamu özel ortaklığı uygulamalarının birer örneğidir¹¹. Günümüzde sağlık hizmeti sunan tesislerinin bir kısmı kamu, bir kısmı da özel hukuk karakterlidir. Kamu sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunmaktadır. Sağlıkta yeniden yapılanma süreci içinde Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinde ağırlığı özel sektöre devretmektedir. Bu kapsamda ilk adım olarak 6 Ocak 2005 T. ve 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait **Sağlık Birimlerinin** Sağlık Bakanlığı'na **Devredilmesine Dair Kanun** ile diğer resmi kuruluşlarda bulunan sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı bünyesine alınmıştır¹². Atılan ikinci adım 3/7/2005 Tarih ve 5396 SK Md. 1 ile kamu özel iş birliği modeli oluşturulmasıdır. 7/5/1987 Tarih ve 3359 Sayılı **Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu**'na eklenen bir madde (ek Md. 7) ile başlayan uygulama için **Sağlık Tesislerinin**, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında **Yenilenmesine Dair Yönetmelik**¹³ çıkarılarak yürürlüğe konulmuştur¹⁴. Söz konusu düzenlemelere göre planlanan bazı yatırımlar idari yargı kararı ile durdurulmuştur. Üçüncü adımda, hükümet yargı kararlarındaki gerekçeleri dikkate alarak, konuya ilişkin 21/2/2013 Tarih ve 6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca **Kamu Özel İş Birliği** Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik

Sempozyumu, 33: Küresel kriz sonucu maddi kaynak sıkıntısı içindeki hükümetler, artan sağlık harcamalarının baskısı altında, hastane yapımında ve klinik hizmetlerin temininde giderek daha fazla özel sektöre yönelmektedirler. Bu durumun sonucu olarak 2010 yılında üç kıtada KÖO, rekor sayıda hastane altyapısını finanse etmiştir.

¹¹ **Turhan**, TTB, KÖO Sempozyumu, 102.

¹² Konu ile ilgili yasal süreç için bkz. Ali Nazım **Sözer**, Genel Sağlık Sigortası Kimin Yararına? Mercek, Ocak 2005, 21 vd.; aynı yazar, Sağlıkta Yeni Yapılanma: Özelleştirmeden Tekelleştirmeye, 11. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Kongresi, Türk-İş Yayını, Ankara, 2010, 216.

¹³ RG: 22.7.2006, 26236.

¹⁴ **Turhan**, TTB, KÖO Sempozyumu, 113.

Yapılması **Hakkında Kanunun** kabul edilmesini sağlamıştır. Aşağıda söz konusu süreç özetlenmektedir¹⁵.

§ 2 KONU HAKKINDA İLK DÜZENLEMELER

Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda 3 Temmuz 2005 tarihinde yapılan değişiklik ile getirilen yeni uygulamaya göre, **Sağlık Bakanlığı** ihtiyaç duyulan sağlık tesislerini gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine **yaptırabilecektir**. Bunun için Bakanlığın talebi üzerine Yüksek Planlama Kurulu'nun (YPK) karar vermesi gerekir. Sağlık Bakanlığı önce temel standartları belirleyecek ve belirlenen ölçüler çerçevesinde yaptırılması planlanan her bir sağlık tesisi projesi için bir ön fizibilite raporu hazırlayacak veya hazırlatacaktır. **YPK'nın olur vermesi** durumunda, Bakanlık kendisine veya Hazineye ait taşınmazları üzerinde sağlık tesisleri yapılması için ihale açacaktır¹⁶. **İhaleyi** kazanan gerçek veya tüzel kişiler sağlık tesisini kendi finansman olanakları ile yapıp işleterek karşılığında belirli bir süre devletten kira alacağına hak kazanacaktır. Bu süre en fazla 49 yıl olarak saptanmıştır (Ek Md. 7/D)¹⁷.

Kira bedeli ve kiralama süresinin tespitinde bazı ölçüler belirlenmiştir. Bu ölçüler yasada; "...*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*" şeklinde açıklığa kavuşturulmuştur (Ek Md. 7/III). Aktarılan ölçülere göre belirlenen kira bedelleri Sağlık Bakanlığına bağlı Döner Sermaye İşletmelerince üstlenilmiştir (Ek Md. 7/IV). İdare Hukuku bakımından eksik imtiyaz sayılan bu uygulamada özel girişimciye ödenecek kiranın kaynağı olarak döner sermaye gelirleri öngörülmüştür. Döner sermaye, niteliği gereği sağlık kamu hizmetlerinin üretilmesinden elde edilen

¹⁵ Bkz. Onur **Karahanoğulları**, Kamu Özel Ortaklığının Hukuksal Niteliği, Eksik İmtiyaz (Kamu - Özel Ortaklığı), TTB, KÖO Sempozyumu, 132.

¹⁶ İlgili düzenlemeye göre, yapılacak iş ve işlemler, 8.9.1983 tarihli ve 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu ile 4.1.2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tâbi değildir (Ek Md. 7/VI).

¹⁷ Ayrıntı için bkz. **Yılmaz/Karakaş**, TTB, KÖO Sempozyumu, 37. vd.

gelirlerden ve bakanlık bütçesinden yapılan aktarmalardan oluşur. Ancak, **bakanlık döner sermaye işletmelerine bütçesinden para aktarmadığı** gibi, bütçe kalemleri arasında yer alan alt yapı yatırımları için döner sermaye gelirlerinden para aktarılması öngörülmüştür¹⁸.

Değirmek gerekir ki, 5396 SK yap-işlet devret modeli bakımından sadece yeni sağlık tesisi kurulmasını ve işletilmesini değil ayrıca Bakanlığın faaliyette bulunan sağlık tesislerini de kapsamına almaktadır. Çünkü ilgili norma göre, “**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**” (Ek Md. 7/V). Aktarılan düzenlemeden çıkan sonuç, mevcut sağlık tesislerinin yenilenmesi durumunda yüklenici şirket sadece sağlık dışı alanları işletme hakkına sahip olabilecektir. Yeni yapılacak olan sağlık tesislerinin işletilmesi bakımından ise tıbbî hizmete ilişkin olan ve olmayan hizmet alanı ayırımı yapılmamıştır. Yani, yeni sağlık tesisi kuran şirketler hem sağlık ile ilgili alanları hem de dışında kalan alanları işletme hakkına sahip olmaktadır. Bu durumda, KÖO şeklinde faaliyette bulunan hastanelerin işletmecilik bakımından özel sağlık tesislerinden farkı kalmamaktadır¹⁹.

Yasada genel esasları düzenlenen yap-işlet devret uygulamasının açıklığa kavuşturulması için (3359 sayılı Kanunun ek Md. 7/VIII gereği olarak ihtiyaç duyulan) Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletil-

¹⁸ **Karahanoğulları**, TTB, KÖO Sempozyumu, 141. Kiraların döner sermayeden karşılanacak olmasına karşın örneğin personel payları ile kiralar arasında bir denge öngörülmemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılı bütçesi 14 Milyar TL. iken döner sermaye bütçesi 16 Milyar TL.'dir. Bu mukayese ile sadece hastane inşaatları için ödenecek kamu kaynağının büyüklüğü ortaya çıkmaktadır. Söz konusu nedenle, bütün ihaleler tamamlandığında döner sermaye bütçesinin tamamının dahi kiraları karşılamaya yetmeyeceği ifade edilmektedir. Bkz. Özgür **Erbaş**/Cavit Işık **Yavuz**/Bayazıt **İlhan**, Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı, Türk Tabipleri Birliği, Ankara, 2012, 12.

¹⁹ **Karasu**, 228. **Karahanoğulları**, TTB, KÖO Sempozyumu, 140: “*Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek 7. maddenin öngördüğü yapıda, vergilerden karşılanan hemen hemen yalnızca çekirdek tıbbî hizmetleri üretecek personelin maaşlarıdır, bunun dışındaki tüm ilişkinin fiyatlandırılma ve tarifelenirilmesi ile ödeme koşuluna bağlanması söz konusudur. Eksik imtiyaz Anayasasının vergi ödevi başlıklı 73. maddesine aykırıdır.*”

mesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik²⁰ çıkarılarak yürürlüğe konulmuştur. Düzenlemede “**Sağlık tesisi**: Entegre sağlık kampüsü²¹, eğitim araştırma hastanesi, devlet hastanesi, özel dal hastanesi, gün hastanesi, sağlık ocağı, klinik otel, rehabilitasyon merkezi, kanser araştırma merkezi, aşı eğitim merkezi, aşı üretim merkezi, aşı araştırma-geliştirme merkezi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, toplum sağlığı merkezi, organ ve doku bankası, bölgesel kan merkezi, kan ürünleri üretim tesisi, ağız ve diş sağlığı merkezi, tüm kara, hava ve deniz teçhizatları dâhil olmak üzere 112 acil servis komuta kontrol merkezi ile destek birimleri dâhil ilgili tesisin her türlü bölümleri ve bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla, Bakanlığın yapmak ve yaptırmakla yükümlü olduğu ek binalar dâhil **sağlıkla ilgili diğer tüm tesisleri**,” şeklinde fevkalade geniş olarak tanımlanmıştır (Md. 4/1-i).

Tesislerin üzerinde yapılacak taşınmaz mallar yükleniciye Bakanlık tarafından sağlanmaktadır. Bakanlık bu taşınmazlar üzerinde yüklenici lehine bedelsiz olarak kırkdokuz yıla kadar bağımsız ve sürekli nitelikli **üst hakkı** tesis edebilmektedir²². Ancak, bunun için Maliye Bakanlığı’nın uygun görüşünün alınması gerekmektedir (Md. 7/2)²³. Yüklenici, ihale konusu sağlık tesisinin yenileme veya yapım işlerine ait yatırım tutarı ile hizmetlerin verilmesi ile ilgili gerekli tüm **finansmanı** sağlamakla yükümlü tutulmuştur (Md. 33/1).

3359 SK’da mevcut sağlık tesislerinin yenilenmesi sonrası işletilmesi bakımından yapılan tıbbi hizmete ilişkin olan ve olmayan hizmet alanı

²⁰ RG: 22.7.2006, 26236.

²¹ Entegre (integrated), birçok parçadan oluşan bir yapının birbirleriyle ilişkilendirilerek tümleşik duruma getirilmesi (bütünleştirilmesi) anlamına gelmektedir. KÖO’da bütünleştirme daha ziyade mekansal toplanma olarak anlaşılmaktadır. Bkz. Koray **Karasu**, Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı, SBF Dergisi, 3/2011, 238, 239.

²² **Karahanoğullar**’a göre (TTB, KÖO Sempozyumu, 137), kamu malları üzerinde sınırlı aynı hak tesis edilmez. Bunun yapılabileceği kabul edilse de buna yetki veren hukuksal araç yönetmelik değil, yasadır. Yasa ile tanınan üst hakkı örnekleri için bkz. Şeref **Ertaş**, Eşya Hukuku, İzmir, 2011, 505, 506.

²³ Sağlık tesisi yapılmasına planlanan yerde Hazineye ait uygun şartlarda arsa/arazi bulunamaması durumunda, şahsa ait araziler de değerlendirilebilmektedir. Ayrıca, yatırım açısından şahsa ait arazilerin maliyet bakımından daha uygun olması durumunda da aynı uygulama yapılabilmektedir (Yön. Md. 7/3).

ayırımı ayrıca tıbbi hizmete ilişkin olan ve olmayan hizmetler ayrımı Yönetmelikte açıklığa kavuşturulmuştur²⁴. **Tıbbî hizmetler dışındaki alanlara** örnek olarak otopark, otel, banka şubesi, restoran, kafeterya, konferans ve kültür merkezi, internet ve iletişim merkezi, eczane²⁵, yaşlı bakım evi, kreş, personel servisi, taksi hizmetleri ve benzeri ulaştırma hizmetleri, zayıflama ve diyet merkezi gösterilmiştir (Md. 4/1-l). **Tıbbî hizmetler dışındaki hizmetler** ise tıbbî destek hizmetleri, bilgi işlem, hasta danışmanlığı, sterilizasyon, çamaşırhane, temizlik, güvenlik, yemekhane, arşivleme, (aydınlatma, asansör, ısıtma, soğutma, havalandırma, tıbbî gaz, su ve enerji temini, atık ve atık su uzaklaştırma hizmetleri de dâhil olmak üzere) binaların tamiri, bakımı ve işletilmesi, park ve bahçe bakımı, (kara, hava, deniz) ambulans hizmetleri, morg ve gasilhane hizmetleri şeklinde açıklanmıştır (Md. 4/1-m). Düzenlemede, tıbbi hizmet sayılmayan “Tıbbi destek hizmetleri”nin içeriği konusunda bir açıklık getirilmemiştir. Halbuki, niteliği gereği bu hizmetleri (bir arada sayıldığı örneğin arşivleme, yemekhane ile benzer nitelikte görüp) tıp dışında saymak uygun görülemez. Tıbbi görüntüleme ve eczane gibi tıbbi destek hizmetleri tıbbi hizmetin ayrılmaz tamamlayıcı parçası sayılırlar²⁶. Tıbbi hizmetler ile tıbbi destek hizmetleri arasındaki ayırım sonucu, idarenin elinde kalacak çekirdek hizmet, sadece muayene olabilecektir. Ayrıca, tıbbi destek hizmetleri terimi torba kavram olup içine neler gireceği tamamen sözleşme ile belirlenecektir²⁷.

²⁴ Bu ayırım Yönetmelik Md. 6/2 ve 30/d’de de yapılmıştır.

²⁵ Yönetmelik hükmünün ilk halinde “eczane” de tıbbi hizmetler dışındaki alanlar arasında sayılmış olmasına karşın, açılan bir davada Danıştay, “*Hastane bünyesinde yer alan eczanelerin o hastane içinde bulunan hastaların ilaç tedariki dışında ticari bir amaç taşıyamamaları ve eczacılık mesleğinin sağlık hizmeti ağırlıklı bir alan olduğu göz önüne alındığında, eczanelerin yönetmeliğin (l) bendi kapsamında tıbbi hizmetler dışındaki alanlarda değerlendirilmesinde ve bunun sonucu olarak işletilmesinin hastanelerden bağımsız olarak müteahhide devredilmesine olanak sağlayan dava konusu düzenlemede mevzuat hükümlerine, kamu yararına ve hizmet gereklerine uyarlık bulunmamaktadır*” (Dan. 10. D, E. 2006/5525, K. 2009/793, 10.2.2009)” değerlendirmesini yapmıştır. Bkz. **Karahanogullar**, TTB, KÖO Sempozyumu, 145, 146.

²⁶ **Karasu**, 226, 227.

²⁷ **Karahanogullar**, TTB, KÖO Sempozyumu, 143: Nitekim, bazı ön yeterlilik ilanlarındaki “görüntüleme, laboratuvar ve diğer tıbbi destek hizmetleri” şeklindeki anlatımdan anlaşılacağı üzere işletme dışı tıbbi hizmetlere sadece muayene odası kalmaktadır.

Getirilmekte olan yeni uygulamanın İdare Hukukundaki karşılığı olan eksik imtiyazda, yüklenici çekirdek hizmet dışında idarenin yerine kaim olmaktadır. Yüklenici imtiyazına sahip olduğu tüm hizmet parçalarını, mekanları ve donanımlarını kendisi işletebileceği gibi işlettebilecektir. Yüklenici imtiyazını aldığı hizmetleri yürütecek girişimcileri seçmek konusunda Kamu Hukuku ihale kurallarına tabi değildir. Özel girişimcinin seçeceği taşeronlar kendi yan şirketleri de olabilecektir. Ayrıca, eksik imtiyazın kapsamına girmeyen sağlık hizmetinin pek çok parçası, ihale ile özel girişimciye devredilmektedir. Sağlık hizmetlerinde paralanmayı artıran eksik imtiyaz uygulaması yasada bulunmayıp yönetmelik ile getirilmiştir. Bu haliyle yasaya aykırı olmaktadır²⁸.

Yönetmelikte **yükleniciler**, üzerine ihale yapılan ve Bakanlık ile sözleşme imzalayan gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri olarak tanımlanmıştır (Md. 4/1-r). Yapım veya yenileme amacıyla imzalanan sözleşmeler özel hukuk hükümlerine tabi tutulmuştur (Md. 4/1-j)²⁹.

Değinmek gerekir ki yap, işlet ve devret uygulamasının gerekçesi sayılabilecek bazı **ilkeler** kabul edilmiştir. İhaleler bakımından bu ilkelerin başlıcaları en az maliyet ile hizmet sunumu ve kamuoyu denetimi olarak belirlenmiştir (Md. 5). **İhaleler** açık ihale usulü, belli istekliler arasında ihale usulü ve pazarlık usulü olarak yapılabilmektedir (Md. 19).

Yönetmelikte **kira bedelinin** yapım işinin karşılığı olduğu ve kiranın belirlenme şekli (tekrar) açıklanmıştır (Md. 4/1-ğ). Yükleniciye kira ödemeleri, sözleşmede tespit edilen kira dönemleri içerisinde sağlık tesisinin teslim alınmasından sonra ödenmeye başlanır (Md. 34/6). Yüklenicinin sağlık tesisini tamamlamak, (tıbbî hizmetler dışındaki alanları) işletmek, sağlık tesisinin bakım ve onarımını yapmak, sözleşme süresi sonunda bakımlı, çalışır ve kullanılabilir durumda Bakanlığa devretmek yükümleri bulunmaktadır (Md. 46).

§ 3 KONU İLE İLGİLİ YARGI KARARLARI

Yukarıda değinilen mevzuat dikkate alınarak Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Dairesi Başkanlığı tarafından bazı sağlık tesislerinin ihalesi

²⁸ **Karahanogullar**, TTB, KÖO Sempozyumu, 146.

²⁹ Sözleşme ile ilgili ayrıntılar Md. 29 vd.'da düzenlenmiştir.

yapılmıştır. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanlığı bu kapsamda 30.06.2011 tarihinde yapılan, “Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampusu Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşİ” ne ilişkin ihalenin iptali için idari yargıda dava açmıştır³⁰. Açılan davada uygulamanın dayanağı olan 3359 SK Ek. Md. 7 ve ona bağlı olarak çıkarılan Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmeliğin (bazı maddelerinin) Anayasaya aykırılık nedeniyle iptali istenmiştir. İsteme gerekçe olarak hiç kimsenin ya da organın kaynağını Anayasa’dan almayan bir Devlet yetkisini kullanamayacağı (AY Md. 2) ve TBMM’ne ait olan yasama yetkisinin devredilemeyeceği (AY Md. 7) kural-ları gösterilmiştir.

Talebi inceleyen Danıştay şu değerlendirmede bulunmuştur: Kamunun, sağlık hizmeti yatırımlarına ilişkin olarak yaşadığı finansman sıkıntısını gidermek amacıyla girişilen model arayışları sonucunda Kamu-Özel Ortaklığı Sistemi (Public-Private Partnership-PPP)(KÖO) öngörülmüştür. Bu sistemle amaçlanan, yüksek finansman gerektiren yatırımlar için alternatif bir finansman kaynağı bulunarak, özel sektöre ait finans kaynaklarının kamuya aktarılmasıdır. Böylece yatırım ve hizmetlerin maliyet, risk ve getirileri, idareler ve özel sektör arasında paylaşılacaktır. Kararda ayrıca KÖO’na ilişkin yukarıda özetlenen mevzuat genel olarak açıklandıktan sonra “*Bu maddenin uygulanmasına ilişkin esas ve usuller ile ihale yöntemi; gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerinde aranılacak nitelikler, sözleşmelerin kapsamı ve konuya ilişkin diğer hususlar Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine müsteşarlıklarınca müştereken hazırlanarak Bakanlar Kurulu kararı ile yürürlüğe konulur.*” şeklindeki kuralın (Md. 7/8) yürütmeye sınırsız bir alanda ilk elden düzenleme yetkisi tanıdığı sonucuna varılmıştır. Mahkemeye göre, söz konusu nedenle, anılan düzenleme, Anayasa’nın 2. ve 7.maddelerine aykırıdır. Mahkeme sonuç olarak dava konusu kuralın iptali için Anayasa Mahkemesi’ne başvurulmasına, bu hükmün Anayasa’ya aykırılığı ve uygulanması durumunda telafisi güç veya imkansız zararlar doğabileceği gözetilerek esas hakkında bir karar verilin-

³⁰ Konu ile ilgili yargı kararları ve TTB’nin bazı çalışmalarını temin eden İzmir Tabip Odası Hukuk Müşaviri Av. Mithat **Kara**’ya teşekkürlerimi sunarım.

ceye kadar yürürlüğünün durdurulmasının istenilmesine oyçokluğuyla karar vermiştir³¹.

Aynı mahiyette bir ihale nedeniyle yine Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanlığı Başbakanlık ve Sağlık Bakanlığı aleyhine açmış olduğu davada, Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı tarafından 16.09.2011 tarihinde “nihai teklif” olarak yapılan “Elazığ Entegre Sağlık Kampusu Yapım İşleri ve Ürün ve Hizmet Temin Edilmesi İşİ”ne ilişkin ihale işleminin ve anılan ihalenin dayanağı olan 22.07.2006 tarih ve 26236 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik”in bazı maddelerinin iptalini ve yürütmenin durdurulmasını ayrıca 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun Ek 7. maddesinin iptali için Anayasa Mahkemesi’ne başvurulmasını istemiştir. Önceki kararlarında olduğu gibi bu kararında da Yüksek Mahkeme “3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun Ek 7. maddesinin Anayasa’ya aykırı olduğu kanısına ulaşılması nedeniyle, Dairemizin 06.07.2012 tarih ve E:2011/3392 sayılı kararı ile; Anayasa Mahkemesi’ne başvurulmasına karar verildiğinden, Anayasa Mahkemesi’ne başvurulması ile ilgili istem hakkında yeniden bir karar verilmesine gerek bulunma” dığını ve ayrıca “Dava konusu Yönetmeliğin iptali istenilen maddelerinin, 3359 sayılı Kanun’un Ek 7. maddesinin uygulanmasını göstermek üzere Kanuna uygun olarak, Kanun çerçevesinde düzenlemeler getirdiği sonucuna ulaşılmış, anılan düzenlemelerde hukuka aykırı bir yön görülmemiştir.” değerlendirmesi yapmıştır.

Olaya özgü olarak yaptığı değerlendirmede ise yine önceki kararına uygun bir sonuca varmıştır. Yüksek mahkemenin açıklamalarına göre “Dava konusu ihaleye ait Genel Şartnamenin “Proje” başlıklı 1.2. maddesinde idare tarafından, Elazığ Entegre Sağlık Kampusu içerisine taşınacak mevcut sağlık tesislerinin (Harput Hastanesi, Güzzam Hastanesi, Akliye Hastanesi) üzerinde bulunduğu taşınmazların da yükleniciye”tıbbi hizmetler dışındaki

³¹ Danıştay 13. Daire E. No: 2011/3392, 6.7.2012. Kararda bulunan bir karşı oy yazısında, yasama yetkisinin idareye devrini konu alan bir düzenlemenin bulunmadığı ve bu sebeple de dava dosyasının Anayasa Mahkemesi Başkanlığı’na gönderilmesine ilişkin karara katılmadığı açıklanmıştır.

alanlar” kapsamında bırakılacağına ilişkin düzenlemeye yer verildiği, görülmüştür. ... Sağlık tesisinden tamamen bağımsız bir taşınmazın sağlık tesisi konsepti ile herhangi bir ilgisi ve uyumu bulunmaksızın ticari alan olarak işletilmek üzere yüklenici lehine üst hakkı tanınması, söz konusu mevzuata göre yapılan ihaleler çerçevesinde olanaklı değildir. Bu durumda, dava konusu ihaleye ait Genel Şartnamenin “Proje” başlıklı 1.2. maddesinde, idare tarafından, Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü içerisine alınacak mevcut sağlık tesislerinin (Harput Hastanesi, Güzzam Hastanesi, Akliye Hastanesi) üzerinde bulunduğu taşınmazların da yükleniciye “tıbbi hizmetler dışındaki alanlar” kapsamında bırakılacağına ilişkin düzenlemeye yer verilerek, ilgili mevzuatta dayanağı bulunmayan şartları içeren şartname ile gerçekleştirilen ihalede hukuka uygunluk bulunmamaktadır.” Açıklanan nedenlerle ... dava konusu “Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ve Ürün Hizmet Temin Edilmesi” ihalesi işleminin **yürütülmesinin durdurulmasına** oy birliği ile karar verilmiştir³².

Bir diğer dava konusu olayda yine Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanlığı Danıştay’a yapmış olduğu başvuruda Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı tarafından 10.10.2011 tarihinde açık eksiltme usulü ile yapılan *Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İşi* ihale işleminin ve anılan ihalenin dayanağı olan 22.07.2006 tarih ve 26236 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik”in bazı maddelerinin iptali ve yürütmenin durdurulmasını, ayrıca 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun Ek 7. maddesinin iptali için Anayasa Mahkemesi’ne başvurulmasını istemiştir.

Danıştay yaptığı değerlendirmede önce “3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun Ek 7. maddesinin Anayasa’ya aykırı olduğu kanısına ulaşılması nedeniyle, Dairemizin 06.07.2012 tarih ve E:2011/3392 sayılı kararı ile; Anayasa Mahkemesi’ne başvurulmasına karar verildiğinden, Anayasa Mahkemesi’ne başvurulması ile ilgili istem hakkında yeniden bir

³² Danıştay, 13. Daire, Esas No : 2011/4233, 09.07.2012. Bu kararda da bir öncekindeki gerekçe ile aynı içerikte bir karşı oy yazısı bulunmaktadır.

karar verilmesine gerek bulunmamaktadır.” sonucuna varmıştır. Mahkeme’ye göre; “Dava konusu Yönetmeliğin iptali istenilen maddelerinin, 3359 sayılı Kanun’un Ek 7. maddesinin uygulanmasını göstermek üzere Kanun’a uygun olarak, Kanun çerçevesinde düzenlemeler getirdiği sonucuna ulaşılmış, anılan düzenlemelerde hukuka aykırı bir yön...” bulunmamaktadır.

Söz konusu tespitlerden sonra Yüksek Mahkeme dava konusu olayı şu şekilde incelemiştir: “Dava konusu ihaleye ait Genel Şartnamenin “Proje” başlıklı 1.2. maddesinde . idare tarafından, Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü içerisinde taşınacak mevcut sağlık tesislerinin (Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesinin ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinin, Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesinin, Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesinin) üzerinde bulunduğu taşınmazların da yükleniciye “tıbbi hizmetler dışındaki alanlar” kapsamında bırakılacağına ilişkin düzenlemeye yer verildiği, ... görülmüştür. ... Ancak sağlık tesisinden tamamen bağımsız bir taşınmazın, sağlık tesisi konsepti ile herhangi bir ilgisi ve uyumu bulunmaksızın ticari alan olarak işletilmek üzere yüklenici lehine üst hakkı tanınması, söz konusu mevzuata göre yapılan ihaleler çerçevesinde olanaklı değildir. Bu durumda, dava konusu ihaleye ait Genel Şartnamenin “Proje” başlıklı 1.2. maddesinde, idare tarafından, Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü içerisinde taşınacak mevcut sağlık tesislerinin (Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesinin ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinin, Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesinin, Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesinin) üzerinde bulunduğu taşınmazların da yükleniciye “tıbbi hizmetler dışındaki alanlar” kapsamında bırakılacağına ilişkin düzenlemeye yer verilerek, ilgili mevzuatta dayanağı bulunmayan şartları içeren şartname ile gerçekleştirilen ihalede hukuka uygunluk bulunmamaktadır.... Açıklanan nedenlerle; ...uyuşmazlık konusu Yönetmeliğe dayanılarak yapılan dava konusu, “Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi İş” ihalesi işleminin yürütmesinin durdurulmasına oybirliğiyle, 09.07.2012 tarihinde karar verildi.”³³.

Söz konusu karara karşı taraflar karşılıklı olarak Danıştay İdari Dava Daireleri Kuruluna itiraz etmişlerdir. Yargılama sonucunda önce davalı

³³ Danıştay, 13. Daire 2011/4558, 9.7.2012.

idarelerin ehliyet yönünden usule ilişkin itirazları 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununun ilgili düzenlemeleri (Md.1, 4 ve 28) dikkate alınarak reddedilmiştir. Kurula göre, “*Dava konusu Yönetmelik ile getirilen düzenlemelerin, kapsam ve nitelik itibarıyla sağlık hizmetlerini ve hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının hukuki durumlarını etkileyeceği kuşkusuzdur. Bu itibarla, menfaatlerini ihlal eden dava konusu Yönetmeliğe karşı davacı Birliğin 6023 sayılı Yasa uyarınca dava açma ehliyeti bulunmaktadır.*”

Esasa ilişkin olarak ise Kurul şu sonuca varmıştır: “*Taraflarca ileri sürülen hususlar, 2577 sayılı idari Yargılama Usulü Kanunu’nun 27. maddesi gereğince verilen kararın kaldırılmasını gerektirecek nitelikte bulunmadığından, tarafların itirazının REDDiNE, Yönetmeliğin 4. maddesinin (o) ve (f) bentleri ile 15. maddesinin (u) ve 30. maddesinin (i) bentlerine yönelik davacının itirazı ile ihale işlemine yönelik olarak davalı idarelerin itirazları yönünden oyçokluğu, Yönetmeliğin yukarıda belirtilen kısımları dışında kalan diğer kısımlarına ilişkin davacı itirazı yönünden ise oybirliğiyle, 17/10/2012 gününde karar verildi.*”

Karara bazı üyeler katılmamışlardır. Yedi imzalı bu karşı oy yazısı şu şekildedir: “*3559 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun Ek-7. maddesi ile sağlık tesislerinin kiralama karşılığı yaptırılabilceği, tesislerdeki tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerin ve alanların işletilmesinin kiralayana verilebileceği kurala bağlanmıştır. Dolayısıyla, kiralama karşılığı sağlık tesisi yaptırılmasına ilişkin usul ve esasları belirleyen anılan Yasa hükmü ile kiralama karşılığı yaptırılacak sağlık tesislerinde tıbbi hizmetlerin Sağlık Bakanlığı’nca yürütüleceği belirlenmiş iken, dava konusu Yönetmeliğin 4. maddesinin (o) bendinde “tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerin” tanımı yapılırken, “tıbbi destek hizmetleri” ibaresine yer verilmek suretiyle bu hizmetler de kiralayana yaptırılabilcek hizmetler kapsamına alınmış, ancak tıbbi destek hizmetlerinin neler olduğu hususuna ise açıklık getirilmemiştir. İhaleye ilişkin genel şartnameden; tıbbi destek hizmetlerinin görüntüleme, laboratuvar, sterilizasyon, dezenfeksiyon, atık yönetimi ve rehabilitasyon hizmetlerinden oluştuğu anlaşılmaktadır. Ancak, gerek 3359 sayılı yasada gerekse Yönetmelikte tıbbi destek hizmetlerinin nelerden oluştuğu açıkça belirtilmemiştir. Dolayısıyla, Yönetmelikte “tıbbi hizmetler dışında hizmetler” tanımı içinde “tıbbi destek hizmetleri” ibaresine yer verilmesi, yasada*

öngörülmemesine rağmen bazı tıbbi hizmetlerin kiralayana yaptırılacak hizmetler kapsamına alınması sonucunu doğurabileceğinden, Yönetmeliğin 4. maddesinin (o) bendindeki “tıbbi destek hizmetleri” ibaresinde hukuka uyarlık bulunmamaktadır.

Ayrıca, dava konusu Yönetmeliğin dayanağını oluşturan 3359 sayılı Kanunun Ek-7. maddesinin üçüncü fıkrasında, tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerin ve alanların işletilmesinden bahsedilmiş, dava konusu Yönetmeliğin 4/ğ bendinde de, “İşletme Dönemi Yönetim Planı” tanımında, tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların yükleniciye bırakılabileceği belirtilmiştir. Bu düzenlemeler karşısında, sağlık tesisinin tümünün değil, sadece tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerin ve alanların işletilmesinin yükleniciye bırakılabileceği açıktır.

Ancak, Yönetmeliğin dava konusu 4. maddesinin (o) bendinde, “...binaların tamiri, bakımı ve işletilmesi...” ibaresine yer verilmek suretiyle yüklenici tarafından işletilecek alanların içerisine tıbbi hizmetlerin yürütüleceği binalar da eklenmiş olup, Yönetmeliğin 4. maddesinin (f) bendinde, “İhale Dökümanı” tanımı içinde aynı şekilde “işletilmesi” ibaresi tekrar edilmiştir. Böylece, tıbbi hizmetlere ilişkin alanların ve binaların işletilmesinin de yükleniciye bırakılabilmesine olanak tanıyacak düzenleme yapılmıştır.

Davalı idareler tarafından, anılan düzenlemelerdeki “işletilmesi” ibarelerinin tıbbi hizmetlere ilişkin binaları ve alanları kapsamadığı ileri sürülmüş ise de, “Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri ile Ürün ve Hizmetlerin Temin Edilmesi işi” ne ait “İhale Sözleşmesi taslağında Şirket hastanenin yönetiminden sorumlu olacaktır.” hükmüne yer verilmiş olması, dolayısıyla uygulamada tıbbi hizmetlere ilişkin alanların ve binaların işletilmesinin de yükleniciye bırakılması yönünde sözleşmeye hüküm konulması karşısında, davalı idarelerin belirtilen savunmasına itibar edilmesine olanak bulunmamıştır.

Bu itibarla, 3359 sayılı Kanunun Ek-7. maddesine ve Yönetmeliğin diğer kısımlarına aykırılık oluşturan Yönetmeliğin 4/o ve 4/f bentlerindeki “işletilmesi” ibarelerinde hukuka uyarlık bulunmamaktadır. Öte yandan, 3359 sayılı Kanunun anılan Ek-7. maddesinde kira bedeli ve kiralama süresinin tespitinde etkili olan hususlar içinde tıbbi donanımın, kiralayana tarafından sağlanıp sağlanmaması hususuna yer verilmiştir. Ancak, tıbbi dona-

nımın neler olduğunu Yasa hükmünde ve Yönetmelikte açıkça belirtilmemiştir. Buna karşın, dava konusu Yönetmeliğin 15. maddesinin (u) bendinde ve 30. maddesinin (i) bendinde, “ve uygun görülen donanım işletmesine” ibaresine yer verilmiş olup, anılan düzenlemeler bu haliyle Yasada açıkça öngörülmemesine rağmen tıbbi hizmetlerin bir bölümünün kiralayan tarafından işletilmesine olanak sağlayabileceğinden, Yönetmeliğin 15. maddesinin (u) ve 30. maddesinin (i) bentlerinde yer alan “ve uygun görülen donanım işletmesine” ibarelerinde de hukuka uygunluk bulunmamaktadır.

Belirtilen nedenlerle, Yönetmeliğin 4/o bendinde yer alan “tıbbi destek hizmetleri” ve “işletilmesi” ibareleri, 4/f bendinde yer alan “işletilmesi” ibaresi ile 15/u ve 30/i bentlerinde yer alan “ve uygun görülen donanım işletmesine” ibareleri yönünden davacı itirazının kabulü ile 2577 sayılı Yasanın 7. maddesinde öngörülen koşullar gerçekleştiğinden anılan kısımların yürütmesinin durdurulması gerektiği oyuyla, karara bu yönden katılmıyoruz.”³⁴.

³⁴ Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu, İtiraz No: 2012/714, 17/10/2012. KÖO ihaleleri ayrıca imar mevzuatı bakımından da ihtilaf konusu olmaktadır. Örneğin, *Bursa Tabip Odası tarafından Bursa Büyükşehir Belediye Başkanlığı aleyhine idare mahkemesinde açılan davada Büyükşehir Belediye Meclisinin entegre sağlık kampusu kurulması için imar planında yaptığı değişikliğin meslek kuruluşlarının görüşlerinin alınmadığı, yer seçiminin hatalı olduğu, tarım toprağının korunmadığı, bu konuda DSİ ve Çevre ve Orman Bakanlığı itirazlarının dikkate alınmadığı* iddiasıyla iptali istenmiştir. Karara göre, alt ölçekli imar planlarının üst ölçekli imar planı ana kararları göz önünde bulundurularak bu plana göre yapılması planlanma esasları ve plan hiyerarşisi bakımından gereklidir. Uyuşmazlığa konu taşınmazların sağlık sit alanı olduğu kabul edilmek suretiyle, bu alanda yapılacak sağlık tesislerinin esaslarının belirlendiği plan notu tadilatlarının, anılan tarımsal niteliği korunacak özel mahsul alanı olarak belirleyen Çevre Düzeni Planına uyumsuzluk oluşturmuştur. Üst ölçekli plana uygun olmayan imar planı hükümlerine ilişkin olan Bursa Büyükşehir Belediye Meclisinin 16.12.2010 tarihli kararında hukuka uyarlık bulunmamaktadır. Anılan nedenlerle 04/07/2012 tarihinde dava konusu işlemin iptaline oybirliğiyle karar verilmiştir. Bursa 2. İdare Mahkemesi 2011/398 E., ve 2012/841. TTB açıklamalarına göre, “merkezden uygun Hazine arazisi olarak yapılan tahsisler sonucunda, Isparta için yapılan seçim, kentin hava kirliliği en yüksek olan bölgesi seçilmesi nedeniyle dava konusu olmuş, Bursa için yapılan seçim kıymetli tarım arazisi ve su baskın alanı olması nedeniyle dava konusu edilmiş, Kayseri için yapılan seçim, bataklık alanı olması nedeniyle inşaatı engel olmuş, Elazığ için

§ 4 YARGI KARARLARI SONRASI YENİ DÜZENLEME

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ihalelere karşı açılan davalar sonucu ortaya çıkan hukuki durumu dikkate alan hükümet 21/2/2013 Tarih ve 6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'u yürürlüğe koymuştur. Bu kanun (Md. 12) ile 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ek Md. 7 yürürlükten kaldırılarak konu yeniden kanun düzeyinde daha ayrıntılı olarak düzenlenmiştir.

Yeni kanuna göre de idare; Hazinesinin özel mülkiyetindeki taşınmazlar üzerinde, sözleşmede belirlenecek bedel karşılığında tesis³⁵ yaptırabilir. Yasada idare: “Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının merkez teşkilatlarının ilgili birimi ile taşra teşkilatlarına ait sağlık kurum ve kuruluşları...” olarak tanımlanmıştır (Md. ½- f). Böylece, kamu hastane birlikleri (genel sekreterleri) dahi, yönetimlerinde bulunan hastanelerin yenilenmesi için ihale yapabileceklerdir.

Yapım, Maliye Bakanlığınca yüklenici lehine bedelsiz olarak tesis edilecek bağımsız ve sürekli nitelikteki **üst hakkı** sözleşmesinde belirtilen şartlarla gerçekleştirilecektir. Yapım işlerine ilişkin ön fizibilite raporu ve proje³⁶ hazırlanıp Sağlık Bakanının imzasıyla Yüksek Planlama Kurulunun

yapılan seçim kültürel SİT alanı ve şehit mezarlıklarının bulunduğu alan olmuş, Ankara Bilkent için yapılan seçim Ağıl dere yatağı olmuştur.”

³⁵ Yasada tesis “Sözleşme hükümlerine göre yüklenici tarafından yapılan ve Bakanlığın ve bağlı kuruluşlarının kanunla tanımlanan görev ve yetkileri ile ilgili iş ve işlemlerini yerine getirmek için kullanacağı bina ve yapıları” ifade etmektedir (Md. ½-r). Ayrıca, sözleşme çerçevesinde yapılan tesis ve ticari hizmet alanlarının bütünü için “yerleşke” kavramı kullanılmaktadır (Md. ½-v).

³⁶ Ön fizibilite raporu, “Bu Kanun hükümleri çerçevesinde gerçekleştirilmesi öngörülen projenin teknik, finansal, ekonomik, çevresel, sosyal ve hukuki açıdan yapılabilirliğini analiz eden, öngörülen kullanım bedeli, hizmet bedeli ve garantiler de dâhil olmak üzere risk analizlerini ve paylaşımını içeren ve yatırımın geleneksel tedarik yöntemleri yerine kamu özel iş birliği modeli ile hayata geçirilmesinin gerekçesini karşılaştırmalı ekonomik ve finansal analizlerle ortaya koyan rapor...” dur (Md. ½-m). Ön proje “Tesisin ihtiyaç programına göre gerekli zemin ve arazi araştırmaları yapılarak bilgilerin hâlihazır haritalardan alındığı, varsa çevresel etki değerlendirmelerine dayanılarak

(YPK) onayına sunulması gerekir. Yapım işlerinin ihalesi için, YPK'dan yetkilendirme kararı alınması gerekir (6428 SK Md. 2/1).

3359 SK döneminde olduğu gibi, 6428 SK ile de sadece yeni sağlık tesisi **kurulması** ve işletilmesi değil **mevcutların** da KÖO rejimine tabi tutulması hedeflenmiştir. Bakanlık ve bağlı kuruluşları, kullanımlarında bulunan tesislerin yenilenmesi işlerini, tesislerdeki belli hizmetlerin sunulması ve/veya ticari hizmet alanlarının işletilmesi ve/veya bedelinin ödenmesi karşılığında yaptırabileceklerdir (Md. 2/2). Düzenlemede yenilemeye ve devire tabi tutulacak tesis ve hizmetler için herhangi bir kayıt getirilmemiştir. Söz konusu nedenle, bu konuda idareye **sınırsız bir yetki** verilmektedir.

Değinmek gerekir ki, yeni düzenlemede 3359 SK döneminde ilgili Yönetmelikte yapılan tıbbî hizmetler dışındaki **alan**³⁷ ve tıbbî hizmetler dışındaki **hizmetler**³⁸ ayrımı bulunmamaktadır. Dolayısıyla, tıbbî hizmetlerin dışında kalan tıbbî destek hizmetleri konusunda ortaya çıkan tartışmalar da anlamını kaybetmektedir. Çünkü, düzenlemeden çıkan sonuca göre, (yeni yapılmakta olan veya eski olup yenilenen) tüm sağlık tesislerinde (tıbbî olan veya olmayan) **tüm hizmetler KÖO kapsamına alınmış** olmaktadır³⁹. Buna karşın, yeni olarak yasada ticari hizmet alanından söz edilerek mecburi ve ihtiyari ayrımı yapılmıştır (Md. ½-s).

hazırlanan plan, kesit ve görünüşlerin belirtildiği bir veya birkaç çözümü içeren ve tesisin konsept ve temel tasarım unsurlarının, ihtiyaç listesi ve diğer hizmet alanlarının belirlendiği proje...” dir (Md. ½-n).

³⁷ **Tıbbî hizmetler dışındaki alan** kapsamına otopark, otel, banka şubesi, restoran, kafeterya, konferans ve kültür merkezi, internet ve iletişim merkezi, eczane, yaşlı bakım evi, kreş, personel servisi, taksi hizmetleri ve benzeri ulaştırma hizmetleri, zayıflama ve diyet merkezi girmektedir.

³⁸ **Tıbbî hizmetler dışındaki hizmetler** bilgi işlem, hasta danışmanlığı, sterilizasyon, çamaşırhane, temizlik, güvenlik, yemekhane, arşivleme, (aydınlatma, asansör, ısıtma, soğutma, havalandırma, tıbbî gaz, su ve enerji temini, atık ve atık su uzaklaştırma hizmetleri de dâhil olmak üzere) binaların tamiri, bakımı ve işletilmesi, park ve bahçe bakımı, (kara, hava, deniz) ambulans hizmetleri, morg ve gasilhane hizmetleridir.

³⁹ TTB'de verdiği konferansta KÖO'nun İngiltere örneğini açıklayan **Price** (22), “*Şu ana kadarki bilgilerim dahilinde, başka ülkelerde klinik bakımın dahil edildiği anlaşmalara ait bilgim yok*” demiştir.

Mecburi ticari hizmet alanları, İdare ve yüklenici tarafından (piyasa rayiç fiyatlarına göre) belirlenen ücret karşılığında, yerleşkede bulunan ve hizmetten yararlananların ihtiyaçlarını karşıladıkları hizmet alanlarıdır. Bu alanların hangileri olduğu ihale dokümanında belirlenir (Md. ½-k). **İhtiyari ticari hizmet alanları** ise yerleşkede yapılacak mecburi ticari hizmet alanlarının dışında kalan her türlü hizmet alanıdır. İdarenin ihale dokümanında belirlenirler (Md. ½-k). Bu ayırımın nasıl bir hukuki sonuç doğuracağı konusunda düzenlemede bir açıklık bulunmamaktadır. Ayrıca değinmek gerekir ki, mevcut tesislerin yenilenmesinin ve tıbbi hizmetlerin dahi KÖO uygulamasına dahil edildiği hususu dikkate alındığında, sağlıkla ilgili tüm tasarruflar artık ticari nitelik taşıyacaktır.

Yasada **bedel** “Yüklenicinin, sözleşme çerçevesinde yaptığı tesislerin kullanımı ile tesisteki belli hizmetlerin sunulması karşılığında yükleniciye ödenecek olan bedellerin toplamını” (Md. ½-c), ifade eder şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanımda geçen “tesislerin kullanımı” ibaresi için **kullanım bedeli** ayrıca tanımlanıp “*bedelin bir unsuru olup tesislerin kullanımı karşılığında dönemsel olarak idare tarafından yükleniciye ödenen ve sözleşmede belirlenen bedeli,*” (Md. ½-j) olarak ifade edilmiştir. Tanımdaki “hizmetlerin sunulması karşılığı” için ise **hizmet bedeli** kavramı kullanılarak bu kavram “*Bedelin bir unsuru olup tesisin ve ekipmanların kullanıma hazır tutulmasına yönelik bakım, onarım ve benzeri hizmetlerin bedeli ile ilgili mevzuatına göre hizmet alımı yoluyla gördürülebilecek hizmetlerin sunulması karşılığında idare tarafından yükleniciye ödenen ve beş yılı geçmemek üzere dönemsel piyasa testi ile güncellenen bedeli,*” (Md. ½-e) şeklinde tanımlanmıştır. 6428 SK’da, önceki 3359 SK döneminden farklı olarak, kira yerine bedel kavramı tercih edilmiştir. Çünkü, yukarıda da değinildiği üzere, idare tarafından yapılacak ödeme kapsamına hizmet bedelleri de alınarak, çekirdek sağlık hizmetlerinin de yükleniciye bırakılmasının yolu açılmıştır. Bu uygulama yeni sağlık tesisleri dışında eski olanlar için de yapılabileceğinden, sağlık çalışanları kamu çalışanı (personeli) olmaktan çıkarak özel sektör çalışanı olacaklardır.

Bedelin nasıl saptanacağı ayrı bir maddede ayrıntılı olarak belirlenmiştir. **Bedelin belirlenmesine** yatırımın ve projenin mahiyeti, ekipman ve tıbbi donanımın yüklenici tarafından sağlanıp sağlanmayacağı, yüklenicinin kârı, yatırım konusu taşınmaz ve tesisteki hizmetlerin ve ticari hizmet

alanlarının işletilmesinin yükleniciye verilip verilmeyeceği hususları dikkate alınmaktadır. Tesis için yüklenici tarafından Türk lirası veya yabancı para birimi ile kredi temin edilmesi ihtimallerine göre bedel artışlarının nasıl olacağı açıklanmıştır. Yapılacak veya yenilenecek her sağlık tesisi için ayrı ayrı hizmet alımına gidilecek olması nedeniyle, işletilen birimlerin (kantinlerin, otoparkların ...) kiralarının farklı ve yüksek olacağı düşünülmektedir⁴⁰.

Bedelin ödenmesi yükümü, Bakanlığa veya bağlı kuruluşlara ait döner sermaye bütçesinden ve/veya merkezi yönetim bütçesine verilmiştir (Md. 5)⁴¹. Kira ödemesi, bağlı kuruluşun döner sermayesi yeterli gelmediğinde Devlet Bütçesinden yapılacaktır. Alınan bu tedbir ile diğer ülke uygulamalarında ortaya çıkan mali sorunlar ülkemizde önceden hesaba katılmış olmaktadır⁴².

3359 SK'da olduğu gibi, 6428 SK'da da, yap, işlet ve devret uygulamasının gerekçesi sayılabilecek bazı ilkeler kabul edilmiştir. **İhaleler** bakımından bu ilkeler saydamlık, rekabet, eşitlik, verimlilik ve denetim olarak belirtilmiştir (Md. 3). İhaleler, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının merkez

⁴⁰ **Karasu**, 243. Yazara göre, özel sektörün alacağı kredilerin daha pahalı olması nedeniyle yükselen finansman maliyeti de kiralara yansıtacaktır. Bazı ülke uygulamalarında kira bedelleri öngörülenin çok üstüne çıkmakta süper hastaneler ciddi mali darboğaza girmektedir, 251. TTB'nin açılmasına göre, "Ülkemizin bütün bölgelerinde yapılması süreci başlatılan yirmiyi aşkın "sağlık kampüsü"nden ihalesi yapılan sadece üçü için özel sektöre ödenecek yıllık kira bedeli toplamı 745 Milyon 730 Bin TL'dir. (Kayseri için 137 Milyon, Ankara Etlik için 319 Milyon, Ankara Bilkent için 289 Milyon TL.) Diğerlerinin de ihalesi tamamlandığında en az 25 yıl boyunca her yıl için milyarlarca liralık kaynak ulusal ve uluslararası şirketlere, kampüs hastanelerinin yüksek işletme ve kira bedelleri için aktarılacaktır." Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan "Sağlık Holding"e, Devlet Hastaneleri'nden "Şirket Hastaneleri"ne, 2011, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 5 (TTB, Sağlık Holding).

⁴¹ TTB Sağlık Holding: "...sağlık kampüslerine "kira bedeli" adı altında milyarlarca TL tutarındaki ilave gider ödemesini karşılayacak bir döner sermaye geliri ortada yoktur. Bu **paranın kaynağı** ne olacaktır? Sağlık Bakanlığı döner sermaye gelirini tedavi hizmetlerinden yani hastalıktan kazanmaktadır. Bu durumda ya hastalık arttırılacak, ya hastalardan alınan para arttırılacak, ya da çalışanlara verilecek para iyice azaltılacaktır. Aslında üçü birden yapıp sermayeye aktarılacak para bulunacaktır."

⁴² Bkz. **Karasu**, 241.

teşkilatında ilgili birimin, Bakanlık onayı ile taşra birimlerince yapılmasına karar verilen işlerde ise ilgili taşra biriminin en üst yöneticisi (ihale yetkilisi) tarafından yapılmaktadır (Md. 4/2). Tesislerin yenileme veya yapım işlerinde açık ihale usulü, belli istekliler arasında ihale usulü veya pazarlık usullerinden biri uygulanabilmektedir (Md. 3/5). Sözü edilen işler için bir ihale komisyonu yetkili kılınmıştır⁴³.

KÖO sisteminin temeli olan **sözleşme** “Yapım işlerinde **özel amaçlı şirketle**⁴⁴ **idare**⁴⁵ arasında; yenileme işleri ile bu Kanun çerçevesinde ihtiyaç duyulan araştırma, geliştirme, danışmanlık hizmetleri veya ileri teknoloji ya da yüksek mali kaynak gerektiren bazı hizmetlerin gördürülmesi için yüklenici ile idare arasında **özel hukuk hükümlerine göre**⁴⁶ yapılan sözleşme ve eklerini,” ifade eder şeklinde tanımlanmıştır (Md. 1/2-ö). Tanımdan anlaşılacağı üzere, sözleşmenin temel konusu yapım işleridir. Yapım, hazinenin özel mülkiyetindeki taşınmazlar üzerinde, (sözleşmede belirtilen sabit yatırım dönemi hariç) otuz yılı geçmemek üzere, bağımsız ve sürekli nitelikte üst hakkı tesis edilmek suretiyle gerçekleştirilmektedir⁴⁷. Yapım işi yeni inşaat dışında mevcut tesislerin yenilenmesini de içermektedir. Yüklenici tesisin ve hizmet alanlarını projelendirmek, finansmanı sağlamak⁴⁸,

⁴³ **İhale komisyonu** ihalelerde ihale yetkilisi, biri başkan olmak üzere, ikisi ihale konusu işin uzmanı, birisi de muhasebe ve mali işlerde uzman olmak şartıyla idare personelinin en az beş ve tek sayıda kişiden oluşmaktadır. İdarece, ayrıca en az üç kişiden oluşan muayene ve kabul komisyonları görevlendirilmektedir (Md. 3/14).

⁴⁴ **Özel amaçlı şirket**, ihale sonucunda idare ile imzalanacak sözleşmenin tarafı olan, faaliyet alanı sözleşme konusu ile sınırlı bulunan ve üzerine ihale bırakılan yüklenici tarafından kurulan anonim şirkettir (Md. ½-o).

⁴⁵ **İdare**, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının merkez teşkilatlarının ilgili birimi ile taşra teşkilatlarına ait sağlık kurum ve kuruluşlarını ifade etmektedir (Md. ½-f).

⁴⁶ Bir sözleşmenin tabi olacağı rejimin kanunla belirlenmesi konusunda bkz. Kemal Gözler, İdare Hukuku C:II, Bursa, 2009, 11.

⁴⁷ **Üst hakkı sözleşmesi**, “Tesislerin ve ticari hizmet alanlarının Hazinenin özel mülkiyetindeki taşınmazlar üzerinde yaptırılması için, bu taşınmazlar üzerinde yüklenici lehine bedelsiz olarak sözleşmede belirtilen sabit yatırım dönemi hariç otuz yılı geçmemek şartıyla, bağımsız ve sürekli nitelikte üst hakkı tesis edilmesi amacıyla düzenlenecek sözleşme ve eklerini” içermektedir (Md. ½-u).

⁴⁸ **Yüklenici**, sözleşme konusu işlerle ilgili gerekli tüm finansmanı sağlamakla yükümlüdür. Bu finansmanın bir kısmı öz kaynaklardan karşılanmalıdır. Bu husus yasada

bakımını, onarımını yapmak, kendisine bırakılan hizmet alanlarını işletmek, üstlenilen hizmetleri yerine getirmek ve sözleşme süresinin sonunda yerleşkeyi bakımlı ve kullanılabilir durumda Bakanlığa devretmekle yükümlüdür (Md. 4).

Ayrıca araştırma, geliştirme, **danışmanlık hizmetleri** ve (ileri teknoloji ya da yüksek mali kaynak gerektirmesi kaydıyla) bazı hizmetlerin gördürülmesi de KÖÖ'na konu olabilmektedir. Belirtilen amaçlara yönelik olarak özel amaçlı şirket ile idare arasında imzalanan sözleşme Özel Hukuk hükümlerine tabi olmaktadır (Md. 1/1). Önceki 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile kıyaslandığında, 49 yıla kadar olan sözleşme süresinin 6428 SK'da en fazla 30 yıla indirilmiş olduğu görülmektedir.

İhale yapıp sözleşme imzalandıktan sonra **yüklenicinin** olası **temerrüt durumları** için idareye denetleme/denetletme, ihtar çekme, gecikme faizi ve cezai şart istemek, finans sağlayıcılar ile anlaşarak işin yapılmasını sağlamak, sözleşmeyi feshetmek gibi olanaklar tanınmıştır (Md. 4). İdare ile yüklenici arasında imzalanan yapım sözleşmesi süresi sonunda yerleşke, bakımlı ve kullanılabilir durumda bedelsiz olarak kendiliğinden idareye geçmektedir (Md. 7/1).

Değinmek gerekir ki, 21.2.2013 Tarih ve 6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un eksiksiz yürürlüğünü sağlamak üzere önceden başkaca hukuki adımlar da atılmıştır. 2 Kasım 2011 Tarihli Resmi Gazetede yayımlanan 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde **Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu** kurulmuştur. Kurum ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri bakımından hastanelerin kurulması, birleştirilmesi ve kapatılması konularında yetki sahibi sayılmıştır (Md. 29/2). Konuya ilişkin bir diğer birim **Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü**'dür. Genel Müdürlüğün görevleri arasında

yüklenicinin gerçekleştireceği yapım işleri için tahsis edeceği öz kaynak oranı, yatırım dönemi süresince sözleşmede belirtilen dönemsel yatırım tutarının yüzde yirmisinden az olamaz şeklinde ifade edilmiştir (Md. 6/1).

sağlık tesislerinin yapımı ve yenilenmesini KÖO veya diğer usuller ile gerçekleştirmek bulunmaktadır (Md. 13/1-e, Md. 48)⁴⁹.

§ 5 ŞEHİR HASTANELERİ HAKKINDA TARTIŞMALAR

KÖO ile ilgili uygulamalar hakkında olumlu değerlendirmeler yapıldığı gibi oldukça ağır eleştiriler de yapılmıştır. Aşağıda bu her iki görüş özetlenmektedir.

I. ŞEHİR HASTANELERİ HAKKINDA OLUMLU GÖRÜŞLER

Günümüzde devlet giderek küçültülmekte, özel sektöre kârlı alanlar bırakılması için kamu hizmetleri piyasadan temin edilmektedir. Bu kapsamda Anglo-Sakson kökenli olan KÖO yaklaşık yirmi yıldır yaygın olarak İngiltere (farklı sektörlerde yaklaşık 700 projede), ABD gibi ülkelerde uygulanmaktadır. Tercih nedeni olarak **kamunun** mali kaynak, teknoloji, hizmet kalitesi **yetersizliği** ve aşırı bürokrasi gerekçeleri ileri sürülmektedir⁵⁰. Türkiye’de KÖO projelerine geçiş süreci, kamunun esas gelir kaynağı olan vergiler açısından değerlendirildiğinde, kaynak sıkıntısı baskısı bariz biçimde görülmektedir⁵¹. Böylece Devletin maddi sıkıntıları hafifletilmiş olacaktır.

⁴⁹ Sağlık Bakanlığı tarafından aktarılan verilere göre, **yabancı proje firmalarına** 29 ayrı proje hazırlanmıştır. 2010-2014 yatırım programında yer alan KÖO 22 ilde gerçekleştirilecektir. 17 öneri Yüksek Planlama Kurulu’ndan onay almış, Temmuz 2011 itibarıyla 16’sı proje aşamasındadır. Hastane kampüslerinin 3–5 yıl içerisinde tamamlanması planlanmıştır. **Yılmaz/Karakaş**, TTB, KÖO Sempozyumu, 41: Bu şehirler: Adana, Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Gaziantep, Isparta, İstanbul, İzmir, Kayseri, Kocaeli, Konya, Manisa, Mersin, Samsun, Trabzon, Urfa, Van, Yozgat olarak belirlenmiştir. Bakanlığın hedefi %23’lerde olan nitelikli yatak sayısını 2014’e kadar % 80’lere çıkarmaktır.: **Yılmaz/Karakaş**, TTB, KÖO Sempozyumu, 48. İhaleleri alan şirketler ve arazileri devredilecek hastanelerin listesi için bkz. **Erbaş/Yavuz/İlhan**, 20, 21.

⁵⁰ Neo-liberal hükümetlerin tercihi olan bu modelde mevzuat için kullanılan düzenleyici etki analizi yapılmakta (Bkz. Mevzuat Hazırlama Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, RG: 17/2/2006, 26083) fayda maliyet analizi ile bir sonuca varılmaktadır. Ancak, bu yöntem kamu hizmetlerinin niteliğine uymamaktadır. Bkz. **Karasu**, 218 vd.

⁵¹ **Yılmaz/Karakaş**, TTB, KÖO Sempozyumu, 34.

Farklı alanlarda uzmanlaşmış hastaneler tek bir **kampüste** bir araya toplanacak, böylece uzman doktorlar kampüsteki bütün branş hastanelerinde çalıştırılarak ülkede yetişmiş doktor kıtlığı aşılabilecektir. Benzer şekilde görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinde kullanılan tıbbi cihazların bir merkezde ortak kullanımıyla da bu cihazlardan kampüsteki her hastaneye ayrı ayrı almak gereği ortadan kalkacaktır⁵².

Sağlık kampuslarının **yönetiminin**, Kamu Hastane Birlikleri modeli çerçevesinde gerçekleştirileceği ifade edilmiştir. Yani, farklı bölgelerdeki hastaneler, hastane birlikleri tarafından tek elden yönetilecektir. Sağlık Bakanlığı KÖO Daire Başkanlığı yapmış olan Abdülvahap Yılmaz bu hususta şöyle demektedir: Ankara’da 20 hastane varsa 20 farklı yönetimi var. Son bir yıldır yapılan **çerçeve sözleşme ihaleleri** ile tüm hastane alımları tek elden yapılmakta, böylece hem fiyatta hem sarf malzeme alımında avantaj sağlanmaktadır. Başhekimler hastanenin penceresi perdesi ile değil tıpla uğraşacak, ölçek ekonomisinden herkes faydalanacak⁵³.

Bu modelle yapılacak olan hastanelerin ‘beş yıldızlı otel’ ayarında olacaktır. Hasta yatak odaları, içerisinde lavabo, duş ve tuvalet barındıran bir veya iki yataklı olacak şekilde planlanmıştır. Sunulan hizmetlerin arasında klinik otel, konukevi, anne evi, yürüyen bantlı koridorlar ve helikopter pistleri de bulunacak, hastalar sedye yerine elektrikle çalışan arabalarla taşınacak. Kurulacak sağlık tesisleri içinde PTT şubeleri, banka ATM’leri, yaşlı bakımevi, farklı dinlere mensup vatandaşlara ibadet alanları ve yeraltı otoparkları sağlanacak. Çatılar yeşil bitki örtülü olup, buralardan toplanan yağmur suları ile tesislerdeki atık sular değerlendirilecek. Duş, lavabo, küvet suları arıtılıp tekrar kullanıma kazandırılacak. Özel bir sistemle çatılardan toplanan yağmur suları da değerlendirilecek. Kullanılan enerji güneş ve rüzgardan elde edilecek. Binalara deprem izolatörleri de yerleştirilecek. Şehir hastanelerinde tıbbi hizmetlerin **sorumluluğu kamuda** olacak. Doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin **istihdam rejimi** ise **değişmeyecek**⁵⁴.

⁵² Bkz. **Yılmaz/Karakas**, TTB, KÖO Sempozyumu, 50, 51.

⁵³ **Yılmaz/Karakas**, TTB, KÖO Sempozyumu, 62. Ancak değinmek gerekir ki, son düzenleme ile sağlık tesislerinin de işletilmesi yükleniciye bırakılmakta olduğu için bu yarıdan söz etmek mümkün olmayacaktır.

⁵⁴ http://www.zaman.com.tr/gundem_sehir-hastaneleri-icin-yeni-model_2063581.html, 15 Mart 2013.

II. ŞEHİR HASTANELERİNİ ELEŞTİREN GÖRÜŞLER

Şehir hastahaneleri ile ilgili olarak yapılan değerlendirmeleri ülkemiz ve diğer bazı ülkeler açısından ele almak gerekir.

A. Ülkemiz Bakımından Bazı Değerlendirmeler

Avrupa Yatırım Bankası verilerine göre kamu özel ortaklığıyla yapılan altyapı yatırımları normal ihale yöntemlerine göre yüzde 24 daha pahalı, bu yöntem için alınan krediler ise devlet borçlanmasına göre yüzde 83 fazladır⁵⁵. Nitekim, Manisa ihalesi için Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ön fizibilite raporuna göre, hastanenin toplam maliyeti 122 Milyon TL iken, ihalede sadece bina kirası yıllık 64.25 Milyon TL olarak belirlenmiştir. Yani 2 yıllık kira ile hastane bedeli karşılanacak, geri kalan 23 yıl için kira ödenmeye, ihaleyi alan şirketlerden hizmet satın alınması nedeniyle ayrıca bunların bedeli de ödenmeye devam edecektir⁵⁶.

Bu projede dağınk sağlık tesislerinin bir araya getirilmesi, hedef alınmıştır. Böylece, kent planlaması, maliye, kamu yönetimi ve çalışma ilişkileri gibi birçok alan bu uygulamadan etkilenmektedir. Söz konusu etki bir ölçüde zaten Kamu Hastaneleri Birlikleri ile sağlanmış durumdadır. Ölçekte büyüme, “küçük ve etkin işletmecilik” yerine dev yapılara neden olmakta; rekabetçi olmayan, **tekelleşmeye açık** bir sağlık düzeni ortaya çıkmaktadır⁵⁷. Bu şekilde hastaneler birkaç sermaye grubunun yönetiminde toplanmaktadır⁵⁸. Ölçek büyümesi nedeniyle bürokrasinin azaldığını söylemek de

⁵⁵ Erbaş/Yavuz/İlhan, 13.

⁵⁶ Erbaş/Yavuz/İlhan, 16.

⁵⁷ Karasu, 230, 231. 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu hastanelerin birleştirilmesine olanak tanımaktadır (Md. 5).

⁵⁸ Konuya ilişkin bir habere göre, “Türkiye’de ilk kez uygulanan kamu-özel sektör ortaklığı ile 25 ilde yapılması planlanan dev “Şehir Hastanesi Kampüsü”lerinin ihalelerine dünyanın her yerinden sağlık tekelleri katılıyor. ABD’li sağlık devi Methodist, sağlık kampüsleri için harekete geçti. Ardından ise Harvard Clinic, Cleveland Clinic ve Mayo Clinic gibi markalar da gözünü Türkiye’ye çevirdi. İstanbul İkitelli’de Kamu Özel Ortaklığı modeli ile gerçekleştirilecek entegre sağlık kampüsü için açılan ihaleye dünya devi Samsung bile katıldı”. Bkz. <http://www.yurtgazetesi.com.tr/ekonomi/basbakanin-hayalinin-acisi-vatandastan-cikacak-h20763.html> 15.3.2013.

mümkün bulunmamaktadır. Aksine, yeni bir bürokrasi ve yönetememe riski ortaya çıkmaktadır.

Sağlık Bakanlığı hizmet sunan değil **sözleşme bağtlayan** ve takip eden bir **idari birime** dönüşmektedir. Ancak, sözleşmelerin süresi (30 yıl) dikkate alındığında onların yönetiminin de kolay olduğunu söyleyebilmek mümkün görülmemektedir⁵⁹. Süre uzunluğu dışında, İdare ile yüklenicileri arasında imzalanacak olan sözleşmelerin çokluğu da bir başka sorun alanıdır. Çok sayıda, uzun süreli ve karmaşık nitelikli bu sözleşmeleri yönetmek ayrı bir birimi ve özel uzman kadrosunu gerektirmektedir. İhaleleri hazırlamak, gerçekleştirmek, sözleşmeleri hazırlamak, uygulanmasını denetlemek yani sözleşme yönetimi ayrı bir maliyet kalemi oluşturacaktır⁶⁰.

Bir sağlık yerleşkesinde aynı anda **çok sayıda yüklenicinin** bulunması bu modelin bir gereğidir. Şirketler (örneğin otelcilik hizmeti sunan ile otopark işletmecisi, sağlık hizmeti sunan ile tıbbi görüntüleme hizmeti sunan işletmeci) arasında doğabilecek **uyuşmazlıkların** çözümü de İdareyi zorlayacak önemli bir husustur⁶¹.

Sözleşme ile temin edilecek **hizmetlerin kapsamı** (türü) bakımından kanunda herhangi bir sınır bulunmamaktadır. İlgili düzenlemede araştırma, geliştirme, danışmanlık hizmetleri örnekleri verilmekte ancak başkaca hizmetlerin de sözleşme ile temin edilmesi kabul edilmektedir. Bu konuda ileri teknoloji ya da yüksek mali kaynak gerektirme koşulu aranmasına karşın değinilen ölçütler muğlak olup, olmadıkları halde varlıkları kolaylıkla ileri sürülebilir.

⁵⁹ **Karasu**, 231-235: Sağlıkta Dönüşüm programı sonucu Bakanlığın görevleri sadece planlama, düzenleme ve denetlemeye indirgenmektedir.

⁶⁰ **Karasu**, 245-247: Hizmetin büyüklüğü, çeşitliliği, hizmet alanlarının genişliği dikkate alındığında, -tüm alt sözleşmelerle birlikte- binlerce kalen düzenleme konusu ortaya çıkmaktadır. Sözleşmelerde öngörülemeyen konular ve genel kurallar özel sektör lehine bir güç dengesizliği oluşturacaktır. Uzun kira süreleri risklerin öngörülememesi nedeniyle sözleşme çatışmalarına zemin hazırlanmaktadır.

⁶¹ Türk Tabipleri Birliği Başkanı Prof. Dr. Özdemir Aktan'a göre, Hastane ihalesini alan kişi, arzusuna göre bölümleri (üroloji, onkoloji, kardiyooloji...) başka özel hastanelerin ekiplerine verebilecek. Bkz. Erdiç **Akkoyunlu**, Yargının engellediği Şehir Hastaneleri sağlık devrimi, <http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2012/12/25/18-ilde-yapilacak> 15 Mart 2013.

Kanunda KÖO ile kurulan sağlık işletmeleri için yükleniciye **karantisi** sağlanacağına ilişkin bir kural bulunmamaktadır. Ancak, ihale sonucu yapılacak (Özel Hukuk hükümlerine tabi olan) sözleşmelere bu yolda hükümler konulacağı kuşkusuz bulunmaktadır. Çünkü, Sağlık Bakanlığı bu yolda bazı açıklamalar yapmıştır⁶². Böyle bir durumda hukuka aykırı bir şekilde talep (zarar) riskini Devlet üstlenmiş olacaktır. Yani, kar özelleştirilirken risk kamusallaşacaktır⁶³.

KÖO uygulamasında sözleşme dönemi son bulduğunda mevcut tesislerin kamuya devri gerekecektir. Eski binaları ve karmaşıklaşmış yönetim ilişkilerini üstlenmek idare için cazip sayılmayıp sözleşmelerin yenilenmesi gündeme gelecektir. Bu durum ise ideolojik olarak KÖO uygulamasını benimseyen iktidarların **gelecek yönetimlerin karar yetkilerini** ellerinden almak anlamına gelmektedir. Halbuki, sağlık yerleşkesi tercihi mevcut sistemin başarısızlığından çok siyasal bir tercihin sonucudur⁶⁴.

Yeni yapılacak sağlık tesisleri çok sayıda şirket tarafından çalıştırılırken ayrıca alt işveren uygulamaları da yaygınlaşacak ve **çalışma ilişkileri** de karmaşıklaşacaktır. Çünkü, Sağlık Bakanlığına ait taşınmazlarda çok sayıda şirket, çok sayıda taşeron ile aynı mekanda faaliyette bulunacaktır. Ayrıca, mevcut sağlık tesisleri de ortaklığa açıldığında çalışmakta olan personelin konumu değişecek, iş güvencesi kalmayacaktır⁶⁵. Gerçi, yeni oluşturulan

⁶² <http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2011/04/25/saglikkent-geliyor-iste-kareler>.

⁶³ **Karasu**, 258.

⁶⁴ İngiltere örneğinde hastane kiralari ödenemediği için, bağışlanmasından birkaç yıl sonra sözleşme süreleri 45-67 yıl arasında artırılmıştır. bkz. **Karasu**, 254.

⁶⁵ Tüm Sağlık-Sen Genel Başkanı Okay Erözgün, kamu-özel ortaklığıyla şehir hastaneleri kampüsü kurulmasını içeren yasanın sağlıkta özelleştirmenin tamamlanması anlamına geldiğini, yasayla birlikte parası olmayan vatandaşın sağlık hizmeti alamayacağını, sağlık hizmeti veren personelin iş güvencesinin ortadan kaldırılacağını ve devlet gelirlerinin şirketlerin kasasına akacağını ifade etmektedir. Erözgün'e göre, ihaleler - kamu ihale denetiminden ayrılarak- **denetim** dışı tutulacak, bu uygulama şeffaflık ilkesiyle örtüşmeyecektir. Uygulanan yap-işlet-devret modeli ile özelleştirme yapılmış olacaktır. Böylece, yatılan odadan, kullanılan hizmete kadar her şeyin bedeli olacak ve vatandaş sağlık hizmetinden faydalanmak için cebinden para ödemek zorunda kalacaktır : <http://ekonomi.milliyet.com.tr/-sehir-hastaneleri-yasasi-yargiya-tasiniyor/ekonomi/ekonomidetay/24.02.2013/1672874/default.htm>.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ile kamu personelinin çoğu sözleşmeli personel⁶⁶ olmuş durumdadır. Ancak, birliklere mensup hastaneler KÖO kapsamına girdiğinde (sağlık ve diğer) faaliyet alanları şirketlere devredileceği için, bu personelin de tasfiyesi gündeme gelecektir. Böylece, vasıfsız işgücü ve düşük ücret yaygınlaşacak, hizmet kalitesi de düşecektir⁶⁷. Bu husus İngiltere örneği bakımından şu şekilde ifade edilmiştir: Açıklanan politikalar çıkar sağlayacak kişiler tarafından savunulmaktadır. Hastanelerin alacakları gerçekten de ödemesi gerekenin altında kalmakta ve hastaneler borca girmektedir. Borç açığını ortadan kaldırmak için hastaneler, çalışanlarının sayısını azaltmadılar. Maliyet baskılarını karşılayabilmek için hastaneler uzun süre bakım gerektiren kronik hastalar gibi hastalardan kaçınarak bu görevi genel otoritelere devrettiler⁶⁸.

KÖO'nun sağlık hizmeti alanlara (**sigortalılara**) etkisi de fevkalade fazladır. 1993 tarihli Dünya Bankasının Sağlığa Yatırım Raporu sağlık alanının piyasalaşmasıyla ilgili temel bir rapordur. Katkı, katılım payı, teminat paketi gibi sağlık hakkının daraltılmasına uygulamalar Dünya Bankasının değinilen raporuyla gündemimize girmiştir. Ayrıca, Uluslararası Para Fonunun yapısal uyum programları da aynı özellikleri taşımaktadır⁶⁹. Bu gelişmeler sonucu Devlet, sağlık hizmetleri görev alanını terk etmeye başlamıştır⁷⁰. **Vatandaş gelmez ise yabancı müşteri, yerli doktor çalışmaz ise**

⁶⁶ 663 S'lı KHK Md. 32/1.

⁶⁷ **Karasu**, 252, 253; **Yılmaz/Karakaş**, TTB, KÖO Sempozyumu, 60: “Yeni bir sağlık “düzeni” tesis edilmektedir. Bir “fabrika düzeni”. Örneğin, Ankara’da var olan yatakların neredeyse 1/3’ü bir araya toplanarak, bir toplulaştırma yapılmaktadır. Kamu personel rejimi değişikliği ve özelleştirme birlikte ele alındığında, taşeron çalıştırmanın ön planda olduğu bir “fabrika düzeni” görülmektedir. Özellikle sosyal hakların sınırlandırıldığı ve çalışma koşullarının zorlaştığı bir “düzen.” Her iki yazara göre (64) KÖO uygulamaları sonucu yabancı sağlık personelinin istihdamı, kamu istihdamında azalma, verimli olmayan hastanelerin kapatılması ve sonuçta buralardaki sağlık çalışanlarının hak ve iş kayıpları ile karşılaşması beklenilmektedir. Gerçi, KÖO’da “ortaklık” tanınmaması iki tarafın da kazandığı bir durumu çağrıştırmaktadır Ancak, kazanan devlet üzerinden sermaye, kaybeden ise geniş halk yığınlarıdır.

⁶⁸ **Price**, TTB, KÖO Sempozyumu, 20.

⁶⁹ Feride Aksu **Tanık**, TTB, KÖO Sempozyumu, 9, 10.

⁷⁰ Ahmet **Saltık**, <http://ahmetsaltik.net/sehir-hastaneleri-icin-yargi-engelini-asma-yasasi-cikariliyor/>: Hastanede SGK primleri yeterli olmayacak ve sağlık çalışanlarının da gelir-

ucuza çalışacak yabancı doktor da hazır. Sektörde çalışanların diğer öngörülerine göre, şehirdeki diğer kamu hastaneleri batarsa özel sektöre devredilecek, kamuda direnen sağlık çalışanları sözleşmeli olacak, harcamaları artıp borçlanan **Sosyal Güvenlik Kurumu da özelleştirilecektir**⁷¹.

Uygulama hakkında diğer ciddi bir eleştiri PRICE tarafından şu şekilde ifade edilmiştir: Bu politikanın uygulanması **sırlarla kaplı** bir uygulama ve **her şey açıklıkla ifade edilmiyor**. Mesela Edinburg'da özel sektörün bir hastane inşa edebileceği parayla iki hastane inşa edilebilirdi. Her geçen yıl kamu özel sektör ortaklığı üzerinden özel sektöre ayrılan finansın arttığını görebiliyoruz. Özel sektör kontratlarında inşaatın bitirilmesi zamanında ve bütçeye uygun oluyor, ama kamu sektörü kontratlarında bunu gözlemlemiyoruz. İki hafta önce yayınlanan Sayıştay raporu da konuya ilişkin olarak açık bir veri olmadığına ilişkin. Biz İskoçya'daki verilerden yola çıkarak özel sektörün yüzde 58 kâr elde ettiğini söyleyebiliyoruz. İngiltere'deki bazı hastanelerde 1 milyon pound koyanlar 3 yılda 34 milyon pound gelir alıyorlar. Bu gerçekten çok korkunç büyüklükte bir para. Bu bir finansal skandal⁷².

Şehir hastanelerinin **yer seçimi** bir diğer önemli konudur. Sağlıkla ilgili **kaynaklar en az gereksinimi olan yerlerde** (zengin bölgelerde) **yoğunlaş-**

leri düşecek. Sağlık Bakanlığının sağlık hizmetlerinden çekilip (personeli ile birlikte tasfiye edilip) yerini yerli ve yabancı özel sermayeye bırakacağından da şüphe edilmektedir.

⁷¹ Bakanlık "Özelleştirme olacak, SGK geçersiz kılınacak" iddiası için "*Şehir hastanelerinde herhangi bir özelleştirme olmayacaktır ve yürürlükte olan mevzuata göre uygun olarak işletilecektir*" açıklaması yapmıştır. Bakanlık, "Sağlık çalışanları devredilecek" iddiasına ise şu cevabı vermiştir: "*Tıbbi Hizmetler kamu tarafından verilecek, çalışanlar Bakanlık tarafından görevlendirilecek. Tıbbi hizmetlerde kullanılacak tıbbi donanımların işletilmesi Sağlık Bakanlığı personeli tarafından yerine getirilecek olup tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerde görüntüleme, laboratuvar, rehabilitasyon gibi kullanılacak olan tıbbi donanımların işletilmesi ise yüklenicinin sorumluluğu altında olacaktır.*" <http://www.haberruzgari.com/Saglik/42749-BALLI-SEHIR-HASTANELERINE-ONAY.html> 15.3.2013. Ayrıca bkz. Erdener **Özer**, <http://emedya.cumhuriyet.com.tr/?hn=404478&kn=29&ka=4&kb=2915> Mart 2013, <http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2012/12/25/18-ilde-yapilacak> 15 Mart 2013.

⁷² **Price**, 16-19.

maktadır (yararlanmada terslik kanunu)⁷³. Çünkü, daha ziyade özel sağlık kuruluşlarının da rağbet ettiği kıyı kentleri tercih edilmektedir. Özel sektörün kâr edemeyeceği yerlerde kampüs yapılmaması KÖO kapsamında hayata geçirilen tesislerde pazarın sürekliliğine dair riskin devletçe üstlenilmesi anlamına gelmektedir. Bu durum, KÖO modelinin bölgesel eşitsizlikleri azaltmak bir yana, derinleştirmeye hizmet edeceği hususunu ortaya koymaktadır⁷⁴.

Konuya ilişkin olarak getirilen başkaca eleştiriler bulunmaktadır. Sağlık kampusları **özel hastaneler** için kamuda artan rekabet demektir⁷⁵. Türkiye’de 2000’li yıllarda Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte devletin sağlık harcamalarındaki artış dikkat çekici boyutlarda olmasına karşın, özel sektörün bu alandaki yatırımları büyüme hızının gerisinde kalmıştır⁷⁶. Sorulması gereken bir diğer soru, **yıkılacak hastane arsalarının** kimlere verileceğidir⁷⁷. Bu hastanelerin yapımı için kent içinde yıkılacak yerlerde ne yapılacağına ihaleyi alan firma karar verecektir⁷⁸.

Hastane kampuslarına ilişkin ihaleler, **yabancı sermaye** çekmek için Türkiye dışında da duyurulmaktadır. Ancak KÖO modeli ile yabancı yatırımcıların dâhil edilmesi, Latin Amerika örneğinde olduğu gibi, bazı olumsuzluklara yol açabilmektedir. Bu ülkelerde yabancı yatırımcıların katılımıyla gerçekleştirilen su ve elektrik projelerinde, hükümetler ekonomik kriz gibi durumlarda fiyat indirimi yapmakta zorluklarla karşılaşmaktadır⁷⁹.

⁷³ Price, 28: Buna rağmen ulusal sağlık sisteminin hizmet kalitesinin çok iyi olduğunu söylemeliyiz. Ana problem, bazı hizmetlerin 300-400 yıllık binalarda sürdürülmesidir.

⁷⁴ Yılmaz/Karakaş, TTB, KÖO Sempozyumu, 46.

⁷⁵ Yılmaz/Karakaş, TTB, KÖO Sempozyumu, 47.

⁷⁶ Yılmaz/Karakaş, TTB, KÖO Sempozyumu, 49: Ayrıca, kamu sağlık sabit sermaye yatırımları da hızlı bir şekilde düşmektedir.

⁷⁷ Yılmaz/Karakaş, TTB, KÖO Sempozyumu, 63. CEBECİ, TTB, KÖO Sempozyumu 98: Boşa çıkan taşınmazların ve binaların değerlendirilmesine yönelik düzenlemeler ve hastaların yeni kampus hastanelerinden hangi yöntemle ve nasıl bir katılım payı ile yararlanabileceklerinin düzenlenmesine yönelik birçok dönüşüm gerekmektedir.

⁷⁸ Erdinç Akkoyunlu, Yargının engellediği Şehir Hastaneleri sağlık devrimi, <http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2012/12/25/18-ilde-yapilacak> 15 Mart 2013.

⁷⁹ Örneğin, Kayseri Sağlık Kampüsü ihalesi, YDA İnşaat San. Tic. AŞ ile INSO Sistemi Per Le Infrastrutture Sociali S.P.A. İş Ortaklığı’nda kalmıştır. Ön yeterlilik belgesini

Tıbbi sorumluluğun ulusal sağlık sitemine bırakılmış olan İngiltere’de kamu-özel-ortaklığı ile riskin kamuya, kârın özele gittiği, bu yaklaşım ulusal sağlık sistemine (herkes için erişilebilir sağlık hakkına) karşı bir saldırı olduğu açıklanmıştır⁸⁰. PRICE’e göre, KÖO’nun **başarısına** ilişkin iddiaların hiçbir temeli, hiçbir **somut kanıtı bulunmamaktadır**⁸¹. Nitekim, ülkemiz bakımından yapılan ön değerlendirmeler de bu yoldadır⁸².

Kamu hizmetlerinin özelliği sürekli olmalarıdır. Bir kamu hizmeti, bir KÖO modeli ile yürütülse bile, hiçbir şekilde aksamaması (kesintiye uğramaması) gerekir. Halbuki, KÖO yüklenicilerinin olağanüstü durumlarda veya kendilerine özgü nedenlerle **üstlenilen hizmeti yerine getiremeyecek duruma düşmeleri** ihtimal dahilindedir⁸³.

toplam 8 yerli ve/veya yabancı ortaklık almış, proje ihalesi ise SLF İş Ortaklığı’nda kalmıştı. Bkz. **Yılmaz/Karakaş**, TTB, KÖO Sempozyumu, 58, 60.

⁸⁰ **Price**, 23, 25.

⁸¹ **Price**, 13, 21.

⁸² Şehir Hastaneleri hakkındaki yasa çıkmadan önce Türk Tabipler Birliği (TTB) Merkez Konseyi konu ile ilgili basın toplantısı düzenlemiştir (20 Aralık 2012 tarihinde TTB’nde düzenlenen basın toplantısına, TTB Merkez Konseyi Başkanı Prof. Dr. Özdemir Aktan, TTB Merkez Konseyi Genel Sekreteri Dr. Bayazıt İlhan, TTB Merkez Konseyi Üyesi Dr. İsmail Buca ve TTB Avukatı Özgür Erbaş katılmışlardır) Toplantıda yapılan açıklama özet olarak şu şekildedir: Sağlık Bakanlığı’nın bugüne kadar yaptığı 13 ihale ile belirlenebildiği kadarıyla önümüzdeki 25 yıl için 50 Milyar TL’nin üzerinde bir kamu borcu oluşmuştur. Verilerine ulaştığımız sekiz ihalede bugünün rakamlarıyla yaklaşık 3 milyar 880 milyon TL sabit yatırım öngörülmekte, buna karşılık sadece “kira” adı altında 25 yılda ihaleyi alan şirketlere yaklaşık 26 milyar 500 milyon TL sabit yatırım bedelinin üzerinde fazladan paralar ödenecektir. Kira ödemeleri yapılan yatırımın sekiz katına denktir. Bu yatırımları daha ucuza mal etmek mümkündür. Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Daire Başkanlığı da yatırım yapmaktadır. Erzurum’da klasik ihale yöntemiyle yaptırılan 1200 yataklı hastane 193 milyon TL’ye mal olmuştur. Şehir Hastanesi olarak kamu özel ortaklığı modeliyle yaptırılan Kayseri’deki 1500 yataklı hastane için 3 milyar 443 milyon lira “kira” ödenecektir. Bu hastanenin sabit yatırım tutarı ise 427 milyon TL’dir! Sabit yatırımın sekiz katı, benzer yatak kapasitesindeki bir hastaneye ödenenin 17 katı para ödenecektir. Burada bir kamu yararı olmadığı beş yıldızlı konforun yurttaşlar açısından beş yıldızlı soyguna döndüğü ortadadır. Bkz. Yeniçağ Gazetesi, 20/12/2012 - 15 Mart 2013.

⁸³ **Turhan**, TTB, KÖO Sempozyumu, 126, 127: Mevzuat, bu gibi durumlarda, idarenin hizmeti yeniden üstlenmesini sağlayacak düzenlemeleri içermelidir. Günümüzde bir

6428 SK ile Devletin sağlık alanından elini çekerek, bu alanı özel sektöre devretme sürecinde son aşamayı tamamlanmış olduğu ifade edilmektedir. Bu görüşe göre, özel sektöre devredilmekte olan sağlık hizmetleri ile beş yıldızlı hastanelerden parası olanlar yaralanacak, **özel sigorta devreye girecektir**. Yeni uygulama sigortalılardan ziyade **sağlık turizmine** hizmet edecektir. Çünkü, bu tesisler için söylenenler, sağlık kurumlarından çok, **alışveriş merkezlerini** anımsatmaktadır⁸⁴.

25 ilde kurulacak Şehir Hastaneleri ile yatak sayısının 43 bin 200 adet artacağı ileri sürülmektedir. Yüksek Planlama Kurulu, **yapılacak şehir hastanelerine** “ancak mevcut hastanelerin yatak sayısından, yapılacak hastanenin yatak sayısı kadar indirim yapılması” ya da “**mevcut hastanelerin kapatılması**” yoluyla izin vermektedir⁸⁵. Bu projelerle hastane ya da yatak sayısı artmamakta, karşılığında mevcut hastaneler kapatılmaktadır⁸⁶.

KÖO ile hizmet sunumunda kamu-özel sınırları belirsizleştirilerek özel sektör kamu hizmetleri içine yuvalandırılmıştır. Böylece, kamu sözde “kürek çekmeyen, dümen tutan” bir role kavuşturulmuştur. Bu rol kamunun hizmet

mucize olarak nitelendirilen KÖO modelleri, uygulanmadan önce her yönüyle değerlendirilmeli, idareye ve hizmetten yararlananlara yük getirme olasılığı da göz önünde bulundurularak bir sonuca varılmalıdır.

⁸⁴ <http://www.haberruzgari.com/Saglik/42749-BALLI-SEHIR-HASTANELERINE-ONAY.html> 15.3.2013.

⁸⁵ Yüksek Planlama Kurulu (YPK) kararlarında, yapılacak şehir hastanelerine “ancak mevcut hastanelerin yatak sayısından, yapılacak hastanenin yatak sayısı kadar indirim yapılması koşuluyla” izin verildi. Yani yatak sayısı artmayacak. Bu kararda Başbakan Erdoğan’ın da imzası bulunuyor. Bkz. <http://www.yurtgazetesi.com.tr/ekonomi/basbakanin-hayalinin-acisi-vatandastan-cikacak-h20763.html> 15.3.2013.

⁸⁶ Bu tespit şu haberde doğrulanmaktadır: Sağlık Bakanı Mehmet Müezzinoğlu hafta sonu yaptığı Bursa ziyaretinde şehir hastanelerinin kurulacağını açıkladı. Ancak, Sağlık Bakanlığı’nın hazırladığı Tedavi Hizmetleri Rehberi, Bursa’daki gerçeği gözler önüne serdi. Çekirge Çocuk Hastanesi, Yüksek İhtisas Hastanesi, Türkan Akyol Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Aytan Bozkaya Spastik Çocuklar Hastanesi kapatılarak şehir hastanesi adı altında birleştirilecek. Bursa’nın hasta yatağı sayısı aynı kalacak. Bkz. Rabia DENİZ/BURSA DABUGUN.COM, <http://www.saglikaktuel.com/haber/sehir-hastanesi-ile-bursada-6-hastane-kapanacak-30419.htm>

sunumundan özel sektör lehine çekilmesi (**gizlice özelleştirme**) anlamına gelmektedir⁸⁷.

B. Diğer Bazı Ülke Uygulamaları Bakımından Değerlendirmeler

KÖO yoluyla kurulan şehir hastaneleri için diğer ülke uygulamaları olumsuz örnek olarak gösterilmektedir. Yapılan tespitlere göre, şehir hastaneleri, uygulanmakta olduğu İngiltere ve Kanada'da, yarattığı kamu zararı nedeniyle ciddi eleştirilere neden olmuş ve pek çok hastaneyi iflasa sürüklemiştir. Bu ülkeler modelden dönmenin yollarını aramaktadırlar⁸⁸. TTB'nin konuya ilişkin olarak yapmış olduğu çalışmalarda konuya ilişkin olarak önemli birçok husus bulunmaktadır: Şehir hastaneleri sisteminin uygulandığı **İngiltere**'nin sağlık bütçesi son 20 yıl içinde tam üç katına çıkmıştır. **Sağlık Bakanı Jeremy Hunt** dahi kurulan sistemin halkın değil, özel şirketlerin lehine olduğunu ifade etmiştir. Çünkü, bu hastanelerde, sadece yeterli parası olan hastalar tedavi edilmektedir. Uzmanlaşmış hastaneler yüksek miktarda para ödeyebilen hastalara öncelik tanımakta, diğerleri ise ikinci sınıf hastanelere sevk edilmektedir. Örneğin kalbinden baypas ameliyatı olmak isteyen sigortalılara, altı ay ila bir yıl arasında bekleme süresi verilmekte, aynı hastaların 15 bin sterlin ödemeleri durumunda ise hemen ve istedikleri doktor tarafından ameliyat olabilmeleri mümkün olabilmektedir. Uygulama sadece sigortalıları değil ayrıca çalışanları da olumsuz etkilemektedir. Nisan 2011'de yayımlanan Avam Kamarası raporunda Quenn Alexandra hastanesinin KÖO kira ödemelerinin neden olduğu mali güçlükleri aşmak için 700 personeli işten çıkardığı belirtilmektedir⁸⁹.

İngiliz Tabipler Birliği Sağlık Politikası ve Ekonomik Araştırma Birimi sorumlusu **Jon FORD**⁹⁰, TTB yetkilileri ile yaptığı söyleşide benzer açıklamalarda bulunmuştur. Ford'a göre, sağlık alanında KÖO uygulamaları üç temel sorunu barındırmaktadır: İlk ve en önemli sorun, 25-30 yıl

⁸⁷ Erbaş/Yavuz/İlhan, Önsöz, 11.

⁸⁸ Türk Tabipleri Birliği, Merkez Konseyi, <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/kamuozel-3512.html> 15.3.2013.

⁸⁹ Bkz. Erbaş/Yavuz/İlhan, 14.

⁹⁰ Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı: Birleşik Krallık Deneyimi, <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/ingiltere-3693.html>, 28 Mart 2013.

yürürlükte kalacak sözleşmeler yüzünden, hastanelerin değişen koşullara uyum sağlayamamasıdır. İkinci olarak, devlet işler ne kadar kötüye giderse gitsin, 25-30 yıl boyunca sözleşmede yazan kira bedelini ödemek zorundadır. Üçüncü olarak, paranın değeri konusunda risk aslında özel sektörde değil, kamu sektörünün sırtındadır. Son iki yılda bazı hastanelerde yaşanan ve iflasın eşiğine kadar giden sıkıntılar hekimleri tedirgin etmektedir. Şimdiye kadar 7 hastane birliği ile ilgili ciddi finansal sorunlar baş göstermiştir. Şehir hastahanelerinde hasta yatak sayısı ve hasta bakma süresi tüm hastanelerde bir miktar azalmıştır. 1990'lerden bu yana edinilen deneyime dayanarak sağlık alanında KÖO yönteminden kaçınmak ve özel sektör yerine kamuyu tercih etmek gerekir.

Kanada Kamu Emekçileri Sendikası TTB tarafından tercüme edilen “Kamu Özel Ortaklığı Hastaneleri: Yanlış Yön” adlı araştırma raporunda şehir hastanelerini “kâr amaçlı hastaneler” olarak niteleyerek şu tespitlerde bulunmaktadır: KÖO Hastaneleri kamu hastanelerinin 2-3 katına mâl olmaktadır⁹¹. Bu şekilde Kanada, sağlık hizmetlerinin finansmanında 2,9 Milyar Dolar zarara uğramaktadır⁹². KÖO Hastanelerinde kâr amacı güden özel şirketler vardır. Ayrıca, hastane sözleşmelerinin pazarlığını yapma ve bu sözleşmeleri izleme gibi ek işler yüzünden hastane harcamaları artmaktadır⁹³. KÖO hastane sözleşmeleri genellikle gizli, kamu denetiminden uzaktadır. Uluslararası bir neoliberal kurum olan Uluslararası Para Fonu bile hastane finansmanında saydamlık gerektiğine” işaret etmektedir. 30 yıllık bir sözleşme demokratik değildir, çünkü bir siyasetçinin faal olabileceği sürenin ötesindedir. Öyle ki, önemli giderler gündeme geldiğinde bu işlerin altındaki siyasetçiler çoktan sahneden çekilmiş olacaktır ve yapılan yanlışların faturası torunlarımıza çıkacaktır⁹⁴. *Hastane çalışanları işlerinden çıkarılmakta, Hastanelerdeki çalışma koşulları ve ücretler zarar görmektedir*⁹⁵. Daha fazla sayıda yatak sözü vermelerine karşın KÖO hastanelerde yerlerini aldıkları

⁹¹ Kanada Kamu Emekçileri Sendikası Araştırma Raporu, Kamu Özel Ortaklığı Hastaneleri Yanlış Yön, Türk Tabipler Birliği, Ankara, Tarihsiz (TTB, Yanlış Yön), 1.

⁹² TTB, Yanlış Yön, 22.

⁹³ TTB, Yanlış Yön, 24, 28.

⁹⁴ TTB, Yanlış Yön, 32, 35.

⁹⁵ TTB, Yanlış Yön, 39, 40.

kamu hastanelerinden daha az sayıda yatak bulunmaktadır. Daha küçük kamu hastaneleri KÖO nedeniyle kapandıkça acil hastane bakım hizmetleri de erişilmez olmaktadır⁹⁶.

§ 6 HUKUKİ DEĞERLENDİRME

İhale sonrası yüklenici ile yapılan sözleşmenin hukuki niteliğinin açıklığa kavuşturulması gerekir. Bilindiği üzere, bir kamu hizmetinin üretilmesi için özel hukuk şahısları ya arızı ya da sürekli olarak görev üstlenmektedirler. Eğer bir mal veya hizmet (mal alım satımı, inşaat yapımı...) kamu hizmeti alanına sürekli olarak girmeden, anlık (arızı) olarak sunulmakta ise aradaki ilişki özel hukuk nitelikli olacaktır (**idarenin özel hukuk sözleşmeleri**). Eğer konu, kamu hizmetinin parçalarından birinin veya tamamının ürettirilmesi ve böylece kamu hizmeti alanına (yönetim süreçlerine) yerleşmek söz konusu ise bu durumda ortaya çıkan uzun süreli borç ilişkisi idari sözleşme olacak ve Kamu Hukuku rejimine tabi tutulacaktır. Özel girişimcinin kamu hizmeti gereği kullanacağı ayrıcalıklar, yükümlendiği sorumluluklar ve idarenin kamu hizmetinin yükümlüsü olarak sahip olduğu yetkiler ve sorumluluklar bu sonucu doğurmaktadır (**idarenin idari sözleşmeleri**). Bu kapsamda gündeme gelen eksik imtiyaz ise idare ile özel girişimci (ortak girişimlerin oluşturacağı bir şirket) arasında kamu hizmeti için gerekli olan tesislerin kurulması ve çekirdek hizmet dışındaki kamu hizmeti parçalarının ve mekânlarının uzun süreli işletilmesini konu edinen sözleşme ilişkisidir. Eksik imtiyaz ilişkisi kuran sözleşmeler idari sözleşme sayılırlar. Söz konusu nedenlerle, KÖO kapsamından idarenin yükleniciler ile imzaladığı sözleşmeler, özel kişilere eksik imtiyaz sağlayan idari sözleşme sayılmak gerekir⁹⁷.

Yurt dışı ülke örneklerinde ve KÖO'nı düzenleyen ilk yasa (3359 SK Ek Md. 7) örneğinde idare kamu hizmetini parçalamakta, çekirdek kamu hizmetini üretmeyi sürdürmektedir. Ancak, girişimci yan hizmetler dışında

⁹⁶ TTB, Yanlış Yön, 50, 51. Ayrıca bkz. <http://www.gazetecileronline.com/newsdetails/9355-/GazetecilerOnline/erdoganin-sehir-hastaneleri-seri-katil-cikti>: İngiltereli akademisyenlere göre Kamu özel ortaklığı, özelleştirme ya da imtiyaz kelimelerinin olumsuz etkisinin yarattığı psikolojik karşı duruşu engellemek için icat edilmiş bir kelime oyunudur.

⁹⁷ **Turhan**, TTB, KÖO Sempozyumu, 88.

asıl (çekirdek) kamu hizmetini üretmek için gereken tesislerin inşaat işini de üstlenebilmektedir. Söz konusu kamu hizmeti sadece yan hizmetleri kapsadığı için, yükleniciyle yapılan sözleşme **eksik imtiyaz sözleşmesi** sayılmaktadır⁹⁸. 6428 SK ile ise önceki durumdan farklı olarak yükleniciye çekirdek hizmet de devredilmektedir. Bu durumda da sözleşme idari nitelik taşımakta Fransız Hukukunda söz konusu durum için “ortaklık sözleşmesi” tabiri kullanılmaktadır⁹⁹.

Danıştay’ın bir kararına göre, Anayasa’nın 56.maddesi gereği, sağlık hizmeti öncelikle devletin yükümlülüğünde olan bir kamu hizmeti olup, sağlık hakkı eğitim, öğretim ve kişi güvenliği gibi, devletin varlığının sebebi olan haklardandır ve asıl olan bunların devlet eliyle yürütülmesidir; bu nedenle, **sağlık hizmetlerinin** anayasal niteliği gereği, **imtiyaz yolu ile özel kişilere gördürülmesi mümkün değildir** (D.İ.İ.K., E.1990/90, K.1990/73, 25.10.1990)¹⁰⁰. Kararda sözü edilen Anayasa Md. 56/I’e göre, “*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir*” “*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler*” (Md. 56/II). “*Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir*” (Md. 56/III). “*Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir*” (Md. 56/III). Düzenleme yasa yapıcıya ülke çapında uygulanmak üzere bir genel sağlık sigortası kurulması olanağı

⁹⁸ Eksik imtiyaz sözleşmesi, idare ile özel girişimci (ortak girişimlerin oluşturacağı bir şirket) arasında kamu hizmeti için gerekli olan tesislerin kurulması ve çekirdek hizmet dışındaki kamu hizmeti parçalarının ve mekânlarının uzun süreli işletilmesini konu edinen sözleşme ilişkisidir şeklinde tanımlanmaktadır. Eksik imtiyaz ilişkisi kuran sözleşmeler idari sözleşme sayılırlar. Söz konusu nedenlerle, KÖO kapsamından idarenin yükleniciler ile imzaladığı sözleşmeler, özel kişilere eksik imtiyaz sağlayan idari sözleşme sayılmak gerekir. Bkz. **Turhan**, TTB, KÖO Sempozyumu, 88. Ayrıca bkz. Onur, **Karahanoğulları**, Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tip: Eksik İmtiyaz (Kamu-Özel Ortaklığı), SBF Dergisi, 3/2011, d.n. 22 (Eksik İmtiyaz). İmtiyaz sözleşmeleri için bkz. Kemal **Gözler**, İdare Hukuku C:II, Bursa, 2009, 70 vd; 402, 403, 416-447.

⁹⁹ **Karahanoğulları**, Eksik imtiyaz, 196 vd.

¹⁰⁰ **Turhan**, TTB, KÖO Sempozyumu, 88.

tanımıştır. Nitekim, 31.5.2006 T. ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile ülkemizde genel sağlık sigortası (GSS) uygulamasına başlanmıştır. Sağlık hizmeti için GSS yöntemini tercih etmiş olan Devlet “sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.” Tek elden planlamanın nasıl yapılacağı sonraki cümlede “Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından **yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir**” şeklinde ifade edilmiştir.

Anayasanın değinilen 56. maddesi gereği olarak, devlet sağlık hizmetlerinde hem düzenleyici ve denetleyici bir rol oynar, hem de bu hizmetleri bizzat yürütür. Diğer bir ifadeyle, devletin sağlık hizmetlerini yürütme ödevinden tamamıyla vazgeçmesi mümkün değildir. Bu nedenle, Anayasa’nın 2.maddesinde **sosyal devlet** olarak nitelendirilen devletin sağlık hizmetlerindeki rolünün sadece düzenleyici ve denetleyici bir role dönüştürülmesi ve bu hizmetlerin tamamıyla özel kesime gördürülmesi, Anayasa’ya aykırı olur. Anayasa’nın **65.maddesinde**, her ne kadar devletin, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek “*mali kaynaklarının yeterliliği*” ölçüsünde yerine getireceği belirtilse de, bu hüküm, devletin sağlık hizmetinden tamamıyla vazgeçebileceği şeklinde anlaşılamaz¹⁰¹.

İdarenin özel hukuk sözleşmeleri ve idari sözleşmeleri ayrımı, bu ayrıma dayanak olan Anayasa Md. 56 ve 2 gibi, kamu hizmetlerinin kamu görevlileri tarafından görülmesi gereğini ortaya koyan Anayasa Md. 128 de KÖO sözleşmelerinin özel hukuk karakterli olmasına engel sayılır. Bilindiği üzere, kural olarak kamu hizmetleri kamu görevlileri tarafından yerine getirilir. Anayasa’nın “Kamu hizmeti görevlileriyle ilgili hükümle” başlıklı 128. maddesine göre: “Devletin, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişilerinin **genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülür.**” Düzenlemede genel idare esaslarına tabi tutulan kamu hizmetlerinin sadece memurlar ve diğer kamu görevlilerini istihdam ederek gördürülebileceği ifade edilmektedir.

Ancak değinmek gerekir ki, Devlet ve kamu hizmetleri anlayışındaki özelleştirme ağırlıklı gelişmeler yukarıda yapılan açıklamaları tartışmalı hale

¹⁰¹ **Turhan**, TTB, KÖO Sempozyumu, 103, 87.

getirmektedir. Anayasa'nın devletleştirme ve özelleştirme başlıklı 47. maddesine 1999 yılında eklenen bir fıkra ile "**Devlet, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzelkişilere yaptırabileceği veya devredebileceği kanunla belirlenir**" kuralı getirilmiştir (Anayasa Md. 47/son)¹⁰². Söz konusu kural ile devlete kamu hizmetlerini özel sektöre devredebilme yetkisi verilmiştir¹⁰³. Bu şekilde, yukarıda değinilmiş olan Danıştay'ın sağlık hizmetlerinin anayasal niteliği gereği, imtiyaz yolu ile özel kişilere gördürülmesi mümkün değildir yolundaki kararı da etkisiz duruma getirilmektedir.

Devletin küçülmesi yolunda ortaya çıkan yaklaşım Devlet Memurları Kanununda da etkisini göstermiştir. 10.7.2003 tarihinde 657 SK değiştirilerek idareye sağlık hizmetini kamu görevlilerinin dışındaki kişilerden de sağlayabilme olanağı getirilmiştir. Yeni düzenlemeye göre, **sağlık** sınıfına¹⁰⁴ "...dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre **hizmet satın alınması** yoluyla gördürülebilir." (Md. 36/III-2)¹⁰⁵. Bu uygulama kamu hizmetlerinin parçalara ayrılarak (yıllık ihalelerle) piyasaya gördürülmesinin en uç örneği olarak görülmektedir. Hizmet satın almada bir kamu kurumu, görev alanına giren hizmeti, kendi kamu görevlileri ile yapmak zorunda kalmadan (Anayasa Md. 128'e aykırı olarak) kurum dışı kişilere yaptırmaktadır.

§ 7 GENEL DEĞERLENDİRME

Yukarıda yapılan açıklamalardan anlaşılacağı üzere, siyasi iktidarların uzun süredir var olan devleti küçültme ve kamusal hizmetlerini en aza

¹⁰² 13.8.1999 T. ve 4446 SK Md. 1 ile Md. 47'ye eklenen son fıkra.

¹⁰³ **Karahanogullar**, TTB, KÖO Sempozyumu, 152, 159,-161: "*Bu düzenlemeden devletin yürüttüğü hizmetleri özel girişimcilere yaptırabilmesi yetkisinin çıktığı kabul edilmektedir. Söz konusu değişiklik, idare ile özel girişimciler arasında kamu hizmetinin yürütülmesi konusunda yapılacak sözleşmelerin Anayasa Mahkemesi ve Danıştay tarafından idari sözleşme olarak nitelendirilmesine engel olmak için yapılmıştır.*"

¹⁰⁴ Sağlık sınıfı 657 SK Md. 36/III-1'de belirlenmiştir.

¹⁰⁵ 657 SK Md. 36/III'e 10.7.2003 tarih ve 4924 SK ile eklenen yeni fıkra.

indirerek serbest piyasa koşullarına bırakma yaklaşımı devam etmektedir. Bu uygulama devlet yapısını, sağlık çalışanlarını, özel sağlık işletmelerini ve sigortalıları etkilemektedir.

Özelleştirme uygulaması, Sosyal Sigorta Kurumlarında olduğu gibi, Sağlık Bakanlığı'nın yapısında değişmeye, küçülmeye ve etkinliğinin azalmasına neden olmaktadır. Özelleştirme amacıyla başvuru KÖO gibi araçlar, çalışanların hukuki konumlarını da olumsuz olarak etkilemekte, statü hukukuna tabi olan kamu görevlilerinin çalışma ilişkileri daha az güvenceli olan sözleşmeli personel veya işçi konumuna dönüşmektedir.

Yeni yapısal oluşum özel sağlık işletmelerinin rekabet koşullarını zorlaştırmakta, bu sebeple temsilcileri mağdur olduklarını düşünmektedirler. En önemli etki sigortalılar üzerindedir. SSK'da iken Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş olan sağlık tesislerinin tüm sigortalıların hizmetine sunulması ve tüm eczanelerden yararlanılabilmesi yoluyla vatandaşların memnuniyet düzeyleri artmış durumdadır. Ancak, artan sağlık giderleri Kuruma zora sokmakta ve bu yüzden sağlık hizmetlerine erişimin maliyetinin artırılması yoluna başvurulmaktadır. Bu amaca ulaşmak için en kolay yöntemlerden biri olarak katkı payları artırılmış, ayrıca Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan sağlık tesislerinin KÖO görünümünde özelleştirilmesi planlanmıştır. Devlet hastaneleri ticari işletmeye dönüştüğünde sağlık hizmetleri kamusal niteliği kaybederek maliyeti artacak ve gelir dağılımı zaten fevkalade bozuk olan ülkemizde sağlık hizmetlerine ulaşmak zorlaşacaktır.

