

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI
ML-YL-2011-0001**

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA
KAMU – ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ
(Aydın Örneği)**

HAZIRLAYAN

Sabiha KESKİN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Ertuğrul ACARTÜRK

AYDIN-2011

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI
ML-YL-2011-0001**

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA
KAMU – ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ
(Aydın Örneği)**

HAZIRLAYAN

Sabiha KESKİN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Ertuğrul ACARTÜRK

AYDIN-2011

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
ÖNSÖZ.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xii
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM	
KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ (KÖOM)'NİN KAVRAMSAL, HUKUKSAL ÇERÇEVESİ VE ÇEŞİTLİ ÜLKELERDEKİ UYGULAMA ÖRNEKLERİ.....	4
1.1. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ'NİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ.....	4
1.1.1.Devlet Tekeli	6
1.1.2.Özelleştirme	8
1.1.3.Kamu Özel Ortaklığı Modeli.....	15
1.1.4. Kamu Özel Ortaklığı Finansman Modelleri.....	17
1.1.4.1. Yap Devret.....	17
1.1.4.2. Yap Kirala İşlet Devret	17
1.1.4.3. Yap Devret İşlet	18
1.1.4.4. Yap İşlet Devret	18
1.1.4.5. Yap Sahiplen İşlet Devret	19
1.1.4.6. Yap Sahiplen İşlet	19
1.1.4.7. Yap Sahiplen Kiraya Ver Devret	21
1.1.5. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin Yapısı.....	22
1.1.5.1. Proje Kapsamının Belirlenmesi.....	22
1.1.5.2. Stratejinin Oluşturulması	22
1.1.5.3. Seçim Süreci.....	22
1.1.5.4. Müzakereler.....	22
1.1.5.5. Sözleşme Yapılması.....	23
1.1.5.6. Hizmet Sunumunun Başlaması	23

1.1.6. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin Avantajları ve Dezavantajları.	23
1.1.6.1. Kamu Özel Ortaklığının Avantajları	23
1.1.6.2. Kamu Özel Ortaklığının Dezavantajları.....	25
1.1.7. Kaynak Kullanımı	26
1.1.7.1. Dış Kaynak Kullanımının İçeriği	27
1.1.7.2. Dış Kaynak Kullanımına Gidilmesinin Nedenleri	27
1.1.7.3. Dış Kaynak Kullanım Alanları	28
1.1.7.4. Dış Kaynak Kullanımının Avantajları ve Çekinceleri	30
1.1.7.4.1. Dış Kaynak Kullanımının Sağlayacağı Avantajlar	30
1.1.7.4.2. Dış Kaynak Kullanımındaki Çekinceler	30
1.1.7.5. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Dış Kaynak Kullanımı Örnekleri.	31
1.2. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ'NİN HUKUKİ ÇERÇEVESİ.....	32
1. 2.1. Anayasal Çerçeve	32
1.2.2. 5396 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun.....	37
1.2.3. Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Kamu Kesimi ile Özel Sektör Ortaklığı Modelleri Çerçevesinde Gerçekleştirilmesine İlişkin Kanun Taslağı.....	38
1.2.4. Kamu Özel Ortaklığı İle İlgili Yönetmelik.....	40
1.3. ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ.....	41
1.3.1. Avrupa Birliği.....	42
1.3.2. Amerika Birleşik Devletleri.....	43
1.3.3. İngiltere.....	44
1.3.4. Fransa.....	46
1.3.5. İspanya.....	48
İKİNCİ BÖLÜM	
TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜ	49
2.1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN DURUMU	49
2.1.1. Sağlık Harcamaları	53
2.1.2. Sağlık Gelirleri	61
2.1.3. Sağlıkta Finansman	63
2.1.4. Sağlık Sektöründe Yatırımlar.....	65

2.1.5. Sağlık Sektöründe Uygulamalar.....	67
2.2. TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN DURUMUNA YÖNELİK SWOT ANALİZİ.....	73
2.2.1. Güçlü Yönleri.....	74
2.2.2. Zayıf Yönleri.....	76
2.2.3. Fırsatlar.....	80
2.2.4. Tehditler.....	81
2.2.5. Temel itici Güçler (Main Drivers).....	82
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	
TÜRKİYE VE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ.....	83
3.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ UYGULAMALARI.....	86
3.2. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ: AYDIN ÖRNEĞİ.....	86
3.3. KONU KAPSAMINDA AYDIN BÖLGESİNDE AMPİRİK BİR ÇALIŞMA ÖRNEĞİ.....	94
3.3.1. Katılımcıların Kişisel Durumları İle İlgili Bilgiler.....	95
3.3.2. Türkiye'de Genel Sağlık Hizmetlerinin Durumu.....	99
3.3.3. Katılımcıların Kamu Özel Ortaklığı Konusundaki Düşünceleri.....	105
SONUÇ.....	115
BULGULAR.....	119
ÖNERİLER.....	120
KAYNAKÇA.....	121
<u>EKLER-1</u>	127
ÖZ GEÇMİŞ.....	129

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AT	: Avrupa Topluluğu
DKK	: Dış Kaynak Kullanımı
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
ES	: Emekli Sandığı
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
IFC	: Uluslararası Finans Kuruluşu (International Finance Corporation)
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KÖSİ	: Kamu Özel Sektör İşbirliği
KÖOM	: Kamu Özel Ortaklığı Modeli
KÖSO	: Kamu Özel Sektör Ortaklığı
KS	: Klasik Satın Alma
MB	: Merkez Bankası
MSB	: Milli Savunma Bakanlığı
OECD	: İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (Organisation for Economic Co-operation and Development)
ÖİB	: Özelleştirme İdaresi Başkanlığı
PFI	: Özel Sektör Finansmanı (Private Finance Initiative)
PPP	: Kamu Özel Ortaklığı
SB	: Sağlık Bakanlığı
SHS	: Sağlık Hesapları Sistemi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TSH	: Toplam Sağlık Harcamaları
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
YD	: Yap Devret
YDİ	: Yap Devret İşlet
YİD	: Yap İşlet Devret
YKİD	: Yap Kirala İşlet Devret

YPK	: Yüksek Planlama Kurulu
YSİ	: Yap Sahiplen İşlet
YSİD	: Yap Sahiplen İşlet Devret
YSKD	: Yap Sahiplen Kiraya Ver Devret

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Sekil 1.1.:</u> Kamu Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanma İlişkisi.....	29
<u>Sekil 2.1.:</u> Toplam Sağlık Harcamasının (TSH) Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya (GSYH) Oranı.....	59
<u>Sekil 2.2.:</u> Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının TSH' ye Oranı.....	60
<u>Sekil 2.3.:</u> Kamu Sağlık Harcaması ve Özel Sektör Sağlık Harcamasının TSH'ye Oranı.....	60
<u>Sekil 3.1.:</u> Katılımcıların Çalıştıkları Sağlık Kuruluşları.....	95
<u>Sekil 3.2.:</u> Ankete Katılan Personelin Cinsiyetlerine Göre Eğitim Durumları.....	96
<u>Sekil 3.3.:</u> Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Görevleri.....	97
<u>Sekil 3.4.:</u> Ankete Katılan Personelin Görevleri ve İş Memnuniyetleri.....	98
<u>Sekil 3.5.:</u> “Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi ve Verimliliği Yeterli Düzeydedir.”.....	99
<u>Sekil 3.6.:</u> “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinden Herkes Eşit Bir Şekilde Yararlanmaktadır.”.....	100
<u>Sekil 3.7.:</u> “Türkiye’de Sağlık Harcamaları İçin Yeterli Ödenek Ayrılmaktadır.”.....	101
<u>Sekil 3.8.:</u> “Türkiye’de Hizmet Talebine Hızla Cevap Verilmektedir.”.....	102
<u>Sekil 3.9.:</u> “Türkiye’de Sağlık Hizmetinin Denetim ve Yönetimi Etkindir.”.....	103
<u>Sekil 3.10.:</u> “Türkiye’de Genel Bütçe İmkanları Yetersizdir”.....	104
<u>Sekil 3.11.:</u> “Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nde Sağlık Tesisleri Daha Kısa Sürede Bitirilecektir.”.....	105
<u>Sekil 3.12.:</u> “Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda yeterli bilgiye sahibim.”.....	106
<u>Sekil 3.13.:</u> “Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda seminer, konferanslar vb. bilgilendirme yapılıyor.”.....	107
<u>Sekil 3.14.:</u> “Kamu Özel Ortaklığı çerçevesinde daha çok bilgilendirme gereklidir.”.....	108
<u>Sekil 3.15.:</u> “Kamu Özel Ortaklığı istihdamı artırabilir.”.....	109
<u>Sekil 3.16.:</u> “Kamu Özel Ortaklığı Modeli, özelleştirmeden farklı bir uygulama değildir.”.....	110
<u>Sekil 3.17.:</u> “Kamu Özel Ortaklığı Modeli, kamu finansman sıkıntısının çözüm yollarından biridir.”.....	111

- Sekil 3.18.:** “Bilgi yetersizliğinden dolayı KÖOM’nin uygulanması risk taşımaktadır.”.....112
- Sekil 3.19.:** “Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile, ödenek yetersizliğinden kamuda ortalama 8-10 yılı bulan bina yapım süresinin 2-3 yıla düşmesi beklenmektedir.”.....113
- Sekil 3.20.:** “KÖOM sözleşmelerinin, suistimallerin önlenmesi için her ayrıntıyı kapsamaması gerekir.”.....114

TABLOLAR LİSTESİ

<u>Tablo 1.1.:</u> Proje Finansman Modelleri.....	6
<u>Tablo 1.2.:</u> Yıllara ve Yöntemlere Göre Özelleştirme Uygulamaları.....	10
<u>Tablo 1.3.:</u> 2010 Yılı İtibariyle Özelleştirme Yöntemleri ve Uygulamaları.....	11
<u>Tablo 1.4.:</u> Türkiye’de Gerçekleştirilen Özelleştirme İşlemleri.....	12
<u>Tablo 1.5.:</u> Özelleştirme Gelirlerinin Ülkelere Göre Dağılımı.....	14
<u>Tablo 1.6.:</u> Özel Sektöre Transfer Edilebilen ve Edilemeyen Riskler.....	20
<u>Tablo 1.7.:</u> Dış Kaynak Kullanımını Gerektiren Faktörler	28
<u>Tablo 1.8.:</u> Dış Kaynak Kullanım Süreci	29
<u>Tablo 1.9.:</u> İngiltere’de İmzalanan Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hastane Projeleri.....	45
<u>Tablo 1.10.:</u> Fransa’da Kamu Özel Ortaklığı Modeli Kapsamında Mevcut Projeler ve Tamamlanmış Projeler.....	47
<u>Tablo 2.1.:</u> İdari ve Fonksiyonel Tarife Göre Konsolide Bütçe Harcamalarının Dağılımı, 1999-2003 (%).....	55
<u>Tablo 2.2.:</u> Fonksiyonel Sınıflandırmaya Göre Bütçe İçindeki Payları, 2006-2010 (%).....	56
<u>Tablo 2.3.:</u> OECD Ülkeleri ve Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması.....	57
<u>Tablo 2.4.:</u> 2007/2008 ve 2008/2009 OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamaları ve GSYİH Yıllık Artış Oranı.....	58
<u>Tablo 2.5.:</u> Sağlık Gelirlerinin Önemli Kalemi Prim Tahsilatları.....	61
<u>Tablo 2.6.:</u> Sağlık Sektöründe Yatırımlar	66
<u>Tablo 2.7.:</u> Türkiye’de Genel Demografik Göstergeler	68
<u>Tablo 2.8.:</u> Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	68
<u>Tablo 2.9.:</u> Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayıları	69
<u>Tablo 2.10.:</u> Türkiye’de Yıllar İtibariyle Sağlık Kuruluşlarına Müracaat Sayısı.....	69
<u>Tablo 2.11.:</u> Türkiye’de Yıllara ve Bağlı Bulunan Sektöre Göre Hastane Yatak Sayıları.....	70
<u>Tablo 2.12.:</u> Türkiye’de Yıllara Göre Nitelikli Yatak Sayısı.....	71
<u>Tablo 2.13.:</u> Türkiye’de Yıllara Göre Ambulans Sayısı	71
<u>Tablo 2.14.:</u> Türkiye’de yıllara Göre 112 Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus.....	72

<u>Tablo 2.15.:</u> Türkiye’de yıllara Göre 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı	72
<u>Tablo 2.16.:</u> Türkiye’de Yıllar İtibariyle Toplam İlaç Tüketimi.....	73
<u>Tablo 3.1.:</u> Kamu Özel Sektör İşbirliği’nin Hukuki Dayanağı	84
<u>Tablo 3.2.:</u> Aydın İlinin Nüfusu ve Nüfus Büyüklüğü.....	87
<u>Tablo 3.3.:</u> Aydın’ın ve İlçelerinin 2006 Nüfus Büyüklükleri ve Merkeze Uzaklıkları.	89
<u>Tablo 3.4.:</u> Aydın İli Toplam Yatırım Payları (Milyon \$)	91
<u>Tablo 3.5.:</u> Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Proje Numarasıyla Belirtilen Yatırım Payları.....	92
<u>Tablo 3.6.:</u> Aydın İli Yıllar İtibariyle Yatak Sayıları	93

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans tez çalışmamın planlanmasından sonuçlandırılmasına dek gereken olanak ve yardımı sağlayan danışmanım Sayın Doç. Dr. Ertuğrul ACARTÜRK'e, tez çalışmamın daha iyi olması için değerli görüşlerini esirgemeyen Doç. Dr. Mustafa MİYNAT'a ve üniversitemiz öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Ramazan KILIÇ'a teşekkürlerimi sunarım. Tez çalışmamda desteklerini eksiltmeyen Yrd. Doç. Dr. Hakan ARSLANER'e ve Dr. Hakan HOTUNLUOĞLU'na teşekkür ederim. Kaynak seçiminde bana yol göstererek yardımcı olan ve çalışmanın veri elde etme aşamalarındaki yardımları için üniversitemiz öğretim üyelerinden Maliye bölüm hocalarıma teşekkürü borç bilirim.

Tüm çalışma sürecimde bana maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen babam Behzat KESKİN'e, annem Hatice KESKİN'e ve kardeşim Burak KESKİN'e sonsuz sevgi ve saygılarımı sunarım.

Sabiha KESKİN

ÖZET

Türkiye’de yeni finansman modeli olan Kamu Özel Ortaklığı bu çalışmanın konusunu oluşturmaktadır. Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda Türkiye’de sağlık sektöründe bu konuyla ilgili çalışmanın yetersizliği dikkatimizi çekmiştir. Bu nedenle sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulaması konusunda çalışılmıştır.

Çalışma, üç ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde öncelikle Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin kavramsal çerçevesi çizilmiştir. Sonra Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulamasına dair Türkiye’de oluşturulan hukuksal çerçevesi ortaya konmuştur. Yine bölüm içinde dış kaynak kullanımına da değinilmiştir. Kamu Özel Ortaklığı kapsamında uygulamaları bulunan kimi ülkelere de bu bölümde yer verilmiştir. İkinci bölümde ise Türkiye’de sağlık sektörü konusunda güncel bilgi ve veriler aktarılmaya çalışılmıştır. Üçüncü bölümde ise Aydın ilinde sağlık sektöründe çalışanlara uyguladığımız anket çalışmasına yer verilmiştir. Toplam 272 kişi üzerinde yapılan ankette elde edilen veriler SPSS 16 programına girilmiş ve analiz edilerek yorumlanmıştır.

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

Anahtar Kelimeler: Kamu Özel Sektör Ortaklığı (KÖÖ–PPP), Devlet Tekeli, Özelleştirme, Sağlık Sektöründeki Gelişmeler, Etkinlik, Sağlık Finansmanı, Sağlık Harcamaları.

ABSTRACT

Public Private Partnership with Turkey, a new financing model is the subject of this study. Public-Private Partnership Model in Turkey in the health sector, lack of study on this topic has attracted our attention. For this reason, the health sector for the implementation of Public Private Partnership model studied.

The study consists of three main sections. Public Private Partnership Model, the conceptual framework of the first chapter, first drawn. After the implementation of Public Private Partnership Model in Turkey has been created the legal framework. Again, in chapter also addressed the use of outsourcing. Public Private Partnership in the implementation within the scope of this section is given in some countries. In the second-to-date information on the health sector in Turkey and flow into the data studied. In the third section of the questionnaire applied to employees working in the health sector in the province of Aydin is located. Data from the survey conducted on a total of 272 people entered and analyzed and interpreted using SPSS 16 program.

As a result, this study examined the applicability of Model Public-Private Partnership in Health Sector in Turkey. Semi-public goods and services to ensure effective use of health services covered under the terms of the proposed implementation of the organizations carrying out a detailed study on Public Private Partnership Model. Work has been prepared in accordance with this objective.

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

GİRİŞ

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

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

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

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

Üzerinde yoğunlaştığımız çalışmada, Aydın bölgesinde amprik çalışmayla konu detaylandırılmıştır. Konu gerektiği kadar iyi bilinmemektedir. Sağlık sektöründeki uygulamada bilgi yetersizliğinden kaynaklanan ciddi sıkıntıların olduğu göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle konuya ilişkin bilgilerin kamuoyuyla paylaşılması yararlı olacaktır. Sağlık sektöründe bu modelin uygulanmasına yönelik çalışmada öncelikle sağlık çalışanlarının, bilgilendirilmesi öncelikli hedef olacaktır.

Çalışmanın birinci bölümünde Kamu Özel Ortaklığı Modeli'ne ilişkin kavramsal ve hukuksal çerçeve çizilmeye çalışılmıştır. Devlet tekeli ve özelleştirme uygulamalarının yanında Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile ilgili bilgiler verilmek istenmiştir. Ardından Kamu Özel Ortaklığı Finansman Modelleri ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin yapısı araştırılmış ve modelin avantajları ile dezavantajları belirtilmiştir. Aynı zamanda dış kaynak kullanımına ilişkin bilgiler de eklenmiştir. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin kavramsal ve hukuksal çerçevesi çizildikten sonra çeşitli ülkelerdeki uygulama örnekleri verilmeye çalışılmıştır.

İkinci bölümde ise Türkiye'deki sağlık sektörünün durumu değerlendirilmiştir. Türkiye'deki mevcut uygulamalar hakkında bilgi verilip sektöre ilişkin SWOT analizine yer verilmiştir. SWOT analiziyle yapılmak istenen uygulamaların risk analizine göre planlanmasını sağlamak olacaktır. Sağlık politikalarının bu analize göre değerlendirilmesi sağlık hizmetlerinin sunumundaki etkinliğin arttırılmasına yönelik faydalı sonuçların elde edilmesi anlamına gelecektir.

Son olarak üçüncü bölümde de Kamu Özel Ortaklığının Türkiye'deki uygulamalarına değinilmiştir. Zira konuyla ilgili Aydın ilinde yapılan anket çalışmasına da bu bölümde yer verilmiştir. Aydın ilinde ve ilçelerinde ulaşılabilen tüm sağlık personeline anket çalışması yapılmaya çalışılmıştır. Toplamda 272 personel üzerinde anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Anket uygulaması tamamen gönüllülük esasına dayandırılarak yapılmıştır. Sonuçlar ise SPSS 16 programı yardımıyla analiz edilmiş ve programdan elde edilen veriler analiz edilmeye çalışılmıştır.

Analizlerin neticesinde konunun bilinmemesi, konuya ilişkin önyargıları da beraberinde getirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla konuya gereken önem gösterilmemektedir. Bu nedenle çalışma, bu hassasiyetlerin kazandırılması amacına uygun olarak hazırlanmıştır.

Çalışmanın amacı Kamu Özel Ortaklığı Modeli'ne ilişkin uygulamaların artmasına yönelik çalışmalara gereken önemin kazandırılmasını sağlamaktır. Kamuoyunda Kamu Özel Ortaklığı Modeli'ne ilişkin bilginin yeterli seviyede olmaması sebebiyle modele ilişkin mevcut önyargıların ve ideolojik yaklaşımların minimize edilmesine yönelik bir amaç söz konusudur. Bu anlamda Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda bilgilerin artışı sağlamak adına bu çalışma önem taşımaktadır. Sağlık

hizmetlerinin sunumundaki etkinliğin sağlanması açısından Kamu zel Ortaklığı yeni finansman modeli olacaktır. Kamu zel Ortaklığı Modeli çerçevesinde yeni bir finansman modeli önerilmektedir. Yap Sahiplen Kiraya Ver Devret olarak önerilen modelin, kamu hizmetlerinin sunumunda Kamu zel Ortaklığı Modeli'nin olası olumsuz etkilerinden arındırılmasıyla oluşturulması hedeflenmektedir. Bu modelin geliştirilebilmesi ve anlaşılabilmesi için konuyla ilgili SWOT analizine ve anket uygulamasına yer verilmiştir. SWOT analizi risk analizi temelinden yola çıkılarak hazırlanmıştır. Sağlık politikalarının SWOT analizinin değerlendirilmesinden sonra uygulanması önerilmektedir. Amprik alışma olarak görülen anket çalışması sağlık sektöründeki mevcut hizmet sunumuna ve finansmana yönelik eleştriler düşünülerek hazırlanmıştır. Anket alışması SPSS 16 programı yardımıyla değerlendirilmiştir.

Çalışmada son olarak değerlendirmeye ve önerilere yer verilmiştir. Ardından alışma sonlandırılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM:

KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ (KÖOM)'NİN KAVRAMSAL, HUKUKSAL ÇERÇEVESİ VE ÇEŞİTLİ ÜLKELERDEKİ UYGULAMA ÖRNEKLERİ

Anayasal olarak sosyal devlet anlayışını benimsemiş bir Türkiye için halkın talepleri ve ihtiyaçları çok önemlidir. Zira halk hemen her şeyi devletten beklemektedir. Tüm ihtiyaçlarının devlet tarafından karşılanmasını bekleyen halk, hemen hemen her konuda devleti sorumlu tutmak gibi bir anlayışa da sahiptir.

Toplum açısından bakıldığında kaliteli hizmet beklentisi haklı görülebilecek bir taleptir. Ancak kamunun, mal ve hizmet sunuma ilişkin görevlerini yerine getirirken bütçeye bağlı kalınması gerekliliği göz ardı edilmemelidir. Bu noktada, bütçenin önemi üzerinde durulması gerekmektedir. Zira bütçe gelirleri ile bütçe giderleri arasındaki dengesizlik, kamu hizmeti sunumunda ciddi sıkıntıların gündeme gelmesi anlamını taşımaktadır.

Kamu hizmeti sunumunda yaşanan sıkıntılara çözüm olarak çeşitli politikalar düşünülmüş, hatta uygulamaya da konulmuştur. Devlet Tekeli, özelleştirme gibi uygulamaların yanında günümüzde Kamu Özel Ortaklığı Modeli olarak bilinen yeni finansman modeli üzerinde çalışılmaya başlandığı ve uygulamalarının olduğu görülmektedir.

Bu kapsamda ilk bölümde Kamu Özel Ortaklığı Modeli'ne ilişkin kavramsal ve yasal çerçevesi hakkında bilgiler verilecektir. Bu bölümde Kamu Özel Ortaklığı Modeli detaylandırılacaktır. Araştırılan kamu finansman modeli çeşitlerinden Kamu Özel Ortaklığı, Kamu Özel İşbirliği olarak da adlandırılabilir. Ardından çeşitli ülkelerdeki uygulama örnekleri konuya dahil edilmiştir.

Burada incelenen konu, Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin kamuoyunda bilinen yönlerinin açıkça ifade edilmesidir. Bu amaçla literatürdeki tüm kavramlara yer vermeye çalışılmıştır.

1.1. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI VE KAPSAMI

Devletin temel görevi; toplumun temel ihtiyaçlarını karşılamaktır. Halkın ihtiyaçlarını karşılayabilmek her zaman kolay olmamaktadır. Hizmet sunumu için

yeterli gelire sahip olunması gerekmektedir. Bu durumda finansman modelleri ele alınır. Bütçede toplanan gelirler ile yapılan giderlerin karşılanamaması sonucunda, bütçe açıkları gündeme gelecektir. Dolayısıyla bütçe açıklarının gündeme gelmesini önlemek ya da mevcut bütçe açıklarını derinleştirmemek adına, kamunun harcama yükünü hafifletecek finansman modelleri oluşturulmalıdır.

Genel olarak geniş bir alana yayılmış farklı finansman yapılarını tek bir nitelik ile tanımlamak ve sınıflandırmak için proje finansmanı kullanılmaktadır (Clifford, 1991: 3). Teker (2008)'e göre proje finansmanı, büyük miktarda sermaye yoğun yatırımların hayata geçirilebilmesi amacıyla kullanılan bir çeşit finansman yoludur. Bu projeleri finanse eden kurumlar, finansman talebinde bulunan kuruluşun kredibilitesinin dışında, projenin gelir yaratma gücü ve proje varlıklarının teminat olarak alınabilmesi ile ilgilirlir. Bu projeleri üstlenen kamu veya özel sektör kuruluşları, genellikle yüksek oranlarda finansal kaldıraç kullanmayı tercih ederler. Proje finansmanlarında %80 borç-%20 özsermaye kullanımı genel olarak tercih edilen sermaye karışımıdır. Ancak finansal kaldıraç oranı, bazı projelerde %100 de olabilmektedir. Proje finansman süreci sağlık, eğitim, ulaşım veya altyapı gibi kamu hizmetlerinin sunulabilmesi için bir tesisin planlanması, tasarlanması, finanse edilmesi, inşaatı ve işletilmesi şeklinde sıralanabilir (Teker, 2008: 5). Ancak bütçe yetersizliği ve konulara ilişkin uzmanlaşma eksikliği nedeniyle, sunulması beklenen kamu hizmetleri sunulamaz veya sunulması halinde beklenen kaliteye ulaşamaz. Talep edilen hizmetin sağlanamaması ya da sunulan hizmetteki kalite yetersizliği de güven zedeleyici bir süreci beraberinde getirir. Bu noktada ciddi sıkıntılar gündeme gelecektir.

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

geliri elde etmiş olma durumudur. Böylece sektörel amaçların dışında hareket edilmemiş olacaktır.

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

Çizelge 1.1.: Proje Finansman Modelleri

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

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

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

Bu çerçevede kamu finansman modellerinden devlet tekeli ve özelleştirme konularına özetle değinildikten sonra Kamu Özel Ortaklığı Modeli incelenecektir.

1.1.1. Devlet Tekeli

Kamu ekonomisinin ekonomik açıdan, var olma sebebi ve üstlendiği görevi, piyasada optimum kaynak dağılımında ve tam rekabetten sapmalar nedeniyle ortaya çıkan sorunları minimize etmektir. Kamu ekonomisinin ortaya çıkış nedenlerinden bir başkası da mal ve hizmetlerin özellikleridir. Ekonomide optimum etkinlik sağlama açısından mal ve hizmetlerin kimler (kamu ve özel olarak) tarafından üretilebileceğini bu mal ve hizmetlerin özelliklerine bağlı kalarak belirlemek mümkündür. Bu anlamda kamusal mal ve hizmetleri 3 ana başlık altında toplayabilmek mümkün (Çetin, 2002: 2):

1. Tam kamusal mal ve hizmetler
2. Yarı kamusal mal ve hizmetler
3. Özel mal ve hizmetler

Zira kamu mal ve hizmet üretimi ve sunumun tamamen devlete bırakıldığı noktada devlet tekeli söz etmek mümkündür. Devlet tekeli söz konusu olduğunda kamu hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında tamamen devlet, etkin rol üstlenmektedir. Dolayısıyla elde edilen bütün kazançlar ve olması muhtemel tüm riskler de devlete aittir. Herhangi bir sorunda devlet, konuya çözüm getirmekle sorumludur. Sosyal devlet anlayışı çerçevesinde değerlendirildiğinde olumlu bir süreçtir. Ancak bütçeye bağlı kalınarak hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. Kamu gelirleri optimal seviyede sağlanmışsa bu konuda sıkıntı yaşanması söz konusu olmayabilir. Ancak çoğu zaman kamu harcamalarını gerçekleştirirken kaynak yetersizliği sorun olarak gündeme gelmektedir. Kamu gelirlerinin kamu harcamalarını karşılayamadığı noktada kamu hizmeti sunumunda yetersizlik görülmektedir. Sunulan kamu hizmeti kaynak ya da finansman yetersizliğinden dolayı kaliteden ödün verilerek kamuya arz edilir. Bu da kamuda yaratılan memnuniyetsizlikten dolayı talep sıkıntısının yaşanmasını kaçınılmaz hale getirmektedir.

Mal ve hizmetlerin kamusalılık derecesini belirleyen etmenler (Çetin, 2002: 2):

1. Toplumunu oluşturan bireyler tarafından ortak tüketimin olması,
2. Dışlamanın olmaması,
3. Tüketim seviyesinin herkes için aynı ve miktarca eşit olması,
4. Tüketimde rekabetin olmaması.

Tam kamusal mal ve hizmetler için bu unsurların her birinin devlet tekelinde varlığından söz etmek mümkündür. Tam kamusal mal ve hizmetlerde tüm bireyler mal ve hizmetlerden eşit bir şekilde faydalanırlar ve rekabette herhangi bir dışlama söz konusu değildir. Yine tam kamusal mal ve hizmetler için tüketimde rekabet yoktur. Aslında bu da bakıldığında tam kamusal mal ve hizmetlerin finansmanının sağlanması durumunda tüketicilerin bedavacılık sorununu gündeme getirir. Dışlanamazlık ve rekabetsizlik bedavacılık sorununu gündemde tutan iki kavramdır. Kişiler bu sorun çerçevesinde tüketime konu olan mal ve hizmetlerin maliyetlerine katlanmamayı tercih ederler (Tekin, 2008: “Kamu Malları ve Bedavacılık Sorunu”). Dolayısıyla finansmanı sağlanmayan mal ve hizmetin sunumunda da kalitenin düşmesi olarak ifade edilebilir.

Kamu hizmet sunumunda önem verilen diğer bir nokta da hizmet sunumunda uzmanlaşmanın gerekliliğidir. Bu konu, kalitenin yükseltilmesi ve kamunun memnuniyeti açısından önem arz etmektedir. Uzmanlaşma, konuya hakimiyet açısından önemlidir. Olası hataların minimize edilmesi açısından uzmanlaşma, dikkat edilmesi gereken bir olgudur. Dolayısıyla uzmanlaşmanın yaratacağı sıfır hata durumu beraberinde güveni getirecektir. Daha sonra kaliteli hizmet anlayışı, beklentisi ve sunumu sorun olmaktan çıkacaktır (Ateş ve Nohutçu, 2006: 245-276).

Ancak devlet tekeli konusunda en büyük sorunu bürokratik süreç oluşturmaktadır. Bürokratik engeller nedeniyle hizmet sunumunda aksaklıklar söz konusu olabilmektedir. Hızlı hizmet sunumu gerçekleştirilememektedir (Özer, 2006: 14-16). Bu durum büyük sorun olarak gündeme gelmektedir. Hizmetin zamanında sunulabilmesinin zorluğu, hizmeti talep eden kişilerin yaklaşımlarını da beklentileri doğrultusunda değiştirebilmektedir. Hizmet sunumunda uzmanlaşmanın önemi kadar zamanında verilen hizmet de kaliteden söz edebilmek için önemli bir unsurdur.

Tüm bu hususların yanında kamu mal ve hizmetinin sunumunda devlet, toplumun yararını düşünerek görevini yerine getirmektedir. Burada amaç, toplumun fayda maksimizasyonunu sağlayabilmektir. Kamu mal ve hizmetlerinin sunumunda devletin yetkili olması halkın yararının maksimizasyonu açısından önemli rol oynamaktadır.

Devlet tekelinde tüm finansman, devlete aittir. Yine aynı şekilde tüm sorumluluk ve olası risk de tamamen devlete aittir. Herhangi bir şekilde sorumluluk ya da risk bölüşümü söz konusu değildir. Ancak hizmet sunumu sonrasında yaratılan gelir de tamamen devlete kalmaktadır.

1.1.2. Özelleştirme

Özelleştirme, genel itibariyle, kamu sektörüne ait bir işletmenin özel sektöre açılması; kamuya ait işletmelerin halka ve özel hukuk şirketlerine satılması yoluyla, hem devlete fon sağlanması, hem bu kuruluşların özel sektör zihniyetiyle çalıştırılması, hem de halkın tasarruflarının değerlendirilmesi yöntemi olarak bilinmektedir (Yılmaz: 649). Basit bir ifadeyle özelleştirme; varlıkların mülkiyetinin veya yönetiminin kamudan özel sektöre aktarılması işlemi olarak da tanımlanabilmektedir (Türker, 1998: 5).

Toplumun oluşturan bireyler, sunulan mal ve hizmetin kaliteli olmasını beklemektedir. Bu anlamda hem üretkenlik hem de kaliteli mal ve hizmet sunumunda

sıkıntılarının yaratılmaması adına özelleştirmeye başvurulmuştur. Dolayısıyla hizmet üretkenliği ve hizmetten beklenen kalitenin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Yine sebeplerden birisi de kamunun üzerindeki maliyet yüküdür. Özelleştirmeye gidilmesinde maliyet yükünün hafifletilmesi amaç edinilmiştir. Mal ve hizmet sunumunu etkilemesi açısından maliyet avantajları yakalanmalıdır.

Gözlemlenen bir diğer sebep ise finansman yetersizliğidir. Devlet, her zaman mal ve hizmet üretimi için finansmana ihtiyaç duyar. Bu durumda devlet, yeni finansman arayışlarına girer. Ancak finansman kaynaklarının sınırlı olması üretimi etkilemektedir. Bu da mal ve hizmet sunumunda ciddi sıkıntılara yol açmaktadır.

Tüm bu sebepleri minimize etmek amacıyla özelleştirme politikaları uygulama alanı bulmuştur. Ancak bunların yanında ekonomik, mali ve sosyal amaçlarında varlığından söz etmek mümkündür. Özelleştirmenin temel amaçları (Zengin, 1996: 28);

1. Mevcut verimliliğin artırılmasını sağlamak,
2. Enflasyonu önlemek,
3. Piyasa ekonomisini güçlendirmek,
4. Sermaye piyasasını geliştirmek,
5. Döviz gelirlerinin arttırmak,
6. Kamu tekeli artırarak rekabete olanak vermek;
7. Kamu sektörünün dış finansman ihtiyacını azaltmak.

Dış finansmanın maliyet artırıcı özelliğinden söz edilmesi mümkündür. Bu nedenle maliyet avantajı sağlanmalıdır. Maliyet konusunda avantajların sağlanabilmesi için özelleştirme bir kurtarıcı yol olarak görülmüştür.

Tüm bu ekonomik amaçların yanında mali ve sosyal amaçlar da yer almaktadır. Ancak bu amaçların ışığında yanlış algılardan da söz etmek gerekmektedir. Denetim yetersizliği, özelleştirme uygulamalarındaki etkinliğin düşmesine ve bu sebep dolayısıyla uygulamanın eleştirilmesine yol açmıştır.

Dünyadaki özelleştirme uygulamaları gözden geçirildiğinde özelleştirme yöntemlerinin de önemi ortaya çıkmış olacaktır. Bu çerçevede özelleştirme yöntemleri (Zengin, 1996: 3-4);

1. Satış Yöntem,
2. İhale Yöntemi,
3. İmtiyaz Yöntemi,
4. Yap-İşlet-Devret Yöntemi,
5. Kiralama Yöntemi,
6. Şirket ve Ortak Girişim Yöntemi,
7. Hizmet Sözleşmesi Yöntemi,
8. Yönetim Sözleşmesi Yöntemi,
9. İltizam Sözleşmesi Yöntemi,
10. Yasal Kurumsal Serbestleşme Yöntemi,
11. Fiyatlandırma Yöntemi,
12. Kupon Yöntemi,
13. Vergi Teşvikleri ve İdari Düzenlemeler Yöntemi,
14. Gönüllü Katılım Yöntemi.

Bu yöntemler ele alındığında Türkiye’de bazı yöntemlerin kullanıldığını görmekteyiz. Aşağıdaki tabloda yıllar itibariyle özelleştirme yöntemlerini ve özelleştirme uygulamaları görülmektedir.

Çizelge 1.2.: Yıllara ve Yöntemlere Göre Özelleştirme Uygulamaları

	1985 - 2009	2010	2011	TOPLAM
Özelleştirme Yöntemleri	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)
Blok Satış	20.257.066.639	0	0	20.257.066.639
Tesis/Varlık Satışı	9.348.152.758	3.081.591.228	279.361.752	12.709.105.738
Halka Arz	7.091.202.610	0	0	7.091.202.610
İMKB’de Satış	1.261.053.768	0	0	1.261.053.768
Yarım Kalmış Tesis Satışı	4.368.792	0	0	4.368.792
Bedelli Devirler	709.910.020	3.887.907	73.487	713.871.414
TOPLAM	38.671.754.587	3.085.479.135	279.435.239	42.036.668.961

Kaynak: Özelleştirme İdaresi Başkanlığı.
http://www.oib.gov.tr/program/uygulamalar/yillara_gore.htm. (Erişim Tarihi: 21.06.2011).

Çizelge 1.2.’de özelleştirme yöntemleri için 1985’ten 2011’e kadar olan süreç aktarılmıştır. Çizelge 1.2.’ye bakıldığında özelleştirme yöntemlerinden blok satış, tesis/varlık satış, halka arz, uluslararası kurumsal arz, İMKB’de satış, yarım kalmış tesis satışı, bedelli devirler uygulama alanı bulmuştur. Bu doğrultuda yarım kalmış tesis satışı ile bedelli devirler diğer yöntemlere oranla çok az uygulama alanı bulmuştur.

Cizelge 1.3.: 2010 Yılı İtibariyle Özelleştirme Yöntemleri ve Uygulamaları

Özelleştirme Yöntemleri	İçerdiği Pay
Blok Satış	% 48
Tesis/Varlık Satış	% 30
Halka Arz	% 17
Uluslararası Kurumsal Arz	-
İMKB' de Satış	% 3
Yarım Kalmış Tesis Satışı	-
Bedelli Devirler	% 2
TOPLAM	% 100

Kaynak: Özelleştirme İdaresi Başkanlığı Faaliyet Raporu.

http://www.oib.gov.tr/program/uygulamalar/yonteme_gore.htm. (Erişim Tarihi: 21.06.2011).

Çizelge 1.3.'te 2010 yılı itibariyle Özelleştirme Yöntemleri ve uygulama içindeki payları verilmiştir. Özelleştirme İdaresi Başkanlığı'nın Faaliyet Raporu'ndan alınan bilgiler dahilinde 2010 yılı için Blok Satış, Tesis/Varlık Satış ve Halka Arz gibi Özelleştirme Yöntemlerinde diğer verilere oranla yüzde olarak büyüme gözlemlenmiştir. Ancak İMKB'de Satış ve Bedelli Satış Yöntemlerinde aksine azalma görülmektedir. Yine güncel bilgilere dayanılarak Uluslararası Kurumsal Arz ve Yarım Kalmış Tesis Satışı Yöntemlerine ilişkin veri bulunamamıştır.

Türkiye, hem teoride hem de uygulamada 1980 döneminden bu yana özelleştirme konusunda bilgi sahibidir. Bu anlamda bilgi eksikliğinden söz etmek mümkün gözükmemektedir.

Türkiye'de özelleştirilen kuruluşların özelleştirme öncesi ve sonrası performanslarıyla ilgili olarak araştırmaların yapıldığı bilinmektedir. Yapılan araştırmalar neticesinde tüm kuruluşlarda özelleştirme sonrası karlılık ve verimliliğin hemen artmadığı, kimi kuruluşlarda karlılık artarken verimliliğin düştüğü, kimi kuruluşlarda karlılığın düştüğü ancak verimliliğin arttığı, bazı durumlarda ise her iki göstergenin birlikte düştüğü veya arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Öztürk, 2006: 70).

Özelleştirme bir süre sonra birçok alana yayılmıştır. Eğitimden sağlığa, sağlıktan güvenliğe, altyapı çalışmalarına kadar geniş bir alanda konuya ilişkin uygulamaları görmek mümkündür.

Çizelge 1.4.: Yıllar İtibariyle Özelleştirme İşlemlerine İlişkin Veriler

Yıllar	Yıllar itibariyle Özelleştirme Satış Gelirleri	Yıllar İtibariyle Hazineye Yapılan Transferler	Yıllar İtibariyle Özelleştirme Uygulamaları	Gerçekleştirilen Özelleştirme İşlemleri (milyon dolar)
1986	138	-	0,938	28,6
1987	138	-	0,816	28,6
1988	138	-	27	28,6
1989	138	-	131	131,2
1990	501	-	480	486,0
1991	241	97	244	243,8
1992	284	117	423	422,9
1993	434	127	566	565,5
1994	565	63	412	411,8
1995	473	402	515	514,6
1996	276	345	292	292,0
1997	364	226	466	465,5
1998	954	193	1.020	1.019
1999	166	2	38	38,3
2000	2.674	1.871	2.717	2.716,5
2001	84	-	120	119,8
2002	367	-	536	536,4
2003	289	-	187	
2004	1.206	-	1.283	
2005	3.032	2.660	8.222	
2006	9.580	6.751	8.096	
2007	8.817	7.576	4.259	
2008	5.834	6.421	6.297	
2009	1.440	1.150	2274	

Kaynak: Özelleştirme İdaresi Başkanlığı (www.oib.gov.tr).

Özelleştirme ile ilgili bilgiler Çizelge 1.4.'te güncellenmiş olarak ele alınmaktadır. 1986 yılında başlayıp 2009 yılına kadar geçen dönemi kapsamaktadır. 2003 yılına kadar olan dönemde özelleştirme satış gelirlerinde 2000 yılında ciddi kazanımların olduğu görülmektedir. Zira bu dönemde yine hazineye yapılan transferde ve özelleştirme uygulamalarında da 2000 yılının rakamlarının en üst seviyede olduğu görülmektedir. Ancak 2003 dönemi sonrasında özelleştirme uygulamalarından en fazla gelir, 2006 yılında sağlanmıştır. Akabinde devam eden yıllarda özelleştirmeden sağlanan gelir için çok olmasa da belli seviyede bir azalış gözlemlendiğini söylemek mümkündür.

Çizelge 1.4.'te 1986-1988 yılları için Türkiye'de gerçekleştirilen Özelleştirme işlemlerinin ortalaması verilirken 1989-2002 yıllarına ilişkin bilgiler verilmeye çalışılmıştır. Özelleştirme işlemlerinin ilk olarak 1998 yılında zirve yaptığı görülmektedir. Özelleştirme işlemlerinin en fazla yapıldığı diğer dönem ise 2000

yılındadır. Zira 2000 yılında gerçekleştirilen özelleştirme işlemleri 1998 yılında yapılan özelleştirme işlemlerinden de fazladır. Bu açıdan özelleştirme kapsamında 2000 yılı altın çağ olarak adlandırılabilir.

1998 ve 2000 yılları Türkiye’de özelleştirme için altın yıllar olarak nitelendirilmesinin sebebi ise, bu yıllarda özelleştirme işlemlerinde büyük sıçramaların yaşanmasıdır. 1998’deki sıçramanın nedeni İş Bankası’nın özelleştirmesinden elde edilen yüksek gelirlerdir. İş Bankası’nın özelleştirilmesinden elde edilen gelir o yılın özelleştirme gelirlerinin % 60’ını oluşturmaktadır. 2000 yılında ise TÜPRAŞ ve POAŞ’ın özelleştirmeleri gerçekleştirilerek Türkiye, özelleştirme tarihinde en yüksek özelleştirme gelirin e ulaşmıştır (Kuştepe ve Gülcan, 2002: 4).

Türkiye’de en önemli özelleştirme uygulamalarından birisi de Türk Telekom’un özelleştirilmesidir. 13.11.2003 tarihli Bakanlar Kurulu Kararı çerçevesinde, blok satış sonrasında Türk Telekom’da Hazine’ye ait % 45 oranındaki hissenin bir bölümünün halka arzına yönelik hazırlık çalışmaları başlatılmış, 10 Aralık 2007 tarih ve 12973 tarihli Bakanlar Kurulu Kararı ile Türk Telekom’un % 15 oranındaki hissesinin 31.12.2008 tarihine kadar Halka Arz yöntemiyle özelleştirilmesine karar verilmiştir. Kararın ardından uygulamaya hemen geçilmiştir. Bu satışta, 406 sayılı Telgraf ve Telefon Kanun uyarınca, Türk Telekom ve T.C. Posta ve Telgraf Teşkilatı Genel Müdürlüğü çalışanları ile küçük tasarruf sahiplerine ayrılması öngörülen % 5 oranındaki pay ile ilgili olarak; bu satışta Türk Telekom hisselerinin %3’ünün halka arza konu % 15’lik dilim içerisinde değerlendirilerek söz konusu çalışanlara ve küçük tasarruf sahiplerine ayrılmasına karar verilmiştir. Neticede özelleştirme çalışmaları çerçevesinde, Deutsche Bank, Londra Şubesi - Garanti Yatırım Menkul Kıymetler A.Ş.’den oluşan konsorsiyum finansal danışman firma olarak seçilmiştir (Özelleştirme İdaresi Başkanlığı, “Türkiye’de Özelleştirme”, 2011: 20).

Bu kapsamda, Türk Telekom’un halka % 15 oranındaki hissesinin Türk Telekom ve T.C. Posta ve Telgraf Teşkilatı Genel Müdürlüğü çalışanları, küçük tasarruf sahipleri, alım gücü yüksek yatırımcılar, yurtiçi kurumsal yatırımcılar, yurtdışı kurumsal yatırımcılara yönelik halka arz süreci başlamış olup, 28-29-30 Nisan 2008 tarihinde Ön Talep Toplama, 7-8-9 Mayıs 2008 tarihleri arasında ise Kesin Talep Toplama yapılmış olup, halka arz süreci başarılı bir şekilde tamamlanmıştır (Özelleştirme İdaresi Başkanlığı, “Türkiye’de Özelleştirme”, 2011: 20). Ancak konu edilen % 15 oranı üzerinde

ek satışların etkisi göz ardı edilmiştir. Böylece Telekom hizmetlerinde beklenen kalitede özelleştirmenin hedefleri çerçevesinde gerçekleştirilmeye çalışılmıştır.

Özelleştirme gelirlerinin değerlendirilmesine yönelik yorumların yapılmasından önce bir de diğer ülkelerle Türkiye'nin özelleştirme gelirlerini görmekte fayda vardır. Burada söz edilen ülkeler, OECD ülkeleridir.

Cizelge 1.5.: Özelleştirme Gelirlerinin Ülkelere Göre Dağılımı (Milyon \$)

ÖZELLEŞTİRME GELİRLERİNİN ÜLKELERE GÖRE DAĞILIMI (Milyon \$)													
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Toplam
İtalya			759	3.039	9.077	10.131	11.230	23.945	15.138	25.594	9.729	2.653	111.295
Fransa				12.160	5.479	436	3.096	10.105	13.596	9.478	17.438	429	72.217
Avustralya	19	1.042	1.893	2.057	2.055	8.089	9.052	16.815	7.146	15.220	6.273	396	70.057
İngiltere	4.219	5.346	7.923	8.114	4.632	5.648	2.426	4.500					42.808
İspanya	172		830	3.222	1.458	2.941	2.680	12.530	11.618	1.128	1.079	741	38.399
Japonya					13.875		2.039		6.641	15.115			37.670
Meksika	3.124	10.757	6.864	2.531	766	170	73	2.670	988	279	406		28.628
Portekiz	1.092	1.003	2.206	422	1.123	2.362	3.001	4.909	4.299	1.620	3.256	353	25.646
Almanya	11	351		73	678	191	1.421	3.125	11.357	2.754	1.750	3.343	25.054
Polonya	23	171	373	433	725	1.101	1.442	2.043	2.079	3.422	6.262	1.586	19.660
İsveç			378	252	2.313	852	784	2.390	172	2.071	8.082		17.294
Kore				1.451	3.782	643	3.091	645	201	2.153	18	2.907	14.891
Hollanda	716	179		780	3.766	3.993	1.239	842	335	1.481	310	831	14.472
Yunanistan				35	73	44	558	1.395	3.960	4.880	1.384	1.305	13.634
Avusturya	32	48	49	142	700	1.035	1.302	2.438	2.537	70	2.086	833	11.272
Finlandiya				229	1.120	363	911	835	1.999	3.716	1.827	38	11.038
Kanada	1.504	808	1.249	755	490	3.998	1.768		11				10.583
Belçika				956	548	2.745	1.222	1.842	2.888	10			10.211
Yeni Zelanda	3.895	17	967	630	29	264	1.839		441	1.331			9.413
Çekoslovakya		59	877	837	1.065	976	902	395	437	737	520	1.603	8.408
İrlanda		515	70	274		157	293			4.846	1.458	773	8.386
Macaristan	102	385	705	1.308	955	2.645	849	647	197	88	66	43	7.990
Türkiye	486	244	423	566	412	572	292	466	1.020	38	2.712	123	7.354
ABD								3.650	3.100				6.750
İsviçre									6.442				6.442
Danimarka	644			122	229	10	366	45	4.502	19	111		6.048
Norveç	73			118	521	660	35			454	1.039	2.103	5.003
Slovakya				63	415	1.004	486	11			1.313	508	3.800
İzlanda			21	10	2	6		4	128	228	1	14	414

Kaynak:

Özelleştirme

İdaresi

Başkanlığı.

http://www.oib.gov.tr/baskanlik/ulkeler_dagilim.htm. (Erişim Tarihi: 21.06.2011).

Çizelge 1.5.'te 1990-2001 yılları arasında OECD ülkelerinde elde edilen özelleştirme gelirleri ve bunların toplamı verilmektedir. Bu verilere göre Türkiye'de en

yüksek özelleştirme gelirini 2000 yılında elde etmiştir. Yine çizelge 1.5.'e göre özelleştirme gelirleri baz alındığında toplamda 7.354 milyon dolar gelirin Türkiye içinde elde edildiği görülmektedir.

1985 yılından itibaren 246 kuruluşteki kamu hisseleri, 22 yarım kalmış tesis, 393 taşınmaz, 8 otoyol, 2 boğaz köprüsü, 103 Tesis, 6 Liman, şans oyunları lisans hakkı ile Araç Muayene İstasyonları özelleştirme kapsamına alınmıştır (Özelleştirme İdaresi Başkanlığı). Ancak Özelleştirme İdaresi Başkanlığı'nın konuya ilişkin görüşleri, uygulamayla birlikte borç ertelemelerinin de yaygınlaştığı konusuna odaklıdır. Finansman sorununa tam anlamıyla çözüm üretilmediği sonucuna ulaşılmıştır. Özelleştirme çerçevesinde ortaya çıkan yaklaşık 4 bin dava, uygulamanın ortaya çıkardığı yolsuzluk ve suistimalleri somutlaştırmaktadır.

Söz konusu finansman kaynağının finansman sorununa çözüm bulamadığı gerekçesiyle yeni bir finansman modeli üzerinde çalışmalar yapılmış ve yeni bir model olarak Kamu Özel Ortaklığı Modeli geliştirilmiştir.

1.1.3. Kamu Özel Ortaklığı Modeli

Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda literatür araştırması yapıp kavramsal çerçeve çizilmeye çalışılan bu bölümde tanımlara ağırlık verilmiştir. Akabinde ise Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda yasal düzenlemelerin özeti verilmeye çalışılmıştır.

Yasal düzenlemelere desteklenen bir modelin uygulanabilirliği konusunda daha net konuşabilmek mümkün olacaktır. Zira konuyla ilgili araştırmaların temelinde de yasal düzenlemeler olmalıdır. Model, hukuki çerçeveden değerlendirildiği sürece amaçların dışına çıkılması pek mümkün olmamaktadır.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli'ne karşı önyargıların da yasal dayanaklarla desteklenmesi noktasında herhangi bir sıkıntının gündeme gelmesi söz konusu değildir. Dolayısıyla Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda sağlık hizmetleri kanunu kapsamında ek maddeye yer verilmiştir. Uygulanması muhtemel Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda yasal çerçevenin de böylece sağlanmış olduğunu görmekteyiz. Bölüm itibariyle Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda kavramsal açıklamanın yanında yasal kapsam da ele alınmıştır.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulamaları, kamu hizmetlerinin sunumunda klasik anlamda tüm kamu hizmetlerinin devlet tarafından sunumu ile tüm hizmet

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

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

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

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

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

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

yapının oluşmasına izin vermek ve dolayısıyla daha kaliteli mal ve hizmet üretimi ve arzının gerçekleştirilmesine olanak verilmesi açısından gereklidir (Miyat vd., 2007: 193).

1.1.4. Kamu Özel Ortaklığı Finansman Modelleri

Kamu Özel Ortaklığı Modeli başlı başına bir finansman modeli olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak Kamu Özel Ortaklığı finansman modeli de kendi içinde 6 ana bölümde incelenmektedir. Dolayısıyla Kamu Özel Ortaklığı Modelleri; Yap Devret, Yap Kirala İşlet Devret, Yap Devret İşlet, Yap İşlet Devret, Yap Sahiplen İşlet Devret, Yap Sahiplen İşlet şeklinde sıralanabilmektedir.

Bu bölümde de Kamu Özel Ortaklığı Finansman Modelleri detaylandırılarak incelenmektedir. Burada konuya ilişkin bilgiler aktarılmaya çalışılacaktır.

1.1.4.1.Yap Devret

Yap Devret (YD) modelinde, Kamu tasarım ve inşaat aşamasındaki kalite ve maliyetlendirme için performans kriterleri belirlenmektedir. Bunun yanında model, özel sektör ortağının uygulamalarını kontrol etmektedir. Mevcut varlık, inşaatın tamamlanması ile işletim için devlete devredilir. Bu model genellikle, kamunun sahipliğine çok önem verirken aynı zamanda özel sektörün inşa etme deneyimlerinden faydalanmayı istemesi halinde kullanılır (Tekler, 2008: 4).

Modelde tasarı ve inşaat aşamasında özel sektörün alanında uzmanlaşmaya önem verdiği ön plana çıkmıştır. Dolayısıyla bu alanda özel sektörün hem tecrübesinden hem uzmanlaşmış olduğu alandan faydalanma söz konusudur. Kamu sektörüne kalan kısmı da işletmedir. İşletme safhasında yetkiyi devlet ele almaktadır.

1.1.4.2.Yap Kirala İşlet Devret

Yap Kirala İşlet Devret (YKİD) modelinde, özel sektör projeyi inşa eder, sahipliğini kamuya devreder ve kimi zaman proje ile ilgili diğer birimleri de beraberinde belli bir dönem için kamudan kiralar. Bu model projenin özel sektör sahipliğinde olmasının yanlış olacağı düşüncesindeyken tercih edilir. Örnek vermek gerekirse, otoyollar, köprüler ve tünellerin sahipliğinin daima kamuda kalması gerekliliğinin düşünülmesi durumunda modelin tercih edilirliliği söz konusudur (Tekler, 2008: 6).

Bu noktada projelerin sahipliğinin kamuda olması bu hizmeti talep edenlerin avantajına sayılmaktadır. Aksi takdirde özel sektör bu alanda kar payını da ekleyecek ve belki de hizmeti talep edenler, hizmetten faydalanmayı erteleyeceklerdir. Bu nedenle

riskler göz önüne alındığında sahipliğin kamuya bırakılması avantaj artırımını sağlamaktadır.

1.1.4.3.Yap Devret İşlet

Bu modelde özel girişimci, daha sonra işleteceği tesisin finansmanını sağlamakta, inşaatını gerçekleştirmekte ve tesisin tamamlanması sonucunda yasal mülkiyetini ilgili kamu kurumuna devretmektedir. İlgili kamu kurumu da bu devirden sonra tesisi özel girişimciye uzun süreli kiralamaktadır. Modelde özel girişimci bu tesisin yürütülmesi sırasında elde ettiği hizmet bedelleri ve ticari kazancı ile hem kamu kurumuna ödeyeceği kirayı hem de yatırım maliyetini karşılamakta ve makul bir kâr elde etmektedir. Burada da özel şirket tarafından önce inşa edilip, kamuya devirden sonra tekrar özel girişimciye kiralama gibi uzun bir süreç için amaç, bir önceki modelde de bahsedilen kamu mülkiyetinde bulunan bir varlığın özel sektöre devri ile ortaya çıkabilecek yasal sorunlardan kaçınmak içindir. Model özellikle Güneydoğu Asya ülkelerinde telekomünikasyon sektöründe uygulama imkanı bulunduğu bilinmektedir (Güney, 2005: 7).

1.1.4.4.Yap İşlet Devret

Kamu hizmetlerinin ya da bayındırlık işlerinin hayata geçirilebilmesi için yeterli sermaye kamu tarafından sağlanamayabilir. Dolayısıyla yüksek finansman gerektiren hizmetler için sermayesi ve riski tamamen kendisine ait olmak üzere özel sektör devreye girer. Özel sektör tarafından işletme kurulur ve bir süre yerli, yabancı ya da ortaklaşa girişimler kapsamında özel sektör işletmeye devam eder. Netice itibariyle tesis kamu kuruluşuna koşulsuz şartsız devredilir. Bu model çerçevesinde işletim esasları önem taşımaktadır. Zira kaliteli hizmet sunumu amacıyla hareket edilir. Türkiye’de hizmetin kaliteli sunumu ve uygun fiyatla sunumu belediye idaresinin sorumluluğu altındadır (Acartürk, 2007: 23).

Yine Türkiye’de Yap İşlet Devret esasına dayanan işlerin enerji sektöründe uygulama alanı bulunduğu bilinmektedir. Bu uygulamanın geçmişi 1980’li yıllara dayanmaktadır. Dolayısıyla uygulama geçmişi anlamında bu konuda Türkiye, konuya hakimdir.

1.1.4.5.Yap Sahiplen İşlet Devret

Yap Sahiplen İşlet Devret (YSİD) Modeli ise, özellikle Avustralya ve bazı gelişmekte olan ülkelerde yüksek bütçeli altyapı çalışmalarında tercih edilen bir modeldir. Yol, köprü, baraj gibi altyapı çalışmaları bu anlamda örnek gösterilebilir. Bu modelde özel sektör, inşaat için yeterli finansmanı karşılar, tesisi inşa eder ve belli bir süre için sahiplenir ve bu sürede işletir. Bu süre genellikle 15-30 yılı kapsamaktadır. Bu süre dolunca da özel firma tesisi kamuya devreder. Yap Sahiplen İşlet Devret Modeli'nin, Dünya Bankası, Asya Kalkınma Bankası ve Avrupa Kalkınma Bankası tarafından desteklenmekte olduğu bilinmektedir. Yeni Zelanda'daki Mangawhai Limanı atık su tesisi, Avusturalya'daki Sidney Limanı Tüneli ve Melburn CityLink projeleri ve Laos'taki Tha Ngone Köprüsü bu modelle oluşturulan projelerdendir (Teker, 2008: 6).

1.1.4.6.Yap Sahiplen İşlet

Bu modelde, özel girişimci, devletin işletme ve fiyatlandırma konusunda koyduğu kurumsal düzenlemelere uyma yükümlülüğü altında, devletle yaptığı bir franchise sözleşmesi ile sınırsız süreli olarak bir tesisin finansmanını sağlayıp inşaatını tamamladıktan sonra sahipliğini üstlenme ve işletme yükümlülüğü altına girmektedir. Modelin ana prensibi, devletin koyduğu kuralların özel girişimci açısından bağlayıcı olması ve iki taraf arasındaki franchise anlaşmasının süresiz olması nedeniyle de yatırımcının devlet tarafından konulan kısıtlamalara karşı çıkmamasıdır. Sınırsız süreli olarak sağlanan işletme hakkı, yatırımcı açısından çok etkili bir mali teşvik kadar önem arz etmektedir. Modele örnek olarak, ABD Virjinya ve Kaliforniya eyaletlerindeki ücretli yollar verilebilir. Çin Halk Cumhuriyeti'nde de ücretli yol uygulamaları bu model kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Keza Filipinler ve Endonezya'da da birçok termik santral bu yöntemle gerçekleştirilmiştir. Güney Doğu Asya'da özel limanlar da bu yöntem kullanılarak gerçekleştirilmektedir(Güney, 2005: 8).

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

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

Çizelge 1.6.: Özel Sektöre Transfer Edilebilen ve Edilemeyen Riskler (Teker: 9-10)

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

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

Çizelge 1.6.’da da görüldüğü gibi risk paylaşımları ele alınmıştır. Özel sektöre devredilebilen ve devredilmeyen proje riskleri gruplandırılmıştır. Riskler 8 alt başlıkla incelenmiştir. Ancak 3 ana safhada risk paylaşımları gösterilmiştir. Tasarım ve geliştirme safhası, inşaat safhası ve işletim safhası olarak 3 safha belirlenmiştir.

Tasarım ve geliştirme safhası özel sektöre transfer edilen ve edilemeyen riskler kapsamında iki ana risk grubuna ayrılmıştır. Tasarım ve geliştirme safhasında tasarım

riski alanı ile teknoloji ve eskime riski alanı bulunmaktadır. Bu konular çerçevesinde özel sektöre risk paylaşımı değişmektedir.

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

Son safha da ise işletim safhası olduğu bilinmektedir. Bu safhanın kendi içinde detaylandırıldığı görülmektedir. Zira bu safhada performans riski, işletim maliyeti riski, talep riski ve artık değer riski ele alınmıştır. Bu risk gruplarının özel sektöre transfer edilip edilemediği konusunda Çizelge 1.6.'da detaylı bilgi verilmeye çalışılmıştır.

1.1.4.7.Yap Sahiplen Kiraya Ver Devret

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

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

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

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

1.1.5. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin Yapısı

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

1.1.5.1. Proje Kapsamının Belirlenmesi

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

1.1.5.2. Stratejinin Oluşturulması

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

1.1.5.3. Seçim Süreci

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

1.1.5.4. Müzakereler

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

1.1.5.5. Sözleşme Yapılması

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

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

1.1.5.6. Hizmet Sunumunun Başlaması

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

Böylece Kamu Özel Ortaklığı süreci hizmet sunumunun gerçekleşmesiyle son bulmaktadır.

1.1.6. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin Avantajları ve Dezavantajları

Bu bölümde Kamu Özel Ortaklığı bölümünün avantajları ve dezavantajları üzerinde yorumlara yer verilmiştir. Burada amaç henüz anlaşılamayan modelin her yönüyle ele alınmasıdır.

Bir modelin her yönüyle değerlendirilmesi uygulamadan daha fazla faydanın elde edilmesini sağlayacaktır. Ancak uygulamada öngörülen avantajlar çekince ve tehditlerden daha fazlaysa bu durumda uygulamanın tercih edilebilirliği artacaktır. Akabinde mevcut koşullar çerçevesinde, avantaj fazlasıyla, düşünülen modelin uygulanmaması için herhangi bir sebep söz konusu olmayacaktır.

1.1.6.1. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin Avantajları

Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin avantajlarını ifade ederken konuya, devletler neden bu modeli tercih etmelidir şeklinde bakmak gerekmektedir. Bu anlamda devletler için bu, yeni bir modeldir. Dolayısıyla bu konuda yeterli bilgiye sahip olmak gerekmektedir. Bu modelin tercih edilmesi gerekliliğini öne süren unsurlar;

1. Bu model, kamu hizmetlerinin kaliteli ve hesaplı şekilde sunmayı mümkün hale getirmektedir.

Daha açık bir ifadeyle bu model ile kamu hizmetlerinin sunumunda minimum maliyetle maksimum etkinliğin ortaya çıkmasının hedeflenmiş olduğunu söylemek mümkündür.

2. Kamu hizmetleri açısından yeni bir açılım getirmektedir.

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

3. Finansman sıkıntısı çeken devletlerin altyapı yatırımlarını süratle hayata geçirmelerini sağlayabilmektedir.

Özel sektörün ortaklığına dayanan bu model, yüksek finansman ile karşılanabilen yatırımların hayata geçirilebilmesi için önemli bir gelişmedir. Uygulamalarda finansman sıkıntısıyla yapılması planlanan ya da ertelenen tüm projelerin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir.

4. Bu model sayesinde atıl sermaye ülke içine yönlendirilmektedir.

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

5. Devletin borçlanması yerine uluslararası sermayenin direk altyapı projelerine yönlendirilmesi sağlanmaktadır.

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

6. Maliyet avantajı sağlanmaktadır.

Yüksek maliyet ve sermaye gerektiren projelerin özel sektör katılımının sağlanmasıyla hayata geçirilmesi mümkündür. Bu anlamda kamu sektörü üzerinde ciddi

maliyet avantajının yakalanacağı söylenebilmektedir. Zira kamu sektörü üzerindeki baskı da böylece azalacaktır.

7. Finansman konusunda avantaj maksimizasyonu sağlayan bir noktadadır.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile finansman gerektiren hizmetlerin sunumunda finansman sıkıntısının minimize edilebileceği öngörülmektedir. Nitekim finansman avantajı, özel sektörün kamu hizmeti sunumu sürecine dahil olmasıyla sağlanabilecektir.

1.1.6.2. Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin Dezavantajları

Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin olumsuz yönlerini ancak konuyla ilgili yapılan görüşmeler neticesinde kişilerin yorumları doğrultusunda saptamak mümkün görünmektedir. Kamu özel ortaklığı çerçevesinde sağlık hizmeti veren personelin işten beklentilerinin daralmasını sağlamaktadır. Sağlık sektöründe çalışan tüm personelin iş garantisinin giderek azaldığı inancının yaygın olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu da personelin iş disiplininde ve kalitesinde azalmanın gündeme geleceğine dair görüşleri arttırmaktadır.

Kamunun asli görevi olduğu bilinen sağlık sektörünün sunumunda özel sektörle işbirliği sosyal amacın dışında ekonomik çıkarların da gündeme gelmesi mümkündür. Zira kar amacı daha çok sosyal olgunun öneminin önüne geçen bir unsur olmaktadır. Bu da sağlık sektöründen beklenen kalitenin az ya da çok düşmesi yönünde sorun yaratacaktır.

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

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

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

3. Borçlanma özel sektörce yapıldığından kaynak maliyeti daha yüksek olabilmektedir. Bu olumsuzluk, özel sektörün yüksek etkinliğinin yanında etkisini de

sürdürebilmektedir. Burada kar amacının etkisi hissedilmektedir. Zira özel sektörün hizmet amacını kar maksimizasyonuna dayandırdığı bir gerçektir.

4. Daha önce devlet tarafından yapılan işlerin özel sektöre devri, devlette bu hizmeti veren kapasitenin kaybolmasına neden olmaktadır. Mevcut kapasite kaybı dolayısıyla devlete olan güvenin ne ölçüde olduğu önem taşımadan güven kaybı anlamına gelebilir.

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

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

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

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

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

1.1.7. Kaynak Kullanımı

Kaynak Kullanımı'nın arttığı günümüz koşullarında, konunun hassasiyetle incelenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Konu itibariyle Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusu ile ilişkili olarak görülmektedir. Birbirlerine benzer konu kapsamı mevcuttur.

Dolayısıyla konuların ayrı ayrı ele alınıp değerlendirilmesinde fayda görülmüştür. Konular kendi bölümlerinde değerlendirilmiştir.

1.1.7.1. Dış Kaynak Kullanımı'nın İçeriği

Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing), geleneksel olarak şirketin kendi personel ve kaynaklarıyla yürüttüğü faaliyetlerin dış kaynaklarla gerçekleştirilmesini ifade etmektedir(Atış, 2002:1). Dış kaynak kullanımı, ürünün imal edilmesi için gerekli parçaların veya diğer katma değer oluşturucu faaliyetlerin dışarıdan sağlanmasıdır(Geç, 2004: 215). Bir başka tanıma göre outsourcing olarak da ifade edilen dış kaynaklardan yararlanma; bir şirketin süreç ve/veya işlemini dışarıdan bir firmaya delege etmesidir (Tatari, 2005: 1).

Şirketler daha etkin hale gelebilmek ve rekabet avantajı elde edebilmek amacıyla bu uygulamaya gitmektedirler. Burada kendi kapasitelerini aşan noktada uzman kişi ya da kurumlarla anlaşarak daha hızlı, daha etkin bir üretim sunma süreci başlayabilmektedir.

1.1.7.2. Dış Kaynak Kullanımı'na Gidilmesinin Nedenleri

Dış Kaynak Kullanımı'nın özelliklerine bağlı gerekçeler kendini göstermektedir. Bu anlamda Dış Kaynak Kullanımı'nın özelliklerinin de bilinmesi gerekmektedir. İşletmeler de bu özellikleri göz önünde bulundurarak Dış Kaynak Kullanımı'na gitmelidirler.

Buna göre Dış Kaynak Kullanımı'nın Özellikleri (Döğücü ve Sayım, 2009: 3);

1. İşletmelerin finansal kaynaklarından etkin bir şekilde yararlanmasını sağlayan,
2. Uzun vadeli çözüm üreten,
3. Birçok faaliyetin dış kaynaklar aracılığıyla gerçekleşmesine yardımcı olan,
4. Hangi faaliyetlerin tedarikçi işletmelerden yararlanılarak gerçekleştirilmesi gerektiğine karar veren,
5. İşletmeleri en iyi yaptığı iş üzerine yoğunlaştıran,
6. Ama iş kaybı anlamına gelmeyen bir yöntem özellikleri arasında sayılabilir.

Sermaye birikimi, finansman ve maliyet minimizasyonu, mal ve hizmetin hem üretim hem sunum aşamasında önemlidir. Uygulamaların birçoğu bu unsurlar göz önünde bulundurularak geliştirilmektedir.

İşletmeler kendi temel yetenekleri üzerinde yoğunlaştıkça dış kaynaklardan yararlanma uygulamaları artmakta, dış kaynaklardan yararlanma artıkça ortaklık ve

şebeke organizasyonları gelişme göstermektedir. İşletmeler küçülerek daha esnek ve daha çabuk hareket eder ve daha kolay karar verir hale gelmektedirler.

Özetle DKK uygulamasına gidilmesini gerektiren faktörler (Döğücü ve Sayım, 2009: 3);

Çizelge 1.7.: Dış Kaynak Kullanımı'nı Gerektiren Faktörler

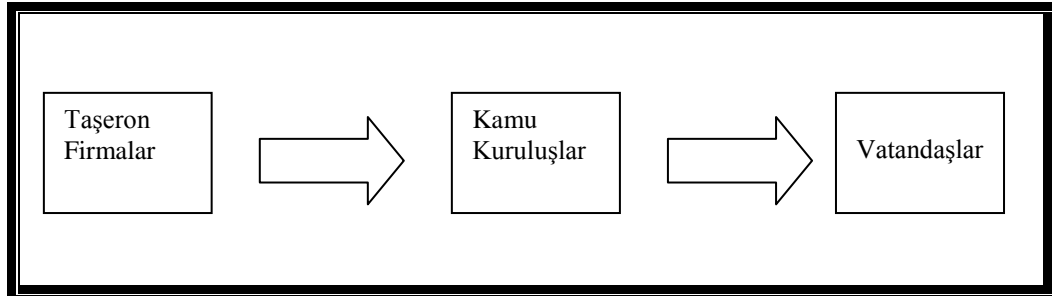
FAKTÖRLER	Genel Sebep	Temel Sebep
Düşürülmüş Maliyetler	70	51
Paranın daha önemli olması	30	19
Gelişmiş Hizmet Kalitesi	23	3
İhtisas	31	8
Azaltılmış Yönetim Yapısı	12	3
Arttırılmış Esneklik	11	1
Etkinliğini Geliştirme	4	2
Asıl prosesler üzerine yoğunlaşma ihtiyacı	4	2
Kaynak esnekliği	3	1
Diğer	19	9

Kaynak: Döğücü ve Sayım, “Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı-Kocaeli Örneği”, 2009: 4.

Çizelge 1.7.'de de belirtildiği gibi Dış Kaynak Kullanımı'na gidilmesinin en önemli gerekçesi maliyetler üzerinde oluşturulacak avantajın yakalanmasıdır. Ardından eğitimin ve paranın önemi ön plana çıkmaktadır. Kaynak esnekliği ise en alt sıralarda gerekçe olarak gösterilmiştir.

1.1.7.3. Dış Kaynak Kullanım Alanları

Dış Kaynak Kullanımı'na ilişkin kamudaki sistem taşeron firma ve vatandaşlar ekseninde oluşmaktadır. Görüldüğü üzere dış kaynak kullanımında taşeron firmalar oldukça etkili ve önemli bir yere sahiptir. Burada taşeron firmaların yok haritaları ve iş disiplinleri uygulamanın etkinliği ve kalitesi açısından önem taşımaktadır.



Sekil 1.1.: Kamu Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanma İlişkisi

Kaynak: Durman ve Çakırer, “Kalkınma Sürecinde Kamu Finansman Sorununun Çözümüyle İlgili Bir Yöntem: Dış Kaynaklardan Yararlanma (OUTSOURCHING)”, 2003: 8.

DKK uygulamasına yönelik mevcut aşamalar göz önünde bulundurulmalıdır. Dış kaynaklardan yararlanmak için dış kaynak kullanım süreci 9 aşamadan oluşmaktadır.

Çizelge 1.8.: Dış Kaynak Kullanım Süreci

Aşamalar	DKK Süreci
1. Aşama	Dış Kaynak Kullanımına ihtiyaç duyulması
2. Aşama	İşletmenin ihtiyaçlarının tanımlanması
3. Aşama	Dış Kaynak Kullanımına karar verilmesi
4. Aşama	Dış Kaynak Kullanım stratejisinin belirlenmesi
5. Aşama	Teklif formunun hazırlanması
6. Aşama	Muhtemel tedarikçilerin değerlendirilmesi
7. Aşama	Tedarikçiler arasında en iyisinin seçilmesi
8. Aşama	Seçilen tedarikçi ile sözleşmenin görüşülmesi ve sözleşmenin imzalanması
9. Aşama	Tedarikçi firma ile etkin bir ilişkinin oluşturulması ve sürdürülmesi

Kaynak: Arslantaş, 1999: 103.

Dış kaynak kullanım sürecinin titizlikle üzerinden geçilmelidir. Bu süreç ne kadar gerçekçi olursa uygulamadan o kadar sağlıklı sonuçlar elde edilmesi muhtemeldir. O yüzden çizelge 1.8.’de belirtilen 9 aşamanın önemi es geçilmemelidir. Neticede tüm aşamalar uygulamanın bütününe oluşturmaktadır. Bu da uygulamanın etkinliğini değiştirip geliştirebilmektedir.

1.1.7.4. Dış Kaynak Kullanımı'nın Avantajları ve Çekinceleri

Dış Kaynak Kullanımı konusunda mevcut avantajlar maddeler halinde ele alınmıştır. Ancak Dış Kaynak Kullanımı'nın daha iyi bir sonuç getirmesi açısından konunun avantajlarının yanında, olması muhtemel çekincelerin de belirtilmesinde fayda olacaktır.

Konu bütünlüğü açısından avantajlar ve olası çekinceler dahilinde konu ele alınmıştır. Elde edilen bilgiler dahilinde, Dış Kaynak Kullanımı için daha etkili uygulama alanı yaratılabilir.

1.1.7.4.1. Dış Kaynak Kullanımı'nın Sağlayacağı Avantajlar

Dış Kaynak Kullanımı'nın Faydaları (Çakırlar, 2009: 62);

1. Yöneticilere zaman kazandırır ve yöneticilerin kendi alanlarına yoğunlaşmalarını sağlar.
2. Kaliteli bir hizmet sunumu sağlar.
3. Geniş ve esnek kaynak havuzu sağlar.
4. Kendi uzmanlık alanlarında çalışanlarından maksimum verim alır.
5. Pahalı ve büyük yatırım gerektiren alanlarda maliyeti düşürür.
6. Diğer işletmelere karşı rekabet avantajı kazanır.
7. Sektörde meydana gelecek dalgalanmalara karşı riski yayarak paylaşır.
8. Kendi imkanlarıyla ulaşamadığı teknolojiye, iş tecrübesine ulaşma imkanı elde eder.
9. Kendi alanı dışında kalan sektörlerde de etkin bir yönetim sağlar.
10. Çalışanların hastalarla daha fazla ilgilenmelerine olanak verilip hizmeti talep edenlerin memnuniyetinin artması sağlanır.

1.1.7.4.2. Dış Kaynak Kullanımı'ndaki Çekinceler

Dış Kaynak Kullanımı'nın taşıdığı avantajların yanında öngörülen sakıncalar da mevcuttur. Buna göre Dış Kaynak Kullanımı'nda gözlemlenen riskler (Tiryaki, 2007);

1. İletişimin düzeyde sağlanamaması,
2. Hazırlık maliyetleri,
3. Esneklik kaybı,
4. Dış kaynak sağlayan firmanın tam olarak kontrol edilememesi,

5. Dış kaynak sağlayan firmanın aynı zamanda başka işletmelerle de çalışması ve başka nedenlerle asıl işletmeye ait olan bilgilerin başkalarıyla paylaşılması riski ve böylece sağlanan rekabet avantajının kaybedilmesi,

6. Dış kaynak sağlayan işletmenin doğru tespit edilememesi nedeniyle beklenen verimin elde edilememesi,

7. Dış kaynak sağlayan firmanın çalışma alanlarıyla ilgili kontrolü sağlayıcı bilgilerin firma yetkililerince asıl işletme yönetimine tam olarak sunulmaması ve böylece asıl işletmenin sürekli kendileriyle çalışmalarını sağlamaya yönelik faaliyetleri.

1.1.7.5. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Dış Kaynak Kullanımı

Örnekleri

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinlik önemlidir. Bu yüzden hizmet sunumu için gerekli olan unsurların kaliteli olması önemlidir. Dış kaynak kullanımıyla uzmanlaşma artacaktır. Bu kapsamda dış kaynaklardan yararlanma yöntemi önemlidir. Dış kaynaklardan yararlanma konusunda amaçların ve yöntemlerin iyi bilinmesi durumunda dış kaynak kullanımının etkinliği artacaktır.

Dış kaynaklardan yararlanma yöntemi, çağdaş bir yönetim ve organizasyon anlayışıdır. Ülkemiz hastanelerinin işletilmesinde çağdaş yönetim ve organizasyon tekniklerine yeterince yer verilmediği için Türkiye’de hastane işletmelerinin durumu arzu edilen etkinlik, verimlilik ve ekonomik amaçlara erişememiştir. Arzu edilen amaçlara ulaşılabilmesi için hastaneleri hizmet üreten bir işletme kabul edip, çağdaş yönetim ve organizasyon ilkelerine göre hastanelerin yöntemlerini gerçekleştirmek gerekmektedir (Ak, 2001: 1304-1311). Böylece dış kaynaklardan yararlanma yöntemi ile rekabet ön plana çıkacak, dolayısıyla hastaneler bazı hizmet bölümlerinden arınarak uzmanlık hastanelerine dönüşecek ve diğer taraftan daha az çalışan personel ile daha çok iş yapılacaktır (Kaplan, 2001: 1527-1539)

Hastanelerde dış kaynaklardan yararlanma yönteminin başlıca ihtiyaç nedenleri;

1. Yönetimde esneklik sağlama,
2. Verimliliği artırma,
3. Hastane ve çalışan tatminini artırma,
4. Maliyetleri azaltma,
5. Yönetimde karmaşıklığı giderme,

6. Temel yeteneklere odaklanma,
7. Gelişen tıp teknolojilerini takip etme,
8. Hizmet kalitesini artırma,
9. Optimum kaynak dağılımını sağlama,
10. Riski azaltma,
11. Kontrol dışı fonksiyonların denetimini sağlama,
12. Zaman tasarrufu sağlama,
13. Çağdaş yönetimi sağlama,
14. Organizasyonel küçülmeyi sağlamak içindir (Karahan, 2009: 191).

Dış kaynak kullanımının nedenleri kapsamında dış kaynak kullanımıyla maliyet ve zaman tasarrufundan söz etmek mümkündür. Yönetimdeki karışıklık ve bölünme giderilerek uzmanlaşma arttırılacaktır. Uzmanlaşmayla kişiler yetenekleri doğrultusunda iş kapsamı dahilinde çalışacaklardır. Bu da çalışanın iş tatmini anlamına gelmesi olarak değerlendirilebilir.

Bu kapsamda yine gelişen teknolojinin takibi yapılacaktır. Dolayısıyla teknolojinin gerisinde kalma durumu ortadan kalkması öngörülmektedir. Neticede teknolojik gelişim ve takibi hizmet kalitesini de arttırmış olacaktır.

1.2. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ'NİN HUKUKİ ÇERÇEVESİ

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

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

1.2.1. Anayasal Çerçeve

Anayasanın 47. maddesinin son fıkrasında yer alan “*Devlet, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzel kişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek ve tüzel kişilere yaptırılacağı veya*

devredilebileceği kanunla belirlenir.” hükmü uyarınca hangi kamu hizmetlerinin özel sektör kuruluşları aracılığı ile yürütülebileceği ilgili maddelerde düzenlenmiştir. Bu çerçevede özel sektör tarafından Kamu Özel Ortaklığı çerçevesinde öteden beri gerçekleştirilen hizmetlerin sayılmasının yanında bilgi teknolojileri, turizm, konut, eğitim, kültür, sağlık, kentsel dönüşüm, adalet, güvenlik ve genel idare altyapısı ve araştırma-geliştirme gibi alanlar ve hizmetler de sayılmıştır. Adalet, güvenlik, sağlık ve eğitim hizmetlerinin sadece alt yapıya yönelik yatırımlarının gerçekleştirilmesinde bu kanun kapsamında Kamu Özel Ortaklığı Modelleri’nden yararlanılabilecektir (Uz, 2007: 1180).

Kamu hizmetlerinin imtiyaz hukuku alanından çıkartılması amacıyla 1999 yılında Anayasa değişikliğinin gerçekleştirilmesine karar verilmiştir. Değişiklik kapsamında “*Devlet, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzelkişilere yaptırabileceği veya devredebileceği kanunla belirlenir.*” hükmü getirilmiştir. Dolayısıyla Anayasa Mahkemesi’nin yasayla değiştirilemeyeceğini öngördüğü hukuki niteliğin, Anayasa Mahkemesi’nin denetim alanı dışında bulunan Anayasa metni değiştirilerek sağlanması yoluna gidilmiştir. Anayasa’da yapılan bu değişiklik ile bugün, enerji sektöründe yaşanan sorunlara kaynaklık eden olumsuz yaklaşımların uygulama alanı bulunduğu görülmektedir. Anayasa’da yapılan düzenlemeye göre, kamu hizmetlerinin imtiyaz sözleşmesiyle özel kişilere devredilmesi esası korunarak özel hukuk sözleşmesi yapılabilmesinin ön koşulu olarak yasal düzenleme yapılması öngörülmüştür (http://www.emo.org.tr/ekler/3a6b2ee7d0c0db3_ek.pdf, Erişim Tarihi: 15.07.2011).

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

Uz’a göre, pozitif düzenlemeye bakıldığında kamu hizmetine ilişkin imtiyazların bugünde geçerliliğini koruyan 10 Haziran 1326 (1910) tarihli Menafi i Umumiyyeye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun ile düzenlendiği görülmektedir. Ancak kanunun fiilen uygulanabilirliğinin kaybedilmesi söz konusu değildir. Osmanlı döneminde yaygın olarak kullanılan imtiyaz yöntemine Cumhuriyet döneminde bir kaç örnek

dışında başvurulmamış ve kamu hizmetleri daha çok devlet eliyle gerçekleştirilmiştir (Uz, 2007: 1176).

Bu noktada kamu hizmetlerinin sunumunda daha çok devletin etkin olduğu görülmektedir. Ancak zamanla kamu hizmetlerine duyulan talepte artış yaşanmaktadır. Artan talebe karşılık devlet yetersiz kalma sorununu yaşamamak için alternatif yöntemler üzerinde çalışmalar başlatmıştır.

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

Genel olarak kamusal mal ve hizmetlerin özel sektör eliyle veya ortaklığıyla arzına ilişkin yasal düzenlemeler aşağıda sıralanmıştır (Uz, 2007: 1177-1179):

1. 4/12/1984 tarih ve 3096 sayılı “Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Kuruluşların Elektrik Üretimi, İletimi, Dağıtımı ve Ticareti ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun”la enerji sektöründe YİD Modeli ile İşletme Hakkı Devri Modeli’ne ilişkin ilk hukuki düzenleme mevcuttur.

2. 3096 sayılı Kanun’dan sonra, otoyolların ve üzerindeki hizmet tesislerinin yapımı, bakımı ve işletilmesi konusunda özel hukuk hükümlerine tabi sermaye şirketlerinin YİD Modeli’ne göre görevlendirilebilmesini düzenleyen 28/5/1988 tarih ve 3465 sayılı “Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi İle Görevlendirilmesi Hakkında Kanun” 2/6/1988 tarih ve 19830 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve uygulanmaya başlamıştır.

3. YİD Modeli’ne bir hukuki temel kazandırmak amacıyla 3996 sayılı “Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap İşlet Devret Modeli Çerçevesinde Gerçekleştirilmesi Hakkında Kanun” 13/6/1994 tarih ve 21959 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak uygulamaya geçilmiştir.

4. Enerji sektöründe 8/6/1996 tarih ve 22660 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 96/8269 sayılı “Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması Hakkında Bakanlar Kurulu Kararı” ile Yap İşlet (Yİ) modeli düzenlenmiştir. 4283 sayılı “Yap İşlet Modeli İle Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi İle Enerji Satışının Düzenlenmesi Hakkında Kanun” 19/7/1997 tarih ve 23054 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur. 4283 sayılı Kanun ile hidroelektrik, jeotermal, nükleer santraller ve diğer yenilenebilir enerji kaynakları ile çalıştırılacak santraller kapsam dışında bırakılarak; yalnızca termik santraller için, Yap İşlet Modeli ile üretim şirketlerine, mülkiyetleri kendilerine ait olmak üzere, tesis kurma ve işletme izni verilmesi ile enerji satışına dair esas ve usuller düzenlenmiştir. 4283 sayılı Kanun Anayasa Mahkemesi’nce “imtiyaz” niteliğinde kabul edilen YİD Modeli’nin aksine, kamu hizmetini gördürme yönteminin bir türü olan “izin (ruhsat)” sistemi çerçevesinde, Yİ Modeli’ni düzenlemeyi hedeflemiştir.

5. 21/4/2005 tarihli ve 5335 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 33’üncü maddesindeki düzenlemeyle Devlet Hava Meydanları İşletmesi Genel Müdürlüğü’nün (DHMI) işletiminde bulunan hava alanları ile Yap İşlet Devret Modeli çerçevesinde yaptırmış olduğu ve işletimini özel sektöre verdiği terminalleri ve gerekli diğer tesisleri, 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Düzenlenmesine Dair Kanunda belirtilen kiralama ve/veya işletme hakkının verilmesi yöntemlerini kullanarak ihale yoluyla özel hukuk tüzel kişilerine 49 yılı geçmemek üzere devredebileceği belirtilmektedir. Kamu Özel Ortaklığı Modeli’ne ilişkin olarak yapılan bu düzenlemeyle YİD Modeli’nin işletme kısmının süresi uzatılmış, ayrıca söz konusu yerlerin özel hukuk tüzel kişilerine kiralanabileceği belirtilerek, özel sektörün işletmecilik konusundaki deneyimlerinden faydalanmak ve kamu hizmetinin daha etkili ve verimli olarak görülmesini sağlamak amaçlanmıştır.

6. 406 sayılı Telgraf ve Telefon Kanunu ile 2813 sayılı Telsiz Kanunu çerçevesinde telekomünikasyon hizmetlerinin yürütülmesi ve/veya altyapısının işletilmesi için bakanlık ve işletmeci arasında yapılan sözleşme imtiyaz kabul edilmiştir.

7. 1/3/1994 tarih ve 21864 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren ve 3291 sayılı Özelleştirme Kanunu’na 5 ek madde ekleyen 2/2/1994 tarih ve 3974 sayılı Kanun ile Türkiye Elektrik Kurumunun hisse ve varlıklarının satılarak

özelleştirilmesi (Ek Md. 1-4) ile bu Kanuna dayanarak veya özel sektörün yeni enerji üretim, iletim ve dağıtım tesisleri kurma ve işletmelerini veya mevcutların işletme haklarını devir almak için yapılacak sözleşmelerin “özel hukuk hükümlerine” bağlı olacağına ve “imtiyaz sözleşmesi” sayılmayacağına ilişkin konular düzenlenmiştir.

8. 24/11/1994 tarih ve 4046 Sayılı Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun’un özelleştirme yöntemlerini sıralayan 18. maddesi işletme hakkının verilmesini düzenlemektedir.

9. Danıştay’a 1924 (m.51) Anayasası ile imtiyaz şartlaşmaları hakkında düşünce bildirmek, 1961 (m., 140) ve 1982 (m., 155) Anayasaları ile de “imtiyaz şartlaşmalarını incelemek” yetkisi verilmiştir. 1982 Anayasasında değişiklik yapan 13/8/1999 tarih ve 4446 sayılı Kanunla Anayasanın 47’inci maddesine eklenen iki fıkra ile bir yandan kamu tüzel kişilerinin mülkiyetinde bulunan işletme ve varlıkların özelleştirilmesine ilişkin usul ve esasların kanunla gösterilmesi, öbür yandan kamu tüzel kişilerin yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzelkişilere yaptırılabilmesi veya devredilebileceğinin kanunla belirlenmesi öngörülmüştür. Diğer taraftan, Anayasanın 125’inci maddesinin birinci fıkrasına eklenen hükümle, kamu hizmeti imtiyazı şartlaşma ve sözleşmelerinden doğan uyuşmazlıkların milli ve milletlerarası tahkim yoluyla çözülmesinin öngörülebileceği belirlenmiştir. Anayasanın 155’inci maddesinin ikinci 3 fıkrasında yapılan değişiklikle de Danıştay’ın imtiyaz şartlaşma ve sözleşmelerini inceleme yetkisi düşünce bildirmeye dönüştürülmüştür.

10. Anayasaya uyum yasaları çerçevesinde 21/1/2001 tarih ve 4501 sayılı Kamu Hizmetleri İle İlgili İmtiyaz Şartlaşma ve Sözleşmelerinden Doğan Uyuşmazlıklarda Tahkim Yoluna Başvurulması Halinde Uyulması Gereken İlkeler Dair Kanun yürürlüğe girmiştir. Diğer taraftan 2575 sayılı Danıştay Kanunu ve 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanununda kamu hizmeti imtiyazına ilişkin gerekli değişiklikler de yapılmıştır.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli’ne çerçevesinde bu yasal düzenlemelerin belli bir kronolojik sistemi incelememesinin sebebi uygulamalara yönelik iptallerin söz konusu olmasıdır. Bu sebeple Kamu Özel Ortaklığı Modeli çerçevesinde yasal düzenlemeye ihtiyaç duyulmuştur.

1.2.2. 5396 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun

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

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

Ek yedinci maddenin devamında *“Kira bedeli ve kiralama süresinin tespitinde; taşınmazın gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine ait olup olmadığı, bedelsiz Hazine taşınmazı devredilip devredilmediği, yatırımın maliyeti, tıbbî donanımın bu kişiler tarafından sağlanıp sağlanmayacağı, kiralama konusu taşınmaz ve üzerindeki sağlık tesislerinde tıbbî hizmetler dışındaki hizmetlerin ve alanların işletilmesinin kiralayana verilip verilmeyeceği hususları*

dikkate alınır.” Denilerek sürecin ayrıntılarına da yer verilerek ileride oluşabilecek suistimallere karşı baştan tedbir alınmıştır.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tüm bu ilkeler çerçevesinde belirlenecek olan politikalar Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin başarısını göstereceğine inanmaktayız. Zira Kamu Özel Ortaklığı

Modeli'nin uygulamalardaki başarısı Türkiye için, ekonomik ve sosyal kalkınma için büyük bir adım olacaktır. Bu anlamda Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin yasal çerçevesi kapsamında etkisinin de geniş alana yayılması beklenmektedir.

1.2.4. Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile İlgili Yönetmelik

Sağlık tesislerinin, kiralama karşılığı yaptırılması ile tesislerdeki tıbbi hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesine dair yönetmeliğin 3359 sayılı Kanun'un ek 7. maddesine dayanılarak hazırlandığı bilinmektedir. Bu yönetmeliğe göre amaç; *“3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun ek 7. maddesi uyarınca; yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığı'nca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılmasına, bu amaçla Maliye Bakanlığınca Hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak kırk dokuz yıla kadar bağımsız ve sürekli nitelikli üst hakkı tesis edilmek suretiyle bu taşınmazların devredilmesine; kira bedeli ve kiralama süresinin tespitine, sağlık tesislerindeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesine, ihale yöntemlerine, isteklilerde aranacak niteliklerin belirlenmesine, sözleşmelerin kapsamı ve diğer hususlara dair usul ve esasları belirlemektir”*.

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

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

bölümün sonu itibariyle önemli olan şudur ki, ihaleyi kazanan projenin telif hakları Bakanlığa geçer.

Yönetmeliğin üçüncü bölümünü ihale usul ve esasları oluşturmaktadır. Bu süreç yönetmelikte adım adım belirtilmiştir. Tüm koşulları sağlayan ihaleler kabul görür. Ancak gerekçelerin kabulüyle harcama yetkileri de dahil bazı ihaleler iptal edilebilmektedir.

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

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

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

1.3. ÇEŞİTLİ ÜLKELERDEKİ KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ UYGULAMALARI

Bu bölümde Kamu Özel Ortaklığı Modeli ülkeler bazından incelenecektir. Dolayısıyla bu modelin uygulama alanının bulunduğu ülkeler önem taşımaktadır. Bu kapsamda ilk olarak İngiltere incelenecektir. Akabinde Fransa'daki uygulamalara ilişkin bilgiler verilmeye çalışılacaktır. Bu modelin uygulanmaya çalışıldığı ülkelerin dışında bu kapsamda Türkiye için de konu incelenmeye çalışılacaktır.

Türkiye'deki uygulama alanları hakkında bilgi verilecektir. Özellikle Türkiye'de sağlık sektöründe uygulanması konu edilen Kamu Özel Ortaklığı konusuna değinilecektir. Böylece konu detaylandırılacaktır.

Avrupa'da gerçekleştirilen 152 projenin büyük bir kısmının sağlık ve eğitim tesisleri alanında yapıldığı bilinmektedir. Projelerin 2/3'ü İngiltere'de gerçekleştirilmiştir. Portekiz ve İspanya'da % 10 civarındadır. Fransa ve Almanya'da uygulamaların yaygın olduğu bilinmektedir. Zira artması da planlanmaktadır (Sarısu, 2007: 19).

Yaklaşık 30 yıldır Kamu Özel Ortaklığı'nın uygulandığı bilinen Fransa, İngiltere, İtalya ve İspanya'nın bu konuda değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu ülkelerde kullanma hakkı olarak da tanımlanan concession, Kamu Özel Ortaklığı'nı ifade etmektedir. Bu ülkelerde genellikle su, kanalizasyon, katı atık ve belediye hizmetleri, ısıtma, soğutma, kablo hizmetleri gibi ve de şebeke, network işleri gibi, kültür tesisleri, tiyatro, sinema, konser ve spor salonları, otoyolların yapımı ve işletimiyle ilgili anlaşmalar yapılmaktadır. Bu anlaşmalar da Kamu Özel Sektör Ortaklığı kapsamında ele alınmaktadır (Ünüvar, 2005: 3).

Fransa ve İngiltere'nin dışında da bu uygulamayı sürdüren ülkeler mevcuttur. Ancak bu konuda İngiltere ve Fransa diğer ülkelere kıyasla daha tecrübeli olduğu görüşü hakimdir. Dolayısıyla bu uygulama hakkında geniş bilgiye ihtiyaç duyan Türkiye için bu ülkelerdeki uygulamaların değerlendirilmesi daha faydalı olacaktır.

1.3.1. Avrupa Birliği

Avrupa Birliği'ne üye birçok ülkenin Kamu Özel Ortaklığı projelerini oldukça yaygın olarak uyguladığı bilinmektedir. Buna rağmen hali hazırda Kamu Özel Ortaklığı projelerine yönelik AB seviyesinde belirli bir mevzuat bulunmamaktadır. Bu nedenler herhangi bir Kamu Özel Ortaklığı projesi hazırlanırken Avrupa Topluluğu mevzuatına bakılması esas alınmıştır. Avrupa Topluluğu hukuku, Avrupa Topluluğu Kamu İhalesi Kuralları, temel özgürlükler (özellikle AT Antlaşması 43 ve 49. madde) ve Avrupa Topluluğu rekabet kurallarından oluşur ki bu da yine AT Antlaşmasının 87. maddesinde belirtilmiştir.

Genel olarak Avrupa'da uygulanan en popüler Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulaması Yap İşlet Devret projeleri şeklindedir. Karma işletmeler daha çok Fransa'da uygulama alanı bulmuştur. Avusturya'da ise devletleştirilen bankaların çoğu özel

şirketlerin hisselerini taşıdıkları bilinmektedir (Ersöz, 2010: 47). Yap İşlet Devret modeli ilk kez 1970 döneminin ortalarında Portekiz’de uygulanmıştır (Riberio: 621-630).

Avrupa Birliği ülkeleri çerçevesinde Yeşil Kitap’tan bahsetmek mümkündür. Belirtilen Yeşil Kitap kapsamında Kamu Özel Ortaklığı projelerinde Antlaşma, Direktif, Tavsiye Kararları ve İçtihatlar önem sırasına göre sıralanmıştır. Bu anlamda önem sırasının başında Antlaşmalar gelmektedir. En son sırayı da İçtihatlar almaktadır (Sarısü, 2007: 27).

Konuyla ilgili Avrupa Komisyonu Yeşil Kitap’ta Kamu Özel Ortaklığı projelerini karakterize edebilmek için 4 unsur üzerinde durmuştur (Ersöz, 2010: 49-50);

1. Kamu sektörü ile özel sektör arasında işbirliği gerektiren bir proje planlanmış olmalıdır.
2. İçerik olarak özel sektörce finansmanın sağlanması yöntemidir. Ancak bazı durumlarda kamu sektörü de finansman bölümüne dahil olabilir. Özetle kamu sektörü ile özel sektör paylaşımı söz konusudur.
3. Özel sektör finansman odaklı hareket etse bile kamu sektörü de toplum faydasına göre hareket eder. Bu yüzden denetim mekanizması kamu sektörü tarafından işletilmelidir.
4. Genellikle kamu tarafında doğan riskler devredilmek istenir. Bu anlamda risk dağılımı projeden projeye göre farklılık gösterebilmektedir.

Dolayısıyla Kamu Özel Ortaklığı’nın temelini ortaklığı gerektirecek proje oluşturmaktadır. Bu ortaklığın gerçekleşebilmesi için özel sektörün finansmanı sağlanmalıdır. Ancak kamu sektörünün toplumsal faydayı göz önünde bulundurması gerekmektedir. Nitekim bu amaç doğrultusunda kamu sektörü ortaklık için denetim mekanizmasına da sahip olabilmelidir. Bu anlamda gerçekleşebilecek riskler de hem kamu sektörü tarafından hem de özel sektör tarafından paylaşılabilir.

1.3.2. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Birleşik Devletleri, Kamu Özel Ortaklığı Modeli projelerine finansman ve hizmet açısından gerekli önemi vermektedir. Yaşanılan olumsuzluklar neticesinde Kamu Özel Ortaklığı Modeli finansman metodunu uygulamaya koymuş ve altyapı sıkıntısının üzerine gitmeyi denemiştir. Zira bu yöntemle ciddi düzenlemelere yönelmişlerdir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde Kamu Özel Ortaklığı projelerine karşı düzenlenmiş birçok kongrede karşıt görüşler olmasına rağmen, uygulamadaki az sayıda projenin getirdiği artılardan sonra, karşıt görüşlerin konuyla ilgili tutumlarında olumlu yönde değişiklik gözlemlenmiştir. 2007 yılında Ulaşım ve Altyapı Komitesi Başkanı, her valiye tamamen ve ulusal sistemle uyuşmayan Kamu Özel Ortaklığı Modeli kapsamındaki her türlü antlaşmanın feshedileceğine dair birer mektup göndermiştir (Ari, 2008: 25). Bu bildirimden sonra artan benzin fiyatları sonucunda tüketimde azalma gerçekleşmiştir. Tüketimdeki azalmayla birlikte Otoyol Tröstü İflas etmiştir. Mississippi Nehri üzerinde bir köprüde göçük yaşanması sonrasında da hükümete 1 trilyon dolarlık onarım masrafı çıkmıştır. Dolayısıyla yaşanan bu olaylar neticesinde Kamu Özel Ortaklığı Modeli projeleri ve ilgili düzenlemeler önem kazanmıştır (Corrinna, 2008).

O dönemde Amerika Birleşik Devletleri, altyapı projelerinde özel sermayeyi teşvik etmek için kilit adımları atmamış olsaydı, 10 sene içinde krizlerin yaşanacağı yönündeki ihtimaller ifade edilmiştir (Philpotts, 2008: 29).

Genel anlamda ABD'deki Kamu Özel Ortaklığı Modeli politikaları incelendiğinde özelleştirme üzerindeki denetimden daha çok Kamu Özel Ortaklığı proje denetimlerinin daha etkili olduğu gözlemlenmiştir. Neticede paranın karşılığını alma güdüsüyle hareket edilmektedir. Ancak tabii ki her proje için paranın karşılığının alındığı sonucu çıkarılmayabilir. Diğer taraftan proje kapsamı 30 ila 49 yıllık süreçleri içermesi projelerin üzerindeki politik riskleri de minimize etmektedir. Bu da uzun vadede projelerin standartlarının kalitesi arttırabilecek sonucu ortaya çıkarmaktadır.

1.3.3. İngiltere

İngiltere'de dünyanın diğer ülkelerinde olduğu gibi, 1990'ların başında kamu alt yapı hizmetlerini gerçekleştirmeye yönelik yeterli kamu fonları bulunmamaktaydı. Bu yüzden çözüm olarak özel sektör finansmanına ihtiyaç duyulmuştur. Gerek duyulan ve yeterli finansman ihtiyacının karşılanmasına yönelik geliştirilen Özel Finansman Modeli (PFI), kamu kurum ve kuruluşlarını varlıkların sahibi ve işleticisi konumundan, hizmetleri özel sektörden satın alan konumuna geçirmiştir. Başta Fransa olmak üzere, İtalya, İspanya Özel Finansman Modeli'ni uzun bir süre, otoyol yapımında kullandığı bilinmektedir. Avustralya, Yeni Zelanda ve ABD ise Özel Finansman Modeli'ni hapisane, yol ve hastane binalarının yapımında kullanmıştır (Uz, 2007: 10).

Cizelge 1.9.: İngiltere’de imzalanan Kamu Özel Ortaklığı Modeli Hastane Projeleri

Proje İsmi	Yıl	Toplam Yatırım Tutarları (Sterlin)	Detaylar
Buckinghamshire Hospital NHS Trust	1997	45,1	Site rasyonalizasyonu
Dartford and Gravesham Hospital NHS Trust	1997	94,0	Yeni bir genel hastane inşa etmek için proje
Country Durham & Darlington Acute Hospitals NHS Trust	1998	61,0	Kuzey Durham için yeni bir bölge hastanesi - Dryburn
Norfolk and Norwich Health Care NHS Trust	1998	158,0	Yeni DGH
West Sussex Health & Social Care Trust	1999	22,0	Graylingwell Hastanesinin yenilenmesi
South Tees Acute Hospital NHS Trust	1999	121,6	James Cook Üniversitesi Hastanesi'nde sitesini yeniden yapılanma ve akut hastane hizmetlerinin merkezileştirilmesi
Hull and East Yorkshire Hospitals NHS Trust	2000	22,0	Annelik ve akut geliştirme - Hull Royal Kliniği
University College London Hospitals NHS Trust	2000	422,0	Site rasyonalizasyonu
Guildford & Waverley PCT	2001	29,0	Eski İstanbul hampshire Sınırları. Farnham Hastanesi'nde yerel bir bakım merkezinin sağlanması
Dudley Group of Hospitals NHS Trust	2001	137,0	Yeniden geliştirme ve rasyonalizasyon
Brent PCT	2002	21,0	Yeni bina ruhsal sağlık tesisi
University Hospitals Coventry & Warwickshire NHS Trust	2002	378,9	Yeni DGH Walsgrave
East Lancashire Hospitals NHS Trust	2003	30,1	Burnley Hastanesi Faz V yeniden hazırlanması
Southern Derbyshire Acute Hospitals NHS Trust	2003	312,2	Derby Kraliyet Revir sitesinde bir toplum tesis gelişimi sağlamak için Derby Şehiri Hastanesi sitede akut hizmetleri konsolidasyonu
Salisbury Health Care NHS trust	2004	24,1	DGH yeniden geliştirme
Leeds Teaching Hospitals NHS Trust	2004	265,2	St James Universit Hastanesi, Leeds Genel Revir yeni kanat Yeni Kanser tesisi. Refurb ve St James, Leeds Genel Şapel Allerton ve Seacroft de blok uyarlamalar. Ayrıca Bölgesel Onkoloji ve Kanser merkezi sağlayacaktır.
Northgate & Prudhoe – Neuro Disability Centre	2005	24,0	Nöro Özürlüler Merkezi
Newcastle upon Tyne Hospitals	2005	298,6	Newcastle Akut Hastane Hizmetleri Yeniden Yapılandırma. Freeman Hastanesi'nde böbrek ve Yaşlı hizmetleri. Freeman ile Kanser için Kuzey Merkezi Yer Değiştirme. Royal Victoria Revir ve Yeniden Geliştirme

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı

Çizelge 1.9.'da İngiltere'de Kamu Özel Ortaklığı kapsamında hastane projeleri verilmiştir. 1997 ile 2005 yılları arasında söz konusu olan projelere çizelgede yer verilmiştir. 1997 ve 2005 yılları arasındaki tüm projeler ve o dönemlerdeki yatırım tutarları incelenmiştir. Yıl yıl yatırım tutarı en yüksek ve en düşük projeler çizelgeye alınmıştır. Yeni kliniklerin yapılması ve mevcut hastanelerin yenilenmesi kamu Özel Ortaklığı kapsamında projelendirilmiştir.

İngiltere örneğine bakıldığı zaman, klasik bütçe finansmanında % 73 seviyesinde avantaj gözlemlenirken, Kamu Özel Ortaklığı projeleri için % 23 düzeyinde avantajın yakalandığı görülmektedir. Yine uygulamanın avantajları kapsamında klasik bütçe finansmanında Kamu Özel Ortaklığı gecikmeleri %70 ve Kamu Özel Ortaklığı proje gecikmeleri % 20 seviyelerinde değerlendirilebilir (Tekin; 2008: 8).

İngiltere'de PFI modeline, resmi kayıtlara göre 1992 Kasım'ında Norman Lamont tarafından geçilmiştir. Ancak 1992-1997 arası dönemdeki PFI uygulamalarında çeşitli aksaklıkların görüldüğü bilinmektedir. İngiltere'de, 1997 sonrası dönemde PFI uygulamaları ile ilgili olarak çeşitli organizasyonların varlığından söz etmek mümkündür. Bu çerçevede Treasury Taskforce (TTF), Partnerships UK (PUK) (% 51 özel sektöre, % 49'u kamuya ait bir şirkettir), Office of Government Commerce (OGC) ve 4Ps (Yerel İdarelere PFI konusunda tavsiyelerde bulunmak ve yardımcı olmak amacıyla kurulmuştur) gibi kuruluşlar PFI uygulamalarında etkin rol oynamıştır. Günümüzde de İngiltere'de PFI uygulamalarının toplam kamu yatırımları içindeki payı yaklaşık % 12 seviyesindedir. Diğer bir ifade ile kamu yatırımlarının yaklaşık % 12'si PFI modeli kapsamında gerçekleşmektedir (Uz, 2007: 11).

İngiltere Maliye Bakanlığı 2005 raporlarında Klasik Satın Alma projelerinin % 30'u zamanında ve % 27'si bütçesinde bitirilmiş. Ancak Kamu Özel Ortaklığı için % 89 zamanında ve % 77'si bütçesinden bitirilmesi şeklinde hesaplandığı görülmektedir (European PPP Report, 2005).

1.3.4. Fransa

Fransa'da uygulamaya yönelik girişimler, yasama organının hükümete 2 Temmuz 2003 tarihinde 2003-591 sayılı yasa ile yetki vermesiyle netlik kazanmıştır. Bu düzenlemeyle Fransa, 17 Haziran 2004 tarihinde çıkartılan 2004-559 sayılı KHK ile yeni ve genel bir Kamu Özel Ortaklığı "Contrat de Partenariat" (Ortaklık Sözleşmesi) uygulamasına geçmiştir. Yine aynı düzenleme ile Ortaklık Sözleşmesine ilişkin

uyuşmazlıkların Fransız hukuku, uygulanmak kaydıyla tahkim yoluyla çözümü konusunda tarafların sözleşmeye hüküm koyabilmesine yönelik ek ifadelere yer vermiştir. Dolayısıyla bu öngörüyle ilk defa kamu kurumlarının uluslararası nitelik taşımayan sözleşmelerde tahkime gidemeyeceği genel ilkesine bir istisna getirildiği bilinmektedir. Ancak bazı senatörler ve sivil toplum kuruluşlarınca itirazların olduğu bilinmektedir. Bu itirazların sebebi ise kamu kurumlarının tahkime gidemeyeceği genel ilkesinden ayrılma sonucunu doğuracak bir düzenleme konusunda yasama organı tarafından yetki verilmediği gerekçesiyle KHK'nın yetki kanununa aykırı olduğu yönündeki kanaattir. Fransız Danıştay (Conseil d'Etat) 29 Ekim 2004 tarihli kararında söz konusu düzenlemenin geçerli olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, genelde büyük yatırımları içeren uzun süreli sözleşmelerden kaynaklanan uyuşmazlıkların tahkim yoluyla çözülebileceğini belirtmiştir (Uz, 2007: 12).

Cizelge 1.10.: Fransa'da Kamu Özel Ortaklığı Modeli Kapsamında Mevcut Projeler ve Tamamlanmış Projeler

Projenin Durumu	Projenin Adı	Tutarı	Sektör	Açıklama
Bitmiş	Perpignan Figueras HSL	£ 1,400m	Demiryolu	Uluslu proje: Perpignan (Fransa) Figueras (İspanya) 44.5 km yüksek hızlı bağlantı.
Bitmiş	CHNO des Quinze-Vingts-Research Institute	£ 30m	Sağlık	Paris'teki Centre Hospitalier Ulusal d'Ophtalmologie (CHNO) sayfasına Yeni klinik ve biyomedikal araştırma enstitüsü. Sözleşme Caisse des Depoları ve Groupe Caisse d'Epargne dahil ICADE G3A Konsorsiyumu verilir.
Finans	Grenoble Research Centre	£ 90m	Konaklama	Tasarımı, İletişim finans, yönetmek ve Grenoble yakın bir enerji araştırma merkezi faaliyet göstermektedir. Elyo ortak Komiserliği d'Energie Atomique, yapısında Isere ve SEM Minatec ilçesinde belediye ve 18 yıllık bir sözleşme üzerinde merkezi işletim olacaktır.
Finans	Caen Hospital	£ 100m	Sağlık	Normandiya bölgesindeki Caen yeni hastane bölümü. Teklif Teklif Tercih: Bouyges / Quille / Exprimm Düzenleyen: ABN Amro
İhalede	French PPP Prisons Tranche 1 (Herault, Meurthe et Mosellee Lorie, Rhone)	£ 1000m	Cezaevi	Bu DBFO 20-30 yıl soncontracts olarak yapılandırılmıştır. Yumuşak hizmetleri hariç. Etrafında 13.200 tutuklu ve 400 çocuk gözaltı alanlarda toplam 18 hapisaneler Hükümet programının ilk Dilimi.
İhalede	Centre les Tilleroyes	£ 20m	Sağlık	Besançon az Merkezi les Tilleroyes yeni hastane

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı

Çizelge 1.10'da Fransa'da Kamu Özel Ortaklığı kapsamındaki projeler belirtilmiştir. Çizelgede mevcut projelere yer verilirken tamamlanmış projeler de bulunmaktadır. Ancak tüm sektörlerden örnekler verilmiştir. Tamamlanan, finans aşamasında olan ve ihale aşamasında olan projeler için her sektörden örnekler verilmeye çalışılmıştır. Projeler sıralanırken aşamalar için en düşük ve en yüksek tutarlı projeler örneklendirilmiştir. Tez çalışmamız sağlık sektörü odaklı olduğu için her aşama için sağlıktaki projelerden örnekler verilmiştir. Dolayısıyla Fransa'da da maliyet tasarrufundan Kamu Özel Ortaklığı kapsamında söz etmek mümkündür. Aynı zamanda süre bakımından da ciddi avantajların elde edildiği bilinmektedir.

1.3.5. İspanya

Genel olarak Kamu Özel Ortaklığı Modeli projelerinde başarı anahtarı olarak 4 noktanın üzerinde durulmaktadır (Ersöz, 2010: 10):

1. Açık bir politik karar olmalı,
2. İstikrarlı ve uygun bir yasal düzenleme gerekli,
3. Politik istikrar olmalı,
4. Taahhütler bir hükümet tarafından değil, bir ülke kararı olarak verilmelidir.

Bu çerçevede İspanya da Kamu Özel Ortaklığı projelerini geliştirmiş ve uygulama alanı yaratmıştır. İspanya, Kamu Özel Ortaklığı projelerini uygularken temel prensip olarak toplumsal odaklı davranış tarzını ele almıştır.

Örneğin; Madrid'de 1.4 milyon dolara 9 hastane inşa edilmiş. Hastaneler devlete ait, ancak bu hastanelerin işletilebilmesi için uzun süreli bir kira sözleşmesiyle özel sektöre belirli ödemeler yapıldığı bilinmektedir. Bu kapsamda asıl amacın toplumsal olduğu burada da belirtilmektedir (Ersöz, 2010: 9).

İKİNCİ BÖLÜM:

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ

Bu bölümde Türkiye'deki sağlık sektörü hakkında detaylı bilgi verilmek istenmiştir. Zira bu bölümde sağlık sektöründeki tüm detaylar incelenerek konu bütünlüğü sağlanacaktır. Burada Türkiye'deki sağlık sektörü bilgileri ve mevcut uygulamaları verilecektir. Dolayısıyla bu bilgiler ışığında model incelenecektir. Konu kapsamında da uygulamalar gözden geçirilecektir.

2.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GENEL DURUMU

Bir ülkedeki sağlık sektörünü tanımlamak için incelenmesi gereken birçok konu ve konuya ilişkin birçok boyut vardır. Bunlardan, bilimsel/teknolojik (tıbbi) boyut, yönetsel boyut ve politik boyut hem en önemlileri hem de en sık kullanılanlarıdır. Tıbbi boyut ülkeden ülkeye ya da uygulamadan uygulamaya göre farklılık göstermez, değişmez niteliktedir. Zira tıp bilimi ve uygulamaları evrenseldir (Akdur, 1998: 23-24). Burada önemli olan hizmetin sunumundaki kalitedir. Buradaki kalitenin değeri de hizmet sunumu yapan personelin bilgi, beceri ve teknoloji kullanım yetenekleri çerçevesinde farklılık göstermektedir. Ancak konunun özünde sağlık bilinci etkin rol oynamaktadır. Sağlık bilincinin temelinde insan ve insana verilen kıymet açığa çıkar. Zira bu noktada hem sağlık hizmeti talep edenlerin sağlıklarına önem vermeleri gerekir hem de sağlık hizmeti sunan kişilerin de sağlıkla ilgili dikkatli karar vermeleri ve bu doğrultuda uygulama yapmaları gerekmektedir. Toplamda bunlar da sağlık hizmetlerinin talep ve arzında kalite seviyesini arttıracaktır. Bu anlamda sağlık hizmetlerinin kalite standartları, özünde sağlık bilincine dayanmaktadır.

Küresel ve aynı zamanda yarı kamusal mal niteliğine sahip olan sağlık hizmetinin etkin düzeyde üretiminin sağlanması için yeni kurumsal düzenlemelerin yapılması ve finansman arayışlarının geliştirilmesi oldukça önemlidir (Ener ve Demircan, 2008: 66).

Sağlık sektörünün tanımlanmasında sıkça kullanılan bir diğer boyut ise, yönetsel boyutun ülkeden ülkeye ve hizmet sunum biçiminden biçimine çok çeşitli görüntüleri var ise de aslında değişmemesi gerekliliğidir. Çünkü tıp bilimi gibi, yönetim biliminin

de kuralları evrenseldir. Burada değişen, yalnızca bu kuralların bilinip bilinmemesi, bununda ötesinde bu kurallara uyulup uyulmaması konusudur. Bu kurallara uyulması halinde verimlilik artacak, aksi takdirde mevcut verimlilik de düşecektir. Bu durum özel veya kamu hizmet sunum biçimi için geçerli olduğu gibi her ülke ve her bölge için de geçerlidir (Akdur, 1998: 23-24).

Her ülkede ve hatta her bölge için yönetim farklılıkları gösterse de yönetim içinde mevcut kurallar politikayı belirler. Herhangi bir uygulama için mevcut kuralların belirlenmesi ve bu kurallara uyulması politikanın ya da uygulamanın devamı açısından önemlidir. Bu nedenle kurallara uyum sağlanması ve bu uyumun denetlenmesi gerekmektedir. Bu, tamamen uygulamanın gidişatını olumlu yönde etkileyecektir. Etkinlik ve kalitenin artışına katkıda bulunacaktır.

Özetle; ülkeden ülkeye ya da birimden birime değişen, yönetim biliminin kuralları değil yalnızca bu kurallara uyulup uyulmaması sonucunda verimlilik olgusu önem taşımaktadır. Sağlık sektörü uygulamalarında kullanılan politik boyut ise değişkendir. Ülkeden ülkeye, ülkenin bölgelerine ve hatta hizmet birimlerine göre değişiklik gösterir. Üstelik uygulanan politik boyut, diğer tüm değişkenlerden daha kuvvetli ölçüde etkileme alanına sahiptir. Bu nedenle de herhangi bir ülkedeki sağlık sektörünün yapılanmasını ve tanımlanmasını esas belirleyen boyut, sağlık politikasıdır (Akdur, 1998: 23-24). Sağlık politikası tüm uygulamalar ve yöntemler değerlendirilerek uygulamaya alınmalıdır. Sağlık politikası temeldir. Sağlık sektörünü olumlu ya da olumsuz değiştiren, geliştiren yine sağlık sektöründe uygulanan ya da uygulanması planlanan politikalar, sağlık politikalarıdır.

Sağlık politikası ve hizmet anlayışlarının, çeşitli ve çok olduğu kanısı yaygındır. Ancak genel olarak, iki temel anlayış hakimdir. Bunlardan birisi; sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı, doğuştan kazanılmış ve temel insanlık hakkı sayan politikadır. Bu politika sosyal devlet anlayışı gereği tüm temel haklarda olduğu gibi, sağlık hakkının da gereklerinin yerine getirilmesi sorumluluk ve görevini topluma, onun örgütlü gücü olan devlete verir. Sağlığı toplumsal bir olgu, sağlık hizmetlerini ise toplumsal bir dayanışma ve davranış olarak önemser ve özümser. İkinci anlayış ise, sağlığı bireysel bir olgu olarak görmektedir. Dolayısıyla sağlık hakkı toplumsal kural olarak ele alınmamalıdır. Bu anlayışa göre sağlık hakkı, piyasadaki sağlık hizmeti arz ve talebi neticesinde insanların kendi fırsatlarını değerlendirerek kullanmaları anlamına gelmektedir. Sağlık

politikalarının oturduğu bu iki temel anlayış, sağlık sektörünün finansmanı, örgütlenmesi ve insan gücü gibi diğer tüm alt politika ve uygulamalarını da belirlemektedir (Akdur, 1998: 23-24). Tüm alt unsurlarla birlikte değerlendirilerek politikalar netleştirilmelidir.

Türkiye’de de sağlık sektörü ve sağlık politikaları incelenmeli, anlaşılmalı ve çözümlenmemiş konularda çalışılmalıdır. Bunun için ciddi zaman harcanmalıdır. Daha sağlıklı politikaların uygulanması için temel kurallar oluşturulmalı ve bu kurallar dahilinde denetimler yapılmalıdır. Sağlık sektörü bu uygulama kapsamlarıyla geliştirilmelidir.

Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin temel esaslarını bilmek önem kazanmaktadır. Kaldı ki bu esaslara göre sağlık politikalarının belirlenmesi faydalı olacaktır. Sağlık Bakanlığı’nın 15.05.1987 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na göre sağlık hizmetlerinin temel esasları belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin temel esasları aşağıdaki gibi özetlenebilir:

1. Sağlık kurum ve kuruluşları eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık Bakanlığı’nca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşleri alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir.

2. Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık Bakanlığı ilgili bakanlığın uygun görmesi halinde, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir. Ardından bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler.

3. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke içinde dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesi bu esas içerisinde Sağlık Bakanlığı’nca düzenlenir. Bu düzenleme ilgili bakanlığın görüşü alınarak yapılır. Gerek görüldüğünde özel sağlık kuruluşlarının her türlü ücret tarifeleri Sağlık Bakanlığı’nca onaylanır. Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatları Sağlık Bakanlığı’nca tespit ve ilan edilir.

İlgili düzenleme gereğinin aksi bir uygulamasını hayata geçirilmesi halinde talep edilen sağlık hizmetinde eksiklikler gündeme gelecektir. Bu bahsedilen sebeple kalite

standartlarını düşürecektir. Bu anlamda sağlık kurum ve kuruluşlarının yanında sağlık personelinin de ihtiyaca istinaden dengeli bir şekilde dağılımın gerçekleştirilmesi önemle ve titizlikle üzerinde durulması gereken bir uygulamadır.

4. Sağlık kurum ve kuruluşları, kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmet zinciri oluşturulacak şekilde düzenlenir. Acil vakalar hariç tutulmak üzere sevk sistemine uymayanlar hizmet karşılığı fazla ücret öderler. Sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olanlar bu farkı kendileri karşılar. Burada sosyal güvenlik kuruluşlarının önemi ortaya çıkmaktadır. Ancak kişilerin mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarını seçme hakları bakidir. Son dönem uygulamalarda ise tüm sağlık güvenlik kuruluşları tek bir çatı altına alınmıştır. Zira bu yeni uygulamayla hastaların güvenlik kuruluşlarına göre ayrılması önlenmiş olacaktır.

5. Tesis edilecek eğitim, denetim, değerlendirme ve oto kontrol sistemi ile sağlık kuruluşlarının tespit edilen standart ve esaslar içinde hizmet vermesi sağlanır. Böylece muhtemel hatalar da minimize edilecektir.

6. Herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur. Bu sayede hastaların veri tabanları hazırlanmış olacaktır. Kişilerin sağlık sistemleri kayıt altında alınır, dolayısıyla bu sistem de tedavi sürecini etkileyecektir. Sağlık bilgilerinin kayıt altında olması, hastanın kendi sağlığını kontrol etmesinde ve bu süreçte olası insan kusuru minimize edilmiş olacaktır.

7. Sağlık Bakanlığı; sağlık personelinin ve yardımcı sağlık personelinin yurt içinde dengeli dağılımını sağlamak üzere istihdam planlaması yapar, ülke ihtiyacına uygun nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla hizmet önce verilir ya da kamu kuruluşlarında mesleklerini icra eden sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeline hizmet içi eğitim verilir. Bunu sağlamak amacıyla üniversitelerin, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile kamu kurum ve kuruluşlarının imkanlarından da yararlanır. Hizmet içi eğitim programını ne şekilde ve hangi sürelerle yapılacağı Sağlık Bakanlığı'na çıkartılacak yönetmelikle tespit edilir.

8. Sağlık hizmetlerinin yurt çapında istenilen seviyeye ulaştırılması amacıyla; bakanlıklar seviyesinden en uçtaki hizmet birimine kadar kamu ve özel sağlık kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları arasında koordinasyon ve işbirliği yapılır. Sağlık kurum ve kuruluşları coğrafik ve fonksiyonel hizmet alanları, verecekleri hizmetler, yönetim, hizmet ilişki ve bağlantıları gibi konularda tespit edilen

esaslara uymak ve verilen görevleri yapmakla yükümlüdürler. Çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojinin ülkeye getirilmesi ve teşviki sağlanır.

9. Vatandaşların hastalıklardan korunma, sağlıklı çevre, beslenme, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ve benzeri konularda eğitilmeleri ve takipleri bütün kamu kuruluşlarının sorumluluğu, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliği içerisinde gerçekleştirilir.

10. Koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde kullanılan ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddelerin üretiminin ve kalitesinin teşvik ve temini esas olup, her türlü müstahzar, terkip, madde, malzeme, farmakope mamülleri, kozmetikler ve bunların üretiminde kullanılan ham ve yardımcı maddelerin ithal, ihraç, üretim, dağıtım ve tüketiminin, amaç dışı kullanılmak suretiyle fizik ve psişik bağımlılık yapan veya yapma ihtimali bulunan madde, ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddeler ile diğer terkiplerin kontrolüne, murakabesine ve bunların yurt içinde ve yurt dışında ücret karşılığı kalite kontrollerini yaptırmaya, özel mevzuata göre ruhsatlandırma, izin ve fiyat verme işlerini yürütmeye Sağlık Bakanlığı yetkilidir. Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmamış ilaç ve terkiplerin üretimi, ithali, satışı ile ruhsat veya izin alınmış dahi olsa ilaç ve terkiplerin bilimsel araştırma amacıyla Sağlık Bakanlığı ve ilgili kişinin rızası olmadan insan üzerinde kullanımı yasaktır.

11. (Ek: 30/5/1997 – KHK – 572/24 md.) Özürlü çocuk doğumlarının önlenmesi için, gebelik öncesi ve gebelik döneminde tıbbi ve eğitsel çalışmalar yapılır. Yeni doğan bebeklerin metabolizma hastalıkları için gerekli olan testlerden geçirilerek risk taşıyanların belirlenmesine ilişkin tedbirler alınır.

2.1.1. Sağlık Harcamaları

Sağlık Bakanlığı'nın sağlık politikalarına göre sağlık harcamalarının belli amaçları vardır. Bu amaçlar doğrultusunda sağlık harcamaları gerçekleştirilmektedir. Bu amaçlar aşağıda sıralanmaktadır (Aktan: 2):

1. Herkesin hayatını bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,

2. Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini, yapmak,

3. Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,
4. İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek; farmasötik ve tıbbi madde ve kullanıma hazır hale gerilen ilaç ve preparatları üreten yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek,
5. Gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak,
6. Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığı'na ait olmak üzere Tarım Orman ve Köy İşleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,
7. Mahalli idareler ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,
8. Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,
9. Kanser, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak,
10. Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personelini yetiştirmek,
11. Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletlerarası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak için sağlık harcamaları yapılır.

Sağlık harcamalarının amaçlarının bilinmesi bu anlamda önemlidir. Ancak idari ve fonksiyonel anlamda ülkedeki bütçe harcamalarının dağılımı da incelenmelidir. Bu noktada hizmetlerin bütçe içindeki yerleri de görülecektir.

Çizelge 2.1.'de idari ve fonksiyonel sınıflandırmaya göre konsolide bütçe harcamalarının dağılımı 1999-2003 itibariyle aktarılmaya çalışılmıştır.

Çizelge 2.1.: İdari ve Fonksiyonel Tasnife Göre Konsolide Bütçe Harcamalarının Dağılımı, 1999-2003 (%)

Hizmet Birimleri	1999	2000	2001	2002	2003
Genel Hizmetler	25,1	21,3	18,7	23,3	21,6
Savunma	10,1	9,5	7,9	8,1	7,7
Adalet-Emniyet	3,4	3,0	2,8	3,1	3,2
Tarım-Orman-Köy	2,6	2,6	2,2	2,1	2,2
Su İşleri	2,3	2,3	1,9	2,0	2,1
Karayolları	1,8	1,8	2,4	2,4	2,0
Bayındırlık	0,6	1,9	1,1	0,8	0,6
Ulaştırma	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Madencilik	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2
Eğitim	11,8	10,1	8,7	9,6	10,3
Sağlık	2,9	2,4	2,3	2,6	2,6
Kültür-Turizm	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Sosyal Hizmetler	0,5	0,4	0,4	0,5	5,2
Borç Faizleri	38,2	43,8	51,0	44,8	41,8

Kaynak: Özbaran, “Türkiye’de Kamu Harcamalarının Son Beş Yılına Harcama Türlerine Göre İncelenmesi”, Sayıştay Dergisi, Sayı: 53.

Çizelge 2.1.’e göre 1999-2003 döneminde en fazla harcama Genel Hizmetler alanında görülmektedir. Ardında borç faizlerine yönelik harcamalar gelmektedir. Hemen sonrasında sırasıyla Eğitim harcamaları, Savunma harcamaları, Adalet ve Emniyet harcamaları, Sağlık harcamaları olarak sıralanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde 1999’da % 2,9 olan harcama seviyesi 2000 yılında % 2,4’e düşmüştür. 2001’de de %2,3 seviyesindedir. Ancak 2002 ve 2003 yıllarında harcama yüzdesi artış göstererek %2,6 seviyesine gelmiştir.

Ancak Çizelge 2.2’de de görüleceği üzere 2002’de başlayan artış daha sonraki yıllarda da kendini gösterecektir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri için bütçeden ayrılan payın da çok düşük olmadığı sonucuna varmamız mümkün gözükmemektedir.

Çizelge 2.2.: Fonksiyonel Sınıflandırmaya Göre Bütçe İçindeki Payları, 2006-2010 (%)

Birimler	2006	2007	2008	2009	2010
Genel Kamu Hizmetleri	39,5	37,2	36,2	32,9	34,4
Savunma Hizmetleri	6,5	5,8	5,7	5,4	5,3
Kamu Düzeni ve Güvenlik Hizmetleri	5,9	6,1	6,2	6,1	6,0
Ekonomik İşler ve Hizmetler	11,9	11,6	12,8	12,3	11,2
Çevre Koruma Hizmetler	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
İskan ve Toplum Refahı Hizmetleri	2,2	2,3	1,7	1,4	1,5
Sağlık Hizmetleri	5,2	5,5	5,7	5,8	5,2
Dinlenme, Kültür ve Din Hizmetleri	1,6	1,6	1,7	1,7	1,6
Eğitim Hizmetleri	12,5	12,6	13,4	13,3	13,2
Sosyal Güvenlik ve Sosyal Yardım Hizmetleri	14,7	17,1	16,6	20,9	21,5

Kaynak: Maliye Bakanlığı, 2011 Yılı Bütçe Gerekçeleri, Ekim 2010: 11.

Çizelge 2.2.'de hizmetlerin ayrımı yapılmış ve bu ayrıma göre de bütçe içindeki paylar verilmiştir. 2006-2010 verilerine dayanarak bütçe içindeki paya en fazla Genel Kamu Hizmetleri sahiptir. Sağlık hizmetlerinde de bütçedeki pay yaklaşık % 5,0 seviyesindedir. 2006'da sağlık hizmetlerinin bütçedeki payı % 5,2, 2007'de bu oran % 5,5 ve 2008'de % 5,7 seviyesindedir. 2009'da yine sağlık hizmetlerinin bütçedeki payı % 5,8 iken bu oran 2010 itibariyle % 5,2'ye gerilemiştir. Bu anlamda 2010 yılında sağlık hizmetlerinin bütçedeki payı düşmüştür.

Cizelge 2.3.: OECD Ülkeleri ve Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması
(GSMH İçindeki payı %)

		1960	1970	1980	1990	2000	2007	2008	2009
Avustralya		3,6	4,8	6,1	6,7	8,0	8,5	8,7	
Avusturya		4,3	5,2	7,4	8,3	9,9	10,3	10,4	11,0
Belçika	(1)		3,9	6,3	7,2	8,1	9,7	10,1	10,9
Kanada		5,4	6,9	7,0	8,9	8,8	10,0	10,3	11,4
Şili						6,6	6,9	7,5	8,4
Çek Cumhuriyeti					4,7	6,5	6,8	7,1	8,2
Danimarka			7,9	8,9	8,3	8,7	10,0	10,3	11,5
Estonya						5,3	5,2	6,1	7,0
Finlandiya		3,8	5,5	6,3	7,7	7,2	8,1	8,4	9,2
Fransa		3,8	5,4	7,0	8,4	10,1	11,0	11,1	11,8
Almanya			6,0	8,4	8,3	10,3	10,5	10,7	11,6
Yunanistan					6,6	7,9	9,6		
Macaristan						7,0	7,5	7,2	7,4
İzlanda		3,0	4,7	6,3	7,8	9,5	9,1	9,1	9,7
İrlanda		3,7	5,1	8,2	6,1	6,1	7,7	8,8	9,5
İsrail				7,7	7,1	7,5	7,6	7,7	7,9
İtalya					7,7	8,1	8,7	9,0	9,5
Japonya		3,0	4,5	6,4	5,9	7,7	8,2	8,5	
Kore				4,0	4,2	4,8	6,3	6,5	6,9
Lüksemburg			3,1	5,2	5,4	7,5	7,1	6,8	
Meksika					4,4	5,1	5,8	5,8	6,4
Hollanda				7,4	8,0	8,0	9,7	9,9	12,0
Yeni Zelanda			5,2	5,8	6,8	7,6	8,8	9,6	10,3
Norveç		2,9	4,4	7,0	7,6	8,4	8,9	8,6	9,6
Polanya					4,8	5,5	6,4	7,0	7,4
Portekiz			2,4	5,1	5,7	9,3	10,0	10,1	
Slovak Cumhuriyeti						5,5	7,7	8,0	9,1
Slovenya						8,3	7,8	8,4	9,3
İspanya		1,5	3,5	5,3	6,5	7,2	8,5	9,0	9,5
İsveç			6,8	8,9	8,2	8,2	8,9	9,2	10,0
İsviçre		4,9	5,5	7,4	8,2	10,2	10,6	10,7	11,4
Türkiye				2,4	2,7	4,9	6,0	6,1	
İngiltere		3,9	4,5	5,6	5,9	7,0	8,4	8,8	9,8
Amerika		5,1	7,1	9,0	12,4	13,7	16,0	16,4	17,4
OECD		3,8	5,1	6,6	6,9	7,8	8,6	8,8	9,5

Kaynak:

OECD

verileri

(http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en_21571361_44315115_48289894_1_1_1_1,00.html).

Çizelge 2.3.’te sağlık harcamaları Türkiye için 1980 ve sonrası için verilmiştir. Ancak bakıldığında 1960-2009 dönemini içeren bu tabloda Türkiye OECD değerlerinin

altında kalmıştır. Fakat 1980'den 2008'e kadar olan süreçte sağlık harcamalarında artış gözlemlenmiştir. Çizelgenin tamamı incelendiğinde tüm ülke verileri için de sağlık harcamaları her geçen yıl artmıştır.

Çizelge 2.4.: 2007/2008 ve 2008/2009, OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen, Toplam Sağlık Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamaları ve GSYİH Yıllık Artış Oranı (%)

	Toplam Sağlık Harcamaları		Kamu Sağlık Harcamaları		GDP	
	2007/08	2008/09	2007/08	2008/09	2007/08	2008/09
Avustralya	1,5		2,3		-1,2	-0,9
Avusturya	2,7	2,2	3,7	2,8	1,7	-4,2
Belçika	4,5	4,2	6,6	4,4	0,2	-3,5
Kanada	2,5	7,4	2,9	7,6	0,2	-3,3
Şili	11,6	9,0	13,6	17,4	2,6	-2,6
Çek Cumhuriyeti	6,8	10,4	3,4	12,3	1,4	-4,7
Danimarka	0,9	6,0	1,3	6,5	-1,7	-5,7
Estonya	10,8	-1,1	14,1	-4,3	-5,0	-13,8
Finlandiya	4,3	0,1	4,4	0,4	0,5	-8,6
Fransa	0,4	2,7	-0,4	3,1	-0,4	-3,2
Almanya	3,2	4,0	3,4	4,5	1,2	-4,5
Yunanistan					0,6	-2,4
Macaristan	-2,3	-3,6	-1,4	-5,4	0,9	-6,5
İzlanda	-0,9	-1,4	-0,8	-2,1	-1,2	-6,9
İrlanda	9,0	-1,0	8,8	-3,2	-5,4	-8,3
İsrail	4,7	0,1	4,9	0,2	2,4	-1,6
İtalya	3,6	-0,8	4,9	-0,4	-0,5	-5,4
Japonya	2,6		3,2		-1,1	-5,1
Kore	4,5	7,2	4,7	11,5	2,0	0,0
Lüksemburg	-6,9		-7,0		-2,0	-5,8
Meksika	1,7	2,4	5,1	5,3	0,7	-6,8
Hollanda	3,7	16,4	3,8	22,2	1,8	-4,1
Yeni Zelanda	6,2	7,4	6,8	7,7	-2,1	-0,3
Norveç	-3,4	8,4	-3,1	8,1	-0,5	-2,7
Polonya	14,5	6,8	16,7	6,7	5,1	1,6
Portekiz	0,4		-0,6		-0,2	-2,5
Slovak Cumhuriyeti	9,2	8,2	10,7	4,9	5,6	-5,0
Slovenya	11,0	1,7	12,9	1,6	3,5	-8,4
İspanya	4,9	1,5	6,5	2,9	-0,7	-4,4
İsveç	2,1	1,8	2,3	1,8	-1,4	-6,2
İsviçre	2,0	2,8	2,7	3,1	0,6	-3,1
Türkiye	4,5		12,4		3,8	-6,0
İngiltere	3,6	5,2	4,9	7,5	-0,7	-5,5
Amerika	1,6	2,2	3,6	5,8	-0,9	-3,5
OECD	3,8	3,5	4,8	4,1	0,3	-4,6

Kaynak:

OECD

Sağlık

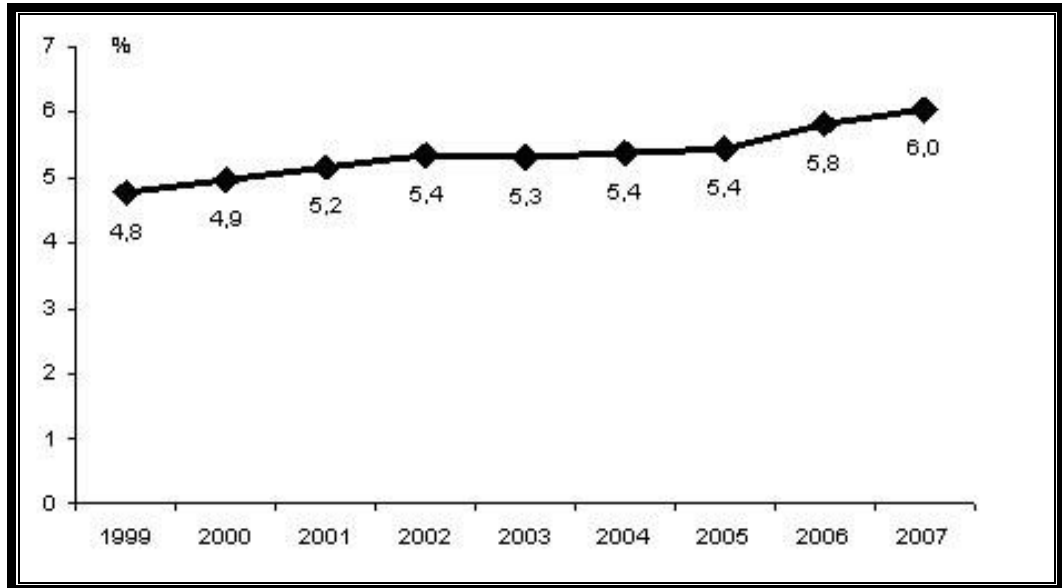
Verileri

(http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en_21571361_44315115_48289894_1_1_1_1,00.html)

Çizelge 2.4. incelendiğinde Türkiye il OECD karşılaştırılmak istendiğinde Türkiye'nin OECD verilerine göre biraz daha fazla harcama artışı yaşadığı görülmektedir. Ancak tablo genel olarak incelendiğinde 2007/2008 döneminde en fazla artış Polonya'da yaşanmıştır. 2008/2009 döneminde de Hollanda'da en fazla artışın olduğunu görmekteyiz. Toplam sağlık artışının bu kadar artması sağlık sistemine verilen önemin artışıyla açıklanabilmektedir. Teknolojik ilerlemeler ve insan sağlığının korunmasına yönelik bilinç toplam sağlık harcamalarını arttırıcı bir rol oynamaktadır.

Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü'nce, 1999-2000 yılları için OECD Sağlık Hesapları Sistemi'ne (SHS) uygun olarak üretilen Sağlık Harcamaları İstatistikleri, TÜİK tarafından aynı yöntem kullanılarak (OECD ve EUROSTAT ile uyumlu) 2001-2003 yılları için revize edilmiş, 2004 yılı için yeniden hesaplanmış, 2005-2007 yılları için ise ilk defa üretilmiştir (TÜİK, Sayı: 29).

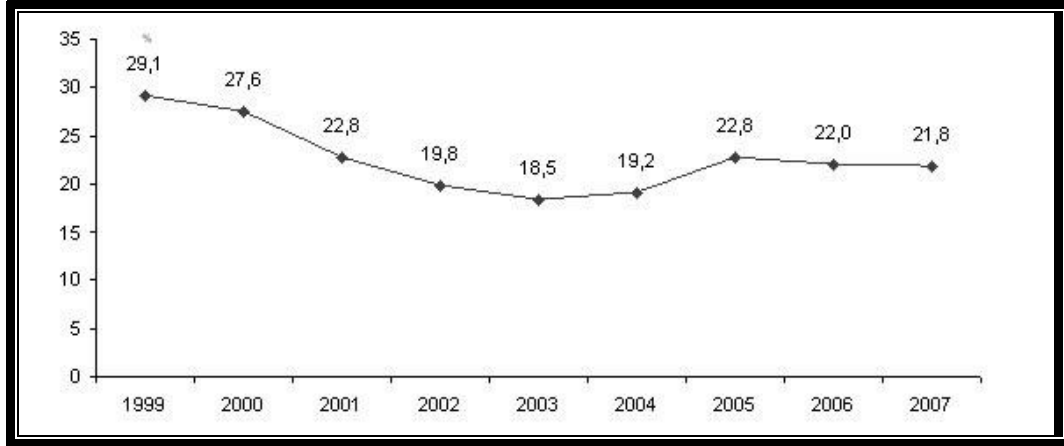
OECD tarafından geliştirilen Sağlık Hesapları Sistemi'nde sağlık amacı ile örtüşen tüm harcama ve faaliyetler ekonomik amaçlarına bakılmaksızın Ulusal Sağlık Hesapları içinde kullanılır. Genel olarak, sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar "Sağlık Harcaması" olarak kabul edilmektedir (TÜİK, Sayı: 29).



Sekil 2.1.: Toplam Sağlık Harcamasının (TSH) Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya (GSYH) Oranı

Kaynak: TÜİK, "Sağlık Harcama İstatistikleri 2004-2007 Yılı Sonuçları"; Sayı: 29.

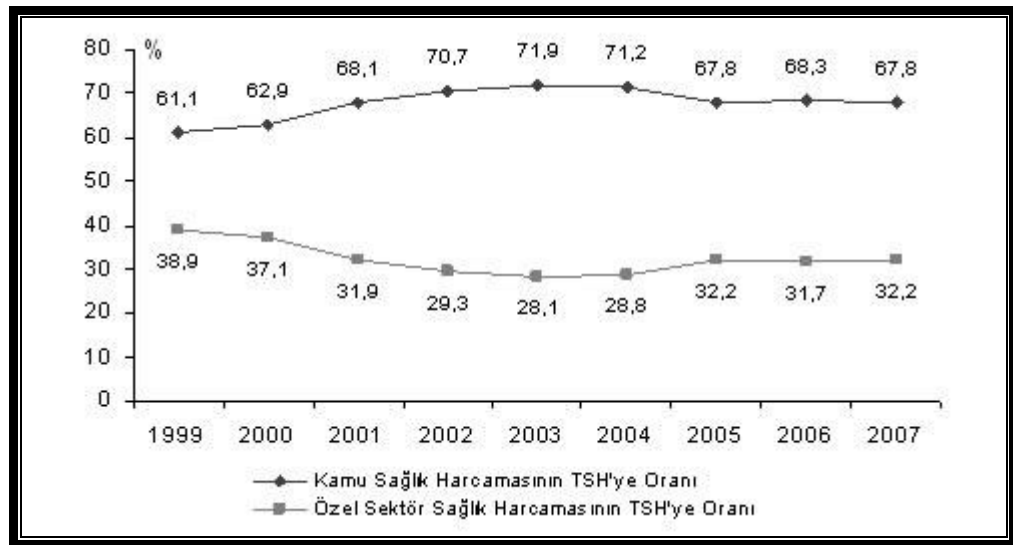
Şekil 2.1.'de görüldüğü üzere 2007 yılında TSH'nin GSYH'ye oranı %6'dır. 1999 yılında %4,8 olarak gerçekleşen TSH'nin GSYH'ye oranı, 2007 yılı itibariyle %6'ya yükselmiştir. 1999 yılında kişi başına sağlık harcaması 78,7 TL (186 ABD\$) iken, 2007 yılı kişi başı sağlık harcaması 724,6 TL (553 ABD\$) olarak bilinmektedir (TÜİK, Sayı: 29).



Şekil 2.2.: Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının TSH'ye Oranı

Kaynak: TÜİK, "Sağlık Harcama İstatistikleri 2004-2007 Yılı Sonuçları"; Sayı: 29.

Şekil 2.2.'ye göre 2007 yılında bireylerin kendilerince yaptıkları sağlık harcamasının TSH'ye oranı %21,8'dir. 1999 yılından 2007 yılına kadar olan süreçte, cepten yapılan sağlık harcamalarının TSH içindeki oranı 7,3'lük bir düşüş göstermiş ve %21,8 olarak hesaplanmıştır (TÜİK, sayı: 29).



Şekil 2.3.: Kamu Sağlık Harcaması ve Özel Sektör Sağlık Harcamasının TSH'ye Oranı

Kaynak: TÜİK, "Sağlık Harcama İstatistikleri 2004-2007 Yılı Sonuçları"; Sayı: 29.

Şekil 2.3.'de belirtildiği gibi 2007 yılında TSH'nin %67,8'i Kamu Sektörü tarafından, %32,2'si ise özel sektör tarafından gerçekleştirilmiştir. 1999 yılında TSH'nin %61,1'i kamu sektörü tarafından, %38,9'u özel sektör tarafından gerçekleştirilmiş, 2007 yılında bu oranlar sırasıyla %67,8 ve %32,2 olmuştur (TUİK, "Sağlık Harcama İstatistikleri 2004-2007 Yılı Sonuçları"; Sayı: 29).

Genel itibariyle şekillerin incelenmesi durumunda kamu sektörünün sağlık harcaması özel sektörün sağlık harcamasının üzerinde olduğu görülmektedir. Mevcut uygulama neticesinde yarı kamusal mal ve hizmet gurubu içine dahil olan sağlık hizmetlerinin kamu sektörü üzerinde ciddi harcama yükünün olduğu görülebilmektedir.

2.1.2. Sağlık Gelirleri

Sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan sağlık gelirleri önemlidir. En azından sağlık bütçesi içindeki payı oldukça önemlidir. Sağlık gelirleri ne kadar fazla olursa sağlık hizmetleri o kadar arzu edilen seviyeye ulaşır. Bu açıdan sağlık gelirlerini oluşturan gelir kalemleri üzerinde önemle durulmalıdır. Sağlık gelirlerinin arttırılması sağlık hizmetinden beklenen kaliteyi de beraberinde getirecektir.

Çizelgede tam bu konu üzerinde değerlendirme yapma imkanı vermektedir. Belirtildiği üzere sağlık primleri, sağlık gelirleri üzerinde önemli rol oynamaktadır. Bu açıdan tüm bireylerin sağlık primlerini ödemeleri çok önemlidir. Dolayısıyla kişilerin bu konuda bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır. Kimse prim ödemekten kaçmamalıdır. Zira bu konudaki farklı düşünceler, sağlık gelirleri üzerinde ciddi bir düşüşe sebep olacaktır. Akabinde sağlık hizmetlerinin sunumunda şu anda olduğundan daha yoğun gecikmeler ve aksaklıklar görülmesi muhtemeldir.

Çizelge 2.5.: Sağlık Gelirlerinin Önemli Kalemi Prim Tahsilatları

<u>Prim tahsilatları</u>	<u>49 milyar 330 milyon YTL</u>
-Hizmet akdi ile çalışanlardan yapılan tahsilat	-31 milyar 610 milyon YTL
-Bağımsız çalışanlardan yapılan tahsilat	- 9 milyar 52 milyon YTL
-Kamu çalışanlarından yapılan tahsilat	- 8 milyar 667 milyon YTL

Kaynak: SES, 2008 Sağlık Raporu

Çizelge2.5.'ten de görüldüğü üzere SGK'nın 2008 verilerine göre, kurumun elde ettiği en önemli gelir kalemi prim tahsilatlarıdır. Zira SGK'nın on bir aylık dönemde

elde ettiği gelirin 49 milyar 330 milyon YTL'lik kısmını prim tahsilatları oluşturmaktadır.

Yine sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli unsurlarından biri olan sağlık gelirleri ile ilgili düzenlemeler Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda yer almaktadır. Kanun incelendiğinde sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık işletmelerine büyük önem verildiği görölmektedir. Dolayısıyla sağlık gelirleri de sağlık işletmeleri kapsamı içinde yer almaktadır.

Bu kanun kapsamına giren kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları, ilgili bakanlığın teklifi ve Sağlık Bakanlığı'nın uygun görmesi halinde Bakanlar Kurulu Kararı ile kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmesine dönüştürölürler. Yeterli işletme büyüklüğünde bulunmayan sağlık kuruluşları tek bir sağlık işletmesi altında toplanabilir.

Sağlık işletmeleri içinde sağlanabilecek gelirler ve giderleri de belirtmek gerekmektedir. Bu kapsamda sağlık işletmelerinin gelir ve gider kalemleri aşağıda belirtilmiştir.

1. Sağlık işletmesinin gelirleri şunlardır;

(1) Sağlık hizmetlerinin talep eden kişilere arzıyla elde edilen gelirler,

(2) Bağış ve yardımlar,

(3) Bu şekilde kurumlaştırılan sağlık işletmelerine gerek göröldüğünde yapılacak devlet desteğinin yanında, kuruluşun bağlı olduğu bakanlığın veya kurumun her yıl bütçesine koyduğu personel ve yatırım ödeneği,

(4) Diğer gelirler.

2. Sağlık işletmesinin giderleri şunlardır;

(1) Sözleşmeli personel ücreti,

(2) Kurum dışından satın alınacak her türlü sağlık ve entellektüel hizmeti için sözleşmeli personel ve hizmet ücreti,

(3) Sağlık kuruluşunun tevsii(genişletilmesi), modernizasyonu, her türlü cihaz ve malzeme tedariki, kurum cihazlarının bakım ve onarımı ile personelin yurt içi ve yurtdışı eğitimi ve araştırma için gerekli harcamalar,

(4) Sağlık işletmesinin işletilmesi ile ilgili diğer harcamalar.

3. Sağlık işletmeleri;

(1) Kurumlar Vergisi'nden,

(2) Yapılacak bağış ve yardımlar sebebiyle Veraset ve İntikal Vergisi'nden,

(3) Yapacakları her türlü muameleler dolayısıyla Damga Vergisi'nden muaftır.

Sağlık işletmelerine yapılacak bağış ve yardımlar her türlü vergi, resim ve harçtan muaftır. Bu bağış ve yardımlar Kurumlar ve Gelir Vergisi matrahından indirilebilmektedir. Zira, böyle bir uygulamayla mevcut sağlık gelirlerine gelir arttırıcı destek olunmaktadır. Uygulanan bu politika bu anlamıyla amacına ulaşmaktadır.

2.1.3. Sağlıkta Finansman

Sağlık hizmetlerinin piyasa dinamiklerini belirleyen temel unsur, hizmetin finansmanını sağlayan kaynaklar ile bu kaynaklara paralellik gösteren tüm öğelerdir. Sağlık sektörü ile ilgili en kapsamlı finansman kavramı, sağlık sektöründe sunulan, sağlık hizmetleri için gerekli olan harcamaların hangi sektörden karşılanacağına, başka bir ifadeyle kamu ya da özel sektör aracılığı ile nasıl karşılanacağına, bu kaynaklara ilişkin yatırımların hangi miktarda, hangi zamanda, hangi düzeyde ve etkili bir biçimde elde edilmesini sağlayacak tüm ilke ve esasların bütünü olarak ifade edilmektedir. Yapılan bu makro tanımın akabinde mikro ifadeler de yer vermek gerekir. Mikro düzeyde sağlık finansmanı kavramı ise, sağlık hizmetlerinin üretimi ve pazarlaması için ihtiyaç duyulan fonların sağlanması, bu fonların yatırımlara dönüştürülebilmesi ve elde edilen gelir veya karların dağıtımını ile ilgili alınacak bir dizi optimum karar ve işlemi içeren bir fonksiyondur. İster makro, ister mikro düzeyde olsun sağlık sektörünün finansmanı amacıyla sağlanan bütün kaynakların, tüm ülke düzeyinde eşit biçimde, etkili, verimli, ekonomik nitelikte sağlık hizmeti üretecek ve sağlık göstergelerini çağdaş ülkeler seviyesine taşıyacak bir biçimde kullanılması da sağlık sektörü finansmanının temel amacını oluşturmaktadır (DPT, 2001: 117).

Sağlık sektöründe finansman değerlendirildiğinde sağlık kuruluşları ön plana çıkmaktadır. Zira mevcut sağlık kuruluşları, kendilerine bağlı personelin sağlık harcamalarını karşılamaktadır. Sağlık sektöründe finansman kapsamında değerlendirilebilecek en önemli kuruluşlardan birisi Sosyal Sigortalar Kurumu'dur. Diğer yandan Emekli Sandığı da kendi bünyesine bağlı kişilerin sağlık harcamalarını karşılamaktadır. Yine bu amaçla Bağ-Kur da Sağlık Güvenlik kapsamında değerlendirilmektedir. 1994 yılından beri sürdürülen sağlık reformu kapsamında tüm toplumun sağlık ihtiyaçlarının yerine getirilmesi öncelikli hedef haline getirilmiştir. Dolayısıyla herkesin sağlık primlerini ödemesi büyük önem taşımaktadır. Ancak

durumu olmayan vatandaşlar da yine sosyal devlet olma ilkesi gereği bu hizmetten mahrum bırakılmamıştır. Bu kapsamda yeşil kart uygulaması söz konusudur. Durumu olmayanların sağlıkla ilgili tüm harcamaları devlet tarafından sübvansede edilmeye devam etmektedir (Karabulut, 1998: 94-100).

Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşlanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelik Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılmıştır. Bu Yönetmeliğin amacı; 3816 sayılı ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin yeşil kart verilerek devlet tarafından karşılanması hakkında kanun'dan yararlanmak üzere başvuran Türk vatandaşlarının aylık gelir veya gelir paylarının belirlenmesi, bu başvuruların değerlendirilmesi ve karara bağlanması, Yeşil Kartın şekli, hak sahiplerine dağıtılması, yeşil kart sahiplerinin sağlık kurumlarına şevki ve bunlara tedavi hizmeti verilmesi, bu konularda kullanılacak belgelerin şekil ve içeriği, yeşil kart uygulaması ile sağlanan tedavi hizmetlerinin bedellerinin ödenmesi hakkındaki usul ve esasları ve zikredilen kanunun uygulanması ile ilgili diğer hususları düzenlemektir (www.saglik.gov.tr, Sağlık Bakanlığı resmi internet sitesi, Yeşil Kart Uygulamasına Yönelik Yönetmelik).

Yeşil kart uygulaması her ne kadar sosyal devlet olma amacının ifadesi olarak, durumu olmayan vatandaşların mağduriyetinin önüne geçilmesine yönelik olsa da, insanların yasal boşlukları değerlendirip denetim yetersizliklerinden güç alarak bu uygulamayı kötüye kullandıkları da bilinmektedir. Zira durumu iyi olanların da yeşil kart yoluyla sağlık hizmetlerinden faydalandıkları görülmektedir. Dolayısıyla yeşil kart uygulaması, amacı dışında da kullanılmaktadır. Bu nedenle uygulamanın etkinliğini arttırmak için denetimlerin de artırılması gerekmektedir. Suistimallerin önüne geçilmelidir. Dolayısıyla etkin bir denetim mekanizmasının işleme gerektirmektedir.

Bu anlamda denetim yetersizliği hem sağlık gelirlerini azaltmakta hem de sağlık finansmanı açısından daralmanın yaşanması anlamına gelmektedir.

Genel ifadeyle Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı (Liu ve diğerleri, 2005: 19'dan aktaran Akın, 2007: 44);

1. Genel bütçe kapsamında temelde vergi gelirleriyle finanse edilen Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, diğer kamu kurumları ve aktif çalışan devlet memurlarının sağlık harcamaları için kullanılan;

2. Bağ-Kur, SSK, ve Emekli Sandığı bünyesindeki personelin aylık gelirlerinden kesilen sosyal güvenlik katkıları;

3. Özel sağlık kurumlarına ve Özel muayenehanelerinde hizmet veren hekimlere doğrudan yapılan şahsi ödemeler, özel sağlık sigortası primleri ile sağlanmaktadır.

Genel ifadeyle sağlık primleri, sağlık finansmanı konusunda önemli bir yere sahiptir. Dolayısıyla sağlık harcamaları, katkı payları ve sağlık sigortası primleri finansman kapsamında değerlendirilmekte, bu ölçüde de sağlık finansmanı konusunda daha çok çalışanların bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Yeni yatırımların bilinmesi ve bu doğrultuda gerekli finansmanın sağlanması, hizmetin gerekliliği ve devamı için önemlidir.

2.1.4. Sağlık Sektöründe Yatırımlar

Sağlık sektöründeki uygulamaların en önemli ayağını yatırımlar oluşturmaktadır. Yatırımlara verilen önem doğrultusunda sağlık sektöründeki gelişmeler dikkatle izlenmektedir. Yapılan reformlar yatırımların ışığında gerçekleştirilebilmektedir.

Sağlık sektöründe regülasyona gidilebilmesi için gerekli olan sağlık sektörünün ihtiyaçlarının belirlenmesidir. Bunun için risklerin de alınması gerekmektedir. Ancak alınan riskler mevcut durumu iyileştirmeye, geliştirmeye degecek nitelikte olmalıdır. Bu anlamda gerekli düzenlenmelerin yatırım planlaması çerçevesinde dezavantajdan çok avantajının maksimizasyonu gözle görülebilir düzeyde olmalıdır. Zira sağlık sektöründe yatırım planları sektörün gelişimi için önem taşımaktadır. Yatırım planlarının her noktayı kapsamaması gerekmektedir.

Kamu gelirleri, yatırımlara teşvik yönünde yönlendirilmelidir. Netice itibariyle sağlık sektöründeki yatırımların artırılması mevcut sağlık hizmetlerindeki arzın ve hatta sağlık hizmetlerinin sunumundaki kalitenin artması sağlanmış olacaktır. Herkes için sağlık amacı yerine getirilecektir. Bu çerçevede sağlık yatırımlarının planlanması hedeflenmektedir.

Yatırımlar, sağlık sektöründeki hedefleri ileriye taşıyacaktır. Sağlık hizmet beklentileri de bu anlamda değişecektir. Yatırımların kapsamı genişletildiğinde de sağlık sektörünün hızla büyüdüğü görülecektir.

Çizelge 2.6.: Sağlık Sektöründe Yatırımlar

Yıl	Sağlık Bütçesi				Kons.Büt.İçin.pay (%)		Kamu Yat.İçin.Pay(%)	
	Toplam		Yatırım		Toplam		Yatırım	
	Başlangıç Ödeneği	Harcama	Başlangıç Ödeneği	Harcama	Başlangıç Ödeneği	Harcama	Başlangıç Ödeneği	Harcama
1983	76	71	12	2	3,0	2,7	2,1	0,4
1984	101	101	16	4	3,1	2,7	2,2	0,6
1985	143	150	21	7	2,9	2,8	2,1	0,6
1986	200	220	38	13	2,8	2,6	2,9	0,7
1987	308	372	56	37	2,8	2,9	3,0	1,6
1988	570	641	96	69	2,7	3,0	2,8	1,9
1989	906	1.482	121	128	2,8	3,8	2,3	2,2
1990	2.651	3.213	424	322	4,1	4,7	4,3	3,3
1991	4.121	5.222	425	200	4,1	4,0	3,2	1,1
1992	9.810	10.499	814	715	4,7	4,0	3,0	2,2
1993	18.031	19.133	1.426	1.235	4,5	3,9	3,1	2,1
1994	30.321	31.538	2.613	1.314	3,7	3,5	3,1	1,8
1995*	48.298	57.074	3.757	2.640	3,6	3,3	4,4	2,7
1996	96.755	116.894	12.390	5.014	2,8	3,0	5,2	2,1
1997	201.569	255.950	26.355	14.445	3,2	3,2	5,3	2,4
1998	390.962	471.218	32.613	23.967	2,6	3,0	3,3	2,4
1999	658.639	805.246	93.300	23.308	2,8	2,9	7,0	0,8
2000	1.057.786	1.139.512	155.670	54.590	2,3	2,4	6,6	2,2
2001	1.276.201	1.821.581	112.480	113.246	2,6	2,3	3,2	2,7
2002	2.345.447	3.038.945	203.840	291.232	2,4	2,6	3,6	4,2
2003	3.574.628	3.708.416	325.500	171.092	2,4	2,6	4,1	2,4
2004	4.561.264	4.473.756	331.048	260.514	3,0	3,2	5,6	3,5
2005	5.500.114	6.801.469	404.254	303.191	3,5	4,7	3,9	2,9

Kaynak: www.dpt.gov.tr . DPT resmi sayfası (Erişim Tarihi: 05.01.2011).

Çizelge 2.6.'da 1983-2005 yılları arasındaki yatırımlar gösterilmiştir. Ayrıca bu yatırımlar, kaynaklarına göre ayrılmıştır. Her birine ait verilere yer verilmiştir. Ancak yorumlarımız daha çok genel toplam baz alınarak yapılacaktır.

Sağlık bütçesi kapsamında 1983-2005 yılları arasında toplam başlangıç ödeneği ve toplam harcama, yatırımlar kısmında ise yine başlangıç ödeneği ve harcamalar yer almaktadır. Bu çerçevede hemen hemen her yıl, verilerde bir artış gözlemlenmektedir.

2005 yılını örnek göstermek gerekirse, başlangıç ödeneğine ayrılan pay toplam harcama payından küçüktür. Ancak yatırım kısmında, başlangıç ödeneğindeki veri, harcama payından yüksektir. Bu durumda yatırımların giderek arttığı ve bu kısımda ciddi harcamaların yapıldığını söylemek mümkündür.

1983'ten 2005 yılına kadar geçen süreçte sağlık sektöründeki bilincin arttığı verilere bakılarak analiz edilebilmektedir. Zira mevcut rakamlardaki artış, sağlık hizmetlerine verilen önemin farkındalığını ortaya çıkarmaktadır. Bu da sağlık sektörünün gelişim gösterdiğini ve güçlendiğinin ipuçlarını verecektir.

Sağlık sektöründeki yatırımların artışı, sağlık sektörünün yıllar itibariyle hızla büyüdüğünü ifade etmektedir. Zira bu gelişim de sağlık hizmet kalitesinde ve beklentisinde doğru orantılı bir artış sağlayacaktır.

2.1.5. Sağlık Hizmeti Uygulamaları

Sağlık sektöründeki uygulamaları değerlendirebilmek için sağlık sektöründeki mevcut tüm verilerin incelenmesi gerekir. Bu yüzden bilinen verilerden yola çıkarak politikalar gözden geçirilmelidir.

Sağlık sektöründe bilinen uygulamaların öncesinde demografik özelliklerin de bilinmesi gerekmektedir. Dolayısıyla sağlık istatistiklerini değerlendirirken nüfus özelliklerine de değinmek gerekir.

Bu bölümde sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık hizmetlerinin ve kuruluşlarının altyapılarından hizmet durumlarına kadar tüm hususlar çizelgeler dahilinde incelenecektir.

Çizelge 2.7.: Türkiye’de Genel Demografik Göstergeler

	1990	2000	2007	2008
Toplam Nüfus	56,473	67,804	70,586	71,517
Kırsal Nüfus Oranı	41,0	35,1	29,5	25,0
Kentsel Nüfus Oranı	59,0	64,9	70,5	75,0
0-14 Yaş Nüfus Oranı	34,9	29,8	26,4	26,3
65+ Yaş Nüfus Oranı	4,3	5,7	7,1	6,8
Kaba Doğum Hızı	17,0	13,8	11,8	11,5
Kaba Ölüm Hızı	24,1	20,3	18,1	17,9
Toplam Doğurganlık Hızı	7,1	6,6	6,4	6,4
	2,9	2,4	2,1	2,1

Kaynak: TÜİK 1990-2007 Yılları Genel Nüfus Sonuçları

Genel olarak Türkiye’nin genç nüfus yoğun bir ülke olduğu bilinmektedir. Ancak Çizelge 2.7.’de görüldüğü üzere oranlar itibariyle kırsal nüfus oranıyla kentsel nüfus oranı arasında da farklar vardır. Bu fark da her geçen yıl belirginleşmiştir. Kent odaklı nüfus yoğunluğu artmaktadır. Kırsaldan kente geçiş gözlemlenmiştir.

Bu geçişte kent olanaklarından kaynaklanan çözüm yolları etkili olmaktadır. Zira kentteki eğitim, sağlık olanakları daha uygun şartlarda sağlanmaktadır. Kişilerin bu alandaki beklentileri bu geçişte etkili olmuştur.

TÜİK’in 1990, 2000, 2006, 2007, 2008 yıllarını baz alarak düzenlediği doğumda beklenen yaşam sürelerine bakabiliriz.

Çizelge 2.8.: Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Yıllar	Kadın	Erkek	Toplam
1990	69,5	65,4	67,4
2000	73,1	69,0	71,0
2006	75,3	71,1	73,2
2007	75,6	71,2	73,4
2008	75,8	71,4	73,6
2009	76,1	71,5	73,7

Kaynak: TÜİK (<http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3712&sayfa=giris&metod=IlgiliGosterge>).

Çizelge 2.8.’e göre genelde doğumda beklenen yaşam süreleri oranları her geçen yıl artış göstermektedir. 1990 yılında 64,7 olarak gözlemlenen oran 2008 yılında ise 73,6 seviyesine ulaşmıştır.

Genel olarak bilinmesi temel olan sağlık göstergelerinden birisi de hastane sayısıdır. Sağlık sektörüne ilişkin planlanan politika ve uygulamalar için hastane sayılarının birimler halinde bilinmesi gerekmektedir.

Bu verilere göre politikaların oluşturulması daha sağlıklı sonuçların elde edilmesini sağlayacaktır. Yine Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden alınan verilere göre yıllara göre hastane sayıları verilmiştir.

Çizelge 2.9.: Türkiye’de Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayıları

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer
2002	774	50	270	63
2006	768	56	332	48
2007	849	56	365	48
2008	847	57	400	46

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Çizelge 2.9.’da belirtilen verilerin dahilinde kamu kuruluş ve yerel idarelere ait hastanelerin de önemi vardır. Dolayısıyla çizelge değerlendirildiğinde Sağlık Bakanlığı kapsamında yıllar ilerledikçe hastane sayısında artış gözlemlenmiştir. Ancak 2008 yılında bu kapsamda değerlendirilen hastane sayısında düşüş yaşanmıştır. Yine Üniversite kapsamı içinde gözlemlenen hastane sayısında da yıllara göre artış olduğu görülmektedir. Bu gözlemi yine özel sektör içinde yapmamız mümkün gözükmemektedir.

Çizelge 2.10.: Türkiye’de Yıllar İtibariyle Sağlık Kuruluşlarına Müracaat Sayısı

Yıllar	1. Basamak	2. Basamak ve 3. Basamak
2002	0,90	1,88
2006	1,84	3,13
2007	2,20	3,55
2008	2,45	3,83

Kaynak: Sağlık Bakanlığı'nın İlgili Birimleri

Hastane sayılarının yıllara ve sektörlere göre incelenmesinin akabinde sağlık kuruluşlarına müracaat sayılarına ulaşılmıştır. Çizelge 2.10.’a göre her yıl hem 1. basamak sağlık kuruluşlarında hem de 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına olan müracaat artış göstermiştir.

Ancak burada 1. basamak sağlık kuruluşlarından ve 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarından ne anlatılmak istendiğinin bilinmesi önemlidir.

1. Basamak Sağlık Kuruluşları'nda; 1. Basamak Resmi Sağlık Kuruluşu ve 1. Basamak Sağlık Kuruluşu şeklinde ayırım yapmak mümkündür. Buna göre 1. Basamak Resmi Sağlık Kuruluşları; Resmi Kurum Tabiplikleri, Sağlık Ocakları, Verem Savaş Dispanserleri, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, Sağlık Merkezi, SSK Sağlık İstasyonu ve Dispanseri olarak sıralanabilmektedir. 1. Basamak Özel Sağlık Kuruluşları'nın içinde de ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşları hakkında yönetmelik kapsamında açılan poliklinikler yer almaktadır. Ancak hekimlerin serbest olarak açtıkları muayenehaneler ise bu kapsam içinde değerlendirilmemektedir.

2. Basamak Sağlık Kuruluşları'nda da aynı şekilde bir ayırım yapmak mümkündür. 2. Basamak Resmi Sağlık Kuruluşları içinde eğitim ve araştırma hastanesi olmayan Devlet Hastaneleri, Özel Dal Hastaneleri, SSK Hastaneleri değerlendirmek mümkündür. Yine 2. Basamak Sağlık Kuruluşları ise Özel Hastaneler yönetmeliğine göre düzenlenmiş ruhsatı almış Özel Hastaneler ile ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşları hakkında yönetmelik kapsamında açılan Özel Tıp Merkezleri ve Özel Dal Merkezleri'dir.

3. Basamak Sağlık Kuruluşları ise; Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Üniversite Hastanelerini içine almaktadır.

Sağlık sektöründe verilen hizmetin önemi açısından sektördeki mevcut yatak sayılarına da değinmek gerekmektedir.

Çizelge 2.11.: Türkiye'de Yıllara ve Bağlı Bulunan Sektöre Göre Hastane Yatak Sayıları

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer
2002	102,589	26,877	13,192	18,576
2006	119,328	31,193	16,224	16,951
2007	120,228	30,978	17,397	17,588
2008	119,310	32,139	21,284	17,452

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Çizelge 2.11. verilerine göre yıllar itibariyle hastane yatak sayısında genel itibariyle artış gözlemlenmiştir. Ancak yine çizelgeye bakıldığında en fazla yatak sayısı Sağlık Bakanlığı kapsamında görülmektedir. Yine diğer kısmında belirtilen kamu kuruluş ve yerel idarelere bağlı hastane yatak sayılarıdır.

Türkiye’de nitelikli yataklar da mevcuttur. Nitelikli yatak derken içinde tuvaleti ve banyosu ile en fazla iki yatağı bulunan, bunun yanında telefon, televizyon, buzdolabı, yemek masası, etajeri ve yatan hastanın refakatçisinin de kalabileceği koltuk anlatılmak istenmektedir. Yani nitelikli yatak, hastalara daha fazla konforun sağlandığının göstergesi olarak algılanabilir.

Çizelge 2.12.: Türkiye’de Yıllara Göre Nitelikli Yatak Sayısı

Yıllar	1 yataklı	2 yataklı
2006	5.380	9.202
2007	5.857	11.462
2008	6.764	16.022

Kaynak: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Türkiye’deki nitelikli hasta yatağı sayısı Çizelge 2.12’de 2006-2008 yılları için verilmiştir. Yine baz alınan yıllar içinde zamana bağlı olarak nitelikli yatak sayısı artmıştır. İki yataklı hasta yatak sayısının daha çok olduğu görülmektedir.

Sağlık sektöründe öncelikle en temel unsur, hastanelerdir. Hastanelerin nitelikleri de bilinmesi gereken unsurlardandır. Sağlıkla ilgili her şey sağlık politikalarının oluşturulup düzenlenmesinde önem taşımaktadır. Bu çalışmada belli başlı konular ele alınmıştır. Buraya kadar demografik özelliklerinin, doğumda beklenen yaşan sürelerinin, hastane türleri ve sayılarının, yatak sayılarının ve hatta nitelikli yatak sayılarının verileri incelenmiştir.

Son olarak sağlık sektöründe ulaşım araçlarından olan ambulansın da önemi büyüktür. Ulaşım araçlarının durumu sağlık kalitesi açısından değerlendirilmektedir.

Çizelge 2.13.: Türkiye’de Yıllara Göre Ambulans Sayısı

Yıllar	112 Acil Yardım Ambulansı	Diğer
2004	1.033	3.405
2005	1.166	3.570
2006	1.470	3.853
2007	1.703	4.066
2008	2.029	3.931

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Ambulansların insan hayatındaki öneminin büyüklüğüne şüphe yoktur. Ancak Çizelge 1.13. içinde bilinmesi gereken şudur ki; diğer olarak belirtilen sütunda sağlık ocağı, hastaneler, il sağlık müdürlüklerinde ait ambulanslar yer almaktadır. Özel hastanelere ait ambulanslara bu çizelgede yer verilmemiştir. Fakat çizelge 2.13. incelendiğinde ambulans sayılarının yıllar itibariyle arttığı bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı kapsamında yer alan ambulans sayılarının verileri Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce 2004-2008 yılları arasında çizelgeye dönüştürülmüştür.

Çizelge 2.14.: Türkiye'de yıllara Göre 112 Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus

Yıllar	Nüfus
2002	107.507
2006	47.225
2007	41.225
2008	35.247

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Nüfus; TÜİK

Çizelge 2.14.'1 göre Türkiye'de 112 Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus 2002 yılında 107.507 seviyesindeyken 2008 yılına gelindiğinde bu oran düşmüş ve 35.247 seviyesine gerilemiştir. Aslında ambulans başına düşen nüfus oranındaki bu düşüş, iyi bir gelişmedir. Bu durum ambulans başına düşen nüfusun azalması sağlık sektöründeki kalitenin arttığına bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Çizelge 2.15.: Türkiye'de yıllara Göre 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı

Yıllar	Vaka Sayısı
2002	729
2006	780
2007	886
2008	1.088

Kaynak: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Yıllar itibariyle çizelge 2.15. incelendiğinde vaka sayılarının arttığı gözlemlenmektedir. Tabii burada sağlık sektöründeki gelişmelerin dışında artan nüfusunda etkisi görmezden gelinemez. Vaka sayısının artmasında incelenmesi

muhtemel birçok değişken söz konusudur. Ancak konu itibariyle bu değişkenleri burada belirlemek mümkün değildir.

Halkın sağlığı için önem arz eden diğer bir konu da ilaç kullanımınıdır. İlaç kullanımı insan sağlığı açısından ciddiye taşır. İlaç kullanımında hekim danışmanlığının önemli olmasının yanında kullanılan ilacın sistemli ve kararlı bir şekilde kullanımı da önemlidir. Ayrıca her ilacın her insanın bünyesinde yarattığı etki farklılığı unutulmaması gereken bir konudur.

Çizelge 2.16.: Türkiye’de Yıllar İtibariyle Toplam İlaç Tüketimi

Yıllar	Toplam İlaç Tüketimi
2003	769,0
2004	855,7
2005	1.212,1
2006	1.292,1
2007	1.399,0
2008	1.476,6

Kaynak: İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

İlaç tüketiminin önemi her geçen gün artmaktadır. Çizelge 2.16. incelendiğinde toplam ilaç tüketimi 2003 yılında 769 seviyesindeyken her yıl bu oran artmıştır. 2008 yılı verilerine bakıldığında da 1.476 seviyesine artmıştır.

Türkiye, politika itibariyle sosyal devlet olma prensibini temel almıştır. Dolayısıyla eğitim, sağlık gibi temel konulara hassasiyet göstererek politikalar şekillendirilmektedir. Bu anlamda sağlık sektöründeki gelişmeler de yakından takip edilmelidir. Tüm bu veriler güncellenerek değerlendirilmelidir.

2.2. Türkiye’deki Sağlık Hizmetlerinin Durumuna Yönelik

SWOT Analizi

Gelecekte muhtemel kayıpları, risk tanımlaması olarak ifade etmek mümkündür. Bu risk analizine, İngilizce olan strength (kuvvetli), weakness (zayıflık), oppurtunities (fırsatlar) ve threats (tehlikeler) kelimelerinin baş harfleri alınarak SWOT analizi adı verilmiştir (Emhan, 2006:41). SWOT analizi ile konu kapsamına alınan risler tanımlanır ve muhtemel riskler temelinde uygulamalar öngürülelebilmektedir.

Türkiye’de sağlık sektörüne ilişkin uygulamalarını farklı bir bakış açısı sunarak TUBİTAK’tan alınan bilgiler doğrultusunda incelemek de mümkündür. Yapılan çalışma SWOT analizine dayanmaktadır. Türkiye’ de sağlık hizmetlerinin durumu SWOT analiziyle açıklanmaya çalışılmıştır. Mevcut uygulamaya farklı bir bakış açısı getirmiş olan çalışmayı burada da belirtmek de fayda vardır.

Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Durumunun SWOT Analizi
(http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf):

2.2.1. Güçlü Yönleri

1. Türkiye, yaş ortalaması itibariyle genç nüfusa sahip bir ülkedir. Ancak Türkiye’deki işsizliğin geniş bir tabana yayılması neticesinde mevcut genç nüfusun sağlık sektöründe işgücü, finansman ve insan kaynakları çerçevesinde etkin bir avantaj görülememektedir. Dolayısıyla iş imkanlarının artışı ile genç nüfusun sağlık sektöründe işgücü, finansman ve insan kaynakları kapsamında etkin bir avantajı gündeme gelebilir.

2. Türkiye’de bazı aksaklıklara rağmen belirli bir seviyede sağlık eğitimi verilmektedir. Neticede Türkiye’de hekim sıkıntısının olmadığı bilinmektedir. Zira sağlık personeli, özellikle büyük Tıp Merkezleri’nde, yüksek teknoloji kullanma olanağını sağlarken yeni uygulamalara giriş yapabilmektedir.

3. Türkiye’de sağlık sektörü kapsamında değerlendirilen tüm sağlık kurumları, bilinen tüm yetersizliklere rağmen geleneksel çalışma yöntemine ve organizasyonuna sahiptir.

4. Türk halkı, sağlığına verdiği önemi arttırıp tedavi için gerekli olan ilk adımı yerine getirerek sağlık merkezlerine gitmektedir.

5. Birçok hastanede sağlık sektöründeki gelişim ve değişimi takip ederek yeterli donanıma sahiptir. Bu anlamda teknoloji takibi önemlidir.

6. Tıp Fakültesi Hastaneleri’nin sayı olarak arttırılması eğitim seviyesinin düştüğüne olan inancı arttırırsa da ya da hekim sayısında gereksiz artışı sağladığına yönelik eleştirilere maruz bırakılsa da kamu hastanelerinin görevlerini desteklediği gerçeğini de değiştiremez.

7. Hastane döner sermayeleri, DPT ve hükümet politikalarıyla desteklenmektedir. Böylece sağlık sektöründe reel para akışı sağlanmaktadır. Zira bu hastanelerin profesyonel ve çağdaş işletmeler olarak görülmesini sağlayacaktır.

8. Türkiye’de verimli personel ile verimsiz personelin hakları ile ilgili belirli bir ayırım söz konusu değildir. Dolayısıyla hizmette emeği geçen, etkili çalışan, verimli personelin farkı ortaya konmalıdır. Bu da verimin ödüllendirilmesi anlamına gelmektedir. Zira bu, hizmet kalitesini attırarak ve sürekliliği sağlayacaktır. Böyle bir bilinçle uygulama sistemi harekete geçirilmelidir.

9. Türkiye’de özel hastane işletmeciliği eksikliklerine rağmen desteklenmeye başlanmıştır.

10. Türkiye’de bebek ölüm hızı, aşıyla korunabilen hastalıklarda, verem ve sıtma gibi hastalıklarda düşüş gözlemlenmektedir. Böyle olumlu bir gelişme ancak hastanelerin etkin çalışmalarıyla süreklilik kazanacaktır.

11. Düzenli aşılama uygulaması Polilo gibi birçok hastalığın kontrol altına alınmasını sağlamıştır.

12. Türkiye’de HIV enfeksiyonu ve AIDS insidansı diğer ülkelere oranla çok daha az görülmektedir.

13. Türkiye’de uyuşturucu madde kullanımına bağlı bağımlılık ve alkolizm oranı yine diğer ülkelere oranla oldukça azdır. Zira sigara ve tütün kullanımının önlenmesine yönelik çeşitli yasal düzenlemeler ülkemizde mevcuttur.

14. Sağlık sistemi için örgütlü bir yapıdan söz etmek mümkündür. Zira böyle bir organizasyon yapısının başında Sağlık Bakanlığı bulunmaktadır. Çeşitli çalışmalarla bu yapı, çağdaş sistemlerle uyumlu hale getirilmelidir, zira buna yönelik uygulamaların artması beklenmektedir.

15. İşletmede ciddi sorunlar olsa da, 1. basamak sağlık hizmetlerinde fiziksel alt yapı ve hizmet ağı mevcuttur.

16. Türkiye’de bilgi iletişim teknolojilerinde (BİT) bazı önemli gelişmeler sağlanmıştır.

17. Yaşlı, hasta ve sakatların bakım ve desteklenmeleri genellikle geleneksel olarak aile içinde sağlanabilmektedir. Bu durum sağlık sistemini bir ölçüde rahatlatmaktadır.

18. Türkiye’de bir eczane ve iletişim ağı ve birlikleri mevcuttur.

19. İşletmede bazı sorunlar olmakla birlikte 122 acil hasta taşıma sistemi kurulmuştur.

20. Yönetiminde, son dönemde bazı sıkıntıların olduğu bilinmesinin yanında, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi bazı koruyucu tıp hizmetlerini üstlenmiştir.

2.2.2. Zayıf Yönleri

1. Sağlık kuruluşlarının çoğunun ve personelin kontrolü Sağlık Bakanlığı'nın elinde olduğu için sistemin devamında siyasi etkilerin görülmesi muhtemeldir. Bürokratik engellerin ve siyasi çıkarların gündeme gelmesi kaçınılmaz olacak ve sağlık sektörünün sorunlarının aşılması kapsamında sıkıntı yaşanabilmektedir. Zira bu da bir çok yan etkenlerle sağlık sorunlarının çözümünde popülist yaklaşımın varlığını hissettirecektir.

2. Sağlık sorunlarına idari yaklaşımların çoğu, günümüzde sağlığın tüm ülke düzenini etkileyebilecek büyüklükte, sektörel ve tümüyle profesyonel bir alan olduğunun bilinci içermemektedir. Türkiye'de sağlık sorunlarının çözümünde akılcılık ve gerçekçilik birer Dünya görüşü olarak benimsenmemektedir.

3. Türkiye gelir kaynakları ve ekonomik açıdan artı değerleri yüksek ülkeler arasında değerlendirilmemektedir. Sağlık hizmetleri için genel bütçeden daha fazla pay ayrılması ülke gerçekleriyle bağdaşmamaktadır. Kamu kaynaklarından etkili ve yeterli pay ayrılması gerekmektedir.

4. Sağlık Sektörü için aktarılan kaynakların %41'i genel vergi ve fon gelirleriyle subvanse edilerek karşılanmaktadır. Sağlık Sigortası ve Sağlık kuruluşlarınca sağlık için alınan primlerden bağımsız olan bu vergi ve fonların toplanma nedeni; tedavi edici sağlık sektörünün desteklenmesinden yanında, asıl nedeni, ülkenin kalkınmasıyla alakalı reel yatırımlardır. Aktarılan bu para ile verimli ve verimsiz çalışan personel arasında hiçbir ayırım gözetmeden tüm personel için harcama yapılmaktadır. Neticede kamu gelirlerinin israfı gündeme gelmektedir.

5. Türkiye'nin sağlık için devlete bağlı kurumlar yoluyla harcadığı gerçek toplam harcama belli değildir. Zira kurumlar kendi personeline öncelikli davranarak uygulamada bir anlamda çifte standart olduğu algısı ortaya konulmaktadır.

6. Sağlık hizmetlerinin finansman yönetimi, konusunda profesyonel kişilerce yapılması gerekliliğine karşın kalifiye olmayan kişilerce yapılmaktadır. Sonuçta, sağlık sektöründe gelir ve gider dengesi tümüyle bozulmuş, büyük iç borçlanmalara gidilmiş sağlık sisteminin açıkları, prensipte bu amaç için toplanmayan genel bütçenin vergi ve fonlarınca karşılanmaya çalışılmış ve sistem reel anlamda iflas etmiştir.

7. Türkiye’de kamu kesimindeki sağlık sisteminde, sağlığa ayrılan sınırlı kaynaklar, politik nedenlerle ve asıl amacının dışında, koruyucu tıp ve sağlıkta altyapı yatırımlarından çok tedavi edici tıp alanına yönlendirilmektedir.

8. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütü ve Taşra Örgütü’nün bürokratik mekanizmaları incelendiğinde sistemin yatay örgütlenmesinin gereksiz ve verimsiz çalıştığı bilinmektedir.

9. Türkiye’de en önemli sağlık güvencesi kurumlarından biri olan Emekli Sandığı’nda pirimler stopajla toplanmaktaydı. Bu kaynak, reel para akışından bağımsız olarak kağıt üzerinde toplanmakta, ödemelerde ise çoğu kez iç borçlanma prensibine göre hareket edilmektedir. Sistemde reel anlamda para akışı azdır. Sağlık kuruluşları ödemelerinde de aynı şekilde kağıt üzerinde iç borçlanmaya gitmektedir. Bu durum, hastanelerin çoğunu işlemez duruma getirmektedir.

10. Toplum, sağlık sorunlarının çözümünde ve finansmanında sorumluluk alma alışkanlığına sahip değildir. Devlet subvansiyonu da bu alışkanlığın yerleşmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Dolayısıyla tüm olumsuzlukların devlet organizasyonundan kaynaklandığı görüşü hakimdir. Her şey devletten beklenmektedir.

11. Sivil toplum kuruluşları ve genel olarak toplum, organize olmaları gereken alanlarda yetki ve sorumluluk alacak entelektüel ve kültürel birikimden yoksundur. Bu durum, her türden problemde devleti aracı gösterme eğilimini göstermektedir.

12. Kamu sağlık kuruluşları, mali anlamda dokunulmazlık niteliği taşımaktadır. Kamudan denetimsiz mali destek aldığı bilinmektedir. Bu durum, sektör içinde ödemeler söz konusu olduğunda çifte standart yaratmaktadır. Dolayısıyla bu süreçte denetimin önemi daha bir anlam kazanmaktadır.

13. Finansman sıkıntısının bir diğer nedeni de mevcut yasal durumdur. Zira yasal durum, hastanelerin ve sağlık kuruluşlarının alacaklarını, kamu kaynaklarından, borçlu kurumlardan ve sağlık hizmeti gören kişilerden almaya uygun değildir.

14. Halkın gelir seviyesi düşüktür. Bu konuda gelir dağılımının adaletsiz olduğu görüşü ortaya çıkmaktadır. Gelir dağılımındaki adaletsizlik, halkın gelir seviyesindeki değişimleri de önemli bir noktaya getirir.

15. Verimliliği yüksek olan ile üretmeyen personelin aynı haklara ve gelire sahip olması gibi iş verimini tümüyle azaltan bir çalışma ortamı olduğu bilinmektedir. Bunun üzerine politik yönü ağır basan tayin ve atama uygulamaları da eklenince, verimsiz ve

dağılımı düzensiz bir personel profili ortaya çıkmakta, sağlık için ayrılan sınırlı kaynaklar israf edilmektedir.

16. Türkiye’de halen hekim sayısının belirlenmesi, hekimlerin işe başlama ve tayin kuralları özel düzenlemelerle yapılmaktadır. Bu kuralların iki temel amacı vardır:

(1) Hekim sayısı artırılarak gereğinden fazla hekimin bulundurulması yoluyla hekimlerin işsiz veya gizli işsiz durumuna düşürülmesi;

(2) Hiçbir meslek grubunda olmadığı şekilde “Zorunlu Devlet Hizmeti” gibi uygulamalarla hekimlerin zorla çalıştırılması.

Sonuçta, Türkiye’de iş imkanları ve donanımlı sağlık kurumu açısından gerekenin çok üzerinde hekim ve uzman hekim yetiştirilmekte, hekimler arasında gizli işsizlik başlamakta, Tıpta eğitim seviyesi hızla düşmekte, hekim hatalarına bağlı mortalite (ölüm riski) ve morbidite (hastalık) büyük oranda artmaktadır. Bu da sağlık hizmetlerinden beklenen kalitenin düşmesi anlamına gelmektedir.

17. Bir kısmı zorla çalıştırılan bu hekimler son derece sıkı yasal zorlamalara rağmen atandıkları yerde kısa süreli kalmakta ve hiçbir şekilde verimli çalışmamaktadır. Motivasyon eksikliği doğmakta ve hizmet kalitesi düşmektedir. Bu durum hekimleri zor durumda bırakmakta ve bununla birlikte büyük kaynak israfına neden olmaktadır.

18. Zorunlu Devlet Hizmeti Yasası’nın ve yılda 4.000 hekim yetiştirmek için uygulanan yasaların ülkenin sağlık sorunlarının çözümüyle hiçbir ilişkisi yoktur; bu durum sadece hükümetlerin kısa dönemli politik çıkarlarına yönelik olarak politikaları yaratmaktadır.

19. Sağlık Bakanlığı, Üniversitelerin özerkliğini hiçe sayarak, genç hekimlerin Tıp Fakültesi diplomalarına ve uzmanlık belgelerine el koymakta, “Zorunlu Devlet Hizmeti” yasası çerçevesinde onların özgür çalışma haklarını ortadan kaldırmaktadır. Gelişmiş ülkelerde ise, bu türden eğitim belgelerinin sertifikasyonu sivil, bağımsız veya özerk kurumlarca yapılmaktadır. Gelişmiş Batı ülkelerinde, kazanılmış olan özgür çalışma hakkı anayasal güvence altındadır.

20. Yetersiz ve yeni açılan birçok Tıp Fakültelerinde, yüksek sayıda hekim ve uzman hekim yetiştirilmektedir. Bu konuda etkili bir denetim ve planlama mekanizması yoktur. Yukarıda sayılan sorunlarla birlikte iyi yetişmiş hekim oranı hızla azalmaktadır.

Bu durum gelecekte büyük bir halk sağlığı sorunu olarak Türkiye'nin önüne çıkabilecektir.

21. Türkiye'de Sağlık sorunlarının çözümlenmesini sadece hekimin varlığına bağlayan anlayış etkisini sürdürmektedir. Türkiye'de mevcut ve yetişmekte olan hekim sayısı, hekimlerin verimli olarak çalışabileceği donanımlı sağlık kuruluşlarının sayısı arasında büyük bir uyumsuzluk vardır.

22. Gelişmiş Batı Ülkeleri'nde, Tıpta eğitim, planlama ve denetim büyük oranda Sağlık Bakanlıklarınca değil sivil meslek kuruluşlarınca (Tıpta Uzmanlık Dernekleri ...vb) yürütülmektedir. Ayrıca, bu durum Avrupa Birliği uyum sürecinde bir zorunluluk olarak Türkiye'nin önünde durmaktadır. Türkiye'de sağlık alanında, merkezi ve yetkilerini devretmeye yatkın olmayan güçlü bir bürokratik sistem vardır

23. Kamu Hastaneleri ve özellikle acil tıp hizmetlerinin merkezi-bürokratik ve politik yönetimden kurtulması anlamına gelen desantralizasyon, bölgesel sivil toplum kuruluşlarının, yerel idare ve il idarelerinin tedavi edici ve özellikle acil tıp alanında yetki ve sorumluluk alması anlamına gelmektedir. Bu uygulama Türkiye'de hemen hemen hiç benimsenmemiştir.

24. Türkiye, sağlık sektöründe ilaç, sağlık malzemesi ve teknik donanımda büyük oranda dışa bağımlı durumdadır. Bu hal, ülke gelirlerinin büyük oranda yurtdışına aktarılmasına yol açmaktadır. Bu konudaki eksiklikler tamamlanarak bu yönde yoğun çalışmalar başlatılmalıdır.

25. Hasta taşıma ve ambulans hizmetlerinde işletme ve finans açısından sorunlar yaşanmaktadır. Gereksiz yere bu hizmeti kullanmak isteyen kişilerin olduğu da unutulmamalıdır. Dolayısıyla bu konuda da bilinçlendirme gerekmektedir.

26. Adli Tıp Hizmetleri yaygın olarak kurumsallaşmamıştır; otopsi uygulamaları için gerçekçi bir düzenleme yoktur.

27. Merkez-referans hastanelerinde diğer hastanelerdeki gibi donanım yetersizliği görülmediğinden büyük bir hasta yığılması olmaktadır. Bu yüzden hastanelerdeki donanım yetersizliği minimize edilmelidir.

28. Sağlık sektöründe, kalite kontrolü, standardizasyon, iş verimliliği analizleri, denetimler ve geri bildirim gibi kanallarla sistemin kendi kendini düzeltmesini sağlayacak uygulama kanalları çalışmamaktadır.

29. Sağlık alanında, enformasyon ve istatistik çalışmaları son derece yetersiz durumdadır. Genel olarak tüm sağlık kuruluşlarında, hasta kayıtları ve arşivler büyük oranda yetersizdir. Zaman kısıtı, bilgi paylaşım yetersizliği ve teknoloji kullanım eksikliği bu konudaki sorunların başındadır. Bu nedenle bu konuda yeterli personel hizmet içi eğitimle bilgilendirilip yetiştirilebilir.

30. Dünyada, trafik kazasına bağlı yaralanma ve ölümlerin en çok olduğu ülkelerden biri Türkiye'dir. Bunun en büyük nedeni de bilinçsiz bir toplum olduğu gerçeğidir.

31. Türkiye'nin bir deprem ülkesi olması sağlık alanında bazı özel tedbirlerin ve ek harcamaların yapılmasını gerektirmektedir. Doğal afet sonrası uygulama planları da standartlaştırılmalıdır ki çözüm üretimi hızlansın.

32. Dengesiz ve yetersiz beslenme ve yetersiz hijyenin yaygın olması nedenleriyle toplum tedavi edici sağlık hizmetlerine daha çok ihtiyaç duymaktadır. Bunun sağlanması da bilinçli tüketim bilincinin yaygınlaştırılmasıyla mümkündür.

33. Çarpık kentleşme sorunu, alt yapı yetersizliklerini beraberinde getirmektedir; bu da, insan sağlığını olumsuz etkilemektedir.

34. Bozuk ekonomik yapı, yüksek enflasyon ve mali yasalardaki işleyiş bozuklukları tedavi edici sağlık kurumlarını çalışamaz hale getirebilmektedir.

35. Türkiye'de genç nüfus bir avantaj olarak görülse bile, işsiz ve üretim dışında olması durumu şimdilik tersine çevirmektedir.

36. Sağlık kuruluşlarında profesyonel yönetici eğitimi ve çalıştırılması eksikliği vardır.

2.2.3. Fırsatlar

1. Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile sağlık alanında eğitim, sağlık hizmeti ve finans konularında formül niteliğinde gelişim ve değişimlere yol açabilir.

2. Kamu Özel Ortaklığı Modeli, sağlık teknolojisindeki harcamaları azaltabilir.

3. Türkiye'nin Kamu Özel Ortaklığı Modeli'ni benimsemesi, Türk hekim ve sağlık personelinin etkin çalışmasını beraberinde getirebilir.

4. Sağlık alanında doğru işletmeye yönelik, akılcı düzenlemeler yapıldığı takdirde, Türkiye'de mevcut bulunan iyi yetişmiş hekim ve sağlık personeli, Avrupa Topluluğu ülkelerine daha ucuz ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilir. Avrupa ve A.B.D

sigorta sistemleri hastaların Türkiye’de tedavisini maliyet açısından daha uygun bulabilirler. Bu da Türkiye’ye önemli bir gelir kaynağı sağlayabilir.

5. Türkiye Avrupa Birliği’nin bilimsel çerçeve programlarının üyesi ve ortağı olmuştur. Bu tip işbirlikleri Türk hekim ve araştırmacıları için yeni kaynaklar yaratabilir.

2.2.4. Tehditler

1. Türkiye’de sağlık hizmetleri alanında en büyük tehdit, hükümetlerin sağlık sektöründe akılcı düzenlemeleri içeren politik iradeyi gösterememeleri ve şimdiki durumun sürmesidir. Yani bir anlamda geleneksel yaklaşım sürdürülmek istenmektedir.

2. Bu durum bazı tehlikeleri ortaya çıkarmaktadır, bu muhtemel tehlikeler; sağlık alanında kamu kaynaklarının boşa harcanması, bütçe için büyük bir iç borçlanma kapasitesi oluşturması, sağlık sistemindeki bozuklukların Türk toplumunun sağlığını tümüyle tehlikeye sokması, sonuçta ülke ekonomisi ve düzeninin bozulması.

3. Çağdaş ekonomi kurallarının sağlıklı bir şekilde işletilememesi sonucunda Türk Hastaneleri tümüyle çalışamaz hale gelebilir.

4. Tıbbi hizmet, teknoloji ve malzemenin fiyatları, kısaca maliyet, her geçen yıl büyük bir oranda artmaktadır. Bu durum, sadece Türkiye’nin değil, gelişmiş Batı ülkelerinin sağlık sektörleri ve ekonomileri için de ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Çağdaş gelişmelere uygun ve yeterli sağlık hizmeti gelecekte hiçbir toplum tarafından finanse edilemeyebilir.

5. Türkiye’nin son 20 yılda yürüttüğü düşük kaliteli ve gerektiğinden çok sayıda hekim ve uzman hekim yetiştirme politikaları, zorunlu devlet hizmeti yasaları gibi uygulamalar Türkiye’nin çok sayıda, yetersiz, işsiz veya gizli işsiz konumundaki hekimle dolmasına yol açmıştır. Ülkedeki iyi yetişmiş öğrencilerin çoğu artık eskiden olduğu gibi hekimlik mesleğini seçmemektedir. Bu durumların doğal sonucu, hekim hatalarının ve yanlış tıbbi uygulamaların artışı olacaktır. Gelecekte bu durum çözümü çok zor olan ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak belirecektir.

2.2.5. Temel İtici Güçler “Main Drivers”

1. Sağlık sektörünün en temel itici gücü toplumun sağlığa olan zorunlu ihtiyacıdır. Bu nedenle, birçok gelişmiş Batı ülkesinde, tedavi edici sağlık sektörü

alanında, altyapı, teşvik ve yasal düzenlemeler dışında kamu kaynaklarından büyük finansal destek verilmesine gerek kalmamaktadır.

2. Türkiye'nin genç nüfusu, yeni çözüm arayışları için önemli bir olgudur. Bu anlamda genç nüfus avantajı kullanılmalıdır.

3. Kamu Özel Ortaklığı Modeli, sağlık hizmetleri açısından destekleyici ve aynı zamanda sorunların çözümünde itici güç olabilir.

Sağlık sektöründeki bu SWOT analizinde sektörün derinlemesine incelenmesi söz konusudur. SWOT analizinde sektördeki uygulamaların güçlü-zayıf yönleri belirlenmiştir. Bunun yanında da fırsatlar ve tehditler ele alınmıştır. Tüm bunların çerçevesinde de temel itici güçler oluşturulmuştur.

Uygulanan ya da uygulanması planlanan sağlık politikaları bu analizin de incelenmesiyle değerlendirilmelidir. Sağlık sektöründeki uygulamalar doğrultusunda gereklilikler daha net belirginleşecektir. Dolayısıyla kamu özel işbirliği için düşünülen tüm gelişmeler daha sağlıklı temeller üzerine oturtulmuş olacaktır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM:

TÜRKİYE VE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ

Türkiye’de 1980 yılından bu yana Kamu Özel Ortaklığı çerçevesinde uygulamalar görmek mümkündür. Ancak bu uygulamalarda tartışılan özelleştirme uygulamalarıyla bir tutulmasıdır. Bu konuda çeşitli akademik çevrelerde tartışmaların olduğu bilinmektedir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Türkiye için bu uygulamalarla yeni hukuki düzenlemelere ihtiyaç duyulduğu söylenmektedir. Başta da belirtildiği gibi Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı uygulamaları konusunda ciddi tereddütlerin varlığından söz etmek mümkündür. Konuya ilişkin tartışmalar devam etmektedir. Ancak finansman açıklarının da bulunduğu bir gerçektir. Konu detaylıca akademik çevrelerce incelenmeli ve bir çözüme gidilmelidir.

3.1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ UYGULAMALARI

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

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

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

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

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu kapsamında Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nin yöntemlerinden olan Yap İşlet Devret Modeli 2005 yılındaki değişiklikle beraber Sağlık Sistemi içine girmiş ve uygulanmaya başlamıştır (Yılmaz, “Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Modelleri”: 5).

3.2. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ: AYDIN ÖRNEĞİ

Aydın; tarım, turizm ve sanayi sektörlerindeki potansiyeli, vasıflı insan gücüyle Ege Bölgesi ve ülkemizin hızla gelişen illerinden biridir.

Aydın, orta ve batı kesiminde verimli ovalar, kuzey ve güneyi dağlar ile çevrili Büyük Menderes Havzası üzerinde 8007 km²'lik bir alan üzerine kuruludur. Rakımı 65 metredir (Erişim Tarihi: 02.07.2011, http://www.aydin.gov.tr/default_B0.aspx?content=1008).

2010 yılı sonu itibarı ile açıklanan Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine göre ilimizin nüfusu 989.862 kişidir. İlimiz nüfusunun nüfusun % 59'u (588.552 kişi) şehirlerde, %41'i ise (401.310 kişi) kırsal kesimde yaşamaktadır. Yıllık nüfus artış hızı binde 14,04'tür (2009). Aydın'da 16 İlçe, 53 belediye, 490 köy, 265 mahalle bulunmaktadır (Erişim Tarihi: 02.07.2011, http://www.aydin.gov.tr/default_B0.aspx?content=1008).

Çizelge 3.2.: Aydın İlinin Nüfusu ve Nüfus Büyüklüğü

İlçesi	2000 Genel Nüfus Sayımı Sonuçlar			Yıllık Nüfus Artış Hızı (%0)		
	Toplam	Şehir	Köy	Toplam	Şehir	Köy
Merkez	208,341	143,267	65,074	22.89	29.17	10.30
Bozdoğan	35,190	8,300	26,890	2.19	3.26	1.86
Buharkent	12,984	7,074	5,910	14.79	19.94	8.95
Çine	53,770	17,867	35,903	-0.77	16.15	-8.24
Didim	37,395	25,699	11,696	56.58	81.45	17.12
Germencik	46,821	11,596	34,225	-0.19	-5.77	1.78
İncirliova	40,733	17,548	23,185	14.48	10.05	17.96
Karacasu	21,980	5,915	16,065	-3.67	11.32	-8.66
Karpuzlu	13,207	2,318	10,889	-7.58	-13.16	-6.36
Koçarlı	37,167	8,927	28,240	-5.08	-12.42	-2.64
Köşk	25,321	8,349	16,972	10.30	32.66	0.89
Kuşadası	65,765	477,661	18,104	41.01	40.11	43.43
Kuyucak	31,094	7,282	23,812	-4.68	-6.60	-4.08
Nazilli	145,963	105,665	40,298	18.12	27.47	-2.90
Söke	137,739	62,384	75,355	13.99	20.41	8.98
Sultanhisar	22,795	6,256	16,539	1.08	1.38	0.97
Yenipazar	15,492	7,006	8,486	-12.92	-14.23	-11.83
Toplam	950,757	493,114	457,643	14.21	24.82	3.91

Kaynak: http://www.atob.org.tr/ATOB.php?page=ay_nufus (Erişim Tarihi: 12.03.2010).

Çizelge 3.2.'de son 73 yılda Türkiye'nin nüfusu yaklaşık beş kat artış göstermiştir. Aynı dönemde, Aydın ilinin nüfusu yaklaşık 4,5 kat artış göstermiş ve

2000 yılında 950.757'ye yükselmiştir (Ankara Ticaret Odası, http://www.atob.org.tr/ATOB.php?page=ay_nufus, Erişim Tarihi: 12.03.2010).

1927-2000 döneminde Aydın'ın nüfusu sürekli artış göstermiştir. Aydın ilinde en düşük yıllık nüfus artış hızı %08.8 ile 1940-1945 döneminde ve en yüksek yıllık artış hızı ise %42.2 ile 1950 - 1955 döneminde gerçekleşmiştir. 1990-2000 döneminde ise ilin yıllık nüfus artış hızı %14.2'dir. 1927 yılında Aydın ili ülke nüfusu içinde %1,6'lık bir paya sahip iken, 2000 yılında yaklaşık %1,4'lük bir paya sahip olmuştur. Bu da Aydın ilinin nüfus artış hızının ülke ortalamasından daha düşük olduğunu göstermektedir (Ankara Ticaret Odası, http://www.atob.org.tr/ATOB.php?page=ay_nufus, erişim Tarihi: 12.03.2010).

Cizelge 3.3.: Merkez, Nazilli ve Aydın İlinin Toplam Eğitim Durumu

Nüfusun Eğitim Durumu ve Cinsiyete Göre Dağılımı	Cinsiyet	Okul Çağında Değil		Okur-Yazar Değil		Okur-Yazar		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üni.		Toplam
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
MERKEZ	E	12360	10,77	2593	2,26	1144	9,97	4352	37,92	1429	12,46	1883	16,40	1173	10,22	114774
	K	11889	10,21	1205	10,35	1234	10,60	4396	37,77	1102	9,47	1678	14,41	8377	7,19	116469
	T	24249	10,49	1465	6,34	2378	10,29	8752	37,85	2532	10,95	3563	15,40	2011	8,70	231243,00
NAZİLLİ	E	6441	9,35	1931	2,80	5940	8,62	3038	44,11	8962	13,02	1003	14,57	5187	7,52	68880
	K	5973	8,44	8091	11,44	6655	9,41	3138	44,28	6899	9,74	8269	11,69	3540	5,00	70749
	T	12414	8,89	1002	7,18	1259	9,02	6171	44,20	1586	11,36	1835	13,11	8721	6,25	139629,00
İL TOPLAMI	E	47027	10,11	1309	2,82	4663	10,03	2081	44,81	5707	12,27	6280	13,50	3007	6,46	465254
	K	44819	9,56	5498	11,73	5086	10,86	2012	43,02	4315	9,20	5187	11,06	2139	4,56	468817
	T	91846	9,830	6808	7,290	9750	10,439	4102	43,900	1002	10,724	1143	12,269	5148	5,510	934071,00

Kaynak: Aydın Nazilli 300 Yataklı Devlet Hastanesi Önfizibilite Raporu-KÖO Proje

no: 1.

Eğitim her konuda olduğu gibi bu konuda da 3nemlidir. İnsanların eğitim seviyeleri arttıkça konulara yaklaşımları da değişecektir. Bu ereve de eğitim, insanların konuyla alakalı beklentilerini farklılaştıracaktır. Bu farklılık, kişilerin hizmet kalitesinden beklentilerini şekillendirecektir. Dolayısıyla sağlık ve hizmetleri için eğitim de 3nemli bir konudur. İnsanların eğitimleri ve eğitimden beklentileri toplumların gelişmişlikleri açısından da 3nem taşımaktadır.

Çizelge 3.3.'teki veriler 2007 yılı bazında hazırlanmıştır. Bu verilere g3re okuma-yazma bilenlerin oranının n3fusa g3re fazla olduğu s3ylenebilir. Dolayısıyla bu de eğitimi insanların hizmet anlayışları ve beklentilerine g3re sağlık hizmetine taleplerinde artış g3zlemlenebilir. 3nk3 eğitimi insanların hayata bakış açıları ve sağlıklı bir yaşam beklentileri daha y3ksektir. Kaliteli yaşam tercihi için sağlık 3n koşuludur.

Aydında, 3zellikle son beş yılda yapılan çalışmalar sonucu sağlıkta fiziki altyapı sorununun b3y3k 3l3de giderildiği belirlenmiştir. Aydın ilinin sağlık 3zelliklerine ilişkin kısaca bilgi verilmesi gerekirse (Erişim Tarihi: 02.07.2011, http://www.aydin.gov.tr/default_B0.aspx?content=1008);

İlde 16 Hastane, 3 Ağız ve Diş Hastanesi, 1 Kanseri Erken Teşhis ve Tanı Merkezi, 2 Talasemi Tanı Merkezi, 3 Ana ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, 4 Verem Savaş Dispanseri, 113 Aile Sağlığı Merkezi ve 280 Aile Hekimi (13 Aralık 2010 tarihinde Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmiştir), 141 Sağlık Evi, (Aktif 51), 17 Toplum Sağlığı Merkezi, 4 Halk Sağlığı Laboratuvarı bulunmaktadır.

Hastane ve Yatak Sayıları; 8 Devlet Hastanesinde 1.802 yatak, 3 Entegre İlçe Hastanesi 15 yatak, AD3 Uygulama ve Araştırma Hastanesinde 455 yatak, 4 3zel Hastanede 104 yatak, olmak 3zere toplam 2.376 yatak mevcuttur.

1509 hekim, (743 uzman,766 pratisyen), 221 sağlık memuru, 210 laboratuvar teknisyeni, 1.513 hemşire, 830 ebe olmak 3zere toplam 4.283 sağlık personeli g3rev yapmaktadır.

Bebek 3l3m oranı ilimizde binde 11.3 iken T3rkiye genelinde binde 17 seviyesindedir. Yatak başına d3şen hasta sayısı ilimizde 1.665 iken T3rkiye genelinde

1.152 kişidir. Uzman hekim başına düşen nüfus 1.318, pratisyen hekim başına düşen nüfus ise 1.278 kişidir.

Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Sektörü için yapılan Aydın ilindeki yatırım paylarına da bakıldığında sonuçlar aşağıdaki çizelge 3.4.'de görülebilir.

Çizelge 3.4.: Aydın İli Toplam Yatırım Payları (Milyon \$)

Yıl	Proje Tutarı Toplamı	Önceki Yılın Tahmini Harcama Toplamı	O Yılın Yatırım Toplamı
1999	421 555 854	72 492 819	16 773 007
2000	584 130 977	124 417 569	31 348 006
2001	790 787	175 442	54 305
2002	1 181 255	394 798	80 682
2003	1 868 662	706 659	88 797
2004	2 219 427	872 841	78 027
2005	2 629 842	948 281	83 431
2006	2 476 214	881 999	83 886
2007	2 521 110	1 126 856	127 776

Kaynak: DPT Resmi Sayfası (Erişim Tarihi: 09.11.2010).

Çizelge 3.4.'e göre Aydın iline bakıldığı zaman verilerin genel itibariyle 2000 yılında yüksek olduğu görülmektedir. Ancak toplam yatırım tutarına baktığımızda 2007 yılında ciddi bir yatırım tutarının varlığından söz etmemiz mümkündür.

Aydın ili dahilinde Adnan Menderes Eğitim ve Araştırma Hastanesi de yatırımlara konu olmuştur. Amaç toplumun sağlık ihtiyaçlarına hızla cevap verebilmektir.

Çizelge 3.5.: Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Proje Numarasıyla Belirtilen Yatırım Payları (Milyon \$)

Yıl	Proje Tutarı Toplamı	Önceki Yılın Tahmini Harcama Toplamı	O Yılın Yatırım Toplamı
1999	11 608 000	439 200	1 569 000
2000	31 323 500	1 303 800	1 979 000
2001	34 675	2 000	5 175
2002	73 520	9 000	5 750
2003	87 105	19 300	7 860
2004	57 789	21 500	8 053
2005	59 958	26 600	4 958
2006	58 668	31 978	9 713
2007	74 214	39 440	12 100

Kaynak: DPT Resmi Sayfası (Erişim Tarihi: 09.11.2010).

Çizelge 3.5. değerlendirildiğinde hastane projesinin başlarında daha fazla yatırım payının ayrıldığı görülmektedir. Bu yatırım miktarları zaman zaman artmış ve azalmış. Ancak en fazla yatırımın yine 2000 yılında yapıldığı gözlemlenmiştir. 2000 yılından sonraki dönemde önemli sayılabilecek bir düşüş yaşanmış ancak sonrasında artışların olduğu görülmektedir.

Yatırımların dışında mevcut sağlık yapısının değerlendirilmesi açısından yıllar itibarıyla yatak sayılarına da çizelge 3.6.'da yer verilmiştir.

Cizelge 3.6.: Aydın İli Yıllar İtibariyle Yatak Sayıları

Yıllara Göre Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler Mevcut Yatak Sayıları						
HASTANELER	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Aydın Devlet Hastanesi	420	440	440	440	524	444
Atatürk Devlet Hastanesi	405	405	405	375	349	280
Zübeyde Hanım Kadın Doğum Ve Çocuk Hastanesi	115	115	115	115	115	115
Çine Devlet Hastanesi	41	41	41	64	64	64
Didim Devlet Hastanesi	50	50	50	50	59	52
Germencik Devlet Hastanesi	24	24	24	24	24	24
Kuşadası Devlet Hastanesi	50	50	50	50	50	50
Nazilli Devlet Hastanesi	265	265	265	283	280	280
Nazilli Adnan Menderes Devlet Hastanesi	114	114	114	114	114	114
Söke Devlet Hastanesi	133	133	113	243	243	243
Toplam	1617	1637	1637	1758	1822	1666

Kaynak: Aydın Nazilli 300 Yataklı Devlet Hastanesi Önfizibilite Raporu - KÖO Proje no: 1.

KÖO Modeli'nde kısa sürede bitirilmiş (max. 3 yıl) sağlık tesisleri ile sistem bir an önce yeni tesisler kazanmış olacak, tesisler kendi finansmanını sağlayabilir duruma gelecek ve genel bütçe ile döner sermaye imkânları çerçevesinde bu modelde yapılan yatırımlar finansman beklemek yerine borcunu ödemek üzere bir planlama yapacaktır. Bu da sağlık sektörüne ayrılan bütçe imkânlarındaki kısa vadeli açmazı uzun vadeye (ort. 25-30 yıl) yaymış olacaktır.

Ayrıca işletme ve yapım maliyetlerinin azaltılması, ülkemizdeki nüfus artış hızı dikkate alındığında "sağlık alanında hızlı ve etkin" bir yatırım anlayışı ile modern işletme tekniklerinin kullanılması, özel sektörün "iyi yönetim kabiliyeti"nin kamu hizmetlerinde kullanılması, risklerin, sorumluluğun ve yönetimin özel sektör ile paylaşımı, ortak kar-ortak fayda sağlanması amaçlanmaktadır.

3.3. KONU KAPSAMINDA AYDIN BÖLGESİNDE AMPİRİK BİR ÇALIŞMA ÖRNEĞİ

Tez çalışmamız için kullandığımız anket çalışmasının sonucu bu aşamada değerlendirilecektir. Bu amaçla anket çalışması SPSS 16 programı kullanılarak sonuçlandırılmıştır.

Anket uygulaması, Aydın ili ve çevresinde yapılmaya çalışılmıştır. Aydın ili merkez ve Nazilli ilçesinde yoğun olarak uygulanmıştır. Çalışma hastanede çalışan tüm personele uygulanmıştır. Hastane yöneticileri, doktorlar ve hemşireler katılımcıların çoğunluğunu oluşturmaktadır. Toplamda 272 sağlık personeli üzerinden anket çalışması yürütülmüştür.

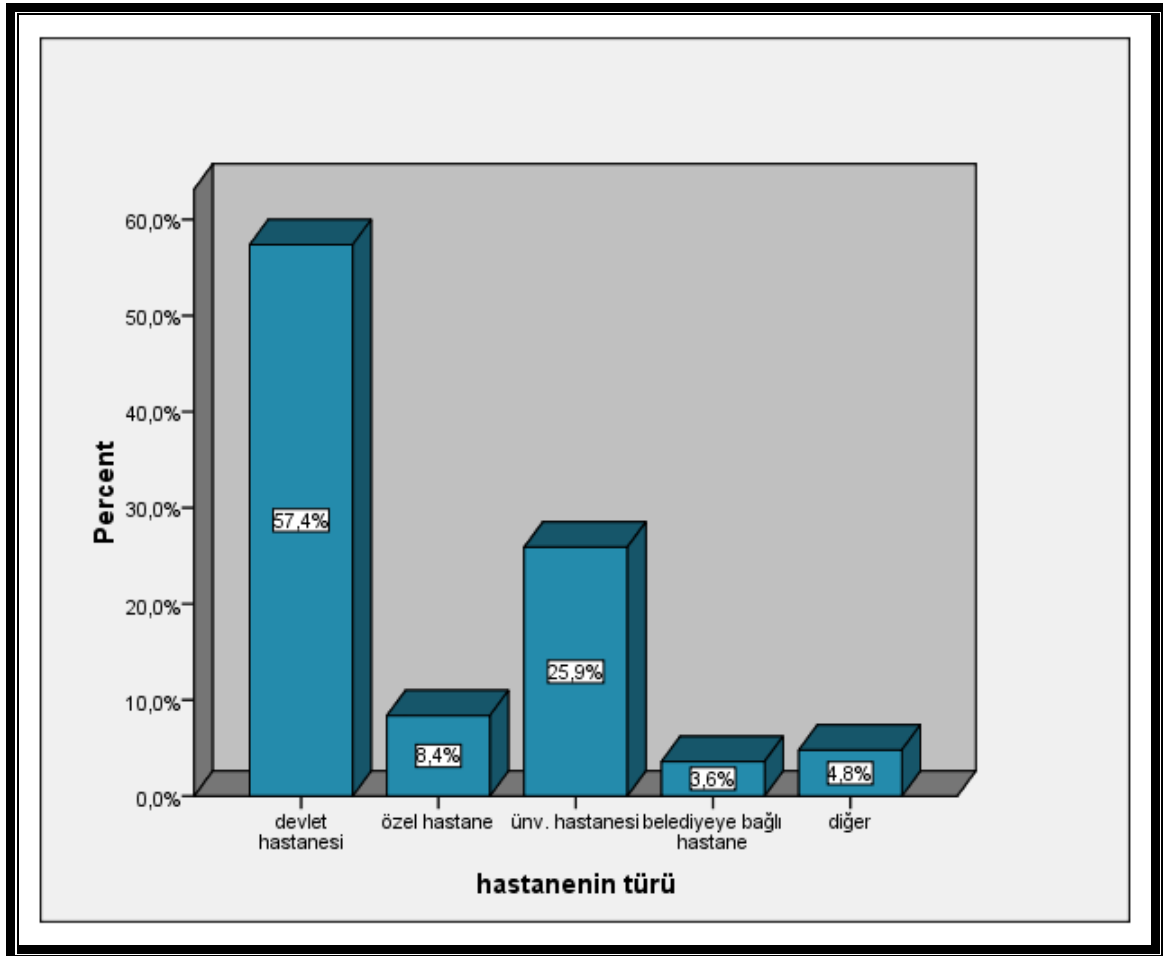
Anket çalışması kapsamında ilk bölümdeki sorular katılımcıyı tanıma esasına dayanılarak hazırlanmıştır. Ancak ikinci kısımda ise sorular tamamen Kamu Özel Ortaklığı Modeli'ne yöneliktir.

Anket çalışması, tamamen gönüllülük esasına dayandırılarak yapılmıştır. Zira anket uygulamasında hiçbir baskı söz konusu değildir. Bu nedenle sorular da objektif kriterler göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Anket uygulaması kapsamı dahilinde hedef kitle, sağlık hizmeti sunan tüm sağlık personeli olarak belirlenmiştir. Bu nedenle anket sorularının, katılımcıların zamanını çok almayacak şekilde düzenlenmesine titizlik gösterilmiştir. Yine katılımcıların soruları yanıtlarken tamamen rahat olması için hiç bir şekilde gönüllü katılımcıların adları, soyadları, ünvanları, adresleri veya imzaları alınmamıştır. Buradaki amacımız katılımcıların hiçbir baskı altında kalmadan anket uygulamasına katılımlarını sağlamak ve objektif sonuçlara ulaşmaktır.

3.3.1. Katılımcıların Kişisel Durumu İle İlgili Bilgileri

Bu bölümde anket uygulamasına katılan ve sağlık personelinin görevleriyle ve kimlikleriyle ilgili sorulara verdikleri cevaplar analiz edilecektir. Dolayısıyla anket uygulamasına katılan gönüllü katılımcıların konuyla ilgilerinin ne derece olduğu daha net saptanmış olacaktır.

Anket sonuçlarına göre;

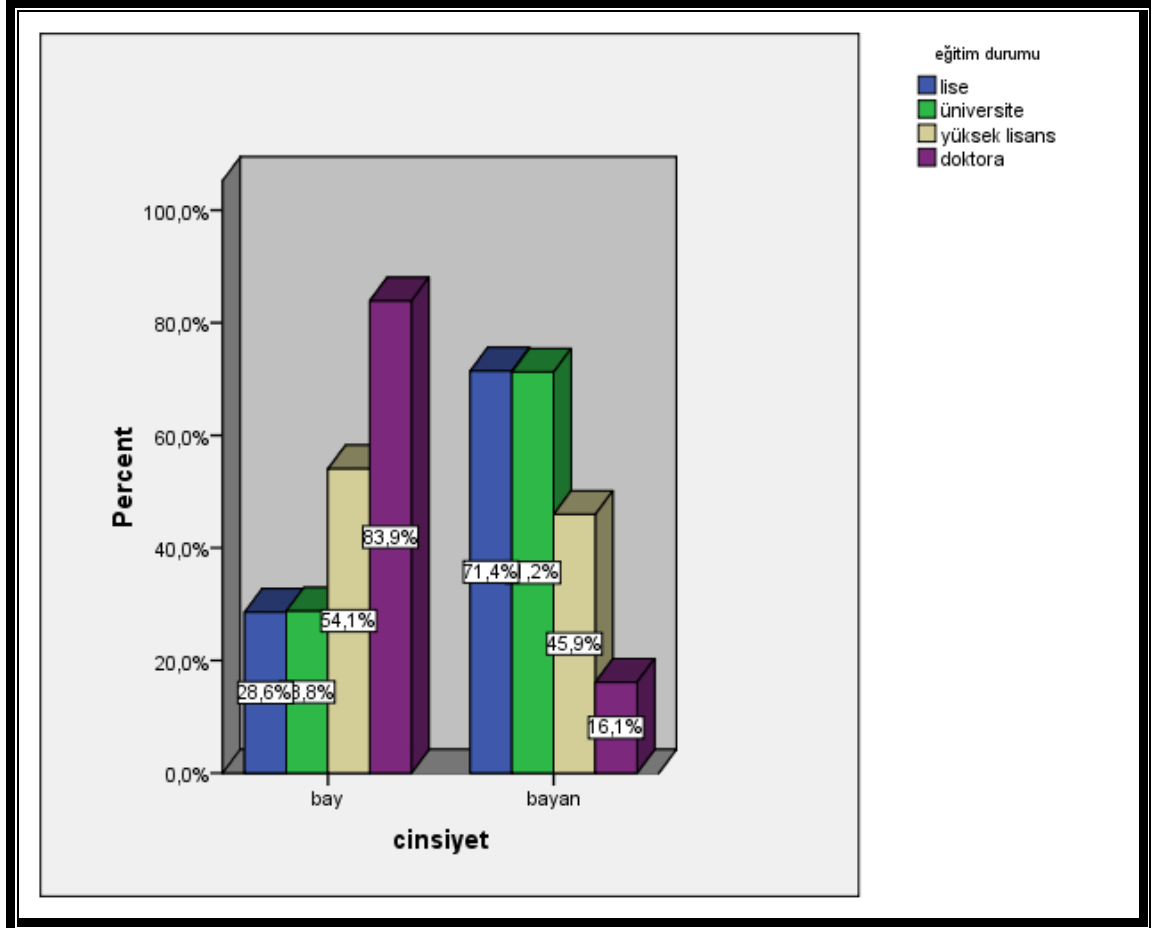


Sekil 3.1: Katılımcıların Çalıştıkları Sağlık Kuruluşları

Anket sonuçlarına göre anket çalışmasına katılan sağlık personelinin %57,4'ü devlet hastanelerinde, %5,9'u üniversite hastanesinde, % 8,4' ü özel hastanelerde, %3,6'sı ¹ belediye bağıli hastanede, %4,8 ise diğeri olarak gruplandırdığımız sağlık

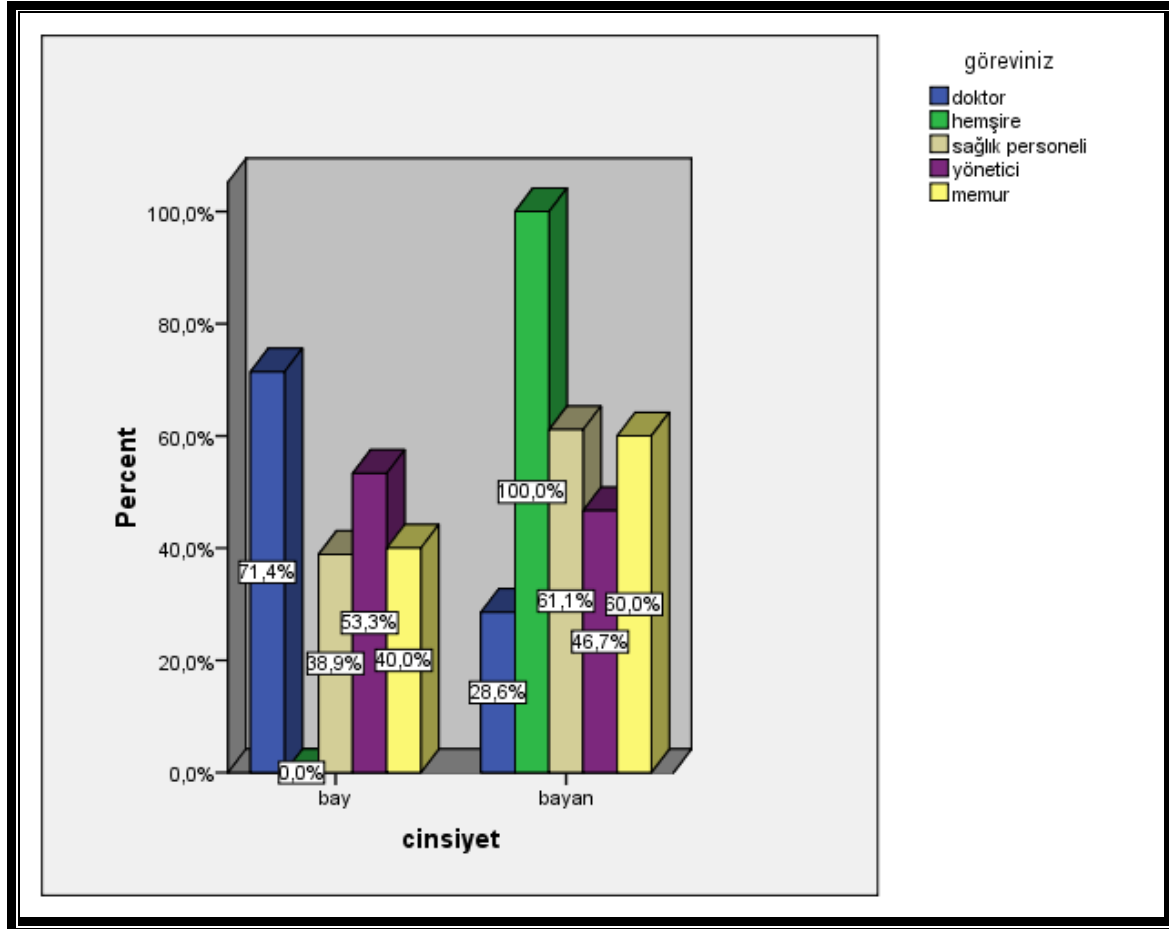
¹ Aydın'da belediye hastanesi olmadığı için İzmir büyükşehir Eşref Paşa Belediye Hastanesi'nde anket uygulanmıştır.

birimlerinde çalışmaktadırlar. Diğer grupta ise sağlık ocakları ve verem savaş dispanseri, poliklinikler ve diş hastaneler mevcuttur.



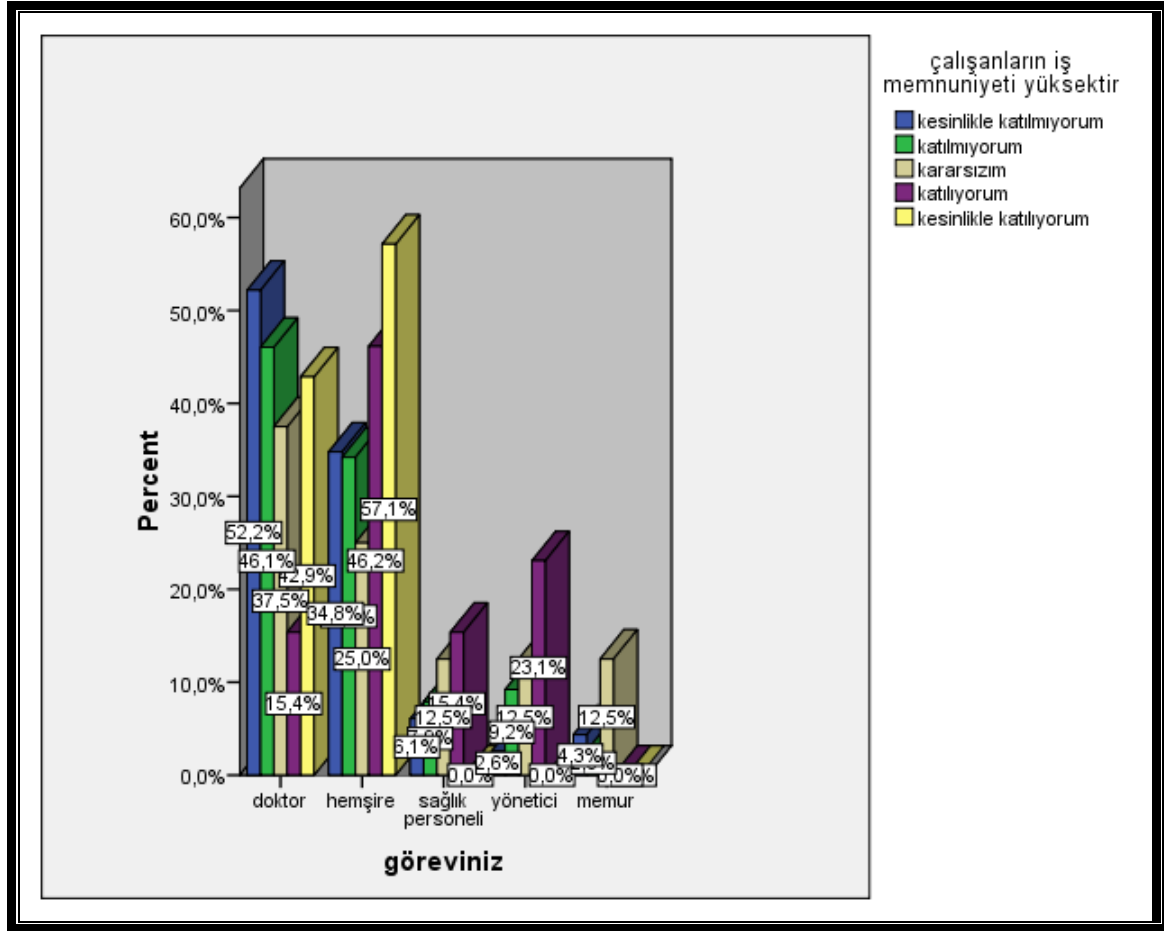
Şekil 3.2: Ankete Katılan Personelin Cinsiyetlerine Göre Eğitim Durumları

Bu şekle göre çalışan erkek personelin %83,9'u doktora, %54,1'i yüksek lisans, %28,6'sı lise ve %8,8'i ise üniversite eğitimi almıştır. Yine ankete katılan bayan personelin %71,4'ü lise, %71,2'si üniversite, %45,9'u yüksek lisans ve %16,1'i doktora eğitimi almıştır. Zira eğitim oranlarının düşmesi söz konusu değildir. Çünkü uygulama, belli bir sektörün (sağlık sektörünün) eğitilmiş personelini içermektedir.



Şekil 3.3: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Görevleri

Şekil 3.3.'e bakıldığında ankete katılan erkek personelin %71,4'ü doktor, %53,3'ü yönetici, %40,0'ı memur, %38,9'u sağlık personelinde oluşmaktadır. Bayanlarda ise yine ankete katılan bayan personelin %100,0'ü hemşire, %61,1'i sağlık personeli, %60,0'ı memur, % 46,7'si yönetici, % 28,6'sı da doktor statüsündedir. Anket uygulaması toplamda 272 sağlık personeline uygulanmıştır.

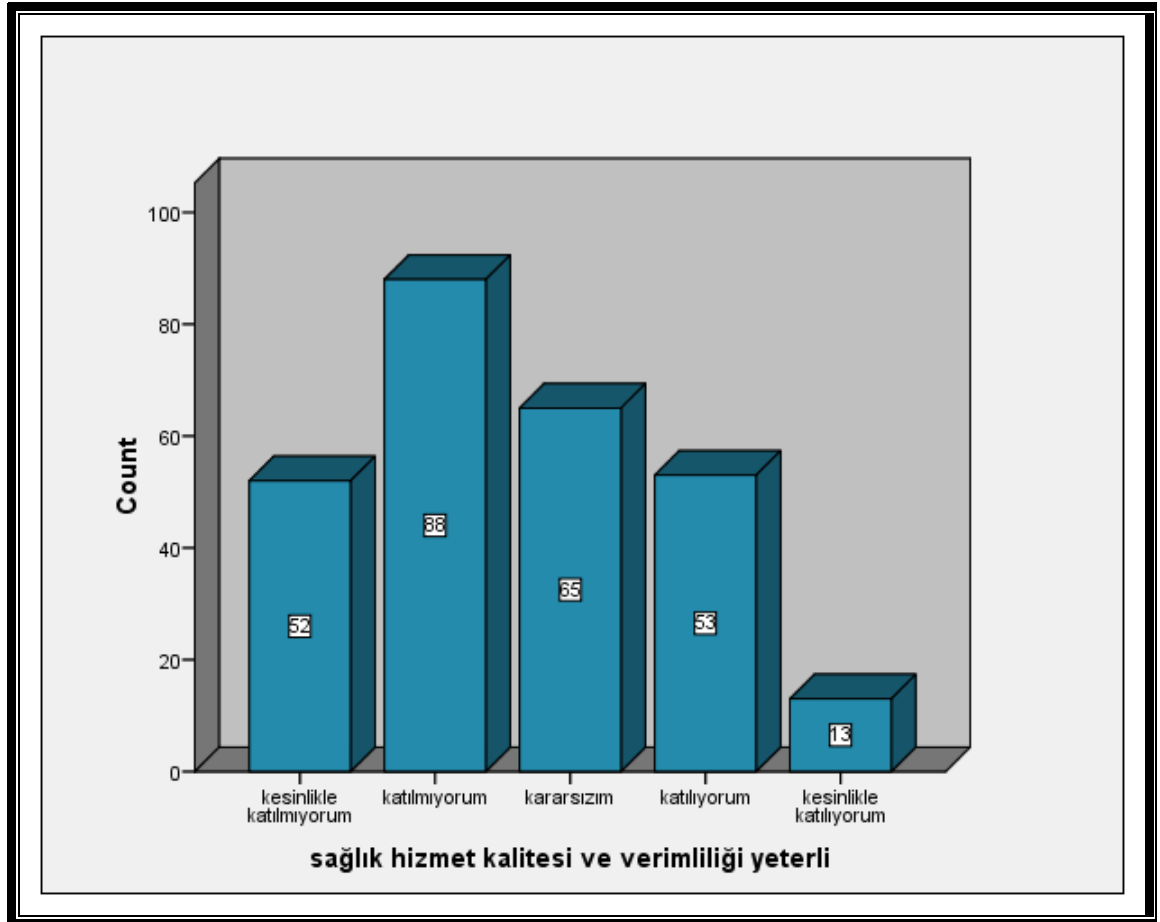


Şekil 3.4: Ankete Katılan Personelin Görevleri ve İş Memnuniyetleri

Şekil 3.4. itibariyle meslek gruplarına göre değerlendirme yapalım. Genel olarak doktorların verdiği cevaplara göre sağlık sektöründe çalışan personelin %52,2'si çalışanların iş memnuniyetinin yüksek olduğu görüşünde değildir. Hemşirelere göre çalışanların iş memnuniyeti yüksektir. Sağlık personelinin ve yöneticilerin verdiği cevaplara göre de iş memnuniyeti vardır. Ancak sağlık sektöründe çalışan diğer personele göre memnuniyet konusunda kararsızlığın yoğun olduğunu söylemek mümkündür.

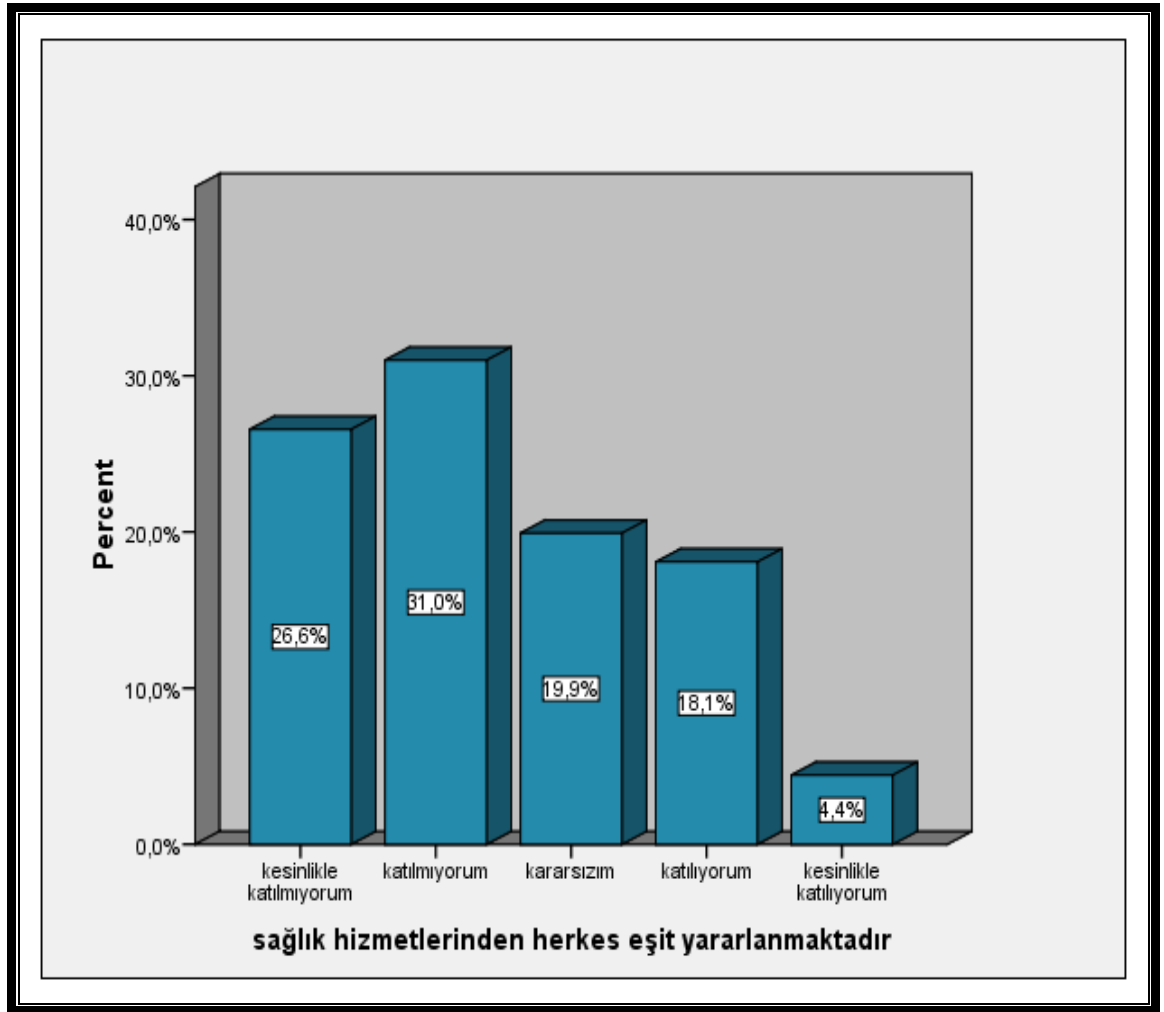
3.3.2. Türkiye’de Genel Sağlık Hizmetlerinin Durumu

Ankette incelenmek istenen konu, Türkiye’de mevcut sağlık sisteminden beklenen faydanın sağlık hizmeti verenler tarafından değerlendirilmesidir. Zira sağlık hizmeti veren personelin konuyla ilgili bilgisinin de ne seviyede olduğu tespit edilmiş olacaktır.



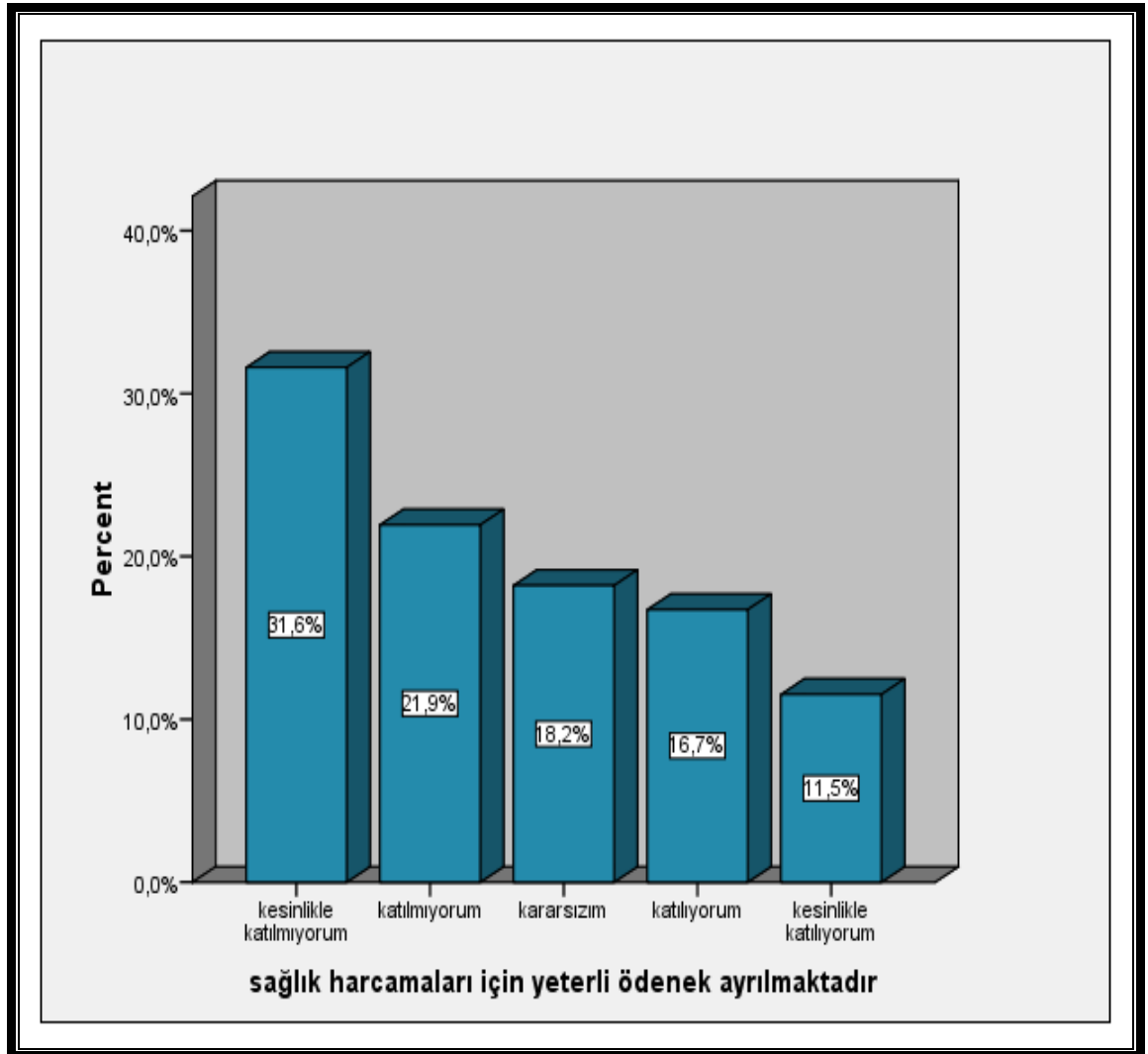
Sekil 3.5: “Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi ve Verimliliği Yeterli Düzeydedir.”

Genel itibariyle sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve verimliliğinin yetersiz olduğuna ilişkin görüş hakimdir. Zira ankete katılan her 100 kişiden 88’i “Katılmıyorum” cevabını vermiştir. Akabinde “Kararsız” olanlarında oranları ikinci sırada yer almaktadır. “Kesinlikle Katılıyorum” diyenler de % 13 seviyesindedir. Sunulan sağlık hizmetinin kalitesi ve verimliliği uzmanlaşma konusunda gösterilecek hassasiyetle orantılıdır. Uzmanlaşmaya gereken önem verilmelidir. Uzmanlaşma konusundaki gelişim süreci sağlık hizmetlerinden beklenen verimi ve kaliteyi beraberinde getirecektir.



Şekil 3.6: “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinden Herkes Eşit Bir Şekilde Yararlanmaktadır.”

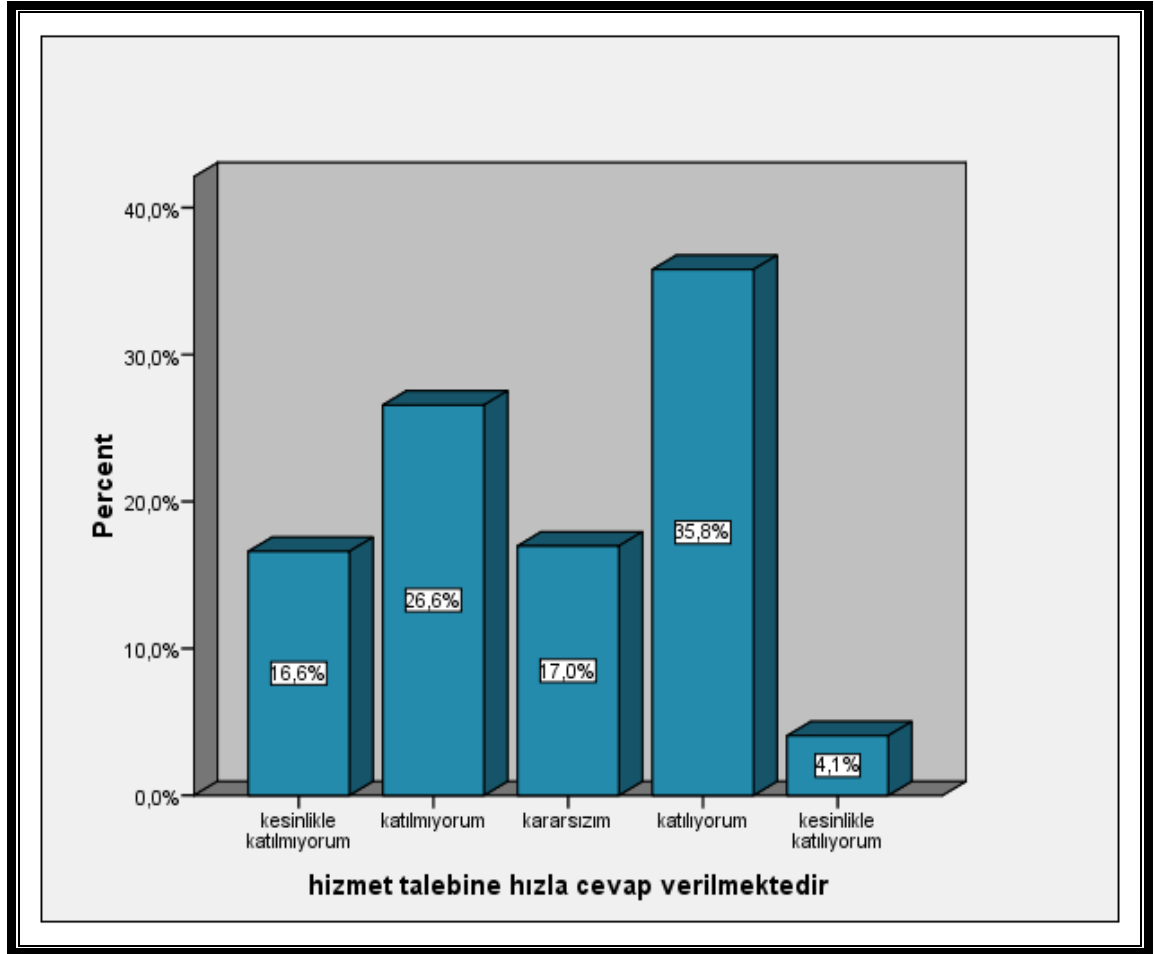
Türkiye’de sağlık hizmetlerinden herkesin eşit bir şekilde yararlanmadığına ilişkin görüşler hakimdir. Şekilden de anlaşılacağı üzere “Kesinlikle Katılmıyorum” ve “Katılmıyorum” görüşüne katılımcıların %57,6’sı katılırken “Katılıyorum” ve “Kesinlikle Katılıyorum” diyenler ise katılımcıların %22,5’i oranındadır. Ancak “Kararsız” olduğunu söyleyenler ise katılımcıların %19,9’unu içermektedir. Dolayısıyla çoğunluk Türkiye’de sağlık hizmetlerinden herkesin eşit bir şekilde yararlandığını düşünmektedir.



Sekil 3.7: “Türkiye’de Sağlık Harcamaları İçin Yeterli Ödenek Ayrılmaktadır.”

Türkiye’de sağlık harcamaları için yeterli ödeneğin ayrılmadığı görüşü hakimdir. Yapılan anket sonuçlarına göre %53,5’i bu önermeye katılmamışlardır. Sağlık harcamaları için ayrılan ödeneğin artırılması gerekir gibi bir sonuca varmak mümkün. Ancak son yıllarda bütçe içinde sağlık harcamalarının payı hızla artmıştır.

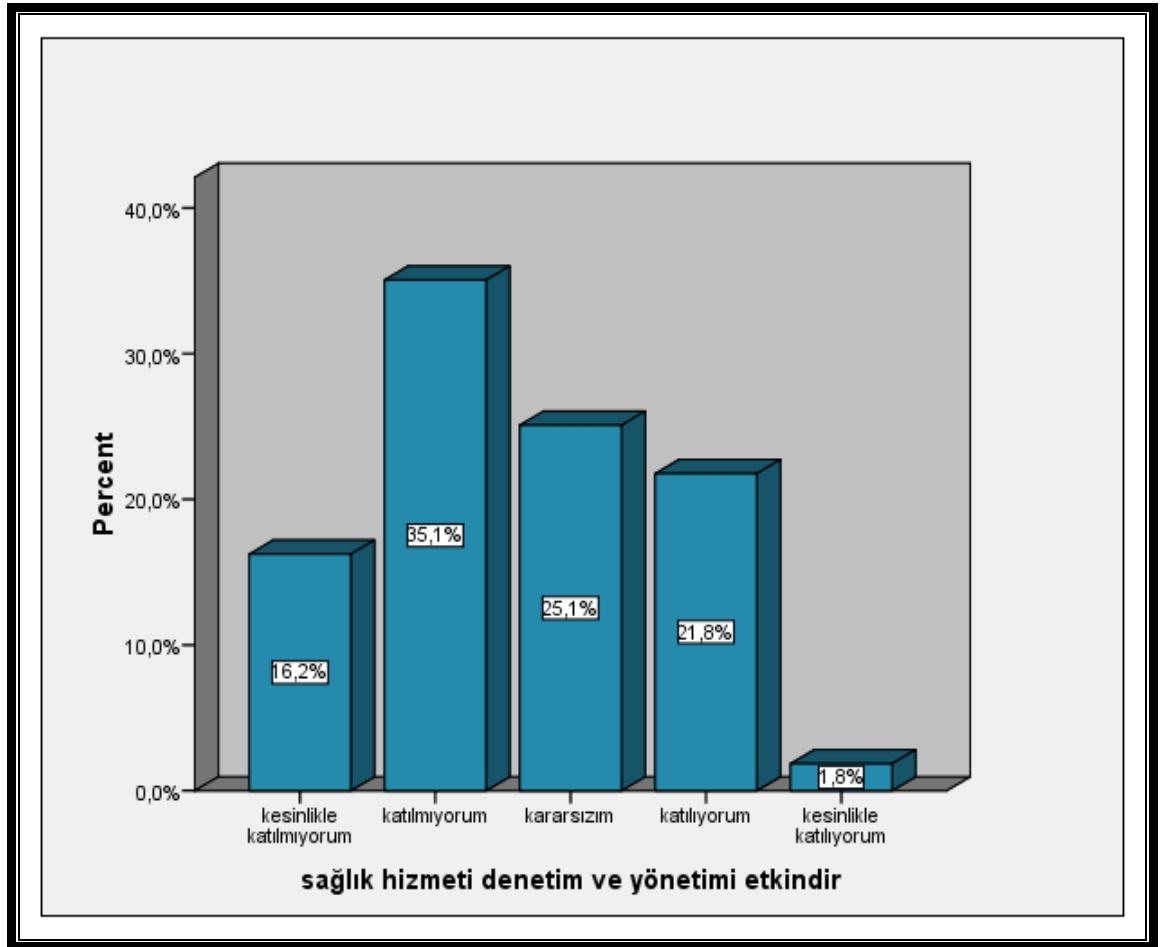
Şekil 2.1.’e göre; Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH oranı 1999 yılında % 4.8 iken 2007 yılında % 6’ya ulaşmıştır. Yine bütçe içinde en büyük payı Savunma Bakanlığı alırken günümüzde Eğitim ve Sağlık Bakanlığı’nın payı hızla artmıştır.



Sekil 3.8: “Türkiye’de Hizmet Talebine Hızla Cevap Verilmektedir.”

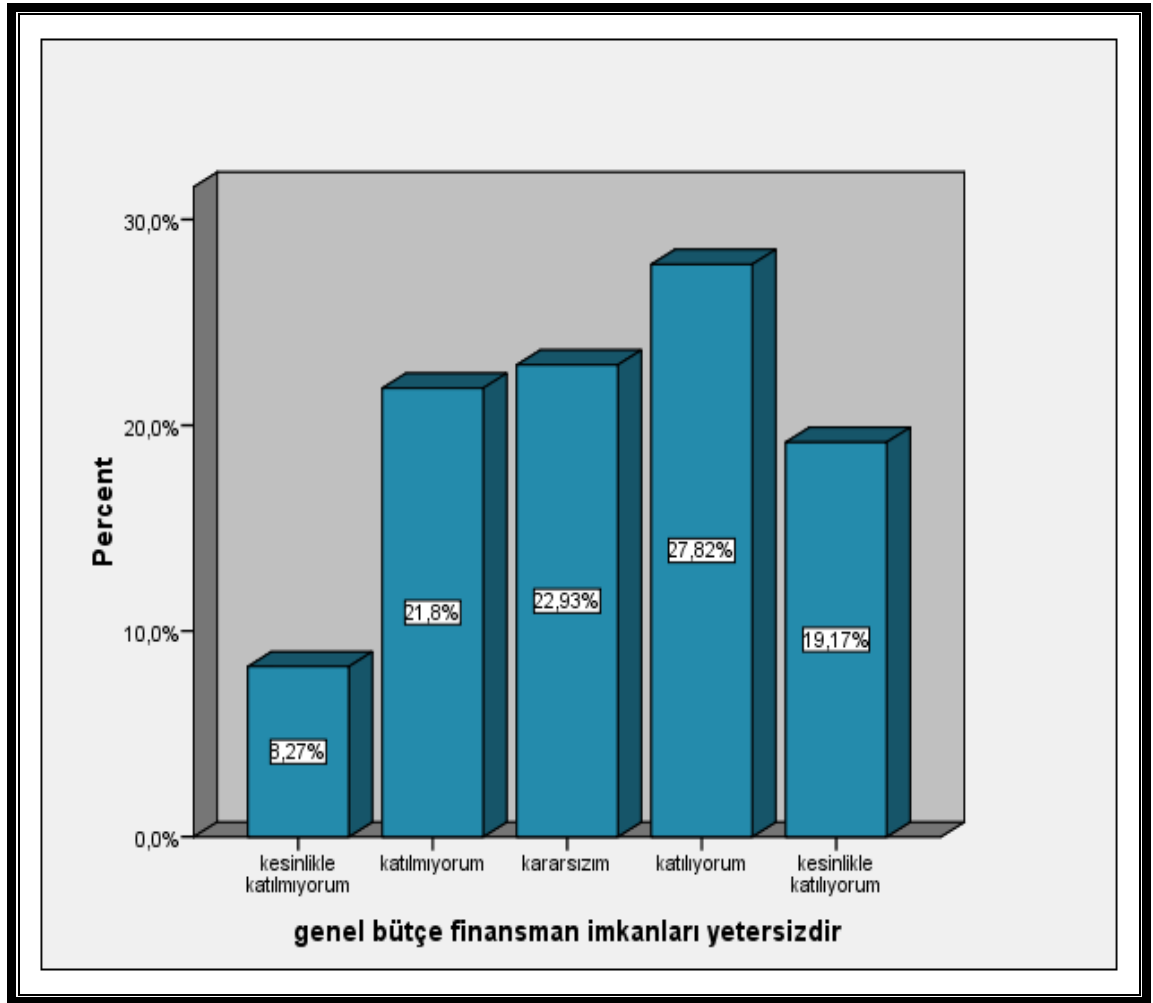
Verilen önerme için “Katılıyorum” ve “Kesinlikle Katılıyorum” diyenler katılımcıların büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bu nedenle Türkiye’de sağlık hizmetleri talebine hızla cevap verilebilmektedir gibi bir sonuca varmak mümkündür.

Yapılan anket sonucuna göre Türkiye’de hizmet talebine hızla cevap verilebilmektedir sonucu çıkmıştır. Ancak kişilerin hizmet taleplerine ne şekilde cevap verildiği de önemlidir. Bu konuda sağlık personellerinin hizmet içi eğitimleri süreklileştirilmelidir. Zira eğitimle gelişecek bir sağlık politikası ortaya konulabilmelidir.



Şekil 3.9: “Türkiye’de Sağlık Hizmetinin Denetim ve Yönetimi Etkindir.”

Türkiye’de denetim ve yönetim sıkıntısından söz etmek gerekmektedir. Zira “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Denetim ve Yönetimi Etkindir” önermesinin neticesinde “Kesinlikle Katılmıyorum” ve “Katılmıyorum” diyenler ankete katılanların %51,3’ünü oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarının % 35,1’i bu önermede kararsız kalmıştır. % 23,6’sı ise sağlık sektörünün etkin çalıştığını ve denetimin yeterli olduğunu savunmuştur. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılmasında denetimin önemi büyüktür. Zira denetim artarsa sağlık hizmetlerinden beklenen etkinliğin ve kalitenin artması söz konusu olacaktır. Ülke genelinde denetim mekanizmasının kuvvetlendirilmesi gerekliliği ortadadır.



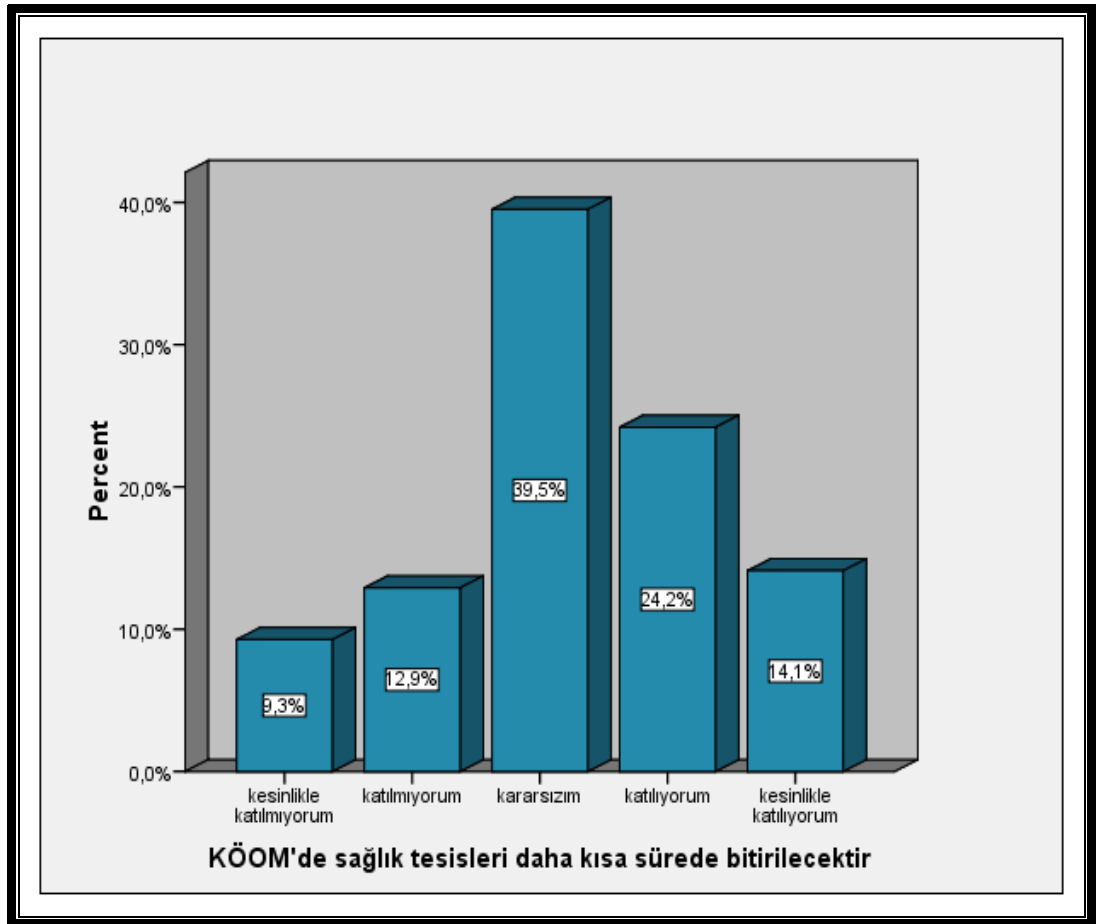
Sekil 3.10: “Türkiye’de Genel Bütçe İmkanları Yetersizdir”

Türkiye’de genel bütçe imkanlarının yetersiz olduğu görüşünü paylaşanlar ankete katılan gönüllülerin %46,99’unu kapsamaktadır. Zira bu yüzdelik dilimde bu görüşe “Kesinlikle Katılıyorum” ve “Katılıyorum” diyenler bulunmaktadır. Türkiye’de genel bütçenin finansman imkanları açısından yeterli olduğu görüşü ise yine toplamda %29,07 seviyesindedir. Üçüncü olarak da “Kararsızım” diyenlerin oranı ise %22,93 düzeyindedir.

3.3.3. Katılımcıların Kamu Özel Ortaklığı Modeli Konusundaki

Düşünceleri

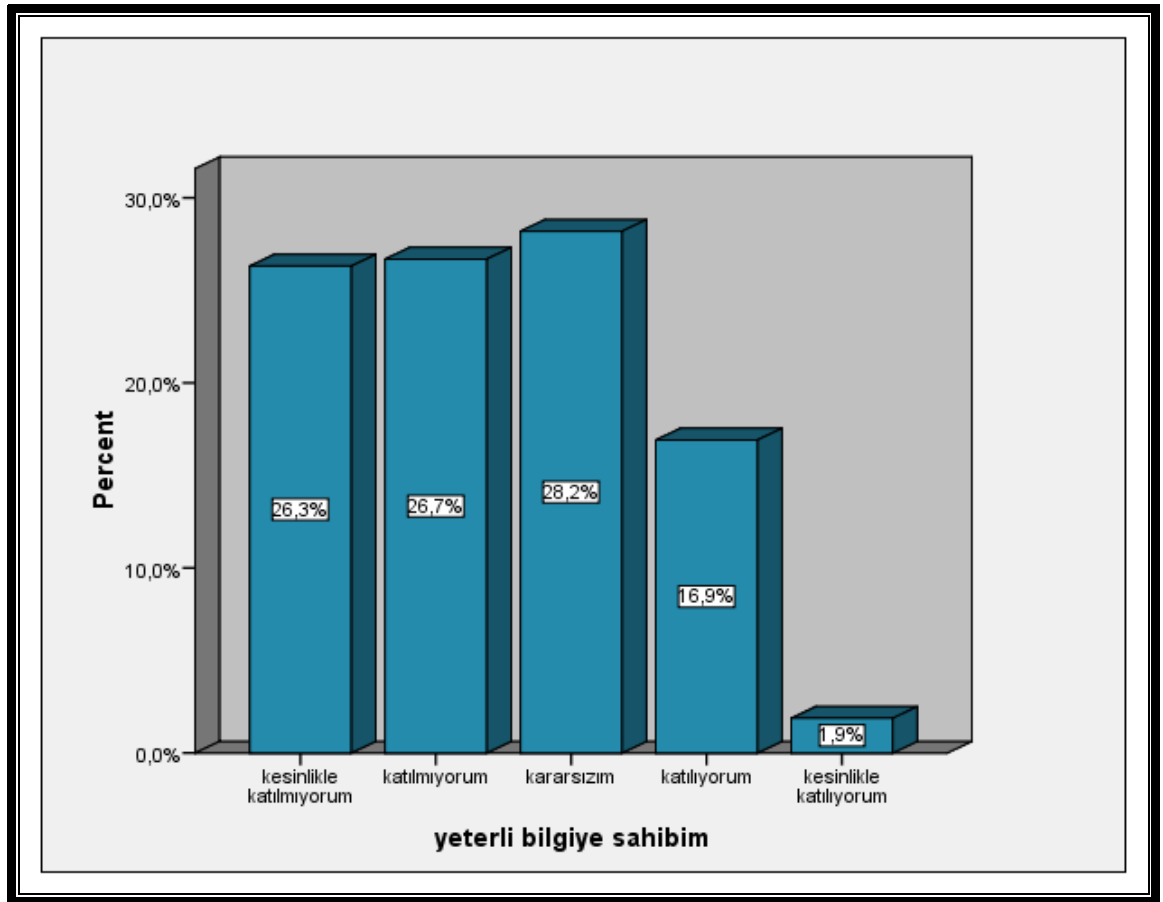
Bu bölümde de Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda anket uygulamasına katılan personelin ne kadar bilgi sahibi olduğu araştırılmak istenmiştir. Zira modelin uygulanması planlanırken personelin konuyla ilgili bilgisi ve değerlendirmeleri önem taşımaktadır. Bu çerçevede modelin uygulanması kapsamında uygulanacak politikaların belirlenmesi daha etkili olacaktır. Dolayısıyla Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile ilgili önyargıların ve eleştirilerin önüne de geçilmiş olacaktır. Etkinlik koşulunun da bu cevaplar aracılığıyla sağlanması beklenmektedir.



Sekil 3.11: “Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nde Sağlık Tesisleri Daha Kısa Sürede Bitirilecektir.”

Kamu Özel Ortaklığı Modeli’nde sağlık tesislerinin daha kısa sürede bitirileceği konusunda yüksek oranda kararsızlık görülmektedir. “Kararsızım” diyenler ankete katılan gönüllülerin %39,5’ini oluşturmaktadır. Ancak kararsız görüş bildirenlerin

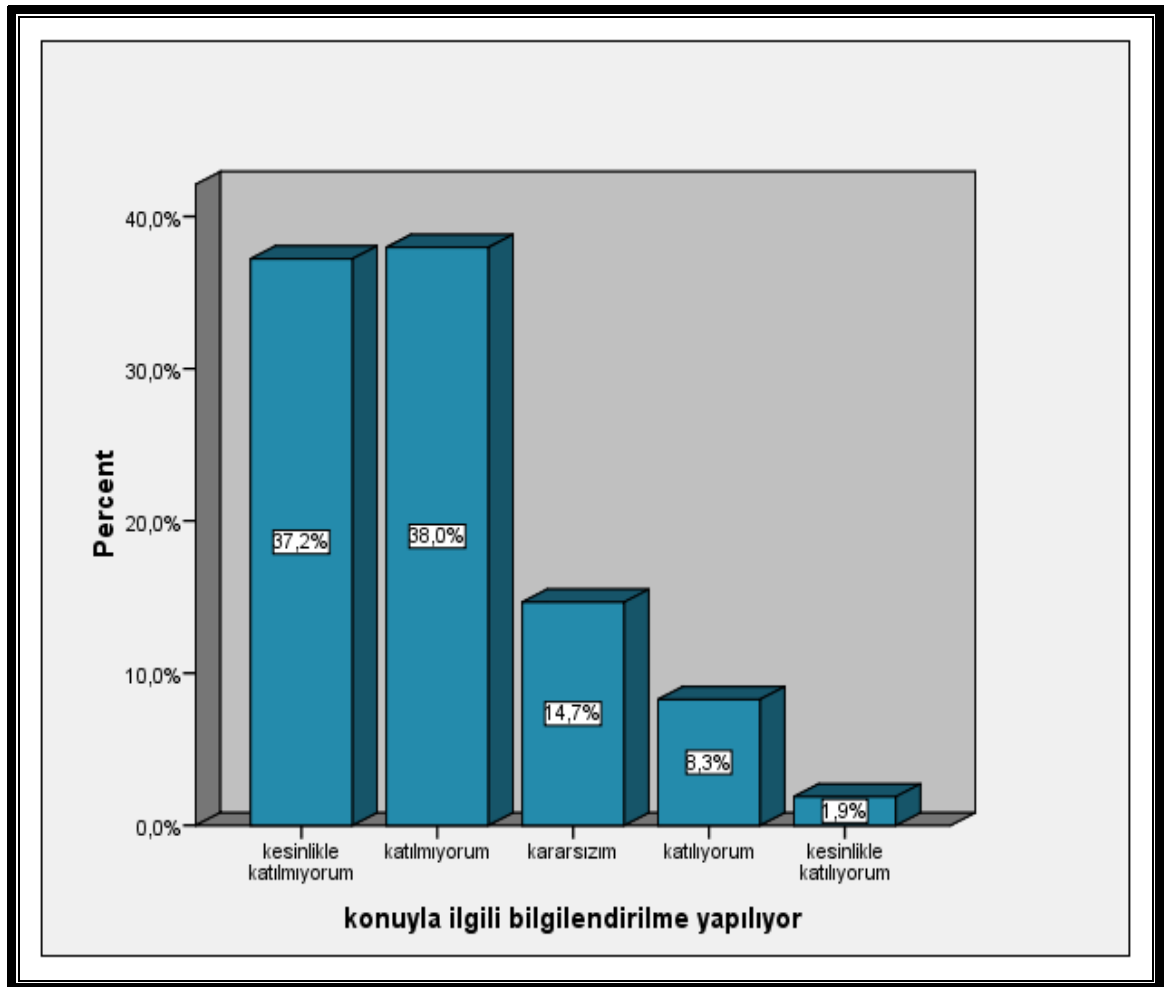
akabinde bu önermeye katılanların olduğu görülmektedir. Zira bu önermeye katılanlar toplamda %38,3 seviyesindedir. Yine bu önermeye katılmayanlar yani Kamu Özel Sektör Ortaklığı kapsamında sağlık tesislerinin kısa sürede bitirilmeyeceğine inanlar ise toplamda %22,2 oranındadır. Bu modelden beklenen önemli yararlarından birisi, gelecekte planlanan sağlık tesislerin hedeflenenden çok önce bitirilmesidir. Böylece bir taraftan sağlık hizmet ve kalitesi artarken diğer taraftan da ülke safhasına yayılması beklenmektedir.



Sekil 3.12: “Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda yeterli bilgiye sahibim.”

Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda yapılan çalışmaya göre konunun ilgilileri konuya ilişkin bilgiye yeteri kadar sahip değildirler. Zira anket uygulaması sonuçlarına göre konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünenler toplam da %53,0 seviyesindeyken kararsızlar %28,2 ve bilgi sahibi oldukları konusunda görüş sunanlar toplamda %18,8 seviyesindedir. Dolayısıyla kamuoyunun Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Zira bilgilendirmenin

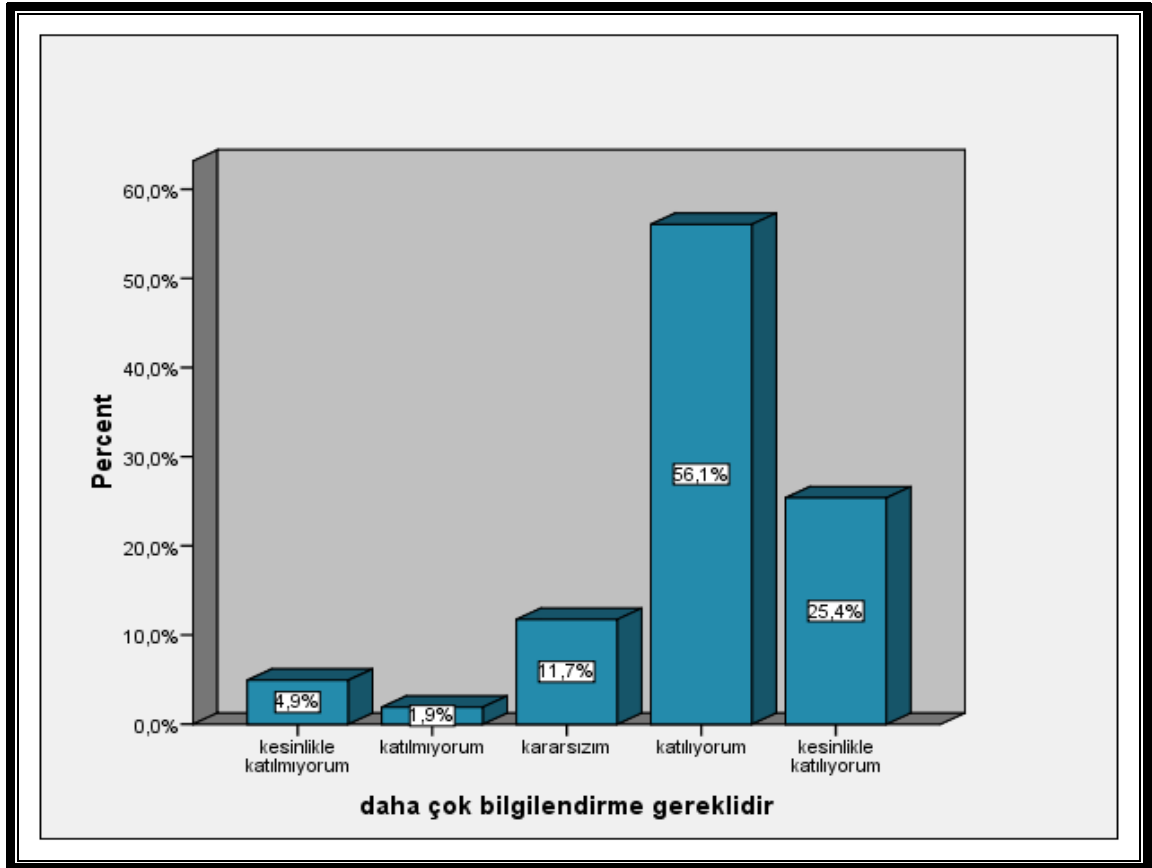
olmamasından kaynaklanan sorunlar nedeniyle modelle ilgili değerlendirmeler eksik kalacaktır. Özellikle modelin avantajları ve dezavantajlarının kamuoyu ile paylaşılması gerekir. Bu modeli uygulayan veya uygulayacak olan bakanlıkların ve diğer kamu birimlerinin görevi, bu modele ilişkin bilgileri kamuoyuyla paylaşmaktır. Elbette akademisyenlerin bu model hakkındaki çalışmaları ve literatürdeki zenginleşmede modelin anlaşılması ve uygulamasının yaygınlaşmasında etkili olacaktır.



Sekil 3.13: “Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda seminer, konferanslar vb. bilgilendirme yapılıyor.”

Bu önermenin neticesinde gönüllü katılımcıların çoğu konuyla ilgili bilgilendirmenin olmadığı görüşündeler. Dolayısıyla bilgilendirmenin olmaması demek konunun anlaşılmadığı anlamına gelebilmektedir. Konuyu ve detaylarını bilmeden konuya ilişkin görüşlerin eksik kalacağı bir gerçektir. Bu nedenle konu hakkında bilgilendirmenin yapılması ya da mevcut sistemde bilgilendirmenin artması

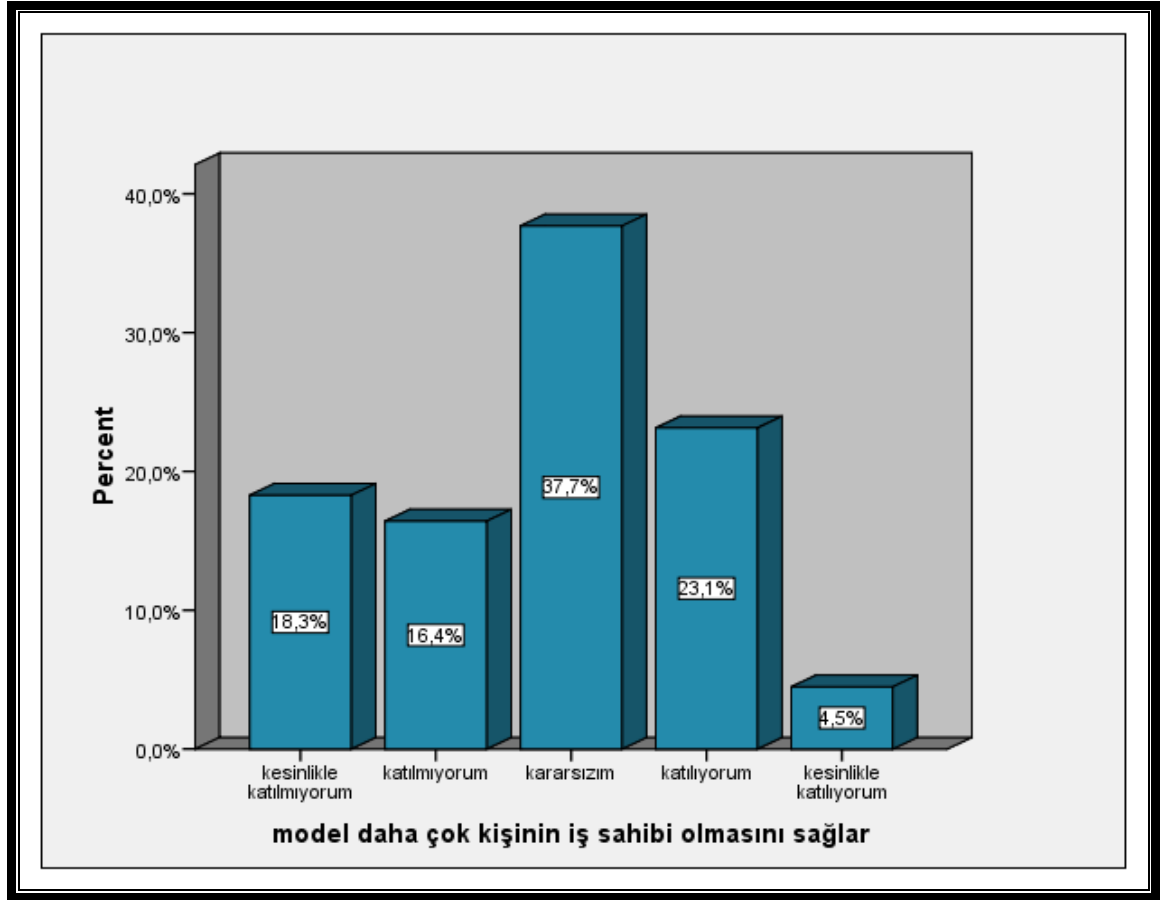
beklenecektir. Burada en büyük görev akademisyenlere düşmektedir. Konuyla ilgili tebliğler, makaleler, konferanslar düzenlenerek, kamuoyunun doğru bilgilendirilmesi gerekmektedir. Nitekim yaptığımız ankette aldığımız cevaplar Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin özelleştirme ile karıştırıldığını ve zaman zaman ideolojik yaklaşımlarla olumsuz kanaat ve düşüncelerin ortaya çıktığını tespit ettik.



Sekil 3.14: “Kamu Özel Ortaklığı çerçevesinde daha çok bilgilendirme gereklidir.”

Kamu Özel Ortaklığı konusunda daha çok bilgilendirmenin gerekliliğine ilişkin görüşler yoğunluktadır. Yapılan anket çalışması sonuçlarına göre bu önermeye %81.5 oranında katılım gözlemlenmiştir. Kalan düşük bir oran da bu önermeye katılmayanları ve kararsız kalanları kapsamaktadır.

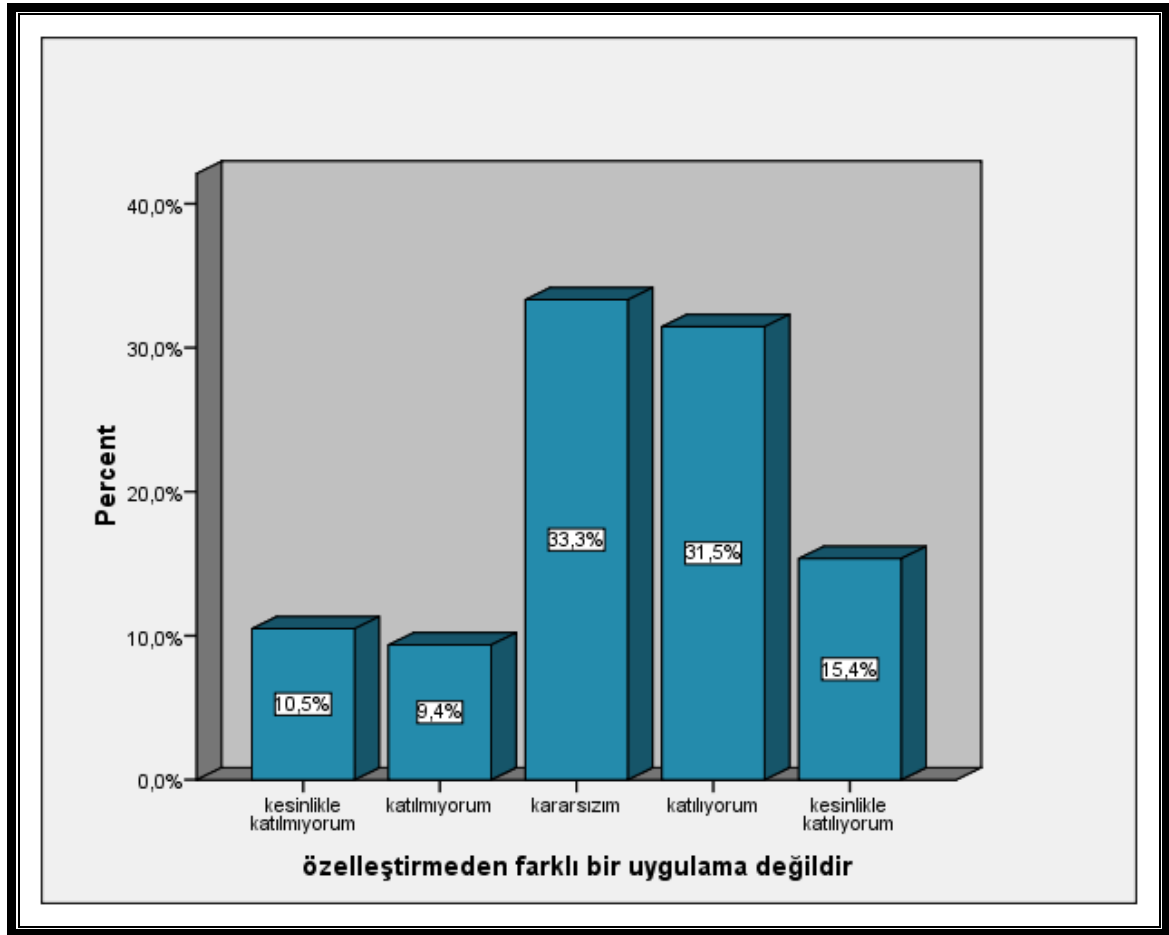
Neticede Kamu Özel Ortaklığı konusunda yapılması planlanan projelerin anlaşılabilmesi için Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda daha çok bilgilendirilmenin yapılması gerekliliği açıktır. Böylece konu daha iyi analiz edilecek ve uygun bulunan projelerde kullanılması tercih sebebi sayılacaktır.



Şekil 3.15: “Kamu Özel Ortaklığı istihdamı artırabilir.”

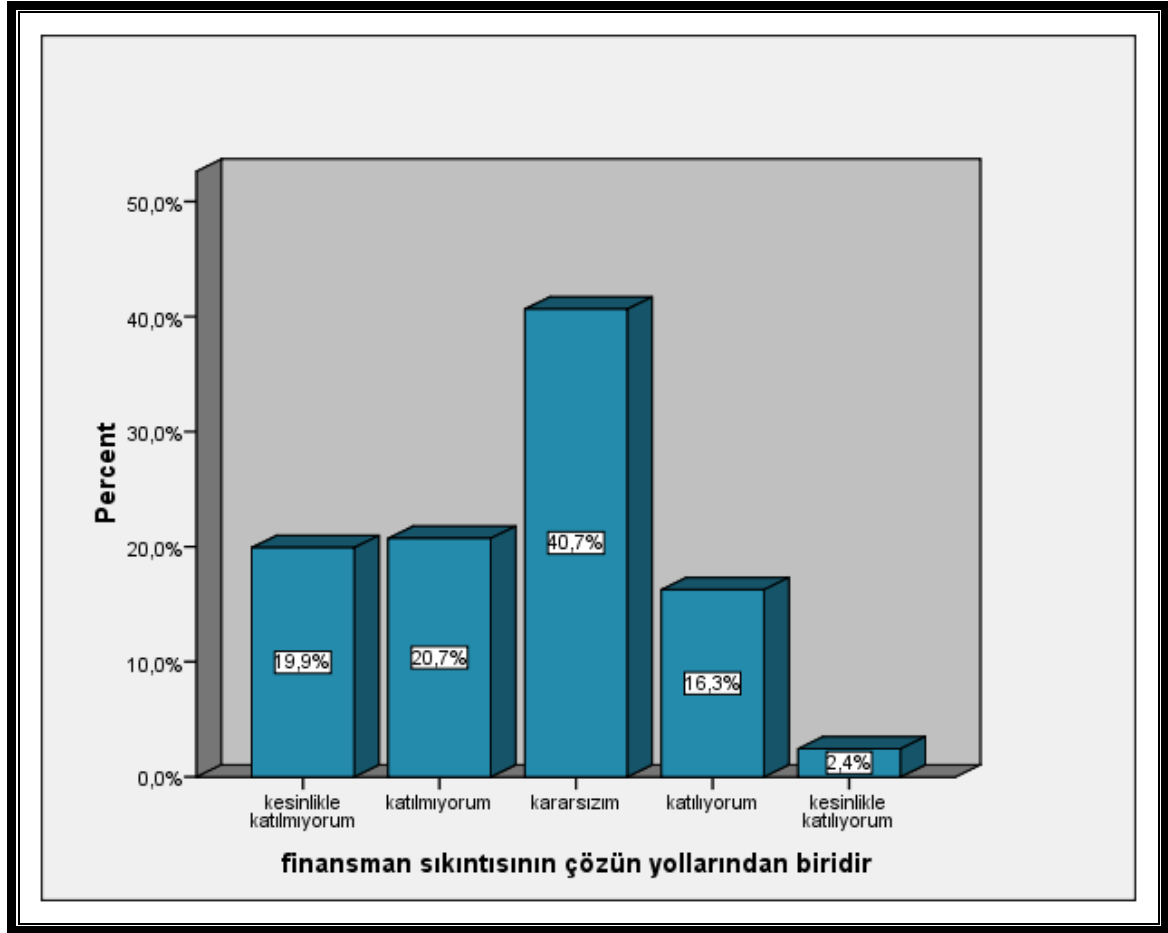
Modelin istihdam yaratacağına ilişkin görüşler daha düşük bir oranda kalmıştır. Zira modelin daha çok kişiye iş imkanı sunacağını düşünenler toplamda %27.6 seviyesindeyken bu önermeye katılmayanlar yine toplamda %34.7 seviyesindedir. Ancak burada çoğunlukta “Kararsızım” diyen kesimin olduğunu görmek mümkündür. Konuya ilişkin kararsız kalanlar %37.7 oranındadır. Bu modelle çok sayıda yeni sağlık tesisi kazandırmak mümkündür. Her yeni tesis yeni personel anlamına gelmektedir. Dolayısıyla istihdamı doğrudan artırıcı etkisi kaçınılmazdır.

Ancak her yeni uygulamada istihdamın yaratılacağı düşünülmelidir. Çünkü yeni uygulamalar yeni iş imkanları yaratacak ve kişilere istihdam sağlayacaktır. Dolayısıyla konu hakkındaki bilginin yetersizliği bu konudaki endişeleri arttırmaktadır.



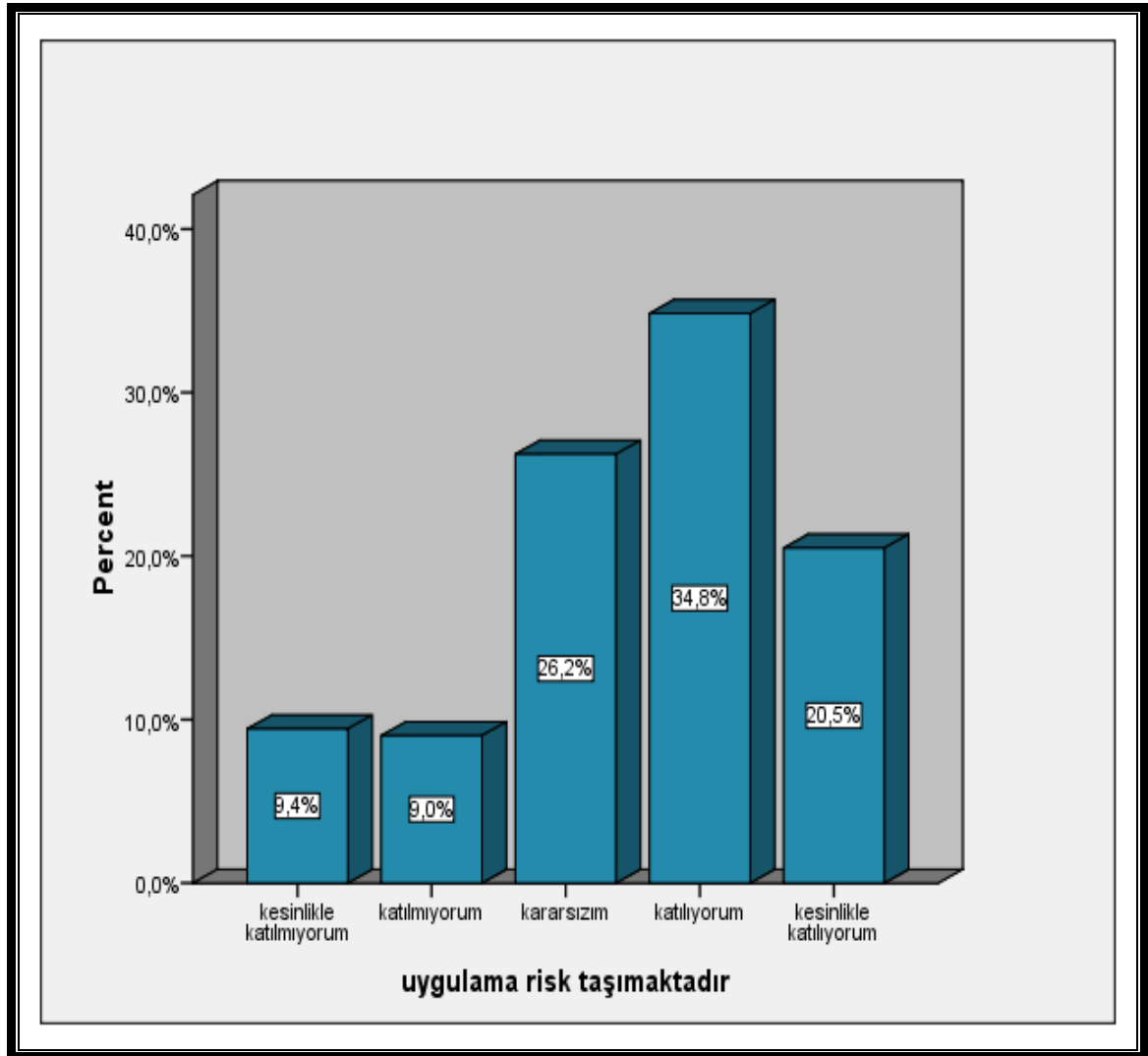
Sekil 3.16: “Kamu Özel Ortaklığı Modeli, özelleştirmeden farklı bir uygulama değildir.”

Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin Özelleştirme uygulamalarından farklı bir uygulama olarak görülmediği görüşü hakimdir. Yapılan anket sonuçlarına göre Özelleştirmeyle Kamu Özel Ortaklığı Modeli'ni aynı uygulama olarak görenler toplamda %46.9 seviyesindedir. Ancak unutulmamalıdır ki Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nde ortaklık söz konusudur. Belirlenen sözleşme maddelerine ve mevzuata dayanan bir ortaklık gündemdedir. Dolayısıyla finansmana destek olacak bir ortaklık modelinden söz etmek mümkündür.



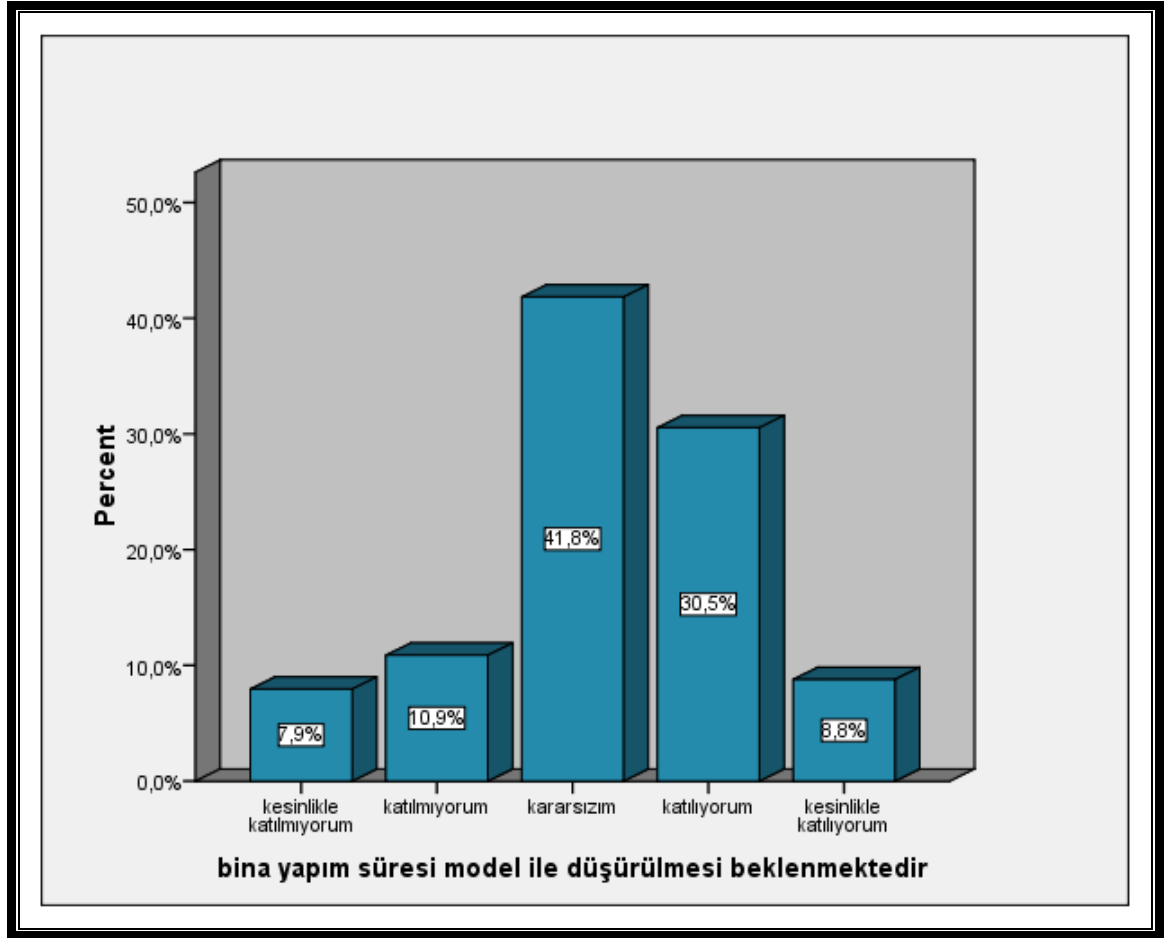
Sekil 3.17: “Kamu Özel Ortaklığı Modeli, kamu finansman sıkıntısının çözüm yollarından biridir.”

Anket verilerine göre Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin finansman sıkıntısına çözüm üretebilecek alternatif bir uygulama olarak görülmediği gibi bir sonuç çıkmıştır. Ancak Kamu Özel Ortaklığı Modeli dışında da herhangi bir alternatif finansman yöntemi önerilmemiştir. Dolayısıyla uygulamada modelin denenmesi ve sonuçlarının analiz edilmesi önemlidir. Böyle bir yargı, bizi henüz gerçekçi bir sonuca götürmeyecektir. Daha öncede belirtildiği gibi, Avrupa Birliği ülkeleri, Amerika ve Japonya gibi pek çok ülkede kamu hizmetlerinin yapılmasında alternatif bir model olarak uygulanmaktadır. Türkiye’de de çeşitli altyapı yatırımlarında enerji sektöründe modelin örnekleri mevcuttur.



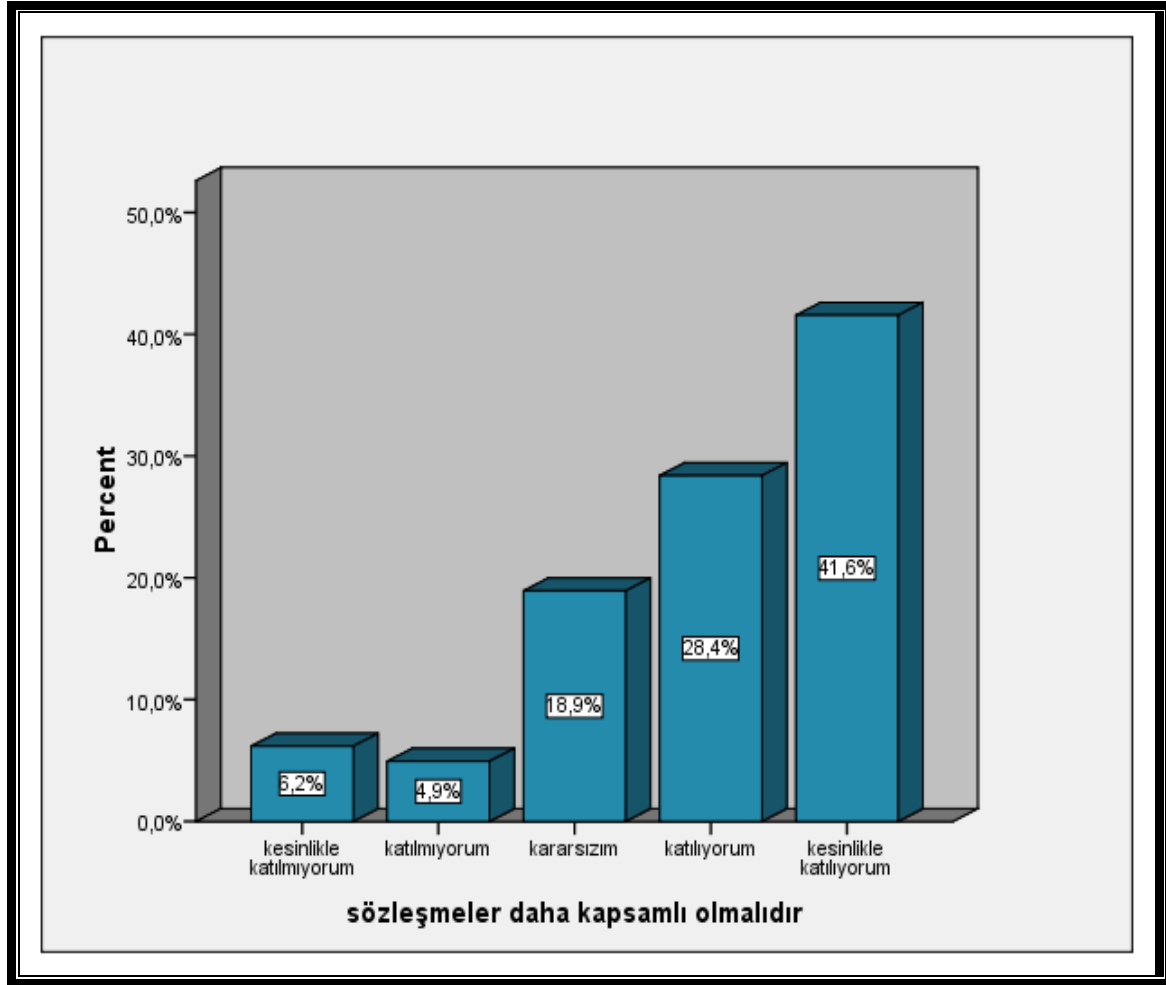
Şekil 3.18: “Bilgi yetersizliğinden dolayı KÖOM’nin uygulanması risk taşımaktadır.”

Kamu Özel Ortaklığı Modeli uygulamada risk taşımaktadır sonucu %55.3 seviyesinde görülmektedir. Bu konudaki görüş, yoğunluktadır. Zira model hakkında yeterli bilginin olmayışı, gerekli bilgilendirmenin yapılmayışı uygulamanın risk taşıdığı gerçeğinin göstergesi niteliğinde görülebilir. Dolayısıyla konu hakkındaki eğitimlere öncelik verilmesi ve konuya ilişkin bilgilendirilmenin yoğunlaştırılması öncelikli hedef olmalıdır.



Sekil 3.19: “Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile, ödenek yetersizliğinden kamuda ortalama 8-10 yılı bulan bina yapım süresinin 2-3 yıla düşmesi beklenmektedir.”

“Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile ödenek yetersizliğinden kamuda ortalama 8-10 yılı bulan bina yapım süresinin 2-3 yıla düşmesi beklenmektedir” önermesine % 39,3 seviyesinde katılım görülmektedir. Ancak bu önermede “Kararsızım” diyerek anketi cevaplayan katılımcıların daha yoğun olduğunu kabul etmek gerekmektedir. Bu önermeye katılmayanların oranı %18,8’de kalmaktadır. Kararsızların çok olmasını bu önermede ve genelde çok etken olmakla beraber 3 temel etkene bağlayabiliriz. Birincisi, bu modelin Türkiye uygulamasının oldukça yeni ve uygulama sonuçlarının halk tarafından pek bilinmemesi olarak söylememiz mümkün. Özellikle Türkiye’de sağlık sektöründe oldukça yeni bir model. İkinci neden ise, birinci etkene de bağlı olarak bilgi yetersizliğidir. Üçüncü neden de önyargılı ve ideolojik yaklaşımların tercihlerde etkili olmasıdır.



Sekil 3.20: “KÖOM sözleşmelerinin, suistimallerin önlenmesi için her ayrıntıyı kapsamaması gerekir.”

“Kamu Özel Ortaklığı Modeli Sözleşmelerinin, suistimallerin önlenmesi için her ayrıntıyı kapsamaması gerekir” önermesine ise çoğunlukla katılımcılar katılmıştır. Zira açık bir farkla katılımcıların bu önermeye katılması %70 seviyesindedir. Aslında her uygulama için kesinlikle sözleşmelerin her detayı kapsamaması gerekmektedir. Çünkü sözleşmeler bağlayıcı niteliktedir ve uygulamanın güvenilir bir ortamda gerçekleşmesinin tek şartı da sözleşmelerin açık, net ve anlaşılır şekilde tüm detayı kapsamaması gerekliliğidir.

SONUÇ ve DEĞERLENDİRME

Kamu Özel Ortaklığı Modeli (KÖOM), projesi devletçe hazırlanan hastane gibi tesislerin devletin gösterdiği arsaya, finansmanı tamamen gerçek kişiler veya özel sektör kurumlarınca sağlanarak inşa edilmesi ve gerekli teçhizatla donatılması, sonra da hastanenin azami 49 yıllığına devlete kiralanmasıdır. Bu modelle yapılan hastanenin mülkiyeti kamuya ait olacaktır. Bu şekilde devletin bütçesinden hiç harcama yapılmaksızın sağlık tesislerinin özel kesimin finansman imkanlarıyla yapılması amaçlanmaktadır. Bu uygulama da özel kesimin aylık düzenli kira geliri elde etmesi temel çıkarıdır. Kamu Özel Ortaklığı Modeli, devletin tümüyle çekilmek istemediği ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün tek başına sunmaktan çekindiği hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve böylece devletin temel çıkmazı haline gelen finansman sorununu aşmak amacıyla geliştirilmiştir. Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile sağlık tesislerinin, kiralama karşılığı yaptırılması ile tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesi amaçlanmaktadır.

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

Kamu Özel Ortaklığı Modeline; kamu kaynaklarının israf edileceği, kamu hizmetlerinin sunumundaki devlet kapasitesinin azalacağı, devlete olan güvenin sarsılacağı, sağlık çalışanlarının iş güvencelerinin sıkıntıya gireceği ve özelleştirmenin başka bir yolu olduğu gibi eleştiriler de getirilmektedir. Ancak bu eleştirilerin temelinde sağlık sektöründeki uygulamanın yeterince bilinmemesinde kaynaklanan önyargıların ve ideolojik yaklaşımların olduğu gözlemlenmiştir. Bu açıdan Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda uygulama yapan ülke örneklerinden kısaca bahsetmek faydalı olacaktır.

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

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

Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusundaki bilgi ve uygulamalar varken sağlık sektöründeki uygulamalara ilişkin bilgi yetersizliği nedeniyle ilk etapta konuya ilişkin olumsuz görüş ve eleştirilerin yoğunlukta olduğu görülmektedir. Ancak kişilerin bu konuda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Maliyet avantajının yanında sağlık hizmetlerinin daha kısa sürede halka sunumu söz konusudur.

Sağlık Bakanlığı sağlık alanında devrim niteliği taşıyan Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile uygulamalara başlayacaktır. Bakanlık 22 farklı ilde hayata geçireceği 29 dev proje ile devlet hastaneleri ile ilgili oluşan tüm ön yargıları yıkmayı hedeflemektedir. Türkiye'de ilk kez uygulanacak olan Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile hazineden tek kuruluş alınmadan yapılacaktır.

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

sağlık sektöründe hızlı ve etkin hizmet sunumunun dev sağlık kentleriyle sağlanması söz konusu olacaktır.

Kamu Özel Ortaklığı söz konusu olduğunda bazı çekincelerin gündeme gelmesi muhtemeldir. Bu nedenle Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modeli'ndeki çekincelerin minimize edilerek yeni bir model üzerinde odaklanmış bulunmaktayız.

Yap Sahiplen Kiraya Ver Devret Modeli'nde tüm çekincelerin ve öngörülen dezavantajların minimize edilmesi amaç edinilmiştir. Öncelikle Kamu Özel Ortaklığı konusunda toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Kişilerin Kamu Özel Ortaklığı konusundaki şüpheleri giderilmelidir. Bu konuda yapılan anket çalışmasında da böyle bir sonuca ulaşmamız mümkündür.

Akabinde çalışanların iş güvenceleri konusundaki tedirginlik ortadan kalkacaktır. Zira bu sıkıntı hizmet kalitesi önemli ölçüde etkilemektedir. Dolayısıyla bu konudaki sıkıntı yapılacak olan sözleşmelerde ele alınmalıdır. Sözleşme kapsamında bu konuda titizlik gösterilmelidir.

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

Sözleşmeler net ve anlaşılır, her konuyu kapsmalıdır. Bu konudaki su istimallerin önüne geçilebilmesi için de denetimlerin arttırılması gerekmektedir. Sağlık sektöründeki denetimler etkin olmalıdır. Zira bu şekilde beklenen hizmet kalitesine ulaşılabileceği görüşü hakimdir.

Elbette sağlık sektöründe Kamu Özel Sektör uygulamalarının artmasıyla uygulamanın etkileri daha net anlaşılabilir duruma gelecektir. Bu nedenle Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin uygulamalarının artışı konuyla ilgili değerlendirmeleri ve analizleri daha netleştirecektir. Dolayısıyla Kamu Özel Ortaklığı konusundaki gelişmelerin takibi önem taşımaktadır.

Sağlık sektöründeki gelişmeler Kamu Özel Ortaklığı kapsamında daha detaylı incelenip takip edilecektir. Dev sağlık kentleri projelerinin hayata geçirilmesiyle Türkiye’de sağlık sektöründe olması gereken gelişim sağlanmış olacaktır.

Kişilerin hayat standartlarının gelişimi yine toplumun sağlığıyla doğru orantılıdır. Nitekim halk sağlığı kalitesinin arttırılması demek şüphesiz halkın yaşan standartlarının artması anlamına gelecektir.

Türkiye’nin gelişim sürecinde hızla yol alabilmesi için alternatif uygulama alanlarından Kamu Özel Ortaklığı Modeli’ni değerlendirip uygulamaya başlaması Türkiye için başarılı bir tercih olmuş olacaktır.

BULGULAR

Sağlık sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda hazırlanmış olan çalışmamızda özellikle anket çalışması neticesinde konuya ilişkin bazı önemli detaylar saptanmıştır. Konun araştırılması esnasında kişilerle yapılan gayri resmi görüşmeler neticesinde kişilerin Kamu Özel Ortaklığı Modeli'ne ilişkin yeterli seviyede bilgi sahibi olmadıkları fark edilmiştir. Dolayısıyla konuya hem bir önyargılı yaklaşım bulunmakta hem de ideolojik gerekçelerle modelin anlaşılmasında güçlükler yaşanmaktadır.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli daha çok özel sektör katılımı nedeniyle özelleştirme olarak algılanmaktadır. Zira bu algı da kişilerin özelleştirmeye gösterdikleri tepkilerle Kamu Özel Ortaklığı Modeli'ne ilişkin tepkilerine yol açmaktadır.

Çalışmada sağlık çalışanlarına anket uygulaması yapılmaya çalışılmıştır. Bu çalışmanın neticesinde sağlık çalışanlarının iş güvenceleri konusunda sıkıntılarının olduğu fark edilmiştir.

Kamu Özel Ortaklığı Modeli çerçevesinde yapılan uygulamalarda sözleşmelerin anlaşılabilir olmaktan uzak bir tarzla oluşturulduğu konusunda dikkat edilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Diğer ülke örnekleri değerlendirildiğinde Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile maliyet ve zaman avantajının yakalandığı belirlenmiştir. Zira maliyet avantajı yüksek finansman gerektiren projeler için çok kıymetli bir fayda sağlayacaktır. Yine zaman tasarrufu ise beklenen hizmet kalitesini ve hizmetteki etkinliği maksimize edecektir.

Özellikle sağlık sektöründeki gerek uygulamalar gerekse hastane yapıları değerlendirildiğinde hastanelerin sağlık hizmetleri standardına uymadıkları ve bu gerekçeyle sağlıkta dönüşümün gerekliliği gözlemlenmiştir. Zira sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılacak her yenilik hem hastane durumunu iyileştirecek hem çalışanların iş tatminleri artacak hem de beklenen hizmet kalitesi en kısa sürede gerçekleştirilmiş olacaktır.

ÖNERİLER

Öncelikle kamuoyunun bu modele ilişkin önyargılardan ve ideolojik yaklaşımlardan uzaklaşması sağlanmalıdır. Bu da ancak konuyla ilgili bilgi sahibi kişilerin sürekli bilgilendirme yapmasıyla mümkün gözükmektedir. Bu çerçevede akademisyenlerin özellikle yayın, konferans, seminerlerle bilgilendirme sürecini hızlandırmaları etkili olacaktır. Dolayısıyla bilinçli yaklaşımlar arttıkça konuya ilişkin önyargılar ve ideolojik yargılar azalacaktır.

Kamu sektörü üzerindeki görev sorumluluk ve maliyet baskısı Kamu Özel Ortaklığı Modeli kapsamında azalacaktır. Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile mal ve hizmet sunumunda etkinlik artacaktır. Bu açıdan özel sektör ortaklıklarına ilişkin çalışmaların arttırılması gerekmektedir. Böylece hem daha kısa sürede talep edilen mal ve hizmetler sunulacaktır hem de finansman sıkıntısı gündeme gelmeyecektir.

Sağlık çalışanlarının iş güvencelerine ilişkin sıkıntılarının önüne geçilmesi ancak Kamu Özel Ortaklığı Modeli'nin anlaşılmasıyla gerçekleşebilir. Zira Kamu Özel Ortaklığı Modeli, özelleştirme anlamını taşımamaktadır. Kamu sektörü ile özel sektörün ortaklığına konu olan yapı, özel sektör tarafından inşa edilir, sözleşmelerde belirlenen süre içinde özel sektör devletten kira geliri elde eder ve süre sonunda yine kamuya yapının devredilmesidir. Dolayısıyla iş güvencesi konusunda sıkıntı yaşanmayacağı tahmin edilmektedir.

Kamu Özel Ortaklığı konusunda en önemli konu da hizmetlerin uzmanlaşmaya dayalı olarak yapılmasıdır. Yine bu konudaki gelişim de hizmeti talep edenlerin memnuniyeti anlamına gelmektedir. Gelişmişliğin önü hızla açılmış olacaktır.

Diğer bir önemli konu da sözleşmelerdir. Ortaklığa konu olan mal ve hizmet için gerekli sözleşmelerin açık ve anlaşılır olması gerekmektedir. Dolayısıyla kimsenin konuyla ilgili çelişkileri olmamalıdır. Aksi halde konunun anlaşılması güçleşecektir. Bu anlamda Kamu Özel Ortaklığı Modeli'ne ilişkin yapılacak sözleşmeler net, herkes tarafından anlaşılabilir seviyede hazırlanması gerekmektedir.

Tüm çekincelerin minimize edildiği noktada Yap Sahiplen Kiraya Ver Devret Modeli'ni önermekteyiz. Kamu Özel Ortaklığı kapsamında yeni bir finansman modeli olarak görmekte ve uygulamasının değerlendirilmesi gerekliliğine inanmaktayız.

KAYNAKÇA

- Acartürk, E. (2002), “Yerel Yönetimlerin Hizmet Sunumunda Alternatif Yöntemler”, Yerel Yönetim ve Denetim Dergisi, İçişler Bakanlığı Mahalli İdareler Kontrolörleri Derneği Yayını, Cilt: 7, Sayı: 6, Ankara, Haziran 2002.
- Accounting Standarts Boar (2008), “Guideline On Accounting For Public – Private Partnerships”, November 2008.
- Ak, B. (2001), “Hastane İşletmelerinin Özellikleri ve Profesyonel Hastane Yöneticiliği”, Yeni Türkiye Dergisi, Sayı: 40, 1304-1311.
- Akdur, R. (1998), “Türkiye’ de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, Yeni Türkiye Dergisi 4 (23-24): 1984-1995, Makale No: 61702, Ankara.
- Akın, S. C. (2007), “Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları”, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Adana 2007.
- Aktan, C. C. ve Işık, A. K. “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler”.
- Allard G., Trabant A. (2007), “Public – Private Partnerships In Spain: Lessons and Opportunities”, IE Business School Working Paper WP10-07, 10.07.2007.
- Ari, N. (2008), “Charge of Heart”, The Journal of Commerce, 13.10.2008.
- Ateş, H. ve Nohutçu, A. (2006), “Kamu Hizmeti Sunumunda Gönüllü Kuruluşlar ve Devlet”, Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Konya 2006, 6(11).
- Atış, Y. (2002), “Outsourcing’de En İyi Sağlayıcı Nasıl Seçilmeli” 08-09 Ekim 2002 I. Outsourcing Zirvesi, İstanbul.
- Bazzal, F. (2003), “Dışarıdan Alınacak Daha Çok İş Var”, Capital Dergisi, 1 Kasım 2003, http://www.capital.com.tr/haber.aspx?HBR_KOD=446.
- Bektaş Ç. ve H. Yılmaz (2004), “Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerde Bilgi Teknolojisi Hizmetlerinin Sağlanmasında Dış Kaynak Kullanımı ve Uşak’ta Bir Araştırma”, 3. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi, Osman Gazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Corrinna, P. (2008), “Are PPPs the answer tı the instructure impasse?”, American Metal Market, Kasım 2008.

- Çekirge, L. (2006), “Dünyada ve Türkiye’ de Kamu Özel Sektör Ortaklığı Uygulamaları ve Örnek Bir Projede Modelin Finansal ve Genel Avantajlarının İncelenmesi”, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İnşaat Mühendisliği Anabilim Dalı, Haziran 2006.
- Çetin, M. (2002), “Kamu Kesimi Tarafından Üretilen Mal ve Hizmetler”, Dokuz Eylül Üniversitesi, İşletme Bölümü, İzmir 2002.
- Delivering the PPP Promise, 2005, European PPP Report 2005, DLA.
- Devlet Planlama Teskilatı – DPT (2001), “Sekizinci Bes Yıllık Kalkınma Planı: Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu”, DPT: 2561, ÖİK: 577, Ankara 2001.
- Dinçer, M. (2006), “Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenlerinden Aile Hekimliği Uygulamasına Dair Doktor Beklentileri Ve Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara 2006.
- Döğücü, M. Ş. ve Sayım, F. (2009), “Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı – Kocaeli Örneği”.
- Durman, M. ve Çakırer M. A. (2003), “Kalkınma Sürecinde Kamu Finansman Sorununun Çözümüyle İlgili Bir Yöntem: Dış Kaynaklardan Yararlanma (OUTSOURCİNG)”.
- Eker, H. H. (2007), “Yerel Yönetimlerde Sağlık Hizmetleri”, Sağlık Eğitimi ve Yönetimi Derneği, Sağlık ve Eğitim Yayınları (1), Ankara 2007.
- Emhan, A. (2006), 7 nci Ana Jet K.lığı Üs Uçuş ve Yer Emniyeti Semineri, “Risk Yönetiminden Ne Anlıyoruz? Birliğimizdeki Uygulama Durumu Nedir?”, Malatya.
- Ersöz, F. (2008), “Türkiye İle OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi”, İstatistikçiler Dergisi (2), 95-104.
- Ersöz, M. (2010), “Avrupa Birliği ve Türk Hukuku Işığında Public Private Partnership Uygulamaları”, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hukuk Anabilim Dalı, Özel Hukuk Bilim Dalı, İstanbul 2010.
- Farlam, P. (2005), “Working Together Assessing Public – Private Partnerships in Africa”, The South African Institute of International Affairs, February 2005.

- Genç, N. (2004), “Yönetim ve Organizasyon – Çağdaş Sistemler ve Yaklaşımlar”, Seçkin Yayınları, 1. Baskı, Ankara.
- Gülen, F. (2008), “Özelleştirme, Yap - İşlet - Devret, Kamu Özel Sektör İşbirliği”.
- Gümüş, A. T. (2007), “Türkiye’ de Özelleştirme Ve Çalışma Hayatı”, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İstanbul 2007.
- Güney, E. (2005), “Kamu Hizmetleri ve Altyapıda Kamu- Özel İşbirliği”, E- Yaklaşım Dergisi, Sayı: 19, Şubat 2005.
- Güngör, M. (2007), “Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing): Kahramanmaraş’taki Hastanelerde Bir Alan Araştırması”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Projesi, Eylül: 2007, Kahramanmaraş.
- Kaplan, A. (2001), “Sağlığın Özelleştirilmesi Hakkındaki Düşünceler”, Yeni Türkiye Dergisi, Sayı: 40, 1527-1539.
- Karabulut, K. (1998), “Türkiye’ de Sağlık Sektörü - Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Çalışma -”, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Erzurum 1998.
- Karahan, A. (2009), “Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi (Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma)”, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 12, Sayı: 21, Haziran 2009, s.185-199
- Kılıç, B. (2007), “Türkiye İçin Sağlık İnsangücü Planlaması ve İstihdam Politikaları”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007: 6(6).
- Kıran, N. A. (2006), “Türkiye’ de Halka Açılarak Özelleştirilen Şirketlerin Finansal Ve Operasyonel Performansı”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, İstanbul 2006.
- Kuştepe, Y. ve Gülcan, Y. (2002), “Türkiye’de Makro Ekonomik İstikrar ve Özelleştirme”.
- Lim, M. K. (2005), “Transforming Singopare Health Care: Public – Private PArtnership”, Vol. 34, No: 7, August 2005.
- Mckee, M., Edwards N., Atun R. (2006), “Public - Private Partnerships For Hospital”, World Helath Organization 2006.

- Miynat, M., Kovancılar, B. ve Bursalıoğlu, Sibel A. (2007), “Küreselleşme, Kamu-Özel Sektör İşbirliği ve Regülasyonlar”, Kamu Maliyesinde Küresel Değişimler, Gazi kitabevi, Ankara.
- National Treasury Standardised PPP Provisions (“Standardisation”), 11 March 2004.
- OECD ve Dünya Bankası (2008), “OECD Sağlık Sistemleri İncelemeleri”.
- Özbaran, M.H. “Türkiye’de Kamu Harcamalarının Son Beş Yılıının Harcama Türlerine Göre İncelenmesi”, Sayıştay Dergisi, Sayı 53,
- Özbay, T. (2004), “Sorularla Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing)”, İstanbul: İTO Yayınları No: 2004-27.
- Özdemir, H. Ö. (2010), “Kamu Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanma “Outsourcing”: (Kafkas Üniversitesi Örneği)”, Akademik Bakış Dergisi, sayı:20, Nisan-Mayıs- Haziran 2010, Kırgızistan.
- Özer, M. A. (2006), “Kamu Yönetiminde Kimlik Bunalımı Üzerine Değerlendirmeler”, Sayıştay Dergisi, Sayı: 61, 2006.
- Öztürk, Y. (2006), “Özelleştirme Girişimleri ve KİT’ lerin Çözülme Süreci: Pektim-Tüpraş Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, İstanbul 2006.
- Patrons, H. A., Barrera - Osorio F., G. J. (2009) “The Role And Impact of Public – Private Partnerships in Education”, The Worldbank 2009.
- Pehlivan, Ö. (2009), “Kamu Özel Sektör İşbirliği Türkiye Uygulamaları”, Hazine Müsteşarlığı, Mart 2009.
- Philpotts, T. (2008), “P3s: A cost effective way to meet infrastructure needs?”, The Bond Buyer, 17.11.2008.
- Resmi Gazete, Tarih: 15.5.1987; Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Kanun Numarası: 3359; Sayı: 19461.
- Riberio, F. “Appraisal of BOT system for infrasture Project in Portugal”, CIBW92 Procurement System Symposium.
- Sarısu, A. (2007), “Kamu Ve Özel Sektör İşbirlikleri –Türkiye İçin Bir Model Önerisi-”, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Ankara 2007.
- Savaş, V. (1986), “Kalkınma Ekonomisi”, 4.baskı, Beta Basım Dağıtım A.S., İstanbul 1986.

- Sevim, Ş., Akdemir, A. ve Vatansever, K. (2008), “Lojistik Faaliyetlerinde Dış Kaynak Kullanan İşletmelerin Aldıkları Hizmetlerin Kalitesinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir İnceleme”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, C. 13, S. 1.
- Şahin, Ü. “Hastane İşletmeciliği Yönetimi”.
- T.C. Maliye Bakanlığı, “2011 Yılı Bütçe Gerekçeleri”, Ekim 2010, Ankara
- Tatari, B. (2005), “Etkili Bir Yönetim Aracı: Dış Kaynak Kullanımı”, İzmir Ticaret Odası Yayınları, İzmir.
- Teker, D. (2008), “Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi”, Okan Üniversitesi.
- Tekin, A. G. (2008), “Kamu Özel İşbirlikleri/Ortaklıkları [PPP] ve Türkiye Örneği”, ÖİB, Mayıs 2008.
- Tekin, G. (2007), “Kamu-Özel Sektör İşbirlikleri - Kamu-Özel Ortaklıkları”, İdarecinin Sesi Dergisi, Cilt:21, Sayı: 122, Mayıs-Haziran 2007.
- Tekin, M. (2008), “Kamu Malları ve Bedavacılık Sorunu”, <http://www.ekonomig.com/2008/11/kamu-mallar-ve-beleilik.html>.
- Temür, Y. (2008), “Kamu Harcama Yönetiminde Performans Değerlemesi: Sağlık Harcamaları ve Devlet Hastaneleri Uygulaması”, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, İstanbul 2008.
- Tıktık, A. (2008), “Küresel Dalgalanma Uzun Sürer ve Yayılırsa Büyümemizi Olumsuz Etkiler”, Dergi İndeksi, Ocak 2008.
- Tiryaki, A. (2007), “Toplam Kalite Yönetimine Ulaşmada Kullanılacak Bir Yöntem Olarak Dış Kaynak Kullanma (Outsourcing)” (Erişim Tarihi: 11.01.2011 <http://www.gemlikdh.gov.tr/index1.php?s=kalitedetay&id=23>).
- TÜİK (2010), “Sağlık Harcama İstatistikleri 2004-2007 Yılı Sonuçları”, sayı: 29.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2007), Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, “Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi”.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2007), Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, “Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı”.

- UNAIDS (2009), “HIV – Related Public – Private Partnerships and Health Systems Strengthening”, July 2009.
- USTDA; “Public - Private Partnerships”.
- Uz, A. (2007), “Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (Ppp) (Kavram Ve Hukuksal Çerçeve)”, Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C. XI, Sayı: 1-2, 2007.
- Yalçın, T. ve Yıldırım, H. H. (2001), “Sağlık Hizmetleri Finansmanı”, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayı, No: 40.
- Yılmaz, I. C. “Türkiye’ de Kamu Özel Ortaklığı Modelleri”.
- Zengin, E. (1996) “Yerel Hizmetlerin Üretilmesinde Yeni Yaklaşımlar ve Özelleştirme Yöntemleri”, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset ve Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul 1996.

EKLER-1

Araştırmada Kullanılan Anket

*Bu ankette istenilen bilgiler, bilimsel araştırma için kullanılacak olup, hiçbir şekilde başka amaçla kullanılmayacak ve başkalarıyla paylaşılmayacaktır.

Sabiha Keskin- ADÜ Yüksek Lisans Öğrencisi

Doç. Dr. Ertuğrul ACARTÜRK 506-6043164

sabihakeskin@hotmail.com

eracar@hotmail.com

Kamu Özel Ortaklığı Modeli (KÖOM), projesi devletçe hazırlanan hastane gibi tesislerin devletin gösterdiği arsaya, finansmanı tamamen gerçek kişiler veya özel sektör kurumlarınca sağlanarak inşa edilmesi ve gerekli teçhizatla donatılması, sonra da hastanenin azami 49 yıllığına devlete kiralanmasıdır. Bu modelle yapılan hastanenin mülkiyeti kamuya ait olacaktır. Bu şekilde devletin bütçesinden hiç harcama yapılmaksızın sağlık tesislerinin özel kesimin finansman imkanlarıyla yapılması amaçlanmaktadır. Bu uygulama da Özel kesimin aylık düzenli kira geliri elde etmesi temel çıkarıdır. KÖO Modeli, devletin tümüyle çekilmek istemediği ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün tek başına sunmaktan çekindiği hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve böylece devletin temel çıkmazı haline gelen finansman sorununu aşmak amacıyla geliştirilmiştir. KÖO Modeli ile sağlık tesislerinin, kiralama karşılığı yaptırılması ile tesislerdeki tıbbi hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesi amaçlanmaktadır.

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

Kamu Özel Ortaklığı Modeline; kamu kaynaklarının israf edileceği, kamu hizmetlerinin sunumundaki devlet kapasitesinin azalacağı, devlete olan güvenin sarsılacağı, sağlık çalışanlarının iş güvencelerinin sıkıntıya gireceği ve özelleştirmenin başka bir yolu olduğu gibi eleştiriler de getirilmektedir.

A. CEVAPLAYICININ KİŞİSEL BİLGİLERİ

1) Yaşınız: () 26-35 () 36-45 () 46-55 () 56-65 () 65 üzeri

2) Cinsiyetiniz: () Bay () Bayan

3) Eğitim Durumunuz : () Lise () Üniversite () Yüksek Lisans () Doktora

4) Kaç yıldır bu işi yapıyorsunuz?: () 0- 5 () 6-10 () 11-15 () 16-20 () 20 üzeri

5) Sağlık kurumundaki göreviniz: () Doktor () Hemşire () Sağlık Personeli () Yönetici () Memur

6) Hastanenin Türü: () Devlet Hastanesi () Özel Hastane () Ün. Hastanesi () Belediyeye Bağlı Hastane

B. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI İLE İLGİLİ SORULAR

Kesinlikle katılmıyorum

1

Katılıyorum

4

Katılmıyorum

2

Kesinlikle katılıyorum

5

Karasızım

3

1 2 3 4 5

(1) Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesi ve verimliliği yeterli düzeydedir. () () () () ()

(2) Türkiye’de sağlık hizmetlerinden herkes eşit bir şekilde yararlanmaktadır. () () () () ()

(3) Türkiye’de sağlık harcamaları için devlet yeterli ayırmaktadır. () () () () ()

(4) Türkiye’de sağlık çalışanlarının iş memnuniyeti yüksektir. () () () () ()

(5) Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu yetersizdir. () () () () ()

(6) Türkiye’de halkın sağlık hizmeti taleplerine hızla cevap verilmektedir. () () () () ()

(7) Türkiye’de sağlık hizmetleri konusunda halkın bütün beklentileri tamamen karşılanmaktadır. () () () () ()

(8) Türkiye’de sağlık hizmetleri Avrupa’dakinden daha iyi sunulmaktadır. () () () () ()

(9) Türkiye’de sağlık hizmetleri Avrupa’dakinden daha ucuzdur. () () () () ()

(10) Türkiye’de sağlık sektöründe teknoloji yakından takip edilmektedir. () () () () ()

(11) Türkiye’de sağlık hizmetleri yönetimi ve denetimi etkindir. () () () () ()

(12) Türkiye’de sağlık hizmetlerinden halk memnundur. () () () () ()

(13) Türkiye’de sağlık yatırımlarına ayrılan genel bütçe finansman imkânları yetersizdir. () () () () ()

(14) Türkiye’de mevcut ve yeni projeler finansman sıkıntısı sebebiyle zamanında bitirilememektedir. () () () () ()

(15) KÖOM’de kısa sürede bitirilmiş sağlık tesisleri ile sistem bir an önce yeni tesisler kazanmış olacaktır. () () () () ()

(16) Kamu Özel Ortaklığı Modeli konusunda yeterli bilgiye sahibim. () () () () ()

(17) Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı konusunda seminer, konferans vb. bilgilendirme yapılıyor. () () () () ()

- (18) Kamu Özel Ortaklığı çerçevesinde daha çok bilgilendirme gereklidir. () () () () ()
- (19) Kamu Özel Ortaklığı istihdamı artırabilir. () () () () ()
- (20) KÖOM, Özel sektörün işletmecilik tecrübesinden kamunun da yararlanmasını sağlar. () () () () ()
- (21) Kamu Özel Ortaklığı Modeli daha çok kişinin iş sahibi olmasını sağlar. () () () () ()
- (22) KÖOM ile sunulan hizmet, kamunun o hizmeti görme kapasitesini düşürebilir. () () () () ()
- (23) Kamu Özel Ortaklığı Modeli, sosyal devlet anlayışına ters düşmektedir. () () () () ()
- (24) Kamu Özel Ortaklığı Modeli, sağlık hizmetlerinde maliyeti düşürecektir. () () () () ()
- (25) Kamu Özel Ortaklığı Modeli, hizmet sunumunu gerçekleştirebilmek amacıyla ülkenin finansman için iç ve dış borçlanmaya gitmesinin önüne geçecektir. () () () () ()
- (26) Kamu Özel Ortaklığı Modeli, sağlık, altyapı vb. her alanda uygulanabilir. () () () () ()
- (27) Kamu Özel Ortaklığı, ülke kaynaklarını israf edilmesine yol açar. () () () () ()
- (28) Kamu Özel Ortaklığı Modeli, özelleştirmeden farklı bir uygulama değildir. () () () () ()
- (29) KÖOM ile sağlık hizmetlerinde halkın memnuniyeti artırılabilir. () () () () ()
- (30) KÖOM, kamu hizmetlerinin kaliteli, ekonomik ve yaygın sunumunu sağlayabilir. () () () () ()
- (31) Türkiye’de sağlık çalışanlarının ücretleri tatmin edicidir. () () () () ()
- (32) Kamu Özel Ortaklığı Modeli, kamu finansman sıkıntısının çözüm yollarından biridir. () () () () ()
- (33) Kamu Özel Ortaklığı ile hizmet sunumu daha hızlı gerçekleşecektir. () () () () ()
- (34) KÖOM, özel kesimdeki atıl sermayenin ekonomiye kazandırılmasını sağlayabilir. () () () () ()
- (35) Devlet borçlanması yerine uluslar arası sermayenin direk sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi daha etkili bir çözüm olacaktır. () () () () ()
- (36) Kamu Özel Ortaklığı, çalışanların daha verimli çalışmalarını sağlayacaktır. () () () () ()
- (37) Kamu Özel Ortaklığı, sadece yerli özel sektörle gerçekleştirilmelidir. () () () () ()
- (38) Kamu Özel Ortaklığı, yerli ve/veya yabancı özel sektörle gerçekleştirilmelidir. () () () () ()
- (39) KÖO Modeli ile riskler, sorumluluk ve yönetim özel sektör ile paylaşılmaktadır. () () () () ()
- (40) Kamu Özel Ortaklığı, sağlık hizmetlerinin sunumunda gereksiz bir uygulamadır. () () () () ()
- (41) Bilgi ve tecrübe yetersizliğinden dolayı KÖOM’nin uygulanması risk taşımaktadır. () () () () ()
- (42) KÖOM ile sağlık çalışanlarının iş güvenceleri risk altındadır. () () () () ()
- (43) Kamu Özel Ortaklığı, yerli ve/veya yabancı özel sektör ile ortak kar/ortak fayda esasına dayanmaktadır () () () () ()
- (44) Özel sektör kar odaklı çalışacağından hastalar açısından sıkıntı yaratılabilir. () () () () ()
- (45) Türkiye’de Sağlık yatırım ve harcamaları için yeterli ödenek ayrılmaktadır, dolayısıyla KÖOM ile ek finansman sağlanmasına gerek yoktur. () () () () ()
- (46) KÖOM, uluslar arası emperyalist sermayenin ülkeleri yeni bir sömürü şeklidir. () () () () ()
- (47) KÖOM uzun vadeli sözleşmeleri kapsadığı için gelecekteki kamu gelirleri bugünden ipotek altına alınmış olur. () () () () ()
- (48) KÖOM, Özel kesimde biriken atıl fonların kamu hizmetlerinin finansmanında kullanılmasını sağlar. () () () () ()
- (49) KÖO Modeliyle, ödenek yetersizliğinden kamuda ortalama 8-10 yılı bulan bina yapım süresinin 2-3 yıla düşmesi beklenmektedir. () () () () ()
- (50) Kamu Özel Ortaklığı Modeli, yolsuzlukları arttırabilir. () () () () ()
- (51) KÖOM, hükümetlerin yandaş özel sektöre destek çıkmasının bir yoludur. () () () () ()
- (52) KÖOM, ülke kaynaklarının daha verimli ve etkin kullanılmasına yol açar. () () () () ()
- (53) KÖOM’ in uygulanmasında sağlık tesislerinin yönetimi tamamen kamuya ait olmalıdır. () () () () ()
- (54) KÖOM sözleşmeleri, suistimallerin önlenmesi için her ayrıntıyı kapsamalıdır. () () () () ()

C. Görüş ve önerilerinizi alttaki boşluğa yazınız.

ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Sabiha KESKİN
Doğum Yeri ve Tarihi : Merzifon, 01.01.1984

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Adnan Menderes Üniversitesi,
Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
Maliye Bölümü
2003-2007

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Bilimsel Faaliyetleri : Avrupa Birliği Uzmanlık Sertifikası (Katılımcı)
4. Ekonomik Kültürel Ekonomi Semineri

İş Deneyimi

Stajlar : İ.Y.A Tekstil, 2007.

Projeler : -

Çalıştığı Kurumlar : -

İletişim

e-posta Adresi : sabihakeskin@hotmail.com

Tarih : 2011