

Finansal arayışlar, kamu özel ortaklıkları ve şehir hastaneleri

Dr. Şuayip Birinci



1973 yılında Rize’de doğdu. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun oldu (1998). 2001 yılına kadar Sağlık Ocağı, 112 Acil ve Rize Devlet Hastanesi’nde görev yaptı. 2005-2009 arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Başhekim Yardımcısı, 2009-2012 yılları İstanbul İl Sağlık Müdür Yardımcısı, 2012-214 arasında İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Genel Sekreteri olarak görev yaptı. Çalışma alanları sağlık teknolojileri, sağlık bilişimi, iletişim teknolojileri, sağlık yönetimi olan Birinci, e-Nabız, Tele-Tıp ve Sağlık Yönetim Sistemi gibi kamu e-sağlık projelerini kurgulamış ve hizmete alınmasına liderlik etmiştir. Dr. Birinci, 2014 yılı Mayıs ayından beri Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevini sürdürmektedir.

Politik kararların oluşma süreçlerinde ülkelerin uzun vadeli ekonomik durumlarının sonuçları ve kararların oluşma zaman dilimlerindeki konjonktürel finansal göstergelerinin mutlak surette etkisi vardır. Her ne kadar politik kararların farklılığı hükümet etme pozisyonundaki yapıların temel siyasi bakış açılarına göre farklılık gösterse de politik karar oluşturma süreçlerine etki eden faktörler ve göstergeler, siyasi bakış açısı farklılıklarına rağmen tüm siyasi aktörlerin mecburi ortak algılar ile muhatap olmasına sebep olmaktadır. Küresel ekonomik alanın gittikçe kuşatıcı hale gelmesi ve ideolojik argümanları tamamen yok etmesi, politik söylemlerin finansal konulara bakış açısının farklılığını olabildiğince daraltmıştır. Politik yaklaşımları son derece farklı olan hükümetlerin finansal politikalar gündeme geldiğinde neredeyse aynı düzlemde bir araya gelme gerçeği, yüzyılın tek bir ekonomik modele doğru sürüklendiği tezini güçlendirmektedir. Farklı bakış açılarına sahip olsalar dahi reel politika üreten siyasi otoritelerin toplumların temel ihtiyaçlarına karşılık ürettikleri çözümler, söylemler farklı olsa da uzun vadede bakış açılarının benzeştiği hususunu delillendirmektedir. Toplumun temel ertelenemez ihtiyaçlarından olan alt yapı yatırımlarının gerçekleştirilmesinde kullanılacak finansal kaynakların temini hususu gündeme geldiğinde,

siyasal otoritelerin tamamını bekleyen cevaplanması gereken onlarca soru ortaya çıkmaktadır. Altyapı finansmanı hususunda farklı siyasal anlayışların gündemlerine oturan soruların aynılığı, cevapların da mecburen benzesine yol açmaktadır. Çünkü temel soru, “*Alt yapı finansmanına harcayacak kaynağı nereden bulacaksınız?*” sorusudur.

Gelişmekte olan ülkelerde toplumun sosyal ihtiyaçlarının yanında altyapı yatırımlarının da toplumsal beklentiler yüzünden hükümetleri zorladığı gerçeği bilinmektedir. Ülkemizde de altyapı yatırımlarının finansmanı konusu uzun yıllar boyunca çözümlenmeye çalışılmış, farklı siyasal aktörlerce geliştirilen çözümler uygulamaya konulmuştur. Cumhuriyet tarihi boyunca gündemden düşmeyen siyasal istikrarsızlık ekonomik alanı sürekli bozmuş ve ülkenin finansal yeterliliklerinin sorgulanmasına sebep olarak uluslararası ekonomik alanın etkili bir oyuncusu olmasını engellemiş, borçluluk sarmalından kurtulamadığı için de altyapı finansmanına yeteri kadar kaynak bulamamıştır. Geleceği planlayan büyük çaplı altyapı yatırımlarının “hazine öz kaynaklarıyla” yapılamadığında hazine garantili borçlanma kabiliyetlerinin geliştirilmesine yönelik model arayışları söz konusu olmuştur. Model arayışları çerçevesinde küresel ekonomik alanın uyguladığı alt yapı finansman modellerinden olan ve genel olarak “kamu özel

ortaklıkları” üst terminolojik kavramı ile özdeşleşen yaklaşım benimsenmiş, enerji, ulaştırma sektörlerinde “yap-işlet devret” gibi modellerle hayata geçirilmeye çalışılmıştır. Bu tarz modellerde temel şart olan “siyasi kararlılık ve istikrar” uzun vadeli olarak sürdürülebilir olmadığı için de başarılı örneklerin yanında başarısız ve kamu maliyesini bozma riskini de getiren örnekler oluşmuştur.

Günümüzde altyapı yatırımları, yatırımlara ayrılan geleneksel kamu fonlarının büyük bir kısmını tüketmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerin altyapı yatırımlarını gerçekleştirmek için gerekli finansman ihtiyacı, son yıllarda kullanımı yaygınlaşan kamu-özel ortaklığına (KÖO) olan ilgiyi artırmaktadır. Kamu bu yolla en azından mali imkânsızlıklar nedeniyle gerçekleştiremediği yatırımların yapılmasının yolunu açmaktadır. Geçmiş tecrübeleri iyi okuyan ve “altyapı finansmanının nasıl karşılanacağı sorusu” ile muhatap olan son dönem siyasal otoritesi de 2002 ve sonrası dönemdeki mevcut konjonktür şartları altında mecburen alt yapı finansmanında farklı arayışlara girmiştir. Öncelikle sosyal sektörlerden olan sağlık alanında hastane yatırımlarını hızla yapmak ve toplumun sağlık altyapısı alanındaki beklentilerini karşılamak üzere daha önce hiç uygulanmamış olan “sağlıkta kamu özel ortaklığı modeline” yönelik hukuki altyapı oluşturma girişimine başlamıştır.

Genel anlamda KÖO; "bir sözleşmeye dayalı olarak yatırım ve hizmetlerin, projeye yönelik maliyet, risk ve getirilerinin, kamu ve özel sektör arasında paylaşılması yoluyla gerçekleştirilmesini" ifade etmektedir. Ülkemizde kamu özel ortaklığı çalışmalarının geçmiş kronolojisine bakmak gerekmektedir ki geldiğimiz noktanın bugünle beraber dünün de sonucu olduğu gerçeğini gözden kaçırmayalım. Bu yöntemi klasik yöntemlerden ayıran en önemli özellik, özel sektörle işbirliğinin sadece inşaat aşamasında değil işletme aşamasında da devam etmesi ve özel sektör inşaat ve işletme sinerjisinin oluşturulmasıdır. Geleneksel anlayışta kamu hizmetlerinin ve bazı malların kamu tarafından üretilmesi anlayışı hâkim iken, bu faaliyetlere özel sektörün katılımı son yıllarda artan bir hız kazanmaktadır.

Özel sektör bu faaliyetlere çeşitli şekillerde katılabilmektedir. Özel sektörün çeşitli başlıklar altında kamunun mal ve hizmet üretimine destek olduğu bu uygulamalar, kamu-özel ortaklığı işbirliği olarak adlandırılmaktadır. Ülkemizde uygulanmakta olan yap-işlet-devret, yap-işlet, işletme hakkı devri ve yap-kirala gibi modeller, KÖO uygulamalarının birer örneğidir. KÖO modeli başlangıçta, ülkelerin altyapı yatırımlarının karşılanması için ihtiyaç duyulan finansmanı sağlamak üzere başvuru bir yol olarak görülürken, günümüzde özel sektörün verimli işletmecilik becerilerinden yararlanılacağı, kamunun ise yatırımların koordinasyonu, genel planlama, denetleme ve politika belirleme gibi alanlarda odaklaşmasını sağlanacağı bir model olarak kabul edilmektedir. KÖO projeleri için kullanılması gereken fonların büyüklüğü, finansmanı, projelerin tasarımı, inşaatı ve işletilmesi konularında karşılaşılan güçlüklerin yanı sıra, bu tür projelerin sahip olduğu karmaşık yapılar kamu yönetiminin karar ve uygulama aşamalarında önemli bir çalışma altyapısının kurulmasını zorunlu kılmaktadır. Bu amaçla çeşitli ülkeler mevzuatlarını KÖO modeline uygun şekilde güncelleştirme yoluna gitmişler ve sadece KÖO projelerine yönelik faaliyet gösteren özel birimler kurmuşlardır. AB ülkelerinin bireysel performanslarına bakıldığında KÖO modelini uygulama konusunda İngiltere'nin yanı sıra Fransa, İspanya ve Almanya'da KÖO pazarı geliştirilerek çeşitlendirilmiştir.

Ülkemizde mevcut altyapının iyileştirilmesinin yanında ilave altyapı yatırımlarının hayata geçirilmesi yönündeki ihtiyaç sürekli artmaktadır. Artan nüfus ve şehirleşme, gelişen ekonomik ve ticari faaliyetler altyapı yatırımlarına olan ihtiyacı beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte, mevcut altyapımız hem yoğunluk hem de standartlar bakımından gelişmiş ülkelerdeki seviyenin altındadır.



Ülkemizde 1994 yılında çıkarılan 3996 sayılı "Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli ile Yapılması Hakkında Kanun" ile yaygınlaşan ve otoyollardan havaalanlarına, yat limanlarından gümrük kapılarına kadar pek çok farklı sektörde başarıyla uygulanan KÖO projeleri, 2002 sonrası hükümet politikaları ile 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" kapsamında yap-kirala modeli ile gerçekleştirilecek entegre sağlık kampüsleriyle yeni bir boyut kazanmıştır.

Ülkemizde, 3996 ve 3359 sayılı Kanunlar kapsamında bugüne kadar, toplam 137 proje için Yüksek Planlama Kurulundan (YPK) yetki alınmıştır. Yetki alınan 137 projeden 42'sinin uygulama sözleşmesi imzalanmıştır. 42 projenin 29 tanesi işletmede olup kalan 13'ünün yapımına devam edilmektedir. Uygulama sözleşmesi imzalanan projeler içinde sayı bakımından yat limanları ilk sırada yer alırken, havaalanları ve gümrük tesisleri yat limanlarını izlemektedir. Son 3 yıllık süreç içerisinde ise 19 projeye YPK'dan en fazla yetki alan sektör, entegre kampüsleri inşasıyla hizmetlerini daha modern koşullarda sunmayı amaçlayan sağlık sektörüdür.

Projelerin modellere göre dağılımına bakıldığında ülkemizde en yaygın olarak kullanılan KÖO modelinin 83 projeye yap-işlet-devret olduğu görülmektedir. İşletme hakkı devredilen projeler %34'lük

Kamu-özel ortaklığı modeline muhalif olan yapılar, modelin bir özelleştirme olduğu tezini işlemişlerdir. Küresel olarak da bilinir ki KÖO modeli ideolojik köken olarak sosyalist ekonomi modelinin savunucuları tarafından dahi bir özelleştirme yaklaşımı olarak değerlendirilmemektedir. KÖO modeline ve özellikle yüksek yatak kapasiteli entegre sağlık kampüslerine bazı çevrelerin karşı oluşlarının temelinde özel sektör hastaneciliğinin kendi çıkarlarını koruma içgüdüsüne dayalı lobicilik faaliyetleri yatmaktadır.

pay alırken, yap-işlet modeli ile elektrik üretimi için inşa edilen doğal gaz çevrim santralleri dışında yap-işlet modelinin kullanılmamış olduğu görülmektedir. Şu anda ihale aşamasında olan entegre sağlık kampüsü projelerinin hayata geçmesiyle birlikte yap-kirala modeli toplam içerisindeki payını artıracaktır. Bahsi geçen KÖO modellerine ilişkin yasal mevzuatta zaman içerisinde güncellemeler yapılmış olup KÖO modellerine ilişkin 2007-2011 dönemindeki mevzuat değişiklikleri aşağıdaki şekilde özetlenebilir.

1) 3996 sayılı *Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapılması Hakkında Kanun*'a 2008 yılında eklenen bir madde ile YİD modelinde "katkı payı" uygulamasına geçilmiştir. Yapılan bu değişiklik, üretilen mal veya hizmetin bedelinin kullanıcıları tarafından tamamen veya kısmen ödenmesinin mümkün olmadığı yatırımlarla ilgili YİD projelerinde kamu kesimi tarafından görevli şirkete katkı payı verilebileceği düzenlenmekle birlikte; katkı paylarının hangi esaslara göre, nasıl verileceği belirtilmediğinden katkı payının uygulanma imkânı olmamıştır. Bu sebeple 6111 sayılı Kanun, katkı payına ilişkin esasların Kalkınma Bakanlığınca tespit edilerek Bakanlar Kuruluna sunulması hususunu düzenleyerek katkı payının uygulanabilirliğini sağlamayı amaçlamıştır. Bu çerçevede 2011 yılında revize edilerek yeniden düzenlenen ve 11.06.2011 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan 2011/1807 sayılı 3996 sayılı *Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapılması Hakkında Kanunun Uygulama Usul ve Esaslarına İlişkin Bakanlar Kurulu Kararı* ile katkı payının esas ve usulleri belirlenmiştir.

2) 25.02.2011 tarihinde yayımlanan 6111 sayılı *Kanun* ile daha önce YİD uygulama sözleşmeleri için alınması gereken YPK onayı aşaması kaldırılmıştır. Artık idareler uygulama sözleşmelerini YPK onayına sunmayacaktır. Bunun yerine idarenin bağlı ya da ilgili olduğu Bakanın onayına sunacaklardır. Böylece iki aşamalı olan YPK süreci tek aşamaya inmiştir. Ayrıca yeni düzenlemeye göre, YİD projeleri için idareler, *Kamu İhale Kanunu*'na tabi olmaksızın müşavirlik hizmeti alabileceklerdir. Böylece, daha nitelikli dokümanların daha kısa sürelerde hazırlanması suretiyle uygulamanın kolaylaştırılması amaçlanmaktadır. Bir diğer değişikliğe göre, kamu kurumlarına ya da Hazineye ait taşınmazlar için kullanım bedeli ve hâsılat payı alınmayacak ve ilgili projenin sahibi olan idareler özel sektöre talep garantisi verebileceklerdir. Bu değişikliklerle YİD projeleri yatırımcılar için daha cazip hale getirilmeye çalışılmaktadır.

11.06.2011 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan 2011/1807 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile 3996 sayılı *Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapılması Hakkında Kanunun Uygulama Usul ve Esaslarına İlişkin Bakanlar Kurulu Kararında* değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklik bir yandan 6111 sayılı Kanunla getirilen değişiklikler karara yansıtılırken, diğer yandan karar, günün ihtiyaçları dikkate alınarak revize edilmiştir. Bu çerçevede KÖO projelerinin hazırlanması, değerlendirilmesi, onaylanması ve uygulanması sürecinde görev alan kamu kurumlarının görevi yeniden tanımlanmıştır. Buna göre;

- Kalkınma Bakanlığı; proje stokunun kalkınma planları, programlar, sektörel stratejiler ile uyumluluğunu sağlayacak tedbirleri almak, YİD projelerini izlemek, değerlendirmek ve taraflar arasındaki koordinasyonu sağlamak,
- Maliye Bakanlığı; merkezi yönetim bütçesi kapsamındaki kamu idareleri tarafından taahhüt edilen mali yükümlülükleri izleyip değerlendirerek kamunun mali yükümlülüklerinin merkezi yönetim bütçesiyle uyumlu olmasını sağlamak,
- Hazine Müsteşarlığı; idareler tarafından görevli şirketlere verilen taahhütlerin kamuya muhtemel mali yükünü hesaplayarak riskleri ve paylaşımını değerlendirmekle ilgili iş ve işlemleri yerine getirmek konularında görevlendirilmişlerdir.
- Uygulayıcı kuruluşların ise "projenin teknik, finansal, ekonomik, çevresel, sosyal ve hukuki açılardan yapılabilirliklerini analiz eden, öngörülen katkı payı ve garantiler de dâhil olmak üzere risk analizlerini ve paylaşımını içeren ve yatırımın geleneksel tedarik yöntemleri yerine YİD modeli ile hayata geçirilmesinin gerekçesini karşılaştırmalı ekonomik ve finansal analizlerle ortaya koyan ön yapılabilirlik etüdü raporu" ile YPK'ya yetki başvurusunda bulunacakları belirlenmiştir. Böylece projelerin daha nitelikli bir şekilde hazırlanmasının yolu açılmıştır.

3) 31.03.2012 tarihli ve 6288 sayılı *Katma Değer Vergisi Kanunu ile Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapılması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun* ile 2023 yılına kadar 3996 ve 3359 sayılı kanunlar kapsamında gerçekleştirilmesi planlanan KÖO projeleri ihale edilirken, projeyi üstlenen firmaların proje kapsamında inşaata yönelik olarak yaptığı mal ve hizmet teslimleri ile anılan sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığına kiralanmasının katma değer vergisinden müstesna olması hususu düzenlenmiştir. Yine aynı Kanunla YİD modelinde "kredi üstlenimi" hususu düzenlenerek yasal zemine kavuşturulmuştur.

Bu düzenleme ile "Görevli şirket ile

yapılacak sözleşmede, sözleşmenin feshedilerek yatırım ve hizmetin süresinden önce ilgili idare tarafından devralınması halinde, görevli şirket tarafından temin edilen dış finansmanın, gerçekleştirilmiş yatırım ve hizmetlere ilişkin kısmının idare tarafından üstlenilmesine, gerçekleştirilmemiş yatırım ve hizmetlere ilişkin kısmının ise idarenin talebine bağlı olarak kullanılabileceğine ilişkin hükümlere yer verilebilir." Esası getirilmiş ve yine maddenin 2'nci fıkrası ile "Genel bütçe dışındaki kamu kurum ve kuruluşları ile bağlı ortaklıklar ve mahalli idareler tarafından gerçekleştirilen yatırım ve hizmetlere yönelik sözleşmelerin feshedilerek yatırım ve hizmetin süresinden önce ilgili idareler tarafından devralınması halinde, yatırım ve hizmetlerin finansmanı amacıyla temin edilen dış finansmanı üstlenmeye söz konusu idare yetkilidir. Bu idarenin, özel bütçe kapsamında olması halinde, söz konusu dış finansmanın, ilgili idarenin bağlı olduğu Bakanlığın teklifi üzerine ilgili idare tarafından ya da ilgili idarenin bağlı olduğu Bakanın talebi Hazine Müsteşarlığının bağlı olduğu Bakanın teklifi üzerine Hazine Müsteşarlığı tarafından üstlenilmesine karar vermeye Bakanlar Kurulu yetkilidir" şeklinde düzenleme yapılarak Hazinesin YİD modelinde kredi üstlenimine imkân sağlanmıştır.

4) Yeni sağlık tesislerinin planlanması, bölgesel ihtiyaçların belirlenmesi, yeni yatırımların nasıl finanse edileceğine yönelik alternatif çözüm yollarının araştırılması, daha kaliteli, etkili ve hızlı sağlık hizmeti sunumu için yerli ve/veya yabancı özel sektör kaynaklarının belirlenecek ekonomik aktörlerle teşvik edilerek sağlık yatırımlarına yönlendirilmesi, yatırım ihtiyaçlarının kısa, orta ve uzun vadeli olarak tespit edilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

5) Sağlık sektöründe kamu-özel ortaklığı finansman yönteminin uygulanması ile riskin paylaşılması, her kesimin en iyi bildiği işi yapması, sağlık tesisi faaliyete geçirilinceye kadar kamu adına herhangi bir maliyet üstlenilmemesi, ödenek yetersizliği nedeniyle kamuda ortalama 8-10 yılı bulan bina yapım süresinin kısaltılması ve kısıtlı kamu kaynakları üzerindeki yatırım yükünün kira bedeli ödeme düzeyinde uzun yıllara yayılması gibi temel unsurları ve avantajları içeren, uygulamanın esasını Kamu-Özel Ortaklığı Finansman Modeli (KÖO)'nın oluşturduğu ve birçok uygulama alternatifini bulunan modeli esas alan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa bir madde ekleyen 5396 sayılı Kanun 15 Temmuz 2005 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

6) Sağlık alanındaki çalışmalarda önemli hukuki araçlardan olan Bakanlar Kurulu

Kararı; Bakanlar Kurulu'nca 03.07.2006 tarihinde kararlaştırılan ve 22 07 2006 Tarih ve 26236 Sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Yönetmelikte; kamu özel ortaklığı ile sağlık tesisi yapımı safhasında uyulması gereken usul ve esasları belirleyen söz konusu yönetmeliğin amacı, "3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 7'nci maddesi uyarınca; yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine 49 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 49 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." şeklinde tanımlanmıştır.

7) Sağlık alanında yapılan son mevzuat düzenlemesi ile 3359 sayılı Kanunun Ek 7.maddesi çerçevesinde hazırlanan ve Bakanlar Kurulu Kararı eki Yönetmelik olarak yayımlanan uygulama usul ve esasları yönetmeliği kanunlaştırılarak TBMM de kabul edilmiş ve 6428 sayılı "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" adıyla yürürlüğe konulmuştur.

KÖO'ların altyapı finansman çözümünün uzun vadeye yayılarak sağlık alanında kullanılmasının temel getirileri şu şekilde sıralanabilir:

- Altyapı temininin hızlandırılması: KÖO'lar, genellikle kamu sektörüne gelip geçici sermaye harcamalarını devam etmekte olan hizmet ödemeleri akışına dönüştürme imkânı sağlamaktadır. Bu da projelerin, kamu sermayesinin erişilebilirliği kısıtlandığında (ya kamu harcamalarının durdurulması ya da yıllık bütçe devirleri tarafından) devam etmesini ve bu suretle çok gerekli yatırımların ortaya çıkmasını sağlamamıştır. Daha hızlı uygulama - tasarım ve inşaa sorumluluğunun özel sektöre tahsisi ile birlikte hizmetin var olmasına bağlanan ödeme özel sektörün ana projeleri daha kısa bir yapım süresi çerçevesinde teslim etmesi için önemli bir teşvik teşkil etmektedir.

- Toplam ömür giderlerinin azalması: İşletim ve bakım hizmeti şartı gerektiren KÖO projeleri, geleneksel kamu sektörü bütçe sınırları içerisinde ulaşılması zor olan bir şeyi, projenin toplam ömrü süresince giderlerin en aza indirgenmesi için özel sektöre güçlü bir teşvik sağlar.
- Daha iyi risk dağılımı: Her KÖO'nin ana prensibi riski en az maliyet ile en iyi yönetebilecek tarafa tahsis etmektir. Burada amaç en iyi değere ulaşabilmek için risk transferini azamileştirmekten ziyade faydalı duruma getirmektir.
- Performansın daha iyi teşvik edilmesi: Proje riskinin tahsisi özel sektör yükleniciyi verilen bir proje içerisinde yönetim ve performansını geliştirmeye teşvik etmelidir. Çoğu KÖO projeleri altında özel sektör yükleniciye tam ödeme ancak devam etmekte olan bazda gerekli hizmet standartlarının sağlanması durumunda yapılmaktadır.
- Hizmet kalitesinin artması: Uluslararası deneyim KÖO altında ulaşılan hizmet kalitesinin genellikle geleneksel alım ile elde edilenden daha iyi olduğunu önermektedir. Bu da hizmetlerin destekleyici varlıklar, gelişmiş ölçek ekonomileri, hizmet tesliminde yeniliklerin sunulması ya da doğal olarak KÖO sözleşmelerine dâhil edilen performans teşvikleri ve cezaları ile daha iyi birleştirildiğini göstermektedir.

- İlave gelirlerin üretilmesi: Özel sektör üçüncü taraflardan ek gelirler oluşturabilir ve dolayısıyla gerekli herhangi bir kamu sektörü yardımının maliyetini düşürebilir. Ayrıca yedek kapasitenin kullanımından ya da kalan safi mevcutların tasfiyesinden ilave kazanç sağlayabilir.

- Kamu yönetiminin güçlenmesi: Kamu hizmeti verme sorumluluğunun transferi ile devlet yetkilileri düzenleyici olarak görev yapacak ve kamu hizmetlerinin günlük temin yönetimi yerine hizmet planlama ve performans denetimi üzerinde yoğunlaşacaktır. Ayrıca kamu hizmetlerinin rekabete açılmasıyla verilen paranın en iyi karşılığının alınması için KÖO'lar kamu hizmetlerinin maliyetini pazar standartlarına göre değerlendirilmesini sağlayacaktır.

Şehir hastaneleri

- İçerisinde tıbbın temel bilim dallarını, kendi içinde uzmanlaştıran kadroları ve özgün fonksiyonel mekânları barındıran ve aynı zamanda diğer birimlerle yakın ilişki içerisinde tıbbî araştırma ve çalışmaların yürütüldüğü,
- Bünyesinde farklı alanlarda uzmanlaşmış ihtisas hastanelerinin, Ar-Ge laboratuvarları ve merkezlerinin, teknopark, sosyal tesislerin, otel, alışveriş merkezi, konaklama ve açık alan kullanımlarını bir bütün olarak barındıran,
- Eğitim, ticaret, dinlenme, spor, dini

KÖO konusu, ülkemizde akademik çevrelerde hala tam olarak anlaşılammış ve doğru anlaşılması yönünde de yeteri kadar kurumsal kapasite oluşturulamamıştır. Geldiğimiz noktada hala Sağlık Bakanlığının diğer ülke örneklerinde olduğu gibi ilgili diğer hiçbir kurumun desteğini tam olarak alamamadan projeleri bu noktaya kadar getirmiş olmasının başarı olarak görülmesi gerektiği gerçeği göz ardı edilmekte ve Bakanlık çalışmaları ideolojik yaklaşımlarla baltalanmaya çalışılmaktadır.

hizmetler gibi pek çok farklı türdeki hizmetleri sunan farklı işlevsel alanlarla daha nitelikli hizmetleri verebilen sağlık kompleksleridir.

Mevcut durumda uygulamada olan KÖO Kanununun uygulama aşamalarındaki sorumluluk alanlarının dağıtımında Bakanlıkça;

- Arsa temin edilerek, temin edilen arsaların imar işlemleri, tapu tescil ve tahsis işlemleri ile zemin etüdünün yapılması,
- Yapılacak tesisin ön (avan) projelerinin hazırlanması,

- Yapılacak tesise ait fizibilite etüdünün yapılarak hazırlanan raporun Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı kanalı ile Yüksek Planlama Kurulu'na gönderilmesi ve Kurulca onaylanması sürecinin takibi işlemleri,

- İşin sözleşmesinin ve ihale dosyasının hazırlanarak ihale edilmesi,

- İnşaa edilen sağlık tesisindeki tıbbî hizmet alanlarının kullanımı ve işletilmesi,
- Sözleşmede belirlenen süre ve miktarda kira ödenmesi,

Özel sektör tarafından ise;

- Avan projelere göre sözleşme hükümleri doğrultusunda uygulama projelerinin hazırlanması,

- Projelere uygun olarak tesisin inşası,
- İnşaa edilen sağlık tesisinde yapılan sözleşme hükümlerinde belirlenen

tıbbî hizmet alanları dışındaki alanların kullanımı ve işletilmesi,

- Sözleşmede belirlenen süre sonuna kadar yine belirlenen şartlar doğrultusunda tüm tesisin bakım ve onarımının yapılması,

Anayasa'nın 56'ncı maddesinde; herkesin bedensel, ruhsal, toplumsal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde yaşaması temel bir hak olarak vurgulanmaktadır. Bu çerçevede, ülkenin sağlık şartlarının geliştirilmesi, kişinin ve toplumun sağlığına zarar veren etkenlerle mücadele edilmesi ve sağlık hizmetlerinin halka daha kolay ulaşılabilirliğinin sağlanması gerekmektedir.

6428 sayılı Kanunun amacı; ihale ile özel hukuk hükümlerine göre, kamu özel iş birliği modeli çerçevesinde; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca yapılmasına ihtiyaç duyulan tesislerin ön proje, ön fizibilite raporu ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, Hazine'nin özel mülkiyetindeki taşınmazlar üzerinde sözleşmede belirtilen sabit yatırım dönemi hariç otuz yılı geçmemek üzere bağımsız ve sürekli nitelikte üst hakkı tesis edilmek suretiyle yaptırılması, mevcut tesislerin yenilenmesinin sağlanması ve bu projeler için alınacak danışmanlık, araştırma-geliştirme hizmetleri ile ileri teknoloji ya da yüksek mali kaynak gerektiren bazı hizmetlerin gördürülmesine ilişkin usul ve esasları belirlemek olarak öngörülmüştür.

Özel sektör kaynaklarının ve yeteneklerinin kamunun kaynakları ve yetenekleri ile harmanlanma olanaklarının keşfedilmesiyle birlikte, KÖO uygulamasının temelleri/kuralları son yıllarda gelişmeye başlamıştır. Başlangıçta otoyol, yol ve diğer alt yapı çalışmalarına yönelik uygulamaya konulan KÖO yatırım modeli, sosyal alt yapı çalışmaları olan okul ve hastane yapımı konularında da uygulanmaya konmuştur. Yeni sağlık tesislerinin planlanması, bölgesel ihtiyaçların belirlenmesi, yeni yatırımların nasıl finanse edileceğine yönelik alternatif çözüm yollarının araştırılması, daha kaliteli, etkili ve hızlı sağlık hizmeti sunumu için yerli ve/veya yabancı özel sektör kaynaklarının belirlenecek ekonomik aktörlerle teşvik edilerek sağlık yatırımlarına yönlendirilmesi, yatırım ihtiyaçlarının kısa, orta ve uzun vadeli olarak tespit edilmesine ihtiyaç duyulmuştur. Sağlık Bakanlığının KÖO modeli ile altyapı yapma kabiliyetlerini geliştirme niyetinin temelinde; 2002 yılının ekonomik koşulları yani T.C. Hazinesinin iç ve dış borçlanma kabiliyetlerinin zayıflığı, Maliye bütçesinde alt yapı finansmanına ayrılacak kaynakların son derece sınırlı oluşu ve mevcut kaynaklarla başlanılan yatırım portföyünün o günkü siyasal yaklaşımlardan dolayı zirvede oluşu gibi sebepler yer almaktadır.

Modele muhalif olan yapılar, modelin bir özelleştirme olduğu tezini işlemişlerdir. Küresel olarak da bilinir ki KÖO modeli, ideolojik köken olarak sosyalist ekonomi modelinin savunucuları tarafından dahi bir özelleştirme yaklaşımı olarak değerlendirilmemektedir. Özelleştirme yaklaşımlarında bir devlet mülkü olan yatırım, devletin işletme beceriksizliklerinden kaynaklanan sorunların aşımı ve liberal ekonomi teorisinin baskıları ile özel sektöre devri ilkesine dayanırken, KÖO modelinde tam tersine devletin uzun vadeli borçlanma ile mülk edinmesi ve mülk sahibi olması gerçeğine dayanır. KÖO modeline ve özellikle yüksek yatak kapasiteli entegre sağlık kampüslerine bazı çevrelerin karşı oluşlarının temelinde özel sektör hastaneciliğinin kendi çıkarlarını koruma içgüdüüne dayalı lobicilik faaliyetleri yatmaktadır.

Yıllarca ihmal edilmiş olan sağlıkta kamu tarafının fiziksel altyapı ihtiyacının çözümlenmesinde alternatif finanslama tekniği olarak KÖO modellerinin kullanılması, siyasal yelpaze farklılıklarını mecburen aynı potada eriten ve her siyasal yaklaşımın belki de mecburen seçmesi gereken bir yöntemdir diye düşünülebilir. Bakanlıkta son derece az imkân ve kadroyla başlatılan KÖO çalışmaları Bakanlık içinde hiçbir idari yapılanmasa olmayan bir konu olarak çalışılmaya başlanmış, daha sonra Kanun ile Bakanlık teşkilatı içine KÖO Daire Başkanlığı Müstakil Başkanlık olarak kurularak göreve kurumsal bir çatı ile devam edilmesi imkânı oluşmuştur. O günün yokluklarından bugünün temeli atılmış devasa sağlık kampüslerinin yükselmeye başlamış olması tüm gecikmelere ve eksikliklerine rağmen takdir edilmesi gereken bir aşamadır. Başarılı dünya örneklerinde KÖO modelinin uygulama aşamalarında çok sayıda devlet kurumu entegre olarak bir arada çalışmaktayken, Sağlık Bakanlığı entegre çalışma konusunda diğer ilgili kurumlardan gerekli desteği yeterli olarak alamamıştır. Bakanlık bir yandan yeni projelerin şartname ve sözleşme taslaqları gibi temel dokümantasyon çalışmalarını yürütürken bir yandan da inşaatı bitmek üzere olan projelerin nasıl yönetileceğine dair çalışmalarını yoğunlaştırmakta ve en uygun alan yönetim ve ortak işletme modeli arayışını sürdürmektedir.

Sağlık Bakanlığı hizmet sunumu için gerekli fiziksel kapasitenin tesisi için mevcut altyapı finansman kaynaklarının dışında alternatif uzun vadeli finansman çözüm yöntemi olarak KÖO yaklaşımını benimsemiştir. Bu çerçevede yapılan analizler ile bulunduğu şehir ve bölge ölçeğinde hizmet verebilecek yeterlilikte "entegre sağlık kampüsleri" (şehir hastaneleri) projelerini tasarlamış ve hayata geçirmek üzere çalışmalarını ger-

çekleştirmiştir. Mevzuat çalışmalarının gerçekleştirilme periyodunun uzunluğu ve dönemsel olarak değişen yönetim anlayışlarına ve sektörel değişkenliklere rağmen çalışmaların devamlı aynı ek-sende devam ettiği gözlenmektedir. Bu mecburi bir istikamet olarak yönetimlerin alt yapı finansmanına farklı alternatiflerle uzun vadeli ve sürdürülebilir çözüm bulma arayışlarının neticesidir.

Kamu özel ortaklıklarının sağlıkta sektöründe uygulanabilirliği hususu 2002 sonrası dönemde Bakanlıkça yoğun olarak tartışılmış bu tartışmalar ancak 2005 yılında hukuki altyapının ilk basamağı olan Sağlık Hizmetleri Kanununa yapılan Ek 7'nci madde enjeksiyonu ile somutlaşmıştır.

Ülkemizde KÖO konusunun, akademik çevrelerde sağlık sektöründe nasıl uygulanacağına dair temel bilgi düzeyinde dahi fikri mülahazalarının olmadığı bir döneme denk gelmesi dolayısıyla bu alan, o günlerde belki de hala tam olarak anlaşılammış ve doğru anlaşılması yönünde de yeteri kadar kurumsal kapasite oluşturulamamıştır. Geldiğimiz noktada hala Sağlık Bakanlığının diğer ülke örneklerinde olduğu gibi ilgili diğer hiçbir kurumun desteğini tam olarak alamamadan projeleri bu noktaya kadar getirmiş olmasının başarı olarak görülmesi gerektiği gerçeği göz ardı edilmekte ve Bakanlık çalışmaları ideolojik yaklaşımlarla baltalanmaya çalışılmaktadır.

Bir diğer konu ise kavramsal alanda sürdürülen terminolojik kavram tartışmalarıdır. Projelerin adının Entegre Sağlık Kampüsü veya Şehir Hastanesi olmasının pratikte çok fazla anlamı yoktur. Kompleks bir yapı gibi anlaşılrsa da aslında tek bir amaç söz konusudur ki tek bir alan üzerinde farklı klinik servislere ve dal hastanelerine erişimin mümkün olması ve tek bir alanda ortak kullanım imkânlarının ve ortak insan kaynağı kullanımının mümkün hale getirilmesidir. Kompleks alanların yönetiminin zor olacağı iddiasının herhangi bir geçerliliği yoktur. Çünkü Bakanlık inşa edilen kampüslere yakın yatak kapasitesini mevcut durumda zaten yönetmektedir. Kamu tarafının yıllardır yaptığı tesis yönetme kabiliyetini yok saymak mümkün değildir.

Aslında odaklanması gereken konu, proje finansman yöntemleri ve borçlanma rakamlarıdır. Projelerin sözleşmelerinde kullanılan borçlanma maliyetleri ve vadeye göre geri ödeme rakamlarının küresel borçlanma rakamlarına göre yorumlanması meselesidir. Proje stoku ve sürdürülebilir geri ödeme kabiliyetinin gelecek on yıllarda kamu maliyesi üzerine getireceği yükler de dikkate izlenmesi gereken bir alandır.

Şehir Hastanesi alanlarının yönetimi meselesine gelince Bakanlığın önündeki en önemli çözüm gerektiren alanlardan birisi de ortak hastane yönetimi modeli konusu olacaktır. Yönetim modelinin işletilebilmesi için öncelikle her iki tarafın sözleşme şartlarına azami riayet etmeleri gerekmektedir. Yönetim modelinin her iki taraftan kaynaklanacak ihtilafların yargı yoluna müracaat edilmeksizin haliyle imkân verecek usul ve esasları içeriyor olması gerekmektedir. Tasarım, yapım ve işletim süresinde KÖO'nun yönetiminde ve düzenlenmesinde kamu makamlarının kritik bir rolünün olduğu tartışmasızdır. Hem kalite hem de zamanlama itibarıyla sözleşme koşullarına uyulmaya devam edilmesini sağlamak için KÖO'lar etkili sözleşme denetim prosedürleri gerektirmektedir. İdareler sözleşme denetimi ve izlenmesi ile ilgili de proje özelinde mekanizmalar devreye sokmalıdır.

Sağlık Bakanlığının, sağlık sektöründe kamu-özel ortaklığı modeli ile genel hedefleri şunlardır:

1. Kalkınmanın ana unsurunu insan olarak gören bir anlayış çerçevesinde sağlık sektörüne ayrılan kıt kaynakların zenginleştirilmesi ve çeşitli yöntemlerin bir arada yürütülmesi ile sağlık sektörüne olan yatırımların artırılması.
2. Kamu ve özel sektör kaynaklarının ülkenin ihtiyaçları doğrultusunda yönlendirilerek gereksiz yatırımların önüne geçilmesi ve kaynak dağılımında akılcılığın sağlanması.
3. Geleneksel yöntemlerle yapılan finansman yöntemlerine ek olarak yeni modeller geliştirmek ve sağlık sektörü yatırım olanaklarını artırmak.
4. Sağlık sektörü finansman açığını gidermek ve geleneksel yöntemlerle yapılan süreçleri kısaltarak maliyet etkili yöntemlere geçmek.
5. Sağlık sektörünün kendine has özellikleri dolayısıyla ile ve geleneksel yöntemlerin de buna katkısı ile 8-10 yıla ulaşan (özellikle büyük sağlık yatırımlarında; eğitim hastanesi, devlet hastanesi, araştırma merkezleri gibi vb.) inşaat sürelerini kısaltmak ve en kısa sürede hizmete açılmasını sağlamak.
6. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve kaliteli verilmesini sağlamak. Hizmete ulaşmayı engelleyen süreçleri kısaltmak.
7. Sağlık tesislerinin inşası bitene kadar kamu kaynaklarının kullanılmaması ve ortaklık çerçevesinde riskin paylaşılması.

Sağlık sektörünün altyapı finansmanının sağlanmasında KÖO mevzuatının hazırlanması, hazırlanan mevzuata göre uygulama projelerinin hayata geçirilmesi süreci çok kolay olmamış, uygulamaya yönelik bazı sağlık kampüsü projelerinin yargı sürecine taşınması sürecin uzamasına ve uygulanan mevzuatın

değiştirilmesine sebep olmuştur. Ülkemiz yukarıda sıralanan KÖO mevzuat tecrübesine sahip olmakla birlikte sağlık sektörünün kendi içsel dinamikleri ve güçlükleri nedeniyle ilk uygulama örneklerinde zorluklar yaşamıştır. Sağlık Bakanlığı, gelinen nokta itibarıyla hukuki süreçlerdeki sorunları aşmış ve KÖO alanında kurumsal kapasitesini geliştirme noktasında önemli atılımlar gerçekleştirmiştir. Hâlihazırda ihalesi tamamlanmış şehir hastaneleri projeleri hızla inşaat aşamasına geçmiş ve önümüzdeki yıllarda devreye alınmak suretiyle ülkemizin sağlık altyapı ihtiyacının çok önemli bir fiziksel altyapı ihtiyacını karşılamış olacaktır. Gelinen noktadaki başarıda KÖO projelerinin başarı kriterleri içinde olmazsa olmazlarından sayılan "siyasi istikrar" olgusu son derece önem arz etmektedir. Şehir hastanelerinin başarı kriterleri siyasi kararlılık ve istikrar temel yaklaşımları yanında birçok başka faktörlerinde varlığına ve sürdürülebilirliğine dayanmaktadır. Bunlardan bazıları;

- Nitelikli ve kaliteli fizibilite etütleri hazırlanarak süreçte zeyilnelere ihtiyaç duyulmaması,
- Projeye yönelik risklerin doğru olarak tanımlanması ve gerekli analizler sonucunda risklerin paylaşılması,
- Diğer kamu yatırımlarına ait fizibilitelerden farklı olarak, geleneksel yöntemler ile KÖO alternatifinin karşılaştırmalı analizlerinin yapılması,
- Yatırımcı kuruluşlarda bu analizlerin yapılmasına imkân verecek güçlü ekiplerin varlığı,
- Şeffaf ve rekabete dayalı ihale sistemi,
- Üst düzey (siyasi) karar vericilerin desteği,
- Merkezi koordinasyon biriminin varlığı, projelerin nitelikli bir izleme ve değerlendirme sistemi ile takibi ve raporlanması, olarak sıralanmaktadır.

Kamu idareleri KÖO projelerinin gerçekleştirilmesinde bazı hususlarda dikkatli davranmalı ve ilgili kurumların önerilerine daha kabullenici ve uygulayıcı yaklaşımlara bulunmalıdırlar.

1. KÖO uygulamalarında gelecekte küresel finans krizleri ve bunlara cevap olacak politikalar öne çıkacak ve KÖO pazarını etkileyecektir.
2. KÖO projelerine finans bulmak zorlaşacak, özellikle borç stoku şişkin olan ülkeler KÖO ile finansman bulma maliyetlerinde zorlanacaklardır.
3. Devlet garantili projelerde hazine borçlanma parametreleri olumsuz etkilenecektir.
4. Uzun vadeli finansman bulma imkânları gittikçe zaman içinde daha azalacaktır.

Sonuç

KÖO, yatırım ihtiyaçlarının giderilmesinde çok önemli bir araç olarak karşımızda bulunmaktadır. Ancak KÖO, geleneksel olarak gerçekleştirilen yöntemlerin ve yatırım programının bir alternatifi değil tamamlayıcısı olarak değerlendirilmelidir. KÖO projeleri açısından uzun vadede uluslararası piyasaların durumundan kaynaklanan sorunların başında finansman sorunları gelebilecektir. Dolayısıyla kamuyu aşırı risk altına sokmayacak şekilde destek araçlarının şekillendirilmesi önem arz etmektedir. Bu kapsamda KÖİ projelerinin öncelikli olarak değerlendirilmesi yapılarak yüksek finansman bulma potansiyeli olan projelere öncelik verilmesi faydalı olabilecektir. Kamu ve özel sektör açısından küresel kriz ortamında ihtiyaç duyulacak olan KÖO sürecini en iyi şekilde yönetecek donanıma sahip bir uzmanlık oluşturabilmesi önemlidir. Bütün projeler KÖO modeli için uygun değildir. Herhangi bir KÖO projesinin kamu için faydalı olabilmesi için öncelikle % 100 kamu finansmanlı bir projeye kıyasla eşit veya daha fazla harcama etkinliği sağlaması gereklidir. Diğer finansman ve işletme seçeneklerine göre harcama etkinliğini tam manasıyla değerlendirecek mekanizmaların kurulması ve büyük ölçekli KÖO projeleri hayata geçirilirken beraberinde bir süreçle KÖO uzmanlık kapasitesinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Söz konusu uzmanlık oluştuğunda; dünya KÖO proje örneklerinde, finansman anlaşmalarında veya KÖO sözleşmelerinde ortaya çıkan riskler karşısında anlaşmaların yenilenmesi, proje maliyetinin artması, kamunun ödemesi gereken garanti ve katkı paylarının artması ve kamunun ortaya çıkan maliyeti üstlenmek zorunda kalması, kamu bütçesini zorlayacak yükümlülüklerin ortaya çıkması veya projenin öngörülen tarihten daha sonra hayata geçmesi gibi olumsuz faktörlerin ortadan kaldırılması ya da azaltılması sağlanmış olacaktır.

Kaynaklar

CUTTAREE, V., *PPP in Roads and the Current Economic Crisis*, The World Bank, 2009.

EIB, *Public-Private Partnerships in Europe: Before and During The Recent Financial Crisis*,

EPEC, *Review of the European PPP Market in 2010*, European PPP Expertise Centre, 2011.

EPEC, *Review of the European PPP Market in 2011*, European PPP Expertise Centre, 2012.

European Investment Bank *Economic and Financial Report*, 2010.

T. C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı,

T.C. Kalkınma Bakanlığı

T.C. Sağlık Bakanlığı